Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

CINQUIÈME ANNÉE

TOME V. — 1877

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

BESSON (I.), DE BEURMANN, BITOT (P.), BLONDEAU, BOUTEILLIER (G.), DE BOYER (H.-C.), BRISSAUD, BUDIN (P.), CARTAZ, CHABBERT (L.), CHARCOT (J.-M.), CORNILLON (J.), CRUET, CUFFER, DAREMBERG (G.), DAVE (J.), DEBOVE, DECAUDIN, DÉJERINE, DELASIAUVE, DREYFUS-BRISSAC (L.), DURET (H.), GOLAY (E.), JOSIAS (A.), JOUSSET DE BELLESME, LANDOLT, LANDOUZY, LAVERAN, LIOUVILLE (H.), LONGUET (M.), MALHERBE (A.), MARCANO, MAROT, MAUNOURY (G.), MONOD (E.), NAPIAS, OULMONT (P.), PARROT, PELTIER (G.), PITRES, PONCET (F.) (de Cluny), RANVIER, RAYMOND (F.), RECLUS (P.), REGNARD (P.), RENAUT (J.), SEVESTRE (A.), TALANDIER (A.), TEINTURIER (E.), THAON (L.), TRÉLAT (U.), YVON.

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Archambault, Azam, Bert (P.), Bitot père, Boudet de Pâris, Ceppi, Charpentier, Chéron (J.), Dastre, Demmler, Descroizilles, Duplay (S.), Erlitzky, Fioupe, Fournier (A.), Gallard, Germont, Guelliot, Hillairet, Lailler, Letulle, Lœvemberg, Loviot, Malassez, Martin (E.), Mollière (D.), Moutard-Martin (R.), Musgrave-Clay, Olivier, Ozenne, Paingaud, Petit (Ch.-H.), Thulié, Vidal, Viguier.

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

6, RUE DES ÉCOLES, 6

5e ANNÉE. — N° 1 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 6 JANVIER 1877.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. ARCHAMBAULT.

De l'allaitement.

Leçons recueillies par M. E. DECAUDIN, interne du service.

Messieurs,

Nous allons aujourd'hui commencer la question de l'alimentation des enfants. J'y insisterai parce qu'elle est forcément un peu négligée dans l'enseignement supérieur qui se fait à l'Ecole, et que si vous vouliez en faire vous-même l'étude, vous seriez obligés de chercher vos informations dans des publications nombreuses. L'expérience personnelle que j'ai du sujet, me met à même de vous épargner ce travail.

Cette étude pourra peut-être vous paraître s'éloigner du but que nous poursuivons : mais il n'en est rien. En nous y livrant, nous ferons de la clinique au premier chef ; car il n'est pas de sujet dont les applications pratiques soient plus fréquentes, plus importantes et plus délicates.

Vous voyez tous les jours à la consultation, de ces enfants de quelques mois qu'on nous apporte dans un maillot toujours trop grand pour eux, petits êtres pâles, amaigris, ratatinés, que mine une diarrhée persistante. D'où provient cet état que M. le professeur Parrot a si bien décrit sous le nom d'athrepsie ? D'un vice d'alimentation déplorable. Ils ne tètent pas, ou tètent un sein vide de lait. Le plus souvent, ils ont été soumis à l'allaitement artificiel le plus mal conduit. Vous en voyez d'autres, de 12 à 18 mois, revenant de la province où ils ont été censés en nourrice, mais où ils ont reçu l'alimentation la plus impropre. Quand on les examine, l'attention est attirée vers le ventre, tant cette partie est développée : ils ont la face *sénile* ou *simiaque*, et de leur tronc squelettique, pendent des membres décharnés. Ce sont des victimes d'une spéculation coupable, mais plus souvent encore de l'ignorance. Quelques-uns ont été nourris au sein, et venaient bien, mais on les a sevrés et cela sans ménagements, pour les faire passer du régime lacté à l'alimentation des adultes, sans aucune transition. Ils mangent comme nous, disent certaines mères ; et elles croient donner une preuve de leur sollicitude. Le plus triste, c'est que souvent nous constatons que des conseils vraiment fâcheux ont été donnés par des médecins ou des sages-femmes.

Vous avez encore vu dans nos salles ces enfants qui, malgré leurs deux années accomplies, n'ont que huit ou dix dents, sont rachitiques, rabougris, avec un ventre énorme, et une diarrhée persistante. Ce sont encore les produits d'une alimentation vicieuse.

Nous étudierons les maladies de l'enfance au fur et à mesure que l'occasion s'en présentera. Mais il faut d'abord au préalable que vous sachiez bien comment un enfant doit être nourri, afin de l'enseigner au public qui l'ignore très-souvent, à quelque classe de la société qu'il appartienne.

Les petits des mammifères, pour prospérer, doivent recevoir du lait de leur mère, ou d'une femelle de leur espèce. C'est une loi naturelle à laquelle l'homme surtout ne se soustrait pas aisément. On peut bien élever les petits d'un carnivore, le chien, par exemple, avec le lait de la vache qui est un herbivore ; mais il faut tenir l'entreprise comme difficile, si l'on commence dès la naissance. Il en est de même de l'enfant ; et c'est une besogne des plus périlleuses que de le soumettre à l'allaitement artificiel à partir du jour de sa naissance. Au moins, si l'on est contraint d'en agir ainsi, faut-il suivre scrupuleusement certaines règles que je vous dirai, et exagérer les précautions.

Les difficultés et les insuccès de l'allaitement artificiel s'expliquent, mais non complétement, par la différence de composition du lait des animaux comparé à celui de la femme. Les résultats des analyses ont varié.

Voici des chiffres qui sont une moyenne calculée d'après des analyses faites par différents savants :

1,000 gr. de lait renferment suivant leur provenance les quantités suivantes de matières nutritives :

	Femme.	Vache.	Chèvre.	Anesse.
Beurre....	38	32	44	15
Sucre.....	49	49	52	61
Caséine...	29	48	58	18

Plus, des sels, qui sont surtout des chlorures de sodium, de potassium et du phosphate de chaux. Enfin, la quantité d'eau nécessaire pour compléter les 1,000 grammes.

Les analyses de *Becquerel et Rodier* pour le lait de femme, donnent comme moyenne sur 1,000 grammes :

Analyse du lait de femme.		
	Eau..........	889
	Beurre.......	26
	Sucre........	43
	Caséine......	39
	Sels.........	1,38

Soit : 110 de parties solides.

Tous les laits contiennent les mêmes principes : matières protéiques, albuminoïdes, assimilables, matières graisseuses et matières sucrées, qui serviront à la calorification.

Ce sont donc des aliments complets, et en même temps, tout-à-fait analogues, mais qui diffèrent pour la quantité des éléments qu'ils contiennent. Ainsi, le lait de vache, et celui de chèvre encore plus, contiennent de la caséine en excès ; et, de plus, on peut bien supposer que les qualités de cette caséine, ne sont pas les mêmes que celles de la caséine provenant du lait de femme. Ce sont des laits trop lourds, qui donnent lieu dans l'estomac à des caillots consistants, bien moins faciles à dissoudre que le caillot léger provenant du lait de femme. La caséine paraît jouer le rôle principal dans la facilité ou la difficulté avec laquelle un lait se digère. C'est probablement pour cela que le lait d'ânesse, qui en contient peu, ainsi que de beurre, mais a beaucoup de sucre, va mieux à l'estomac des tout jeunes enfants, que le lait des autres animaux.

L'analyse du lait donne des résultats très-variables, et de très-grands écarts. D'ailleurs, elle est trop difficile pour servir dans la pratique. Puis, eussiez-vous trouvé par l'examen chimique, qu'un lait se rapproche autant que possible de la composition normale, que vous n'en seriez guère plus avancés. Il y aurait probabilité que le lait serait bien accepté et digéré, mais non point certitude. Il y a entre ce liquide et l'estomac une question d'accommodation que l'étude chimique la mieux faite ne peut juger *à priori*. Tel enfant s'accommodera mieux d'un lait riche en substances nutritives ; tel autre d'un plus léger, sans que la force du sujet à nourrir puisse absolument, de son côté, servir de guide. C'est avec grande raison que M. Blot a pu dire à l'Académie, que l'enfant était le vrai réactif du lait qui lui convenait. Lorsque l'enfant prospère avec un lait, c'est qu'il lui convient ; et vous n'avez point à penser à un changement, quand même ce lait serait chimiquement ou trop riche ou trop pauvre. Ce ne sera qu'en voyant survenir des troubles digestifs, du dépérissement, ou en constatant le défaut d'augmentation suffisante de poids, que vous devrez, en l'absence d'autres causes, examiner le lait chimiquement, si vous pouvez le faire, ce qui sera très-rare. Mais il y a des moyens plus pratiques. L'examen direct, d'abord.

Le lait recueilli dans une cuiller d'argent, ou sur une glace,

qui apparaît comme un liquide séreux, blanchâtre: est un lait pauvre en principes nutritifs, à moins toutefois, que ce lait ne vienne d'un sein qui n'a pas été tété depuis longtemps: car, dans ce cas, le premier lait qu'on extrait est toujours séreux; et c'est le cas pour beaucoup de nourrices qui, afin d'avoir des seins volumineux à présenter, les laissent engorger: il faut être prévenu de ce fait, si vous ne voulez pas commettre une erreur.

Chez d'autres femmes, le lait est blanc, opaque comme du lait de vache. Sachez qu'il a toujours ce caractère quand vous le prenez à la fin d'une tétée, même chez une nourrice médiocre. Ce lait blanc est riche en matières nutritives.

Enfin, chez d'autres femmes, les apparences du lait, tiennent le milieu entre les deux extrêmes que je viens d'indiquer. Vous devez leur donner la préférence comme susceptibles de répondre aux besoins du plus grand nombre des estomacs.

A cette investigation superficielle, j'en joins une autre: c'est la dégustation. Le lait de femme a un goût sucré, doux, peut-être un peu fade, bien différent des autres laits. Pour peu qu'il ait une saveur un peu prononcée, qu'il ne soit pas dans la bouche comme une eau légèrement sucrée, il est probable qu'il ne sera pas bien digéré: c'est là un talent de dégustation qui s'acquiert par l'habitude mais ne s'enseigne pas.

C'est surtout au microscope, que depuis les travaux de Dornig et de Devergie, on demande des informations sur les qualités du lait. Il permet d'y constater des éléments étrangers; le sang, le pus surtout, et à ce point de vue, son usage est d'une véritable utilité, bien que l'introduction de quelques globules de pus dans l'estomac, n'ait pas par elle-même une grande importance. On constate, à l'aide de cet instrument, la présence des globules, qui suivant leurs dimensions, et surtout leur nombre, dont on peut prendre une idée par un examen bien fait, permettent de dire que le lait est riche, ou pauvre, ou moyen. De gros globules nombreux, qui apparaissent en coupes épaisses, caractérisent le lait gras, et pourvu de matière nutritive. De petits globules, formant une couche que l'œil croit être mince, sont le propre du lait pauvre. Un lait tenant le milieu entre ces deux extrêmes est aussi caractérisé par des globules de dimension moyenne. N'allez pas toutefois croire que les catégories soient aussi nettes que je vous l'indique: vous trouverez en général des globules de dimensions variées dans le lait: c'est affaire de plus ou de moins.

C'est encore le cas de répéter que le microscope, comme l'inspection à l'œil nu, peut vous tromper. Si vous ne tenez pas compte du temps qui s'est écoulé depuis la dernière tétée, ou depuis la dernière traite. Le début d'une traite fournit toujours un lait pauvre, surtout comparativement à celui qui le suivra, et plus on avance dans la traite, plus le lait est riche.

Le lait d'une ânesse, qui n'avait pas subi de traite depuis une heure, a donné 116 parties de matières solides: depuis 4 heures, 95, et enfin depuis 24 heures, 85 seulement.

Quant à la différence de richesse du lait au commencement et à la fin de la traite, elle est considérable, et sans entrer dans plus de détails, je vous rapporterai les deux analyses suivantes.

VACHE. — *Lait du commencement de la traite.*	*Lait de la fin de la traite.*
Beurre. — *33 pour 1000*	*70 pour 1000.*
FEMME. — *Avant d'avoir donné le sein.*	*Après avoir donné le sein.*
Beurre. — *30 pour 1000*	*50 pour 1000.*

Nous aurons à utiliser ces dernières données quand nous en serons au choix d'une nourrice. Après avoir pris une idée de la composition du lait, de ses qualités par la vue, le goût et l'examen au microscope, serez-vous en état d'affirmer que ce lait conviendra à un enfant? Je vous ai déjà dit que non et j'ajoute que les notions que vous acquerrez ainsi ne sont pas de nature à vous expliquer pourquoi la nourrice que vous avez choisie ne convient pas. Vous voyez bien d'un côté que l'enfant digère mal, vomit, a de la diarrhée, en un mot ne prospère pas et de l'autre, que le lait est riche ou pauvre, mais vous n'oserez pas affirmer qu'il faut attribuer le défaut d'accommodation à l'une ou l'autre de ces conditions. L'enfant va mal et le lait est pauvre, vous en concluez qu'il faut en prendre un de qualité inverse et *vice versa*. — C'est là de l'induction, mais il faut convenir que les déterminations prises d'après ce raisonnement bien simple sont souvent suivies d'un heureux résultat. Cette impossibilité d'arriver à dire quel sera le lait convenable pour un enfant s'explique suffisamment si l'on pense que pour cet âge, plus encore peut-être que chez l'adulte, la capacité digestive est variable et que, d'un autre côté, nous ne connaissons de la composition du lait que la partie grossière; quel est l'arrangement moléculaire des substances qui s'y trouvent, nous ne le savons pas plus que nous ne connaissons les qualités particulières que ce fluide, en quelque sorte vivant, emprunte au sein qui le sécrète. Toutefois, retenez que ces investigations, toutes insuffisantes qu'elles soient, ont une utilité très-réelle.

Cela dit, nous aborderons l'allaitement naturel qui se fait soit par la mère, soit par une nourrice. L'allaitement maternel est celui que vous devez encourager avant tout autre, et malheureusement on n'y a point toujours recours. Tout conspire pour empêcher, dans la classe riche ou aisée, la mère de nourrir son enfant. Je ne vous parlerai point des exigences du monde, de la profession. Il y a quelque chose de plus immédiatement pratique et qu'il faut bien dire: le mari, la mère, la belle-mère engagent la jeune accouchée par des raisons et des sentiments divers à ne pas allaiter son enfant. La garde qui doit se lever pour présenter l'enfant au sein de la mère, apprendre à celle-ci sa fonction de nourrice est trop intéressée à voir entrer dans la famille une bonne bourguignonne qui la débarrassera du soin du poupon pour ne pas pousser de toute la force de sa dialectique à cette solution.

Le médecin lui-même qui craint pour sa cliente les érosions du sein, les crevasses ou même les abcès et les redoute peut-être aussi en raison du tracas qui en résulte pour lui, n'est guère disposé à encourager l'allaitement maternel. Ce dernier donne pourtant en général de bons résultats, même dans les grandes villes, quoi qu'on en ait dit. Il est incontestable que c'est dans les pays où il est le plus en honneur que la mortalité sur les enfants jusqu'à un an atteint le chiffre le moins élevé (Suède, Norwége, Ecosse, Danemarck); nous ne venons en France qu'au 7e rang sous ce rapport.

Toutefois, il faut reconnaître que toutes les femmes ne peuvent nourrir leurs enfants. Ce n'est point l'avis des philosophes, mais tous les raisonnements ne peuvent tenir contre l'observation. On aura beau vous dire que la providence ou la nature a dû assurer à la mère les moyens d'alimenter son produit, vous pourrez hardiment répondre qu'il n'en est pas ainsi même chez les espèces animales qui sont restées à l'état de nature.

Est-il possible de savoir si une femme grosse sera bonne nourrice ou tout au moins si elle aura du lait en quantité suffisante? Si à partir du 3e mois vous voyez les seins suivre un développement parallèle à celui de l'utérus, s'ils sont bien veinés, il est probable qu'il en sera ainsi. De plus, vous avez un guide dans l'écoulement du colostrum. Si de 7 à 8 mois vous pouvez obtenir quelques gouttes de ce liquide et qu'elles soient d'un jaune assez foncé, riches en globules laiteux et en corpuscules granuleux, vous serez autorisés à compter après l'accouchement sur un lait abondant et de bonne qualité. Si le liquide que vous extrayez est au contraire abondant, mais séreux, semblable à de l'eau gommée, vous présagerez que la femme pourra avoir beaucoup de lait, mais qu'il sera pauvre en matériaux nutritifs. Enfin, vous serez autorisés à dire que la personne qui vous consulte aura peu de lait et sera mauvaise nourrice, s'il vous est à peine possible d'extraire du sein une ou deux gouttes de colostrum et surtout si ce liquide manque de corps granuleux et de globules laiteux.

Vous ne prendrez toutes ces indications que comme des probabilités, car souvent vous verrez les choses se pas au rebours de vos prévisions.

Il est bon aussi d'examiner la conformation du bout de sein, et, s'il est trop court, mal formé, d'exercer de légères tractions soit avec les doigts, soit par l'inspiration pour le développer. Il est des femmes, chez lesquelles il est renfoncé pour ainsi dire, et que cette particularité rend impropres à l'allaitement.

Avant de passer à l'examen des conditions générales de santé que vous devez exiger pour permettre à une mère de nourrir son enfant, je veux vous dire quelques mots au sujet du choix d'une nourrice mercenaire. Il n'y a peut-être pas de question qui vous ménage plus de désagréments et d'ennuis.

Si vous pouvez faire autrement, ne conseillez pas une nourrice de 18 à 20 ans, elle n'aura ni l'expérience, ni peut-être la force nécessaire pour mener un allaitement à bonne fin. Ne choisissez pas non plus une nourrice au-dessus de 35 ans, à moins de ne pouvoir en trouver d'autres. Les auteurs indiquent des limites différentes au sujet de l'âge, mais s'accordent en général à rejeter les extrêmes. Leur expérience sous ce rapport se trouve confirmée par les résultats de l'analyse. Le lait d'une femme de 16 à 20 ans contient 20 gr. d'eau de moins que la moyenne, 16 gr. de caséine en plus, 10 gr. de beurre et fort peu de sucre, conditions qui le rendent difficile à digérer.

Par contre, dans le lait de la femme de 35 à 40 ans, la quantité d'eau est augmentée et les parties solides diminuées. Le premier de ces laits est trop nourrissant, et se rapproche du lait de vache, le second est, au contraire, trop pauvre, mais si en le rejetant vous étiez réduit à conseiller l'allaitement par le lait de vache, préférez-le sans hésiter à ce dernier, car lui fut-il chimiquement inférieur, il emprunte à son origine des qualités que le lait de vache ne pourra jamais avoir.

C'est parmi les femmes de 20 à 35 ans que vous trouverez les meilleures nourrices.

Théoriquement, un enfant naissant devrait se trouver d'autant mieux du lait de sa nourrice que celle-ci serait moins éloignée de l'époque de son accouchement, et l'on enseigne qu'à un enfant jeune il faut du lait jeune ; en principe, ce raisonnement paraît fondé, mais je ne vous conseille pas de le mettre en pratique. La nourrice accouchée depuis un ou deux mois n'est pas toujours bien remise ; son lait est purgatif en raison du colostrum qu'il contient encore. Sous ce rapport vous dira-t-on, il se rapproche de celui de la mère qui aurait été purgatif également et c'est une bonne chose. L'expérience ne m'a pas convaincu de la valeur de ce raisonnement ; je ne sais pas si les qualités purgatives du premier lait lui ont été données à une fin déterminée et utile, mais j'ai souvent observé que lorsqu'il possédait cette propriété à un degré élevé, le nourrisson ne s'en trouvait pas bien.

Choisissez une nourrice accouchée depuis 5 ou 8 mois. On m'objectera que le lait est trop fort. Vous savez ce que nous avons dit à propos du séjour du lait dans les mamelles et vous connaissez le dicton qu'*un jeune enfant rajeunit le lait*. Il y a du faux et du vrai ; le faux c'est de croire au raffermissement du lait, le vrai c'est que l'enfant naissant ne tétant que superficiellement sa nourrice prend toujours un lait très léger, puisqu'il n'a que le commencement de la traite et quand vous le pourrez faites garder à la nourrice son enfant afin qu'il vide à fond le sein commencé par le jeune nourrisson. Si l'on agissait toujours ainsi, on ne verrait pas tant de nourrices perdre leur lait faute d'être tétées à fond pendant un certain nombre de jours.

Les premiers temps, l'enfant ne prend donc, quel que soit l'âge du lait, que celui qui par sa légèreté convient à son estomac, puis à mesure qu'il prend de la force, il pousse plus loin l'épuisement du sein et trouve un aliment plus substantiel, si bien que les choses vont en mesure de ses besoins.

Les familles, je ne sais trop pourquoi, aiment comme nourrice une femme qui en soit à son premier enfant, une primipare. Autant que possible, ne cédez pas à ce désir. La vache qui vient de faire son premier veau n'est pas bonne laitière, les fermiers le savent et ne comptent pas sur son produit. Il n'y a rien d'humiliant à le dire ; la femme ne fait point exception, la primipare n'est généralement pas bonne nourrice, elle n'est point encore laitière, ses seins n'ont pas pris le développement fonctionnel auquel ils atteindront après le second produit. Il faut donc quand il s'agit d'une nourrice rejeter les primpares ; d'ailleurs ces femmes sont jeunes et se trouvent brusquement séparées de leurs plus chères affections, de leur mari et de leur enfant, ce qui constitue de mauvaises conditions morales. Aussi en voyez-vous beaucoup perdre prématurément leur lait.

La forme des seins a paru très-importante et par le fait si elle n'a pas pour l'enfant toute la valeur qu'on lui a attribuée, elle peut du moins faire présager des qualités de la nourrice. Le sein en poire, dans lequel la glande est bien développée, dégagée de tissu gras, ce qu'on peut sentir au toucher, est préférable, surtout si, comme c'est le cas habituel, le bout est conique et très-prononcé. Recherchez ces seins pour les enfants nés faibles ou avant terme, ils sont la perfection pour ces petits êtres chétifs ; le lait en sort avec facilité.

Les gros seins séduisent le vulgaire qui juge de la qualité par la masse ; pour ma part, je ne les aime pas. Ils appartiennent souvent à des femmes lymphatiques et contiennent plus de graisse que de tissu glandulaire. Toutefois n'en disons point trop de mal, car beaucoup feront bien leur office.

Quel que soit le sein que vous choisissez, qu'il ait un mamelon bien fait et facile à prendre, surtout si l'enfant auquel vous le destinez est faible, car les enfants gros et voraces tètent avec n'importe quel mamelon pourvu qu'ils y trouvent du lait. Quant à l'examen de ce liquide, rappelez-vous ce que nous avons dit en commençant.

Pour ce qui concerne la dentition, la couleur des cheveux, n'y attachez d'autre importance que celle que peut y mettre la famille. Mais quel que soit le goût de celle-ci pour une brune, ne consentez jamais à prendre une mauvaise nourrice de cette nuance si vous en avez une bonne sous la main, fut-elle blonde ou même rousse, la couleur ne fait rien à l'affaire si le lait est bon et la femme saine.

Nous traiterons dans la prochaine réunion des conditions de santé que doivent présenter la mère nourrice et la nourrice mercenaire. (*A suivre.*)

MALADIES DE LA PEAU

Notes de thérapeutique recueillies aux cliniques des maladies de la peau de M. le professeur Hardy, à l'hôpital Saint-Louis.

Par le Dr **E. ORY**, ancien interne des hôpitaux.

Traitement des difformités de la peau.

Sous le nom de difformités, nous comprenons diverses affections locales de la peau dont l'aspect extérieur est très-variable ; lésions congénitales ou non, qui restent généralement stationnaires une fois qu'elles ont acquis leur développement complet.

Certaines de ces lésions sont absolument incurables ; c'est ainsi que les *nœvi pigmentaires*, la *nigritie* locale ou générale, l'*albinisme*, le *vitiligo* ne peuvent être utilement combattus. Toute médication paraît superflue contre le *lentigo*, caractérisé par de petites taches jaunâtres arrondies, isolées ou conglomérées, sans saillie, ne causant pas de prurit, qui chez les sujets lymphatiques, à peau très-fine, se montrent principalement sur les parties du corps exposées à l'action de l'air et du soleil. On se trouve réduit, pour prévenir l'apparition de ces taches, à conseiller de soustraire le plus possible au contact de l'air les parties atteintes, et surtout pendant l'été, à garantir le visage avec un voile et les mains avec des gants.

On est un peu moins désarmé contre les *éphélides;* ces taches sont moins généralisées et plus étendues que celles du lentigo ; elles peuvent disparaître spontanément après la cessation des causes qui lui ont donné naissance, ainsi chez les femmes, la menstruation et la grossesse par exemple.

M. le professeur Hardy a remarqué, que le pigment qui constitue les éphélides, disparaît sous l'influence d'une légère inflammation de la peau; c'est dans le but de causer cette irritation qu'il conseille d'employer deux fois par jour les lotions avec un mélange ainsi composé :

Eau distilée..........	125 grammes.
Sublimé............	0,50 centigrammes.
Sulfate de zinc.........	2 grammes.
Acétate de plomb......	2 grammes.
Alcool...............	q. s. pour dissoudre le sublimé.

Ce liquide peut être employé pur, ou coupé avec de l'eau chaude suivant l'effet qu'il produit, on constate généralement après son usage une légère desquamation de la peau, et la disparition plus ou moins complète des éphélides. C'est, paraît-il, à peu de chose près, d'après cette formule que l'on a composé le lait antéphélique. Dans le même but, M. Hardy a fait faire des douches avec des eaux sulfureuses artificielles, il dit avoir prescrit avec succès des douches locales avec des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon et de Barèges. Des lotions alcalines et des douches de borate ou de sous-carbonate de soude peuvent également être employées. Mais souvent la guérison n'est qu'apparente et les taches reparaissent avec tenacité dès qu'on cesse l'usage de ces médications locales.

Les altérations de la peau sous la dépendance de l'appareil vasculaire, les taches vineuses, les nœvi vasculaires, les tumeurs fongueuses sanguines sont surtout modifiables par les moyens chirurgicaux. Je me bornerai ici à rappeler que le *nœvus* peut être atteint de sphacèle et qu'après un temps généralement assez long, l'ulcération se cicatrise. La ligature, l'excision, la cautérisation, les sétons sont parfois applicables ; mais il ne faut pas oublier les heureux résultats obtenus par la vaccination sur le nœvus, chez un sujet non vacciné encore. M. Hardy conseille de faire sur la tumeur un grand nombre de piqûres vaccinales, proportionnellement à l'étendue de la lésion, l'inflammation adhésive très-vive qui en est la conséquence, oblitère le tissu spongieux; il se forme une cicatrice solide un peu blanchâtre et chagrinée. On peut encore faire traverser plusieurs fois la tumeur par une aiguille entraînant un fil imprégné de vaccin.

Certaines difformités de la peau ont pour siége l'appareil folliculaire, dans ce groupe se rencontrent les acnés et le molluscum.

Pour détruire l'*acné miliaire* constitué par l'hypertrophie des glandes sébacées et l'oblitération du conduit, on devra inciser l'épiderme avec la pointe d'une aiguille ou d'une lancette, et énucléer les follicules avec une pince. Cette petite opération ne laisse pas de trace. M. Hardy considère les acnés comme une affection locale et obtient souvent une guérison radicale en employant les préparations substitutives.

Après avoir éloigné les causes qui entretiennent l'affection, si la maladie est récente on aura recours à des lotions excitantes avec de l'eau aromatique, ou légèrement ammoniacale. Les lotions ne doivent pas être faites froides, car alors elles déterminent une réaction qui congestionne les parties sur lesquelles elles sont pratiquées.

M. Hardy prescrivait souvent à sa consultation :

Eau distillée..........	100 grammes.
Bichlorure de mercure...	1 —
Alcool................	q. s.

à la dose d'une cuillerée à café dans un verre d'eau tiède; faire des lotions matin et soir.

Les préparations astringentes, telles que solutions d'alun, les pommades au peroxyde de fer; puis, dans les cas plus rebelles, les pommades au proto-iodure de mercure ou bien au bi-iodure sont utiles, surtout contre l'acné tuberculeuse ou hypertrophique.

On obtient souvent un prompt résultat en donnant localement des douches de vapeurs et des douches d'eau sulfureuses, naturelles ou artificielles. M. Hardy a vu souvent les bons effets des lotions avec :

Eau....................	300 grammes.
Sulfure de potassium......}	à. à. 5 gr.
Teinture de benjoin.......}	

une cuillerée dans un verre d'eau chaude.

Enfin,dans un cas d'*acné hypertrophique* qui avait plus que doublé le volume du nez, M. Hardy obtint une diminution notable de la difformité en pratiquant à plusieurs reprises des cautérisations ponctuées au milieu des tissus altérés. Le malade étant sous l'influence du chloroforme, on plongeait rapidement un fer rouge, très-pointu, jusqu'à près de un centimètre de profondeur (dans ce cas le galvano-cautère peut être très-utilement employé). Il se formait des cicatrices, qui par leur rétraction ramenèrent le nez à un volume presque normal après plusieurs mois de traitement.

Le *molluscum* est l'exagération de l'acné varioliforme. Le traitement chirurgical, l'extirpation, soit par la ligature, s'il existe un pédicule, l'excision s'il est sessible, est seul applicable; mais le nombre de ces productions est parfois tellement considérable que toute intervention est alors absolument impossible.

Parmi les difformités de l'épiderme nous n'entrerons dans quelques détails, qu'au sujet de l'*Ichthyose*. Des différentes formes de cette affection, ichthyose serpentine, cornée, nacrée, cette dernière est celle contre laquelle un traitement palliatif réussit le mieux. Quant à un traitement curatif, quelle que soit la variété, il n'en existe pas contre l'ichthyose vraie. Tous les traitements internes sont inutiles.

M. Hardy s'efforce de diminuer la sécheresse de la peau, et d'enlever les squames épidermiques par l'usage fréquent des bains alcalins et mieux encore des bains savonneux ainsi composés : cinq cents grammes de savon noir pour un bain d'eau tiède.

Puis, on doit prescrire des lotions quotidiennes avec du savon noir étendu d'eau, avec de l'huile ou du glycérolé d'amidon, ou bien encore avec une pommade de goudron au 1/10e ou au 1/4.

Le traitement par les eaux minérales administrées en bains, donne également de bons résultats palliatifs. Toutes les eaux chaudes et surtout les eaux alcalines sont bonnes dans ce but. M. Hardy indique de préférence les eaux de Loèche dans le Valais, celles de Schangenbad dans le duché de Nassau. Des bains prolongés de trois et même six heures produisent une véritable macération de l'épiderme, mais l'amélioration n'est que momentanée.

Nous terminerons cette revue des difformités de la peau en indiquant le traitement à opposer aux *verrues* et aux *kéloïdes*. — Les *verrues*, qui sont des difformités des papilles de la peau sont des excroissances rugueuses à la surface mamelonnée, qui peuvent il est vrai disparaître spontanément; parfois, au contraire, elles présentent une ténacité singulière, surtout chez les personnes qui travaillent la terre; elles sont, paraît-il, contagieuses dans certains cas. Les topiques irritants appliqués directement sur les verrues produisent de bons effets : le suc des plantes, l'acide sulfurique, l'acide nitrique, l'acide chromique. M. Hardy, dans le cas où les verrues sont très-nombreuses, conseille de tremper les mains dans du vinaigre pur deux fois par jour.Après un certain temps, les verrues se flétrissent et disparaissent sans laisser de traces. L'excision avec ou sans cautérisation sera employée contre les verrues ayant acquis un grand développement.

Les *kéloïdes*. Il existe deux variétés de cette affection : la kéloïde vraie (kelis genuina), celle qui n'a pas été précédée d'une plaie ou ulcération, et la kéloïde cicatricielle consécutive à une lésion de la peau (kelis spuria),

elles sont rangées parmi les difformités tenant à l'altération du derme.

Ce n'est pas une affection grave, car il est rare que les douleurs qui les accompagnent soient vives et constantes ; cependant la douleur peut être parfois très-grande et l'on doit alors s'efforcer de la calmer.

Le traitement interne, employé dans le but de faire disparaître ces difformités, est absolument inefficace. M. Hardy n'a obtenu aucun succès avec l'iodure de potassium, l'huile de morue, la ciguë, les préparations arsénicales. Comme moyens externes, on a essayé les pommades iodurées, mercurielles, celles contenant la ciguë, les vésicatoires. Le seul médicament qui ait réussi quelquefois, c'est l'emplâtre de Vigo. En effet, l'année dernière, nous avons cru constater un léger affaissement de ces bizarres productions, chez un malade du service, qui pendant plusieurs semaines recouvrit ses kéloïdes constamment avec un emplâtre de Vigo. Tandis qu'au contraire celles que nous avions recouvertes de sparadrap diachylon conservaient leur fermeté et leur volume primitif.

La douleur des kéloïdes fournit une indication spéciale : dans ce cas, des emplâtres contenant de l'extrait d'opium, les pommades opiacées et chloroformées, les injections hypodermiques ou bien encore les potions au chloral, le sulfate de quinine, la belladone, le bromure de potassium procurent du soulagement. Les kéloïdes peuvent disparaître spontanément ; mais il faut bien se garder d'une intervention chirurgicale ; l'ablation de semblables tumeurs, soit par l'incision, soit par les caustiques, donnerait en effet les plus fâcheux résultats, car bientôt, une nouvelle tumeur plus volumineuse se reproduirait sur place. C'est même là un point intéressant de l'histoire du traitement des kéloïdes.

ANATOMIE GÉNÉRALE.

COLLÉGE DE FRANCE. — **M. RANVIER.**

Huitième leçon (1).

Recueillie par le docteur J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Etude des muscles striés à l'aide de la lumière polarisée. — Corps bi-réfringents et mono-réfringents. — Les corps mono-réfringents peuvent acquérir la bi-réfringence en vertu de modifications survenues dans leur état moléculaire, sans changement de composition ; exemples : Lame de verre courbée, caoutchouc étiré et refroidi. — Un corps devient bi-réfringent quand ses molécules sont orientées dans une seule et même direction axiale, pressées et maintenues dans cette position. — Etude du faisceau musculaire à la lumière polarisée. — Technique. — Discussion de la théorie de Brücke.

Messieurs,

Je me propose d'étudier avec vous, dans cette leçon, la substance musculaire des muscles striés, à l'aide de la lumière polarisée. J'aurais pu rejeter cette étude plus loin, et ne la faire qu'après avoir décrit complétement les muscles volontaires observés à l'aide des méthodes histologiques qui n'exigent que l'emploi de la lumière ordinaire. J'ai néanmoins pensé que l'étude de la polarisation, appliquée aux muscles striés, arrivait ici même en son véritable lieu. La plupart des histologistes ont, en effet, appliqué surtout cette méthode à l'analyse optique des fibres musculaires des pattes des insectes, et, sous peine de compliquer encore un exposé déjà laborieux par lui-même, je crois indispensable de suivre dans leurs errements ceux qui nous ont précédé.

Nous venons en effet d'entreprendre l'analyse histologique des muscles des pattes de l'hydrophile ; nous allons essayer de compléter cette étude en y appliquant la polarisation. Je supposerai, bien entendu, connus de vous, les faits principaux relatifs aux propriétés singulières de la lumière polarisée, mais l'emploi de cette dernière constituant une véritable méthode histologique, je devrai néanmoins vous en indiquer la technique, et par celà même entrer dans quelques détails.

(1) Voir les n[os] 4, 5, 6, 8, 11, 14, 17, 19, 25 et 30 de 1876.

L'appareil d'optique adapté au microscope dans le but de polariser la lumière est constitué, vous ne l'ignorez pas, par la combinaison de deux prismes de Nicol. L'un de ces prismes est placé sous la platine, entre cette dernière et le miroir plan destiné à recueillir la lumière, il porte le nom de *polariseur*.

Le second prisme est adapté au-dessus de l'objectif ou au-dessus de l'oculaire, et se nomme prisme *analyseur*. Celà posé, je dois vous rappeler que, lorsque les plans de polarisation de ces deux prismes sont parallèles entre eux ou se confondent, et que, conséquemment, ils forment l'un avec l'autre un angle égal à zéro ($\alpha = 0°$) le champ du microscope reste lumineux. Mais si les deux Nicols sont croisés rectangulairement ($\alpha = 90°$) aucun rayon lumineux ne les traverse, et le champ du microscope devient complètement obscur (1). Supposons actuellement qu'un cristal à un axe soit couché sur la platine, si cet axe se confond avec l'un des plans de polarisation, ou lui est parallèle, le champ du microscope restera obcur. Si au contraire cet axe, convenablement orienté, fait avec les deux plans de polarisation un angle de 45°, le cristal deviendra lumineux, et l'on reconnaîtra par là qu'il est bi-réfringent ou anisotrope.

Un grand nombre de corps, autres que les cristaux, jouissent de la propriété de double réfraction. Convenablement orientés, ils paraissent brillants sur la platine du microscope à polarisation dont les Nicols ont été croisés ; ils sont bi-réfringents ou anisotropes. D'autres, au contraire, dans les mêmes conditions et quelle que soit leur orientation, ne deviennent jamais lumineux ; ils sont mono-réfringents ou isotropes.

Messieurs, les propriétés particulières des différents corps à l'égard de la lumière polarisée ont été depuis longtemps étudiées par les physiciens ; je dois pourtant vous indiquer ici un fait singulier et remarquable. Un même corps, dont la composition chimique et dont le poids n'ont point changé, mais dont l'arrangement moléculaire a subi certaines variations, peut voir ses propriétés optiques à l'égard de la lumière polarisée se modifier si profondément, que par exemple, d'isotrope il peut devenir anisotrope, ou que le contraire peut avoir lieu. Si vous prenez une lame de verre et si vous l'observez à l'aide de la lumière polarisée, vous la trouverez parfaitement isotrope ou mono-réfringente. Courbez cette lame de verre, elle deviendra anisotrope ou bi-réfringente, parce que ses molécules auront subi une sorte de tassement dans un sens donné.

J'ai, de mon côté, trouvé, il y a quelques années, un objet infiniment meilleur que le verre comprimé, pour étudier ces modifications singulières des propriétés optiques des corps ; c'est le caoutchouc de bouteille, non vulcanisé conséquemment, et découpé en très-minces rubans. Ces derniers jouissent d'une élasticité parfaite, mais si après les avoir étirés fortement, et les maintenant dans l'extension, l'on vient ensuite à les refroidir, ils deviennent rigides et perdent absolument la propriété de revenir sur eux-mêmes. J'ai depuis longtemps montré qu'il est facile de rendre au caoutchouc énervé de la sorte son élasticité première. Il suffit pour cela de presser entre les doigts le mince ruban étiré, c'est-à-dire de le porter pendant quelques instants à une température d'environ 36°. La bande de caoutchouc, redevenant élastique sur ce point, y produit sous le doigt même un ventre de rétraction, et si l'on reproduit l'expérience de distance en distance le long de la bande, cette dernière tout entière se trouve composée de ventres élastiques alternant avec des nœuds rigides.

Messieurs, je ne suis entré dans les détails qui précèdent que parce que cette expérience simple, tout étrangère qu'elle paraisse être au premier abord à notre sujet, trouvera son application naturelle et très-importante lorsque nous analyse-

(1) Dans ces sortes d'expériences, qui ne sont point faites comme celles de physique dans la chambre noire, il est indispensable de placer un écran devant la platine du microscope immédiatement au-dessus du miroir plan réflecteur, afin d'éviter toute complication provenant de la lumière diffusé.

rons plus tard le mécanisme intime de la contraction. Actuellement, et pour ce qui a rapport, dans les faits précités, avec les variations des propriétés optiques d'un même corps, nous remarquons ce phénomène intéressant qu'une mince lame de caoutchouc élastique, placée sur la platine du microscope à polarisation est absolument mono-réfringente; que la même lame étirée et refroidie est devenue par cela même bi-réfringente, et que lorsqu'on a restitué à cette lame, de distance en distance, son élasticité par l'application de la chaleur, elle est désormais constituée par une succession de segments rigides anisotropes et élastiques mono-réfringents.

Il devient dès lors évident que la propriété de la double réfraction, acquise par le caoutchouc étiré et rendu rigide, est fonction de l'arrangement moléculaire survenu dans la lame de caoutchouc, étirée et maintenue dans cet état par l'action du refroidissement. Or dans le cas qui nous occupe cet arrangement moléculaire est facile à préciser : il consiste simplement dans l'étirement dans une direction et le tassement dans une autre, des éléments constitutifs, quels qu'ils soient, d'ailleurs, de la lame élastique. Cette simple considération nous permet de prévoir que toutes les fois que les éléments d'un corps transparent sont ramenés, par une action plus ou moins analogue à l'étirement, dans une direction identique, et qu'ils restent dans cet état, le corps primitivement isotrope pourra devenir anisotrope. C'est en effet ce que démontre l'expérience, et, particulièrement en histologie, les exemples confirmatifs de cette hypothèse ne sont pas difficiles à trouver.

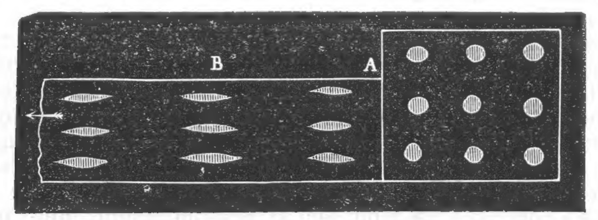


Fig. 1. — A, lame de caoutchouc marquée de points; — B, la même étirée montrant l'arrangement pris par les molécules situées dans l'aire des points quand l'étirement a été opéré dans le sens de la flèche.

Lorsque vous observez, à l'aide du microscope à polarisation, des poils de mammifères, vous remarquez facilement qu'ils sont mono-réfringents au niveau du bulbe pileux et qu'ils deviennent de plus en plus bi-réfringents à mesure qu'on approche de leur pointe. Or, vous savez que les lamelles épidermiques qui forment les gaînes superposées du poil sont étirées et tassées suivant la longueur ou l'axe de figure de cette production. L'étude des cartilages diarthrodiaux est encore plus instructive et vient clairement à l'appui de la conception précédemment formulée. Il est facile, en effet, de reconnaître, sur des coupes transversales

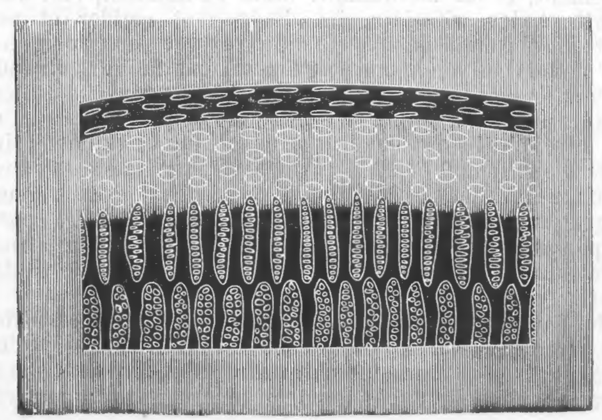


Fig. 2. — Coupe de cartilage diarthrodial perpendiculaire à la surface et examinée à la lumière polarisée, — les parties isotropes sont en noir pur.

dirigées normalement de la surface libre du cartilage à l'os, que les capsules de cartilage y sont disposées dans l'ordre suivant :

(A). Tout près de la surface, les capsules sont allongées transversalement, aplaties de haut en bas, comme par la pression des surfaces articulaires l'une sur l'autre.

(B). Au dessous de cette première zone, qui forme comme une bande extérieure, les capsules de cartilage sont sphériques et comme semées librement dans la substance fondamentale du cartilage.

(C). Plus profondément, enfin, et sur le point où les capsules s'allongent dans le sens longitudinal, elles sont pressées les unes contre les autres et sont remplies de capsules secondaires empilées de telle sorte que le cartilage prend, à l'œil nu, un aspect fibroïde.

Si maintenant nous examinons à l'aide de la lumière polarisée, cette même préparation de cartilage, convenablement disposée sur la platine, elle donnera un aspect analogue à celui de la figure, c'est-à-dire que les zones A et C, indiquées par une teinte noire pure, seront brillantes ou bi-réfringentes tandis que la zone B, marquée de hachures verticales, sera obscure, ou mono-réfringente. Il suit naturellement que dans le cartilage les parties mono-réfringentes sont celles dont les capsules cartilagineuses n'ont subi aucune compression, aucun tassement dans un sens déterminé; tandis que les portions bi-réfringentes sont au contraire celles au niveau desquelles cette compression s'est produite. *(A suivre).*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Quelques points de l'étiologie de la fièvre typhoïde.

L'épidémie de fièvre typhoïde paraît être décidément en voie de décroissance; cependant elle ne diminue que très-lentement. Les chiffres de la mortalité qui avaient été si élevés dans le mois de novembre, ont baissé notablement. Mais ils dépassent encore ceux du mois d'octobre et ne permettent pas de prévoir quand sera terminée cette épidémie. Rappelons que les chiffres hebdomadaires des décès avaient été les suivants. En juillet : 6, 13, 15, 21; — en août : 40, 38, 87, 82, 78; — en septembre : 78, 72, 61, 59; — en octobre : 35, 45, 29, 40; — en novembre : 59, 171, 150, 103, 105. Dans le mois de décembre ces chiffres ont été de 62, 48, 60.

La persistance de l'épidémie a mis à l'ordre du jour un certain nombre de questions relatives à cette maladie, parmi lesquelles celles qui concernent l'étiologie ne sont pas les moins intéressantes. On sait d'ailleurs que, depuis une vingtaine d'années, ce sujet avait déjà attiré l'attention de quelques médecins et particulièrement des médecins anglais. Murchison et Budd se sont surtout signalés sous ce rapport, et ont donné pour expliquer la propagation de la fièvre typhoïde deux théories un peu différentes. Ces théories sont basées toutes deux sur un nombre considérable de faits dont nous aurions voulu analyser du moins les plus concluants. Mais, en pareille matière, les faits ne valent que par leurs rapprochements et une telle étude nous entraînerait beaucoup trop loin. Nous renvoyons pour cela à un mémoire que vient de publier M. Noël Guéneau de Mussy sous ce titre : *Recherches historiques et critiques sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde* (1).

Rappelons seulement en quelques mots en quoi consistent les deux théories dont nous venons de parler. Pour Murchison, la contamination de l'air ou de l'eau potable par le liquide des vidanges ou par d'autres matières anima-

(1) In-8° de 125 pages, chez Delahaye, 1877.

les en décomposition est la cause de la fièvre typhoïde ; elle en est la cause spécifique et c'est la seule maladie qui puisse lui être imputée. Aussi propose-t-il de donner à la fièvre typhoïde le nom de fièvre pythogénique (de πύθων et γεννάω).

Aux faits cités par Murchison, M. Guéneau de Mussy en ajoute un certain nombre d'autres empruntés à différents médecins et observés en Angleterre, en Belgique, en France, etc. Tout ces faits concourent à démontrer que l'on peut, dans un grand nombre de cas, attribuer le développement d'épidémies typhoïdes aux émanations de matières putrides, et surtout, sinon exclusivement, de matières excrémentitielles, ou à l'usage, comme boisson, d'eaux souillées par le mélange de ces matières.

Mais, avec Budd, M. Guéneau de Mussy n'accepte point l'interprétation donnée par Murchison. D'après Budd, les émanations putrides sont seulement un intermédiaire; car c'est par contagion que se propage la fièvre typhoïde et le véhicule du contagium est le flux diarrhéique qui, par son abondance et sa durée, peut devenir une source très-active de propagation. La transmission peut se faire par les vidanges et les égouts, par l'air, les vêtements, les linges et par les personnes qui soignent les malades, enfin par les boissons. La transmission par les boissons, et en particulier par le lait, a été très-étudiée dans ces dernières années, mais c'est l'air qui, d'après Budd, serait le plus souvent le véhicule du contagium de la fièvre typhoïde.

La durée de la contagiosité de la maladie correspondrait à peu près à celle de la diarrhée. Cependant Budd a vu plusieurs fois des explosions de fièvres typhoïdes succéder à l'arrivée d'une personne convalescente de cette affection dont les évacuations avaient repris depuis longtemps leur consistance normale. Il pense que c'est alors par les vêtements que se propage la maladie.

Budd est même tellement convaincu de la contagiosité de la fièvre typhoïde, qu'il nie complétement toute autre origine que la contagion à cette maladie. Les cas dans lesquels elle a paru se développer spontanément prouveraient seulement que l'on ne peut pas toujours suivre le principe contagieux jusqu'à son origine ; ils sont comparables aux cas isolés de variole et de toutes les autres maladies contagieuses.

Nous avons jusqu'ici exposé les points principaux de la théorie de Murchison et de celle de W. Budd, mais ce n'est là qu'un côté de l'étiologie des épidémies de fièvre typhoïde. Les doctrines de ces auteurs sont sans doute fort intéressantes, et ont, au point de vue pratique, pour ce qui concerne la prophylaxie de la maladie, une importance que l'on ne peut nier; elles peuvent contribuer à expliquer pourquoi certaines villes, certains quartiers d'une ville, sont frappés alors que d'autres sont plus ou moins complétement indemnes de la maladie ; mais elles ne suffisent point à rendre compte par elles-mêmes de tous les faits, et pour l'épidémie actuelle, par exemple, il faut évidemment invoquer d'autres circonstances que l'infection ou la contagion, ou du moins nous devons chercher à comprendre pourquoi ces conditions ont présenté une activité si considérable. C'est là sans doute une étude difficile dont nous ne possédons pas encore les éléments mais pour laquelle cependant on peut utiliser quelques données nouvelles.

C'est ainsi que d'après Pettenkofer et quelques autres médecins, il faudrait tenir compte des oscillations de la nappe d'eau souterraine, oscillations dont l'action est d'ailleurs diversement interprétée, Buchanan, Liebermeister et un assez grand nombre de médecins français ont soutenu une opinion émise d'abord par Pettenkofer puis abandonnée par lui. Lorsque la nappe d'eau souterraine est très-basse, disent-ils, les eaux d'infiltration qui imprègnent le sol n'arrivent dans les puits, dont le niveau est très-abaissé, qu'après avoir été souillée par les détritus organiques en fermentation, par le voisinage des égouts, des fosses d'aisance. Mais cette opinion est difficilement acceptable pour Paris, où l'usage de l'eau de puits pour l'alimentation est actuellement presque exceptionnelle. Pettenkofer admet aujourd'hui que la nappe d'eau souterraine en se retirant, laisse à nu les couches profondes du sol, imprégnées de matières en voie de décomposition ; ces couches deviennent un terrain fertile pour la reproduction sinon pour le développement des germes morbides ; les gaz méphitiques et les particules infecto-contagieuses qui se dégagent des profondeurs du sol dans les habitations seraient la cause du développement et de la propagation des maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde et le choléra.

D'ailleurs, ainsi que le dit M. Vallin dans un article récent de la *Gazette hebdomadaire* (1), « c'est moins l'abaissement absolu de la nappe souterraine que la fréquence et l'étendue de ses oscillations qui joue le rôle le plus important ; autrement on en arriverait à dire que les terrains bas et humides sont plus salubres, au point de vue de l'infection du sol, que les lieux secs et élevés. Sans doute, l'eau en s'élevant jusqu'à la surface du sol, dans une inondation par exemple, lave dans une certaine mesure les couches souterraines; mais quand l'eau s'est retirée, il est évident que l'humidité favorise les fermentations organiques nuisibles. » M. Vallin se demande même si l'épidémie actuelle ne serait pas une conséquence tardive des crues excessives de l'hiver dernier. « Au contraire, ajoute-t-il, un terrain très-élevé n est jamais atteint par les crues, il n'est lavé que par les pluies qui le traversent ; mais la sécheresse habituelle du sol rend plus facile la ventilation de ses couches profondes, la pénétration de l'air et la destruction par l'oxigène des matières organiques qui l'imprégnent.

Ces conditions n'ont pas encore été examinées avec toute la précision qu'elles méritent, et l'on ne peut que s'associer au vœu formulé par M. Vallin, qui demande que l'on étudie avec soin les oscillations de la nappe d'eau souterraine à Paris. On connait, en effet, les variations de cette nappe d'eau suivant les différents quartiers, et l'on a pu en dresser la carte ; mais on n'a point étudié jusqu'ici les oscillations qu'elle présente d'un moment à l'autre. Lorsque ce travail sera fait, et que l'on pourra l'utiliser comme l'a déjà fait M. Ernest Besnier pour les conditions de l'atmosphère, il sera peut-être plus facile d'arriver à connaître les causes des épidémies de fièvre typhoïde, et par suite de les combattre avec fruit, sinon de les prévenir complétement.

Le problème est encore plein d'obscurités. Il est d'ailleurs très-complexe, et il semble difficile d'assigner à la fièvre typhoïde une origine toujours la même. Nous croyons que l'on s'approche beaucoup plus de la vérité en disant avec M. Jaccoud (2) : « Le poison générateur de la fièvre ty-

(1) 15 novembre 1876.
(2) *Pathologie interne.*

phoïde est inconnu, mais toutes les données étiologiques prouvent qu'il est éventuellement contenu dans les produits de la décomposition des matières animales ; à ce point de vue, le typhus abdominal peut être considéré comme l'expression d'une intoxication putride spéciale, et l'observation démontre que l'agent toxique atteint l'organisme suivant une triple modalité : 1° Contenu dans l'air, dans l'eau, dans les substances aux émanations desquelles l'homme est exposé, il est absorbé par lui ; c'est là l'origine *extrinsèque* de la maladie ; — il naît primitivement dans l'organisme sous l'influence de certaines conditions mauvaises ; c'est là l'origine *spontanée* ; — il est reproduit par le malade, comme le poison cholérigène, et transmis aux individus sains ; c'est là l'origine *contagieuse* ou par *transmission*. »

Maintenant se pose la question de savoir quelle est la plus fréquente de ces origines et comment se trouvent surtout réalisées les conditions qui donnent naissance au développement de la fièvre typhoïde.

C'est sur ce point que doivent particulièrement porter les recherches des observateurs ; mais en attendant que la question soit résolue, il est fort important de tenir compte de toutes les mesures hygiéniques que commande la connaissance des faits exposés par Murchison, Budd, etc., et dans le détail desquelles nous n'avons malheureusement pas le temps d'entrer. A. SEVESTRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 décembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. DUMONT-PALLIER demande la parole à propos du procès-verbal. Il admet que, dans certains cas, le strabisme qui se montre à la suite de la diphthérie peut être la conséquence d'un vice de l'accommodation, comme l'a dit M. Javal dans la dernière séance ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et la paralysie débute parfois par les muscles moteurs du globe oculaire.

M. POUCHET présente au nom de MM. Morlot et André un appareil à injections fines.

M. RABUTEAU a examiné, sur le bord de la mer, un grand nombre de crustacés décapodes sans trouver une seule de ces concrétions calcaires connues sous le nom d'yeux d'écrevisse. Il explique cette différence entre les crustacés marins et ceux d'eau douce par la grande abondance de la chaux dans l'eau de mer, ce qui dispenserait l'animal de faire en quelque sorte une provision de calcaire pour renouveler son test. — M. *Pouchet* n'a pas trouvé d'yeux d'écrevisse dans le homard, mais il a vu, sur les côtés de l'estomac de cet animal, des glandes dans les culs-de-sac desquelles se produisent des aiguilles calcaires qui disparaissent après la mue.

M. JOLYET a fait de nouvelles recherches sur l'action du pneumogastrique dans les accès de toux chez les animaux. Ses expériences ont porté en particulier sur une anse que forme parfois ce nerf. Il a recherché l'action de la cicutine et de l'iodure d'éthyle de strychnium sur les nerfs sécréteurs de la salive. Ces substances arrêtent la sécrétion en paralysant les nerfs.

M. GOUBAUX rapporte que, plusieurs fois, il a vu, chez le cheval, le nerf phrénique naître par trois racines qui partent de la 5e, de la 6e et de la 7e paires cervicales. Tantôt ces trois branches se réunissent à angle aigu et se confondent ; tantôt le filet nerveux, très-grêle, qui vient de la 5e paire est simplement accolé aux autres et va s'anastomoser avec le pneumogastrique, dans le médiastin antérieur, au niveau de la 2e vertèbre dorsale.

M. ONIMUS En électrisant les vaso-moteurs avec des courants induits, on produit habituellement un resserrement des vaisseaux. Quelquefois, cependant, il y a plutôt dilatation : c'est quand les courants sont très-faibles. De même, pour les mouvements péristaltiques, les courants de moyenne intensité les arrêtent, les courants faibles les excitent.

M. PITRES se demande si certains cas d'atrophie des circonvolutions, consécutive aux amputations des membres, sont bien authentiques. Il vient de sacrifier deux chats auxquels il avait enlevé, en 1874, à l'un la patte antérieure gauche, à l'autre la patte antérieure droite : les hémisphères cérébraux ne présentent aucune altération.

La Société procède à l'élection de son bureau pour l'année 1877. Sont nommés : *Vice-présidents*, MM. Lépine et Pouchet ; *Secrétaires*, MM. Hanot, Nepveu, Galippe, Duret. Is. BESSON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 janvier 1877.

M. CHATIN, président sortant, après avoir prononcé un discours dans lequel il rappelle les travaux de l'Académie pendant l'année 1876, cède le fauteuil à M. BOULEY, qui à son tour, lit un discours de bienvenue.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie interne. Sont présentés : en 1re ligne, M. Jaccoud ; en 2e ligne, M. Peter ; en 3e ligne, M. Raynaud ; en 4e ligne, M. Bucquoy ; en 5e ligne, M. Fournier. 79 votants ; majorité 40 voix. Ont obtenu : M. Jaccoud, 63 voix ; M. Péter, 11 ; M. Raynaud, 4 ; M. Fournier, 2. — M. Jaccoud est proclamé membre titulaire. — Comité secret, à 4 heures.

M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 17 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

2. Cancer colloïde du rectum et de la vessie. Calculs d'urostéalithe ; par M. le Dr BOYER, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

M. X... capitaine, 46 ans, entre le 6 mai 1876 au Val-de-Grâce (service de CHAUVEL) pour une affection dont il fait remonter le début à 6 mois. On constate un cancer du rectum qui s'étend assez haut au-dessus de l'anus pour que le doigt ne puisse arriver jusqu'à la partie supérieure de la tumeur ; celle-ci occupe d'ailleurs presque tout le petit bassin. Aucune intervention n'était possible en raison de l'étendue de la lésion. Peu de temps après son entrée à l'hôpital, le malade éprouva une certaine difficulté à uriner. Le cathétérisme fut pratiqué pendant quelques jours sans que jamais la sonde fit constater la présence de calculs dans la vessie. M. X... n'avait présenté antérieurement aucun trouble du côté des organes génito-urinaires ; aussi cette gêne de la miction fut-elle attribuée au voisinage de la tumeur. Ce symptôme disparut d'ailleurs bientôt et les urines ne présentèrent aucune altération. L'affection suivit son cours habituel et le malade succomba le 16 novembre 1876.

AUTOPSIE : On constate une infiltration colloïde de l'intestin, s'étendant de l'anus à l'angle sacro-vertébral.

L'étendue de l'altération est de 20 centimètres et son épaisseur de 5 à 6 centimètres. La dégénérescence cancéreuse a en outre envahi la paroi vésicale et la prostate. La vessie présente au niveau de son bas-fond, mais surtout au voisinage du col, plusieurs petites masses de substance colloïde, encore recouvertes par l'épithélium. L'examen microscopique de la tumeur pratiquée par M. LAVERAN a montré qu'il s'agissait en effet d'un cancer mou à trame fibreuse très-mince.

On trouve en outre dans la vessie des *calculs* au nombre de 10 à 15 pouvant peser ensemble de 35 à 40 grammes. Les plus gros représentent des disques aplatis d'un à deux centimètres de diamètre. Ils sont tous d'une couleur jaune-rougeâtre, d'une consistance un peu molle et présentent un noyau grisâtre et plus friable.

M. VIDAU ayant soumis ces calculs à l'analyse chimique, a constaté que le noyau est constitué par une substance grasse, et l'enveloppe par du carbonate et du phosphate de chaux. Leurs caractères physiques et chimiques sont ceux des calculs

d'urostéalithe dont il n'existe que de très-rares exemples rapportés par Neubauer, Vogel et F. Haller.

4. Ulcère simple de l'estomac. Hématémèse foudroyante. Pas de symptômes gastriques antérieurs; par M. Bazy, interne des hôpitaux.

Le nommé Lef... Charles, 43 ans, découpeur de fleurs, entre le 23 novembre 1876 dans le service de M. Nicaise. (Hôpital temporaire), salle Saint-André, n° 25.

Pas de maladies antérieures, pas de syphilis; légers antécédents alcooliques. — Cet homme vient à l'hôpital pour une contusion de la paroi thoracique gauche, reçue quatre jours auparavant. Il est un peu pâle, mais bien constitué, grand, bien musclé, d'un embonpoint moyen et sans amaigrissement. Il présente des douleurs mal localisées dans l'hypochondre gauche et le flanc. L'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune lésion.

24 octobre. Après la visite, une lipothymie en sortant du bain. — *Soir.* Syncope; immédiatement après, nous constatons les phénomènes suivants: pâleur considérable de la peau et des muqueuses, faiblesse très-grande, sueurs froides; nous soupçonnons une hémorhagie interne et en particulier une hémorrhagie qui se serait faite dans les voies digestives. Le sujet est interrogé dans ce sens; il dit s'être toujours très-bien porté, n'avoir jamais eu ni vomissements, ni hématémèse, ni douleurs d'aucune sorte. Jamais il n'a regardé ses selles. — Rien du côté des organes respiratoires. Au cœur, souffle systolique intense à la base, se prolongeant dans les carotides.

Du côté de l'abdomen, rien à la palpation ni à la percussion. Douleurs assez vives à la pression au niveau de l'épigastre. Hyperesthésie assez vive du reste de la paroi abdominale. — Rien au foie, rien dans les urines. On fait garder les selles pour le lendemain.

26 octobre. Selles demi-molles, coloration vert noirâtre.

28 octobre. Après le repas du soir et après quelques prodrômes, (malaise et faiblesse un peu plus grande), le malade se couche et vomit une quantité considérable de sang en caillots. Après quelques convulsions, il meurt.

Autopsie. *Estomac* très-dilaté contenant une assez grande quantité de liquide rouge, noirâtre. Trois *ulcères* au niveau de la petite courbure; le moyen est le plus étendu: il est arrondi et a les dimensions d'une pièce de 1 franc, ses bords sont taillés à pic, non décollés s'élevant à 2 millim. au moins au-dessus du fond, lequel est rougeâtre et offre de petites éminences mamelonnées analogues à des bourgeons charnus. Au *centre* est un mamelon plus volumineux s'élevant au niveau des bords de l'ulcère: quand on l'examine à la coupe on croit y voir une artère sectionnée, bouchée par un caillot fibrineux. — Les bords de l'ulcère sont rouges et cette rougeur s'étend assez loin sur la petite courbure.

A droite de cet ulcère et à 1 centimètre de lui, il en existe un autre très-superficiel ayant les dimensions d'une lentille, n'offrant du reste rien de particulier. — A gauche et toujours sur la petite courbure, mais empiétant un peu sur la face antérieure, et à 4 cent. environ du premier, il en existe un troisième, elliptique, à axe antéro-postérieur, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, très-superficiel, et dont le fond semble traversé par un vaisseau à parois minces présentant une ouverture latérale qui semble manifeste, quand on l'examine sous l'eau et à la coupe (1).

Remarques. Cette observation est intéressante à plusieurs titres: Elle a trait à un *homme* et à un homme âgé de 43 ans. Notons encore sa marche foudroyante, l'absence de tout signe qui pût faire soupçonner la maladie avant l'apparition des syncopes, l'existence de l'hémorrhagie au moment où l'ulcère semblait guérir; enfin l'absence complète de douleurs; ce qui viendrait confirmer l'opinion des auteurs qui disent que les ulcères de la petite courbure sont indolents parce qu'ils ne se mettent pas en rapport avec les aliments qui les irriteraient.

La vessie était considérablement distendue et renfermait au moment de l'autopsie 300 ou 400 grammes d'urine. Les uretères et les reins ne présentaient aucune altération appréciable. Les ganglions lombaires n'étaient pas engorgés.

M. Charcot. Dans plusieurs cas, il a été possible de retrouver au moment de l'autopsie la lésion du vaisseau intéressé.

M. Houel. On a vu des vaisseaux même très volumineux être perforés par le travail ulcératif. Aucun symptôme ne traduisait la marche envahissante de la lésion; il n'existait même pas de douleur dans différents cas. L'observation qui précède est un type de la *forme latente* que peut revêtir l'affection.

(1) Après quelques jours le bourgeon volumineux, situé au centre du premier ulcère, s'est détaché et a permis de voir une ouverture très-nette d'un vaisseau qu'une injection a démontré être la coronaire stomachique.

Incontinence d'urine. — Fistule vésico-vaginale. — Tuberculisation des organes génito-urinaires; par M. Catuffe, externe des hôpitaux.

L. Mariette, domestique, 21 ans, entre le 27 septembre dans le service de M. Le Fort, suppléé par M. Terrier.

Antécédents. Dès l'âge de 8 ou 9 ans, cette malade a commencé à perdre son urine, le jour comme la nuit; cette affection n'a jamais disparu. La malade a été réglée à 15 ans; la première époque a été supprimée par un refroidissement; depuis lors, la menstruation a été irrégulière et douloureuse; les règles ont cessé depuis le mois de janvier dernier.

Il y a deux mois, l'urine commença à couler nuit et jour; la miction qui a toujours été douloureuse, l'est devenue beaucoup plus; l'urine, sans être plus abondante, était chargée, rouge, laissant au fond du vase un dépôt de fausses membranes; la malade dit en outre avoir senti comme des graviers.

Etat actuel. La miction est très-douloureuse, l'incontinence d'urine est continuelle; la sonde promenée dans la vessie ne révèle point la présence d'un corps étranger ni d'un calcul; l'hymen est conservé; cependant on peut pratiquer le toucher vaginal, et alors le doigt, immédiatement en arrière de l'orifice vulvaire, se meut librement dans une dilatation du vagin, qui a presque le volume du poing; cette poche, la première fois qu'elle a été explorée, a projeté avec force un jet d'un liquide clair, citrin, sans odeur caractéristique. Les parois du vagin semblent rugueuses, et sur la face antérieure, immédiatement en avant de la lèvre antérieure du col utérin, et un peu à droite de la ligne médiane, on sent un petit rebord de trois millim. de long contre lequel l'ongle vient buter, et, en arrière, une légère dépression.

La malade souffre surtout quand on presse la paroi abdominale antérieure au niveau de la vessie; il existe aussi quelques douleurs spontanées dans la fosse iliaque droite, devenant plus vives à la pression. — Etat général médiocre, anémie profonde; la malade a beaucoup maigri depuis deux mois. Interrogée du côté de la tuberculose, elle ne fournit aucun renseignement sur ses parents et ses collatéraux; elle s'enrhume très-facilement tous les hivers, mais ne s'en est jamais inquiétée; à l'examen, la percussion et l'auscultation n'offrent rien de remarquable; elle n'a jamais accusé que des sueurs nocturnes localisées à la tête et à la partie sus-diaphragmatique du tronc: jamais on n'a constaté de troubles de la respiration; depuis deux mois il existe un peu de fièvre le soir. — *Traitement.* Bromure de potassium, douches froides; injection vésicale avec une solution au 1/1,000 d'acide phénique.

14 octobre. Même état général, l'incontinence d'urine a très-peu diminué.

20 octobre. Les douleurs deviennent plus vives; quand on pousse l'injection, la malade accuse une douleur très-vive au niveau de la vessie et dans le flanc droit; l'incontinence est aussi forte qu'auparavant.

1er novembre. Les douleurs abdominales existent toujours; du côté des organes urinaires, même état; l'état général est plus mauvais. Pour savoir s'il existe réellement une fistule vésico-vaginale, M. Le Fort injecte du lait par l'urèthre, et au bout de deux ou trois minutes on le voit sourdre par le vagin; l'expérience inverse est faite et donne le même résultat.

15 novembre. L'état général s'est encore aggravé; les douleurs sont devenues très-vives, au niveau de la vessie et dans le

flanc droit, spontanément et à la pression; le ventre est rétracté, en bateau, l'urine est toujours chargée, avec fausses membranes. La fièvre vespérale, les sueurs nocturnes, sont beaucoup plus marquées; la malade commence à avoir des vomissements alimentaires et bilieux; constipation. Enfin la malade a le facies abdominal.

16, 17, 18 *novembre*. Même état général; la malade est plongée dans un coma de plus en plus profond; cependant elle peut répondre nettement aux questions qu'on lui pose. — Mort le 19.

Autopsie 31 heures après la mort. — *Cerveau*. Quelques granulations le long de l'artère sylvienne et à la base. *Poumons*; adhérents dans toute leur étendue à la cage thoracique, surtout aux deux sommets et sur le bord antérieur du poumon gauche. Pas de liquide dans les plèvres; dans les points désignées plus haut le parenchyme se déchire plutôt que d'entraîner les adhérences; aux deux sommets, dépôts de tubercules, dont plusieurs et un surtout, du volume d'une noisette, sur le poumon gauche, sont en voie de ramollissement. — *Cœur*, rien à noter.

Abdomen. Epiploon normal; le péritoine semble légèrement poisseux; il y a fort peu de sérosité. Les organes du petit bassin, au premier abord ne présentent rien d'anormal; le rectum, l'utérus, les culs-de-sac péritonéaux sont normaux; la vessie semble plus rétractée qu'à l'ordinaire. Le ligament large du côté gauche et les organes qu'il contient ne présentent rien à noter. Du côté droit, la trompe et l'ovaire, qui est rouge lie de vin, et à peu près deux fois plus gros que le gauche, sont unis entre eux et au tissu cellulaire de l'excavation pelvienne. — La *vessie* est rétractée, grosse comme un œuf; au niveau de son sommet, on remarque une saillie de même aspect que le reste de l'organe, située un peu à droite de la ligne médiane, longue de 2 cent. environ, faisant un relief de 5 à 6 mill. et à peu près transversalement dirigée; elle se continue par son bord postérieur et sans ligne de démarcation, avec la face postérieure de la vessie; en avant elle est limitée par un sillon assez profond, auquel viennent se rendre en convergeant trois ou quatre plis qui occupent la face antérieure de la vessie. Au devant de ce sillon, on voit un petit point bleuâtre de la grosseur d'une lentille.

Vagin. L'hymen est conservé; la muqueuse est couverte de concrétions rugueuses, jaunâtres, qui la tapissent complétement, et dues évidemment au séjour de l'urine dans le canal. Sur la face antérieure du vagin, à 6 mill. en avant de la lèvre antérieure du col utérin, se trouve un orifice très-petit que l'on ne peut découvrir qu'en pressant sur la vessie; on en fait sourdre alors un liquide purulent; cet orifice appartient à un trajet fistuleux, à peu près rectiligne, qui va s'ouvrir dans la vessie en arrière de la base du trigone.

En enlevant la masse des organes pelviens, nous sommes tombé sur un foyer purulent, de la grosseur d'un œuf, situé en arrière de la fosse ovale, contre la tubérosité ischiatique. Ce foyer communique avec la vessie par un trajet flexueux, qui y débouche par un orifice situé à la face postérieure près du sommet; il est long de 6 à 7 cent., large de 6 mill. environ, transversalement dirigé en passant sous l'ovaire et la trompe; l'orifice vésical est comme taillé à l'emporte-pièce. En tiraillant les parois vésicales pour chercher ce trajet, on a décollé facilement la petite masse située au sommet de la vessie, et au fond du sillon on a trouvé une autre perforation, un peu moindre que la précédente, et qui avait été oblitérée par le reploiement de la vessie. La muqueuse de celle-ci est noire, épaissie, couverte d'une couche de pus.

Les *uretères* sont gorgés de pus, et les *reins* présentent une désorganisation qui a passé inaperçue pendant la vie: le rein droit est très-volumineux, (15 cent. sur 8), de couleur violacée, livide; le gauche est moins gros et au premier abord il a l'aspect du rein cardiaque; tous les deux sont farcis d'abcès contenant une substance caséeuse; M. Hayem y a trouvé des granulations caractéristiques, ainsi que dans le foyer purulent de l'excavation pelvienne.

6. Carcinome primitif de la vessie; dilatation des uretères. — Lésions rénales: Néphrite interstitielle: rein atrophique, rein chirurgical. — Examen microscopique; par M. E. Chambard, interne des hôpitaux.

La nommée Luce, âgée de 66 ans, entre à la Salpêtrière, dans le service de M. Moreau de Tours. Elle est atteinte de démence sénile, impotence musculaire et tristesse hypochondriaque. Cette malade, offrant peu d'intérêt au point de vue mental, avait été peu observée lorsque, à la fin du mois de septembre 1875, elle demanda à être reçue dans la salle d'infirmerie de la division. Nous pouvons alors constater qu'elle est extrêmement amaigrie; sa peau sèche et mince présente une sorte de desquammation épidermique, est parcourue de veines apparentes et offre une teinte jaune-paille bien accusée. Tous ces caractères nous font présumer chez elle une affection cancéreuse. Nous apprenons alors que la miction est souvent douloureuse et difficile; l'urine contient quelquefois du sang ainsi que les matières fécales, qui présentent un aspect dysentérique. Les urines, en effet, ont laissé plusieurs fois déposer une matière floconneuse rougeâtre et l'examen microscopique y a dévoilé la présence de nombreux globules rouges.

La malade se plaint de vives douleurs dans le bas-ventre et la région lombaire, à ce point qu'il lui est extrêmement pénible de se mettre sur son séant. Ses plaintes et ses gémissements sont incessants, et à chaque visite elle réclame la présence de son mari, mort depuis plusieurs années: la démence est complète. Le toucher rectal et le toucher vaginal permettent de constater l'intégrité du col et du corps de l'utérus, ainsi que celle du rectum et du vagin. Mais la paroi antérieure de ce dernier est repoussée par une tumeur volumineuse, dure, bosselée, qui appartient évidemment à la face inférieure de la vessie envahie par une production pathologique volumineuse et étendue. Le diagnostic porté est alors cancer primitif de la vessie.

5 *octobre* 1876. La cachexie semble arrivée à sa dernière limite: la diarrhée est continuelle, la température élevée; pas de muguet. P. 144, régulier et faible. Rien au cœur. T. 39°,6. Le membre inferieur droit est œdemacié depuis sa racine. Cet œdème est blanc, mou, et la peau conserve longtemps l'impression du doigt qui l'a déprimée. Les veines saphéne, fémoral et poplitée ne sont pas indurées. L'apparition rapide de cet œdème localisé au membre inférieur droit, fait penser à la propagation du néoplasme vésical à la cavité pelvienne. — Mort le 10 octobre à 9 heures du matin.

Autopsie faite 24 heures après la mort.

Cavité thoracique: appareil respiratoire. La plèvre gauche contient environ un demi-verre de sérosité citrine. La plèvre droite présente sur toute sa surface de lâches adhérences entre ses deux feuillets. Le sommet des poumons est induré et présente à la coupe des noyaux caséeux entourés de granulations tuberculeuses. Les lobes postérieurs n'offrent qu'une congestion uniforme. Une incision pratiquée en suivant la trachée et les premières ramifications bronchiques, n'apprend rien de particulier.

Cœur et gros vaisseaux. Quelques traînées laiteuses suivent les principales divisions des vaisseaux de la surface du cœur; le bord libre de la valvule mitrale est épaissi, l'aorte est athéromateuse; mais ces lésions ne diffèrent pas de celles qu'on rencontre communément chez les vieillards et ne semblent pas de nature à avoir géné le fontionnement régulier du cœur.

Cavité abdominale. Pas de liquide dans le péritoine.

Foie. Pèse 815 grammes. Il est jaunâtre, friable, mais ne contient pas de substance amyloïde. La vésicule biliaire renferme un calcul. — *Rate*. Pèse 35 grammes. Petite, rouge et ferme.

Organes urinaires. Rein droit. Poids, 40 grammes. Hauteur, 0,04; largeur, 0,04. Le rein droit est petit et dense. La forme est conservée. On observe d'abord une dilatation considérable de l'uretère et du bassinet qui forme au niveau du hile de l'organe une poche qui lui semble annexée.

Lorsqu'on incise cette poche suivant son grand diamètre, on voit qu'elle sert de confluent à plusieurs cavités plus petites et juxtaposées qui répondent à la dilatation des calices.

Une incision pratiquée suivant la méthode ordinaire, c'est-à-dire partant du bord convexe du rein et divisant cet organe suivant son grand diamètre, met à découvert les substances corticale et médullaire. Sur une semblable coupe, on constate que les deux substances sont fermes, très-amincies, rouges, et que la corticale surtout a subi une atrophie considéra-

ble. La capsule s'enlève avec assez de facilité. Elle est notablement épaissie. Immédiatement au-dessous d'elles, la surface du rein présente, par places, des taches ardoisées.

Rein gauche. Poids, 170 grammes. Hauteur, 0,12. Largeur, 0,07. Circonférence de l'uretère, 0,04. Diamètre, 0,0134. — Ce rein est volumineux et conserve aussi sa forme normale, il est pâle, mou, et sa surface est parsemée de nombreuses arborisations vasculaires. Le bassinet est notablement dilaté, mais moins relativement que celui du rein droit; sa surface est injectée. — La face interne de l'uretère paraît saine.

La capsule peut être enlevée sans exulcération de la surface du rein qui apparaît alors pâle, jaunatre, légèrement granuleuse et finement vascularisée. On y observe encore de petites nodosités, du volume d'un grain de mil, d'une tête d'épingle, isolées et plus souvent agminées et de consistance variable. Autour d'elles est une zone violacée et comme ecchymotique. Leur coupe est blanchâtre, quelques-unes sont entièrement ramollies et forment de petites poches miliaires à contenu puriforme. Sur une coupe, les deux substances peuvent encore être distinguées. La corticale est d'épaisseur normale et, dans ses régions les plus superficielles, présente de petites nodosités semblables à celles qui font saillie à la surface. La substance médullaire ne paraît pas présenter de traînées purulentes.

Tumeur vésicale et pelvienne. — Tous les organes du petit bassin sont enlevés ensemble. Pendant cette opération on constate dans la partie droite de cette cavité l'existence d'une masse cancéreuse, émanée de la paroi latérale droite de la vessie et fortement adhérente à l'aponévrose pelvienne; elle comprime la partie inférieure du muscle iliaque et englobe les vaisseaux iliaques externes, la partie inférieure de l'uretère droit et, en arrière, quelques branches antérieures des paires sacrées. A gauche, la tumeur est aussi sortie de la vessie et comprend la partie inférieure de l'uretère de ce côté, mais elle s'étend beaucoup moins qu'à droite et respecte les vaisseaux pelviens.

Si on fait abstraction de ces masses latérales, l'inspection de l'extérieur de la masse des organes pelviens génito-urinaires ne donne pas de grandes lésions. La vessie a conservé sa forme et est distendue par un liquide, mais la palpation permet de reconnaître l'épaississement et l'induration de tout son segment inférieur; le rectum est sain, il en est de même de l'utérus et du vagin sauf une ulcération irrégulière, à bords taillés à pic, à fond coloré par du sang extravasé et du diamètre d'une pièce de vingt centimes, siégeant sur la paroi du col de sac antérieur. — La surface de la cavité utérine ne présente rien de particulier : il en est de même de celle de la muqueuse uréthrale.

L'incision de la face antérieure de la vessie donne issue à de gros caillots noirs mêlés à du sang liquide et également noir. — La surface interne du réservoir urinaire présente une masse de végétations en choux-fleurs, occupant sa base et la moitié inférieure de ses faces antérieure, latérale et postérieure. Ces efflorescences reposent sur une base indurée que constituent les parois vésicales épaissies. Elles sont grisâtres, parsemées d'extravasations sanguines, se rompent et se désagrègent avec facilité sous un mince filet d'eau. — Malgré leur dilatation, les uretères sont perméables au niveau de leur orifice vésical. Un stylet doucement introduit dans leur cavité pénètre sans peine dans la vessie en soulevant les bourgeons cancéreux qui recouvrent cet orifice sans l'obstruer.

Des coupes pratiquées dans la masse cancéreuse vésicale et extra-vésicale ont une surface assez ferme, grisâtre, parsemée de nombreux pelotons adipeux. Le râclage et la pression en font sourdre un suc laiteux abondant. — Au niveau du point comprimé par la tumeur pelvienne, le muscle psoas-iliaque est seulement un peu mou et présente une coloration verdâtre.

Examen microscopique, fait au laboratoire du collége de France. — Cet examen a porté sur les muscles comprimés par la tumeur, sur la vessie, les reins, les uretères, la masse cancéreuse pelvienne et les artères et veines qu'elle avait englobées. Nous relaterons seulement les résultats de l'examen des muscles, de la vessie, des uretères, des reins et d'un ganglion lymphatique.

Pour les muscles, les procédés employés ont été la dissociation après macération dans l'alcool au tiers et des sections après durcissement dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Les autres pièces ont été soumises aux mêmes procédés de durcissement, et les coupes colorées par le picro-carminate d'ammoniaque et la purpurine, traitées ou non par le pinceau, ont été montées dans la glycérine pure ou additionnée de picro-carminate ammoniacal. Enfin, le suc cancéreux, obtenu par râclage, a été examiné immédiatement après l'autopsie.

A. *Muscles.* — Par dissociation, on isole facilement les fibres primitives qui présentent toutes des lésions très-variables: 1° Les unes ont conservé leur volume normal et une striation qui, pour certaines est encore si nette qu'avec un grossissement moyen ($\frac{1}{7}$ Verick) et, sans tension préalable, on distingue fort bien le disque mince et les espaces clairs. Un examen attentif permet cependant de constater sur la plupart de ces fibres une prolifération notable des noyaux de sarcolemme. D'autres sont déjà moins larges mais encore nettement striées bien qu'un peu moins que les précédentes, et la prolifération nucléaire y est plus avancée. D'autres encore ont perdu leur striation transversale, leur contenu est trouble, très-finement granuleux; la multiplication des noyaux est beaucoup plus accusée.

D'autres enfin offrent une infiltration granulo-graisseuse, très-fine, mais très-nette; plusieurs contiennent des granulations assez volumineuses de pigment musculaire. Enfin à côté de ces fibres qui, quel que soit le degré de leur altération, rappellent facilement l'aspect des fibres musculaires, on trouve des gaines sarcolemmatiques vides dont la paroi est incrustée de nombreux noyaux. Ces gaines contiennent en certains endroits des granulations graisseuses et pigmentaires, ailleurs des fragments allongés, fusiformes, de substance contractile non striée et granuleuse. — En aucun point on ne constate de dégénérescence cireuse.

2° Sur plusieurs points, le contenu de la fibre musculaire semble avoir une tendance à se rétracter vers l'axe de celle-ci, de sorte qu'un certain intervalle le sépare des parois de la gaine sarcolemmatique. L'examen des préparations avec des objectifs à grand angle($\frac{1}{8}$ Verick) montre que la matière musculaire retractée entraine souvent avec soi les noyaux de sa gaine.

3° Ceux-ci examinés avec de forts grossissements ($\frac{2}{8}$ Verick se montrent très-nets, ovales, à double contour et nucléolés. Ils se colorent très-bien par le carmin. Dans les points où leur prolifération est très-active, ils sont disposés en séries longitudinales. — Ils ne semblent pas contenus dans une masse protoplasmique, mais on observe souvent aux extrémités de leur grand axe et en dehors d'eux de petits amas de granulations graisseuses ou pigmentaires. Il est rare de rencontrer des noyaux en voie de scission.

4° Le tissu conjonctif qui sépare les fibres primitives (périmysium interne) est normal. Il contient un petit nombre de granulations et gouttelettes graisseuses, mais il est infiltré d'éléments cellulaires, qui, par leurs caractères morphologiques, sont identiques à ceux que renferme le suc extrait de de la tumeur pelvienne. — Quelques capillaires musculaires, examinés à de forts grossissements se sont montrés vides de sang, et pourvu de gros noyaux ovoïdes, nucléoles, saillants et entourés d'un peu de protoplasma granuleux. — Le peu de cohésion des faisceaux musculaires rend assez difficiles ces coupes transversales même après durcissement par la méthode ordinaire, néanmoins ces préparations offrent les mêmes particularités que celles qu'on obtient par dissociation. Sur une de ces coupes, on peut voir, sur une partie de leur parcours, une artère et une veine assez volumineuse entourée, surtout cette dernière d'un tissu cellulaire infiltré de cellules carcinomateuses.

Quelques mensurations micrométriques nous ont donné les résultats suivants :

1° Grosse fibre, striature très-nette, noyaux peu nombreux.......................... 48 c.

2° Fibre moins grosse, stries nettes, (sur une longueur de 400 c. on compte 25 noyaux.......................... 24 c.

3° Fibre légèrement et finement granuleuse ; striées moins nettes .... 24 c.
4° Fibre très atrophiée, noueuse, granuleuse ; pas de striées .... 12 c.

B. *Tumeur de la vessie.* — Les éléments obtenus par râclage après l'autopsie, traités par le picro-carmin et l'eau camphrée, sont de volume et de forme variables. Leurs principaux types sont les suivants: Noyaux ovoïdes granuleux, libres ou entourés d'une mince couche protoplasmique. Cellules peu volumineuses (12 à 15 c.) pourvues d'un noyau sphérique ayant lui-même un petit nucléole. Cellules plus volumineuses irrégulières, noyau sphérique, nucléole. Beaucoup de ces cellules sont infiltrées de granulations graisseuses qui se rangent en couronne autour du noyau, beaucoup sont transformées en corps de gluye dans lesquels une tache diffuse, colorée par le carmin, révèle la présence du noyau enfoui au milieu des granulations graisseuses agglomérées. Peu de cellules ont deux noyaux, nous n'avons pu en voir en voie de scission.

Coupes. — Ces coupes sont faites normalement à la surface de la vessie, en un point où la périphérie d'une masse cancéreuse peu volumineuse, se confond avec les parois vésicales saines. Exminées à un faible grossissement elles présentent donc trois régions: une où ces parois sont saines, une où elles sont hypertrophiées et altérées par le voisinage de la tumeur, et une enfin où elles sont complétement envahies par la production pathologique.

1° *Zone saine.* — L'emploi de plus forts grossissements ne montre aucune lésion.

2° *Zone hypertrophiée.* — La surface de la muqueuse est hérissée de villosités de formes et de dimensions variables. Les unes cylindriques, d'autres légèrement pédiculées. Elles sont formées d'un tissu riche en éléments embryonnaires qui deviennent moins nombreux dans les points où ces saillies se continuent avec la muqueuse sous-jacente. Les faisceaux musculaires n'offrent rien de particulier. Au-dessous des faisceaux musculaires, se trouve une couche celluleuse qui contient de petites traînées ou de petits amas d'éléments embryonnaires, surtout autour des veinules et des lymphatiques. — Rien aux faisceaux nerveux.

3° *Zone carcinomateuse.* — Sur les coupes, la région cancéreuse est limitée superficiellement par la muqueuse amincie et villeuse qu'elle ne tarde pas à faire disparaître, profondément par un plan de faisceaux musculaires et sa circonférence répond à la couche musculeuse qu'elle dissocie et entre les faisceaux de laquelle elle s'infiltre. — Le tissu cellulaire qui sépare les faisceaux de fibres lisses présente des fentes lymphatiques remplies de leucocytes et contenant aussi des cellules carcinomateuses.

La tumeur est constituée par des trabécules fibreuses assez épaisses limitant des alvéoles allongées que cloisonnent d'autres trabécules plus fines émanées des premières. — Ces alvéoles ainsi formées sont remplies de cellules analogues à celles qu'on obtenait pour le râclage de la pièce fraîche : les plus volumineuses de ces cavités renferment des masses cellulaires en voie de régression graisseuse.

C. *Ganglion pris dans le voisinage de la vessie.*

Ce ganglion, du volume d'un petit haricot, a conservé sa forme normale. Il est lisse, libre dans le tissu cellulaire qui l'entoure, sa consistance est moyenne et pourrait au premier abord passer pour être entièrement sain.

Sur des coupes perpendiculaires au grand axe et traitées par le pinceau, on voit, à de faibles grossissements ($\frac{2}{2}$ Hartnach), qu'il est formé d'une poche fibreuse cloisonnée par des travées conjonctives limitant un petit nombre de larges alvéoles subdivisées elles-mêmes en cavités plus petites par des travécules émanées des précédentes et généralement assez minces pour être facilement rompues par le pinceau à un plus fort grossissement ($\frac{1}{3}$ Vérick) ; on voit qu'indépendamment des masses cellulaires contenues dans les alvéoles dont nous venons de parler, il existe dans les grosses travées fibreuses et dans les couches profondes de la capsule ganglionnaire, de très-nombreux nids de cellules pressées les unes contre les autres et difficilement dégagées par le pinceau. Enfin, les travées et la capsule contiennent beaucoup de fentes lymphatiques pleines de leucocytes.

Les grosses masses cellulaires des alvéoles subissent en beaucoup de points la dégénérescence graisseuse : il n'en es pas ainsi des cellules des petites alvéoles allongées qui ne présentent encore aucune lésion régressive.

Uretère gauche. La seule lésion est une infiltration diffuse mais très-modérée de la membrane interne par des éléments embryonnaires. Les faisceaux musculaires entrecroisés sous de incidences obliques, n'ont subi aucune altération.

D. *Rein gauche.* Les lésions histologiques de la substance médullaire se bornent à une infiltration du tissu interstitiel par un petit nombre d'éléments embryonnaires. C'est dans la substance corticale que se trouvent réunies toutes les lésions qui portent sur le tissu interstitiel, n'affectent que secondairement et faiblement l'épithélium et se montrent à des degrés divers d'évolution, soit sous forme d'infiltration diffuse, soit sous celles de collections purulentes, microscopiques, soit encore sous l'aspect d'îlots irréguliers de véritable sclérose.

Le contenu d'abcès corticaux un peu volumineux examiné à l'état frais est formé de leucocytes, les uns sains, les autres infiltrés de granulations graisseuses, de globules rouges peu nombreux et de granulations graisseuses libres. Dans la substance corticale, nous décrirons successivement l'état du tissu interstitiel, des glomérules et des vaisseaux, enfin celui des tubes centraux et périphériques du lobule rénal.

Tissu interstitiel. — Trois sortes de lésions.

1° Infiltration diffuse par des éléments embryonnaires.

2° Infiltration confluente siégeant surtout autour des glomérules et entre les tubes contournés dont la coupe transversale se montre, en certains points, sous forme de pertes de substance circulaire creusées au sein d'une masse entièrement embryonnaire.

3° Ilots de sclérose. — En certains points les bandes qui séparent les tubes sont élargies, fibrillaires, renferment des cellules plates. Les tubes dans ces régions sont diminués de diamètre, mais leur épithélium est peu altéré. A un degré plus avancé les intervalles fibreux qui séparent les tubes sont beaucoup plus larges que le diamètre de ceux-ci. Les tubes sont très atrophiés, déformés, la lumière de plusieurs a disparu, leur épithélium est aussi en voie d'atrophie simple, mais les noyaux conservent longtemps leur forme et leur volume.

Glomérules, vaisseaux. De même que celles de la substance interstitielle, les altérations des glomérules présentent tous les degrés, depuis un état à peu près sain jusqu'à une transformation fibroïde complète, dernier degré des lésions glomérulaires dans les néphrites interstitielles. Les uns offrent un bouquet vasculaire encore très reconnaissable, mais sur lequel se voient des noyaux plus nombreux qu'à l'état normal. Nous ne savons si cette augmentation de nombre des noyaux s'est faite aux dépens de l'endothélium vasculaire ou aux dépens des cellules du tissu conjonctif glomérulaire. Dans le cas analogue, M. *Kelsch* s'est rattaché à cette dernière hypothèse.

Ces glomérules ont généralement leur capsule très-épaissie, fibrillaire, et confondue avec le tissu voisin. L'endothélium est conservé. Dans beaucoup la capsule glomérulaire est nettement formé de lamelles conjonctives stratifiées et séparées par des lits de cellules plates. Certaines de ces capsules sont vides de leurs glomérules, enlevés entièrement par l'action du pinceau. Ce qui montre que même à ce degré d'altération, il ne s'établit aucune adhérence entre la surface du bouquet vasculaire et celle de sa capsule.

D'autres glomérules sont notablement diminués de volume, leur surface est un peu mamelonnée et rappelle vaguement la saillie des anses vasculaires, leur couleur est blanc-jaunâtre et devient rose sous l'influence du carmin. A leur surface et dans leur épaisseur, on distingue des éléments cellulaires étoilés plus vivement colorés ; ils ont subi la transformation fibreuse. Ces glomérules ne se trouvent pas toujours dans les points où l'infiltration du tissu interstitiel est la plus avancée; et à côté d'eux, dans les mêmes conditions, s'en trouvent de relativement sains.

Il faut remarquer qu'entre les glomérules encore reconnaissables et dont la lésion se caractérise seulement par la multiplication de leurs noyaux, et les glomérules atrophiés et fibreux

on ne peut trouver de lésions intermédiaires, aussi, M. *Malassez* qui a bien voulu voir nos préparations pense-t-il qu'ici la lésion des bouquets vasculaires a pu se faire en deux fois par deux poussées successives. Les artérioles de la substance corticale présentent, à un degré peu considérable un épaississement de leurs parois, surtout de leur tunique interne,

Tubes. En dehors des points sclérosés l'épithélium des tubes conservés et des rayons médullaires, peut être considéré comme normal. Un certain nombre de tubes renferment des cylindres réguliers dont quelques-uns sont colorés en jaune par la matière colorante du sang.

Rein droit. — Nous n'insisterons pas sur l'examen histologique de ce rein dont les lésions sont celles de la sclérose aortique. Le tissu interstitiel est fibrillaire et forme entre les tubes atrophiés et presque méconnaissables de larges bandes où on trouve des vaisseaux congestionnés. La plupart des glomérules ont subi la métamorphose fibreuse.

Réflexions. — Cette observation est un cas de plus de coïncidence, chez un même sujet, de manifestations tuberculeuses et cancéreuses. — D'ailleurs, *Cruveilhier* déjà, admettait que ces deux altérations ne s'excluaient nullement et n'avaient l'une sur l'autre aucune influence. Depuis, un grand nombre d'auteurs ont confirmé cette manière de voir. *Frérichs* a vu dans un même organe, le foie, des noyaux tuberculeux et cancéreux, et *M. Brour* a montré que les tuberculeux avaient les mêmes chances que d'autres sujets, de devenir cancéreux. (Voy. *Dictionn. encyclop.* Art. Carcinome, partie clinique, *Hénocque* et *Cruveilhier.* Anatomie pathologique, T. IV).

Les lésions histologiques des faisceaux du muscle iliaque qui sont en rapport direct avec la tumeur, sont complexes et peuvent se ranger sous deux chefs : atrophie simple avec prolifération des noyaux du sarcolemme, dégénérescence graisseuse.

Egalement complexes sont les causes qui ont pu amener cette altération de structure. — Certaines fibres, en effet, présentent le même aspect que celles des muscles qui ont été soustraits à l'action de leurs nerfs moteurs. (Sur les modifications des muscles après section de leurs nerfs, *Vulpian*, *Archives de Physiol.*, 1869.) — D'autres sont semblables à celles des muscles dont les vaisseaux nourriciers ont été oblitérés. Or, bien que nous n'ayons pu disséquer avec soin les rapports de la tumeur pelvienne, nous avons trouvé des nerfs importants pris dans la masse cancéreuse et des veines oblitérées par des caillots. En outre, le muscle lui-même était envahi par les éléments cancéreux.

Nous avons vu que le rein gauche présentait tous les degrés d'une inflammation interstitielle, de sorte que dans certains de ces lobules, les lésions consistaient en une infiltration purulente diffuse, dans d'autres points en de petits abcès miliaires, ailleurs en une véritable sclérose. Malgré ces variétés d'aspects histologiques, le rein dans son ensemble, avait le volume, la couleur, la consistance du rein blanc. D'autre part, la présence de petits abcès miliaires dans la substance corticale, doit le faire ranger dans la classe des reins suppurés. En pareil cas, en effet, les reins sont tuméfiés, volumineux, mous, friables, la capsule est injectée, adhérente par places, la substance corticale présente à sa surface des plaques ardoisées, et dans son épaisseur de petits abcès lenticulaires semblables à des pustules varioliques, etc. (Lancereaux, *Dictionnaire encyclop.*, 1875, et *Anatomie pathol.*, 1871.)

Enfin, si les lésions examinées au microscope sont en moyenne analogues à celles que l'on trouve dans les néphrites varioliques et scarlatineuses (*Kelsch. Etude critique sur la maladie de Bright. Archives de Physiol.*, 1874), on y constate aussi la présence d'abcès microscopiques, les uns très-petits, les autres assez gros pour être visibles à l'œil nu.

Quelle est maintenant la nature de cette suppuration et quel a été son mode de production? S'agit-il de néphrite purulente métastatique? Les caractères différentiels des abcès rénaux par embolie et des abcès consécutifs à la pyelite sont bien donnés par *Rindfleisch* (*Histol. path.*, 1873). Dans notre cas, il est vrai, la substance corticale est seule altérée d'une manière profonde et le rein est exempt de lésions catarrhales, mais les abcès n'ont pas la forme pyramidale et nous n'avons trouvé ni obstructions vasculaires, ni hémorrhagies. — Il est rare, enfin, que le rein seul présente des abcès métastatiques. — Est-ce la néphrite parasitaire que *Klebs* a décrite et dont l'existence serait très-admissible d'après *Cornil* et *Ranvier* (*Histol. path.*, page 1072). Sans vouloir nous mêler à la discussion de cette variété de néphrite, douteuse pour plusieurs observateurs, nous ferons remarquer que nous n'avons vu de mycrophytes, ni dans le pus des abcès rénaux, ni dans l'urine, en quantité suffisante pour légitimer, dans l'espèce, cette hypothèse.

Le rein que nous avons en vue présente tous les caractères de ceux que les auteurs anglais appellent reins chirurgicaux et que *Rayer* auait décrit en parlant de pyélo-néphrite. (Voyez atlas de *Rayer* et de *Carswell.* — Leçons sur le rein. *Charcot. Progrès médical*, 1874.)

Dans un article de *Guy's hospital Reports*, analysé par *M. Duret* dans le *Progrès médical*, 1874, un auteur anglais, *Godhart*, donne au rein chirurgical le nom d'érysipèle du rein et insiste sur les conditions qui le produisent et sur le mode d'action de celles-ci.

Il résulte des travaux publiés à ce sujet, que pour expliquer la pathogénie des suppurations secondaires des reins, deux théories sont en présence et peuvent être invoquées, à l'exclusion l'une de l'autre ou simultanément : la propagation de l'inflammation des voies expultrices de l'urine au tissu rénal et l'action locale de l'urine altérée.

Ici, la première de ces explications nous fait absolument défaut : nous avons vu, en effet, que l'uretère et les calices n'étaient le siége que de lésions insignifiantes visibles seulement au microscope : une légère infiltration de la muqueuse de l'uretère par de rares leucocytes ne saurait rendre compte des lésions rénales observées.

Dans la seconde hypothèse, deux cas peuvent se présenter : l'urine retenue dans les voies urinaires par un obstacle à son émission, subit la décomposition ammoniacale, fermente, se charge de bacteries et provoque autour d'elle une inflammation circonscrite ou diffuse, ou bien, tout en s'écoulant librement au-dehors, elle reçoit, soit d'une tumeur vésicale, soit d'autres conditions encore inconnues des propriétés septiques et phlogogènes dont l'action est la même sur le parenchyme rénal.

Dans le cas que nous venons d'exposer, l'urine n'était pas constamment retenue dans la vessie et la miction n'était pas ordinairement entravée : elle ne pouvait donc fermenter et devenir fortement ammoniacale ; d'ailleurs, pour *Diekimoce* l'urine alcaline et purulente serait moins rare qu'on ne l'aurait cru ; et combien sont nombreux les malades qui se trouvent dans ces conditions pendant longtemps sans qu'il survienne chez eux de suppurations des reins ! Mais d'autre part, si chez notre malade l'urine devait passer facilement de la vessie dans l'urèthre et de l'uretère dans la vessie, elle devait refluer avec non moins de facilité de la vessie dans les uretères, dont l'orifice vésical était recouvert et envahi par la néoplasie. Cette urine était chargée de pus, de sang et d'ichor cancéreux ; il est possible que son contact avec les parois des tubes rénaux ait suffi, chez un sujet profondément débile et cachectique à déterminer autour d'eux les lésions que nous avons indiquées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 janvier 1877. — Présidence de M. Houel.

M. Polaillon communique à la Société un cas de luxation complète de l'appendice xiphoïde chez une femme enceinte de sept mois qui cherchait à dissimuler sa grossesse au moyen d'un corset.

M. Anger lit la partie scientifique du rapport de la commission chargée de décerner le prix Duval.

M. Gillette lit un rapport sur les mémoires présentés au concours pour le prix Laborie.

La Société procède ensuite à l'élection d'un membre titulaire. M. Delens est élu par 24 voix sur 27 votants. Sont nommés membres correspondants, MM. Cras, Poncet, Létiévant, Devalz, Baudon.

E. B.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 13 *Juin* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABARRAQUE.

De la clinique à domicile ; de l'enseignement qui s'y rattache dans ses rapports avec l'assistance publique; par M. le Dr DELASIAUVE.

Messieurs et chers Confrères,

J'éprouve d'abord le besoin de vous remercier de l'honneur que vous me faites, en m'invitant à exprimer devant vous mon opinion sur l'importante question de l'assistance médicale et surtout chirurgicale à domicile. Mon premier soin a été de m'initier plus complétement à vos vues et à vos essais, dont j'avais déjà un aperçu par la lecture, malheureusement trop hâtive, de quelques-unes de vos publications. Le sujet, comme je le présumais, a été épuisé, et il serait bien téméraire à moi, après cette constatation, de prétendre surenchérir sur ce qui a été dit, accompli ou projeté parmi vous. Vous-même l'avez senti, j'en suis sûr, et je me persuade que votre appel émane principalement du désir d'ajouter, à vos témoignages si autorisés, celui d'un confrère que vous savez s'être toujours ardemment préoccupé des réformes médicales et du perfectionnement de l'assistance.

Cette adhésion vous est pleinement, cordialement acquise. Mais puisque je me suis engagé à un tribut, laissez-moi, parcourant un terrain plus général, vous résumer la succession de mes études et en faire ressortir l'accord de votre généreuse entreprise avec les principes que j'ai exposés. Je serai aussi bref que possible.

Il n'y a guère de point spécial qui ne se rattache à un ensemble. Une question éclaire l'autre; et la somme des illuminations projette sur chacune d'elles une clarté qui, déterminant leur place respective, en dévoile au juste les relations et la portée. Delà l'opportunité d'un idéal servant de critérium. C'est à la lueur de ce flambeau que, pour mon compte, j'ai médité mes écrits, et je n'ai point eu lieu de m'en repentir. Tel fut, en particulier, l'esprit qui me guida dans mon premier travail : *De l'organisation médicale en France*, publié à la fin de 1843.

Le germe s'en était formé dès ma jeunesse scolaire. Arrivant tard sur la brèche, j'avais hâte d'exonérer ma famille de lourds sacrifices. Mais que d'obstacles! nuls conseils, aucunes facilités. Il me fallut tout apprendre, à l'hôpital ou dans des cours particuliers : deux de bandages, trois d'opérations chirurgicales, trois d'accouchements, deux de pratique dentaire, etc. En province où j'exerçai huit ans, mon savoir et mon expérience eurent besoin de complément; et, autour de moi, que de désiderata et d'insuffisances, tant dans l'action médicale que dans les conditions propices à l'application et au succès du traitement!

Lors de mon retour à Paris, dans les derniers mois de 1839, divers projets me trottaient dans la tête. L'un d'eux fut un cours de matière médicale, alors comme aujourd'hui, endroit faible de la généralité des médecins. Je l'inaugurai en 1841, insistant spécialement sur la notion exacte, la préparation et le dosage des médicaments, mais, plus encore, sur leurs propriétés thérapeutiques électives et leur bonne administration. Combien de sages prescriptions échouent, faute d'une exécution méthodique ?

Ce cours, suivi assidûment par d'assez nombreux élèves, fut malheureusement interrompu l'année suivante par une maladie grave, dont je ne me suis jamais remis. En voie d'élaboration, l'ouvrage dont il est fait mention plus haut, dut en même temps être ajourné et ne put être achevé qu'en 1843, deux mois avant qu'un concours ne m'eût valu d'être promu à un service d'aliénés de Bicêtre.

On jugera du plan par la division, qui comprend cinq principaux chapitres, envisageant chacun les trois aspects : exercice, enseignement, assistance. Dans le premier, j'examine ce que doivent être la fonction et le fonctionnaire. Le second contient l'exposé détaillé des conditions présentes. Du parallèle entre ces deux tableaux ressort, au troisième chapitre, l'analyse des défectuosités relatives soit à la pratique, à l'enseignement ou au système hospitalier. Des modifications ont été proposées ; le chapitre quatrième est consacré à leur discussion rigoureuse. Il en est de même, dans le cinquième, des conséquences qui, logiquement dérivées d'une perpétuelle appréciation, se traduisent en propositions plus ou moins acceptables, présentement ou dans l'avenir. Enfin, après un chaleureux appel aux âmes généreuses en faveur d'une série féconde de réformes, le livre conclut par ce vœu modeste que quelques-unes d'entr'elles *passent dans la pratique*.....

On conçoit, d'après une enquête ainsi systématisée, que peu d'indications importantes nous aient échappé. Parmi les points plus ou moins afférents à la cause dont vous poursuivez courageusement le triomphe, voici ceux sur lesquels j'ai principalement insisté : suppression des officiers de santé; organisation démocratique de la médecine communale ; fondation, en province, dans une circonscription moyenne de 3 à 4 mille âmes, d'un établissement ayant le triple caractère d'hospice, d'hôpital, de dispensaire, et pourvu de tous les éléments indispensables pour assurer un bon service chirurgical et médical dans les moindres localités; à Paris, viser moins à multiplier les hôpitaux et hospices qu'à les assainir et les desencombrer ; d'abord, en y multipliant à part les cellules d'isolement, en évacuant sur un cercle de vastes métairies, instituées *ad hoc* aux environs, le plus possible de convalescents et d'infirmes, en donnant aux bureaux de bienfaisance et aux dispensaires une extension qui permît de traiter sur place un grand nombre de malades, puis en poussant aux créations communales préindiquées : moyen à la fois de retenir dans leur pays quantité de gens qui grossissent le contingent des assistés de la capitale et, soi-même, d'y en placer des milliers à moindres frais, notamment les petits nourrissons, sur lesquels la mort prélève un si scandaleux tribut.

Au point de vue de l'enseignement, les réformes que je proposais étaient simples et radicales : répartir les élèves dans les hôpitaux, chaque service s'y transformant en clinique, et féconder le savoir des sciences accessoires par de rigoureuses conférences, confiées non-seulement aux agrégés, mais à une trentaine de professeurs privés, de manière à ce que chacun eût sous sa direction et surveillance une quarantaine d'étudiants. Bien entendu rien ne devait manquer pour développer le progrès des études : ni l'emplacement, ni les bibliothèques, ni les appareils de toute nature, ni les éléments botaniques, pharmaceutiques, etc., etc. L'officine à l'hôpital fournissait une immense ressource. Cette combinaison supprimait l'internat et le concours. Mais quelle émulation plus salutaire dans le concert des émules et des maîtres ? Une prolongation d'études devenait superflue. Quant aux examens, si j'en discutais les modes, c'était par acquit de conscience. Les garanties croissaient en raison du nombre des professeurs. Que m'importait, d'ailleurs, la qualité de l'examinateur, l'examen ne devant plus être dans mon programme qu'une pure formalité ?

J'allais plus loin : brûlant, comme on dit, mes vaisseaux, réprouvant les sociétés savantes officielles, — entraves et monopoles, — je proposais de leur substituer des sociétés égalitaires d'arrondissement, où, sans exception, tout médecin avait droit et obligation d'être admis. Là, point de fourches caudines. Chacun, même les membres étrangers, présentait et discutait ses travaux, ayant, à l'heure même, le juste prix de ses œuvres. Cela supposait une installation confortable et le nerf de la guerre, c'est-à-dire une dotation publique proportionnelle à l'importance du fonctionnement et des services. Tout cela se complétait par un grand mouvement scientifique de précision, de vérification et de vulgarisation, se résumant dans un double organe : un immense dictionnaire, élaboré à la longue par un comité de deux cents membres, un journal universel, continuant de la même façon la création première, revisée tous les 10 ou 20 ans.

La province n'était pas oubliée. Dans mon département, il y avait une société libre des sciences, arts, agriculture que le Préfet d'alors, homme progressif, M. Ant. Passy, avait galvanisée, en y attirant des membres et lui octroyant une subvention de 5.000 fr. Noyée dans la masse, la médecine n'y jouait qu'un rôle insuffisant. Instruit par cet exemple, je demandais pour elle une société spéciale par département, avec des succursales d'arrondissement et des ressources assurées pour y entretenir le zèle et propager le dévouement.

Je ne saurais entrer dans les détails. La perspective dessine assez l'étendue et la variété des perfectionnements qu'ils doivent faire ressortir. Mon travail, naturellement, fut très-froidement accueilli dans certaines sphères. Cependant il eut un résultat prochain et inattendu : la formation du fameux congrès médical de 1845. C'est en analysant mon livre pour le journal *La Réforme* que notre regretté confrère Aubert-Roche, conçut l'idée de cette réunion. Il la médita, il en étudia le mécanisme et c'est, maître de son plan, que, l'ayant soumis à M. Amédée Latour, celui-ci approuva le projet, le recommanda dans la *Gazette des hôpitaux*, dont il était le rédacteur en chef, et aida ainsi à le faire aboutir.

On sait ce que fut ce congrès. Salvandy, Ministre de l'Instruction publique, y prit la parole. Deux commissions en naquirent. Mais de toutes les propositions discutées ou votées une seule eut, dans le projet de loi, une réelle importance : la suppression des officiers de santé.

A ce propos, je composai une brochure d'une centaine de pages, où, mettant en relief quelques-unes de mes idées antérieures, je m'attachai surtout à montrer, au rebours de la Faculté, que la mesure relative à l'unité du titre n'empêcherait nullement de remplir le cadre des vacances. Elle fut adoptée en effet, mais, la révolution de 1848 étant survenue, la loi transmise de la Chambre des Pairs à celle des Députés, demeure jusqu'à présent une lettre morte.

Ici se place un épisode à noter. Le conseil général des hospices est renversé et fait place à une commission intérimaire de trois membres. On allait tout réformer; on convoque à la hâte le corps médical des hôpitaux; on l'invite à présenter ses vœux sans discussion. J'ouvre, pour mon compte, cette idée extra radicale qui, à ma grande surprise, est acceptée unanimement : faire gouverner chaque grand établissement par lui-même. C'était entrer dans la vraie voie, celle de la décentralisation.

Hélas! ceux qui étaient si pressés de détruire, avaient trouvé une Capoue. Un an après, le fétiche impérial préludait au despotisme, en l'introduisant dans les hôpitaux. C'est à une loi de 1849 que nous devons le système vicieux qui nous opprime aujourd'hui et montre ce spectacle d'un homme réglant tout, sans rien connaître ni voir.

Pendant de longues années, aucun espoir de reconstituer des errements meilleurs. Toutefois, en 1858, m'étant engagé à faire une communication à la Société du Panthéon, je crus devoir reprendre, terrain neutre, la question de l'enseignement clinique dans les hôpitaux. Cette lecture causa une assez vive impression. Des auteurs du dehors en profitèrent pour apporter leurs idées. Trois séances furent consacrées à la controverse. Parmi les auditeurs se rencontraient des rédacteurs du *Siècle*. Je résumai la discussion, qui fut imprimée dans trois numéros de cette feuille politique. A part quelques objections de détail, la réforme, dont j'avais esquissé les avantages, fut unanimement accueillie.

Intercurremment, en 1865, un grave débat surgit à la société médico-psychologique sur l'assistance des aliénés pauvres dans les asiles publics et à domicile. On parlait, sous ce rapport, de cottages annexés aux grands établissements, de placements dans les familles, sous le contrôle d'un inspectorat local. Me souvenant de mes dix mille instituts de circonscription, je compris que la place des aliénés inoffensifs y était marquée; que, chiffrant ces infortunés seulement à 6 en moyenne, c'était, avec les 32.000 déjà isolés, un total de 92.000 secourus, en rapport avec les besoins réels. La solution n'était pas seulement simple et salutaire, puisqu'elle laissait le malade près de sa famille ; au point de vue du fonctionnement et de l'économie, sinon du bénéfice, les avantages étaient incalculables. Pour moi, le problème de la misère était doublement résolu. Là encore autonomie du gouvernement par les communes réunies.

En dépit de la tyrannie, le flot montait et, à l'encontre aussi, la marée réactionnaire. On sait avec quelle acrimonie fut attaqué le prétendu athéisme, et réclamé l'enseignement libre. L'heure était propice; le pouvoir, à demi-impliqué dans les attaques, conservait une neutralité apparente. Discutant alors la question soulevée de l'enseignement médical, je montrai de nouveau le but à atteindre, savoir, rendre le médecin savant et pénétré de tous ses devoirs. La liberté, je ne la craignais pas, pourvu qu'elle fût la liberté. Mais, avouant mon faible pour une exacte organisation, dont j'indiquais les bases, et, n'apercevant de résistance que du côté de la Faculté et de l'Assistance publique, je cherchais à prémunir et le Sénat et le pouvoir contre cette double et puissante influence. A mon envoi était jointe une pétition en forme, s'appuyant sur le mémoire.

Deux ou trois réunions eurent lieu sur ces entrefaites dans une salle de gymnase voisine du Luxembourg. Il y fut beaucoup question de la liberté de l'enseignement médical et de la collation des grades. Le courant était à la formation d'un corps indépendant d'examinateurs. Bien que, par les raisons dites plus haut, le choix du système me fût indifférent, je repoussai néanmoins celui qui semblait réunir la majorité. A l'Etat le droit, comme représentant la nation. Il le délègue, à qui de préférence ? J'opinai pour le corps médical tout entier, votant, dans le ressort des circonscriptions, sur des candidats renouvelables et rééligibles tous les ans.

J'arrive, Messieurs, au principe et aux développements de votre œuvre, non sans vous demander de vous signaler encore incidemment trois articles que j'ai publiés au commencement de 1872 dans la *Cloche*, sous ce titre : « DE LA RÉORGANISATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE » Vous savez ce qui s'était passé en septembre 1870. L'ancienne commission administrative des hospices avait du bon, quoique composée pour l'honneur plus que pour le travail. Elle fonctionnait par des agents affectés à tel ou tel établissement et avec lesquels on était en rapports constants, suprême avantage, détruit. On voulut la ressusciter, moyennant un système d'élection multiple et une notable augmentation de l'élément médical. La combinaison était peu normale, l'effet fut médiocre. D'ailleurs, à peine au sortir du siége, une sorte de coup d'état fit revivre, sans rien y modifier, le triste régime de l'empire. Mon travail, en cours de publication, perdit ainsi son objet.

Il subsiste, néanmoins, et les considérations topiques dans lesquelles je suis entré n'ont pas cessé d'avoir à mes yeux une pleine valeur. Mon plan de réorganisation est celui que j'essayai de faire prévaloir en 1848. Pour chaque établissement hospitalier, une commission formée du directeur, de l'économe, des médecins, de l'architecte, de l'aumônier, du juge de paix et du maire de l'arrondissement, plus d'une quinzaine de notables élus. Quelle garantie d'une gestion parfaite? S'agit-il d'un point commun aux divers établissements? Des délégations réunies le règlent, mobiles comme les cas, à portée de reconférer sans cesse avec leurs collègues. Dépense nulle, besoins satisfaits opportunément ; justice, protection, stimulation pour tous : en un mot, idéal parfait.

Se figure-t-on ensuite la propagande des bonnes mesures exercée au dehors par ces trois ou quatre cents commissaires, préoccupés non seulement de diriger convenablement les asiles de l'infortune, mais de les transformer, en supprimant la misère elle-même? Que d'inventions, réalisées ou suscitées! Ces réformes, ces améliorations, dont l'absence est si regrettable dans nos départements, n'en seraient-ils pas les premiers, les plus ardents promoteurs, dans l'intérêt de la capitale même ?

Et j'imagine que vos nobles aspirations aussi n'auraient pas à en souffrir. Vous auriez là des intermédiaires efficaces, des auxiliaires précieux. Votre tâche deviendrait la leur, relevant implicitement de leur propre mandat. Au sein du gouvernement et des assemblées, dans le monde, que de recrues ne vous rallieraient-ils pas ? Est-il quelqu'un qui, plus qu'eux, doive avoir et aurait à cœur la propagation et l'affermissement de la médecine et de la chirurgie à domicile? Tout, à mon avis, se réfère à ce point de départ.

En ce qui regarde les fondations dont, grâce à vos louables efforts, l'avenir est désormais assuré, je le répète, je ne puis, les approuvant, que partager votre légitime espoir. Vos conceptions m'ont paru toutes excellentes. Les divergences à certains égards sont plus à la surface qu'au fond. Chaque évolution, d'où elle procède, converge au but. MM. Berrut et Boinet ne comptent nullement sur le bon vouloir administratif.

Ils n'ont pas tout-à-fait tort. M. Passant y croit un peu ; en est-il moins confiant dans l'initiative privée? Ne lui fait-il pas, avec un zèle exemplaire, des appels incessants et fructueux ? Le concours d'un côté n'exclut pas les autres appuis.

Par expérience, je connais les lenteurs et les répulsions administratives. Avouons-le cependant. La résistance de ceux qui président aux destinées sociales n'est pas nécessairement invincible, et quand, d'aventure, ils interviennent bénévolement, les résultats acquièrent, en rapidité et en étendue, des proportions que les forces coalisées des particuliers atteignent rarement. L'essentiel est de les convaincre. Il faut, à cette fin, éclairer, persévérer, agir. Ce principe m'a toujours guidé. Mûrir un programme, prouver, par l'exemple, la possibilité et les conséquences heureuses de son application, tel est aussi le devoir dans le cas actuel. C'est de cette façon que l'autorité, mise en demeure, s'émeut quelquefois et finit par patronner, si ce n'est s'adjuger, les plus utiles créations. Ses ordres ne sont-ils pas obéis, et n'est-elle pas partout agissante?

Une voix isolée reste volontiers sans écho. Combien de saines idées oubliées dans les livres et que d'habiles chercheurs auraient pu exhumer avec profit? Vous vous êtes rapprochés ; vous formez déjà le noyau d'une légion. On a les yeux sur votre labeur. Il existe, à votre insu, peut-être, des sympathies qui, grandissant, auront leur jour de manifestation. Advienne que l'administration vous seconde, vous prospérerez plus vite. Sans elle, le succès, moins prompt, viendra quand même. Une ferme union permet de surmonter les obstacles.

On calomnie nos mœurs. On nous oppose les Anglais, les Américains, les Suisses. Ils jouissent de la liberté dont nous sommes sevrés. Un homme conçoit un projet. Au son de la caisse, la foule s'assemble autour de lui. Il l'expose, il le discute, et s'il rencontre, ne fut-ce qu'un adhérent, celui-ci l'aide, dans des réunions prochaines, à lui en procurer d'autres. Une souscription s'ouvre, elle fait son chemin, elle aboutit à l'exécution. En France, où deux citoyens ne sauraient conférer entre eux sans que se dresse à leurs côtés le spectre du gendarme, une habitude si féconde n'a pu naître. Nous sommes pétris du même limon. Les institutions seules sont cause de notre infériorité.

Notre spécialité mentale offre de ce contraste un exemple flagrant. A Bicêtre, en 1839, Ferrus inaugurait l'enseignement des idiots, déjà ébauché en 1824, à la Salpêtrière, par M. Belhomme, sous l'impulsion d'Esquirol, et par Félix Voisin dans la rue de Sèvres. On s'émerveille des résultats. Le bruit s'en propage à l'étranger. De toutes parts les visiteurs abondent. On nous imite, on nous dépasse. L'Angleterre, y compris l'Ecosse, ne compte pas, aujourd'hui, moins de dix établissements grandioses, érigés par le concours des localités. Celui d'Earlswood renferme 650 pensionnaires. Dans le comté de Lancastre, il y a une douzaine d'années, on en a fondé un pour lequel 600 mille francs ont été soucrits en huit jours. Nous sommes ignominieusement restés dans dans le *statu quo*, avec nos deux quartiers étroits et informes, contenant à peine, l'un à Bicêtre, cent petits garçons, l'autre à la Salpêtrière, cent petites filles.

Aux Etats-Unis, on suit les traces de l'Angleterre. J'ai lu quelque part sur les gens de ce pays une plaisanterie à laquelle l'auteur, sans doute, n'attribuait pas le sens d'une révélation instructive. « Quand un américain, dit-il, à une idée, « il cherche un second pour la lui communiquer. Sont-ils trois; « ils nomment un président et deux secrétaires. Sont-ils « quatre ; ils nomment un conservateur des archives. Sont-ils « cinq, ils convoquent une assemblée générale et le club est « constitué. » Là, en effet, il suffit d'une volonté formelle et consciente pour opérer des merveilles, tandis que, chez nous, l'avenir n'est pas même garanti aux œuvres nées sous le patronage des personnages les plus influents (1).

(*A suivre.*)

(1) Tout en reconnaissant la vérité de la plupart des idées émises par M. Delasiauve dans son intéressante communication, nous devons faire des réserves sur quelques-unes d'entre elles. (*La Rédaction.*)

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. Recherches sur l'albuminurie des femmes enceintes; par le Dr Ch. Petit. 1 vol. 72 pag. Paris, chez A. Coccoz. 1876.

II. Note sur l'anatomie pathologique de la paralysie faciale des nouveau-nés consécutive à l'application du forceps; par MM. J. Parrot et E. Troisier. (*Archives de Tocologie*, août 1876).

III. De quelques difficultés d'accouchement inhérentes à la présentation du siége; par le Dr Bailly (*Gazette des hôpitaux*, 1876).

IV. Dystocie fœtale dans un cas de grossesse gémellaire; par M. le Dr Bailly (*Archives de Tocologie*, novembre 1876.)

V. De la numération des globules du sang dans les suites de couches physiologiques et dans la lymphangite utérine; par le Dr J. Fouassier. Thèse de Paris, 1876.

VI. Contributions à l'étude de l'hydramnios; par le docteur V. Guillemet ; 1 vol. 84 p., chez V. A. Delahaye, Paris 1876.

VII. De la lymphangite mammaire des nouvelles accouchées; par le Dr Hoelling. Thèse de Paris, 1876.

VIII. Des lésions du fœtus dans les présentations de l'extrémité pelvienne et dans la version; par le Dr Ducourneau, 1 vol. 109 p. chez O. Doin. Paris, 1876.

I. — L'albuminurie des femmes enceintes a déjà été et sera encore sans aucun doute l'objet d'un grand nombre de recherches. Celles qui ont fourni à M. Ch. Petit le sujet de sa thèse sont intéressantes par leur nombre et leur précision. L'examen de 143 femmes l'a amené à formuler des conclusions qui confirment ou infirment celles déjà données par d'autres auteurs (Cahen, Blot, Bailly). 1° L'albuminurie, dit-il, est un accident assez fréquent chez les femmes grosses, en travail, ou récemment accouchées. 2° Elle est beaucoup moins fréquente pendant la grossesse qu'au moment de l'accouchement, et bon nombre de fois elle ne survient que pendant cet acte lui-même. 3° Il y a donc lieu de distinguer deux formes : l'albuminurie gravidique proprement dite, et l'albuminurie du travail. 4° Les primipares sont beaucoup plus exposées à cet accident que les multipares. 5° La prédisposition varie aussi d'un âge à un autre, elle atteint son maximum chez les femmes les plus jeunes. 6° La fréquence de l'albuminurie parait rester sensiblement la même dans les grossesses masculines et féminines, etc... M. Petit n'a publié qu'une partie des résultats auxquels ses nombreuses observations l'ont conduit. Le soin avec lequel il a fait l'examen chimique des urines, les désidérata qu'il s'empresse de signaler, la discussion minutieuse, sévère et juste qu'il a su faire lui-même des observations qu'il a recueillies, rendent fort instructive la lecture de son travail et nous font désirer vivement la publication de la dernière partie.

II. MM. Parrot et Troisier publient une note sur l'anatomie pathologique de la paralysie faciale des nouveau-nés consécutive à l'application du forceps. Ils ont pu à l'hôpital de la rue d'Enfer pratiquer l'autopsie de trois enfants qui présentaient cette lésion. Dans ces cas, comme dans tous ceux où le nerf est interrompu dans sa continuité, soit par une section transversale, soit par une ligature ou une compression assez forte pour le désorganiser, le bout périphérique présente une altération progressive qui aboutit à la disparition de la myéline et du cylindre-axe. Puis survient dans ce nerf altéré une restauration de tous les éléments qui ont disparu ou ont été modifiés ; et en fort peu de temps (40 à 60 jours), il a recouvré sa structure normale. Un fait remarquable, c'est l'existence au niveau du trou stylo-mastoïdien d'une ligne de démarcation très-nette entre la partie extérieure du nerf qui est le siége des lésions et la partie crânienne qui a conservé une apparence absolument normale. Il y a donc eu compression du nerf au niveau du trou stylo-mastoïdien par une branche du forceps, et la paralysie peut même être limitée à l'une des moitiés supérieure ou inférieure de la face, si la compression n'a porté que sur une des branches du nerf facial. Comme conséquence il survient une atrophie simple des muscles animés par le nerf. Mais les muscles subissent comme le nerf, une régénération complète, ce qui explique le peu de gravité des paralysies faciales consécutives à l'application du forceps; ces paralysies guérissent toujours.

III. Parmi les difficultés qui, dans les cas de présentation du siége, mettent obstacle à la sortie du fœtus, les unes peuvent

être dues, d'après M. BAILLY, à des anomalies dans le mécanisme de l'accouchement, anomalies qui sont : le défaut d'engagement au détroit supérieur et le défaut de rotation au niveau du détroit inférieur; les autres, à l'obstacle qu'apporterait à la sortie de la tête le col insuffisamment dilaté par le passage du siége et du tronc. Pour remédier aux premières difficultés, M. Bailly recommande d'aller chercher un pied avec la main et de l'amener à la vulve, si le siége placé au-dessus du détroit supérieur peut encore être soulevé et écarté; il conseille au contraire l'emploi du crochet mousse dans les cas où le siége est engagé dans l'excavation. Ce crochet doit être appliqué sur la cuisse antérieure, on le glissera à plat entre la face postérieure de la symphyse et le fœtus; lorsqu'il aura été introduit au-dessus de l'aine de l'enfant on lui imprimera un mouvement de rotation qui ramènera son anse au-dessus de la cuisse, on l'abaissera, on s'assurera par le toucher que l'extrémité mousse du crochet est venue se placer entre les deux membres inférieurs et ne peut, pendant les tractions, déterminer aucune lésion.— En ce qui concerne la dilatation insuffisante du col, M. Bailly pense que l'extraction immédiate à l'aide de tractions ou d'une application de forceps serait dangereuse pour la mère. Il croit qu'il vaut mieux : ou bien attendre et laisser la contraction utérine chasser la tête dans le vagin; ou bien pratiquer la crâniotomie et la céphalotripsie.

IV. Le même auteur a rapporté dans les *Archives de Tocologie* un fait très-intéressant de dystocie fœtale. Il y avait dans ce cas grossesse gémellaire: les deux enfants présentaient le sommet, la tête du premier était descendue dans l'excavation, tandis que celle du second, tendant également à s'engager, comprimait le thorax du premier enfant, l'aplatissait et mettait ainsi obstacle à l'accouchement. Une double application de forceps dut être pratiquée: les deux enfants furent amenés successivement, le premier était mort depuis quelques heures; le second put être ranimé et vécut. Cette variété de dystocie est rare, cependant des faits du même genre ont déjà été signalés, l'un par le docteur Graham Weir (*Edinburgh medical journal*, 1860) l'autre par M. Reiman. (*Archiv. f. Gynækol*, 1871.)

Une autre particularité est également signalée dans l'observation de M. Bailly. « Le premier enfant était mort, dit-il, et sa mort paraissait remonter à plusieurs heures. Il offrait un état de contracture générale des muscles; les pieds et les mains se trouvaient fortement crispés, et les membres abdominaux présentaient une rigidité tétanique qui permettait d'enlever le cadavre tout d'une pièce en saisissant un de ces membres. » M. Bailly se demande à quoi est due cette contracture générale. « Cette rigidité ne serait-elle pas le résultat de convulsions survenues sous l'influence des souffrances et de la gêne circulatoire produites par le poids énorme qui pesait sur le thorax ? Est-ce plutôt de la rigidité cadavérique ? Je ne saurais le dire, mais les lois connues de la physiologie pathologique autorisent également ces deux hypothèses. » La seconde seule nous semble acceptable et permet d'expliquer pourquoi l'enfant conservait d'une manière permanente la même situation. Un certain nombre de faits semblables ont du reste été publiés en Angleterre il y deux ans par MM. Grigg, Ashburton Thompson, Watts Parkison, etc. (1).

V. M. FOUASSIER, sous la direction de son maître M. Grancher, a étudié les variations des globules rouges et blancs du sang pendant les suites de couches normales et pathologiques. Dans la première partie de sa thèse, il expose les différents procédés de numération des globules, ceux de Vierordt, Cramer, Potain, Malassez et Hayem, il insiste sur la nécessité de choisir un sérum spécial et montre les avantages offerts par celui dont M. Grancher a communiqué la formule à la Société de biologie. — Dans la seconde partie, il donne les résultats auxquels il est arrivé. L'accouchement et ses suites avaient-ils eu une marche normarle, il a vu le nombre des globules blancs augmenter d'une manière considérable le jour même et le lendemain du travail pour

(1) Voyez sur ce sujet : *Le Progrès médical*, du 27 février 1875, p. 114.

diminuer pendant les jours qui suivaient. Survenait-il au contraire une métro-péritonite, le nombre des globules rouges diminuait d'une façon assez notable tandis que le nombre des globules blancs qui, quelques jours après la délivrance s'était abaissé, augmentait brusquement et atteignait un chiffre très-élevé. Le rapport entre les deux espèces de globules peut même parfois arriver à être de 1/75. M. Fouassier a remarqué que la septicémie semble n'avoir qu'une influence légère sur le nombre et le rapport des globules sanguins. Il croit donc que la numération des globules pourrait apporter un élément précieux au diagnostic puisque le nombre des globules blancs qui atteint toujours dans les cas de métro-péritonite un chiffre élevé se tient au contraire pour les cas septicémie dans des limites assez basses.

VI. M. Guillemet vient de publier sous le titre de *Contributions à l'étude de l'hydramnios* un travail intéressant sur cette affection. On y trouve rapportés de nombreux faits dont un certain nombre sont nouveaux. Il appelle surtout l'attention sur les points suivants : coïncidence fréquente de la grossesse gémellaire avec l'hydramnios d'un des œufs (Dubuisset, Oulmont) ; — existence souvent observée de vices de conformation du fœtus, hydrocéphalie, spina-bifida, bec-de-lièvre, pieds bots, etc ; — syphilis comme cause du développement de cette maladie (Burns, Lee, Fournier); — complications qui, en raison de la présence d'une grande quantité de liquide et des difficultés de l'accommodation, peuvent survenir pendant le travail. On peut reprocher à M. Guillemet de n'avoir pas assez fait la distinction entre l'hydramnios et l'amniotite aiguë, distinction indiquée déjà par M. Dubois (Dictionnaire en 30, article *hydromètre*) et nettement établie par M. Sentex en 1872.

VII. Dans un travail concis et topique, M. le Dr HŒLLING montre que 1° toute l'étiologie de la lymphangite des nouvelles accouchées peut se résumer en un mot, gerçure du mamelon, et que, 2° on peut à l'aide d'un traitement approprié obtenir d'une façon constante la guérison de la maladie et empêcher le développement des abcès : pour cela, il faut avoir recours sans retard à la compression. On applique un cataplasme de fécule sur la partie malade; on recouvre le sein d'une couche de ouate et on applique le bandage connu en petite chirurgie sous le nom de triangle-bonnet du sein. La pièce du bandage est un triangle ayant un mètre de longueur de l'une à l'autre extrémité et 50 centimètres du sommet à la base : on pose obliquement la base du triangle sous le sein malade, puis on dirige une des extrémités sous l'aisselle correspondante, l'autre sur l'épaule opposée et on les réunit derrière l'omoplate : on relève ensuite le sommet du triangle au-devant de la mamelle affectée, on le porte sur l'épaule correspondante et on le fixe solidement en arrière. L'indication essentielle à remplir est de bien relever le sein. Les effets du traitement ainsi ordonné seraient presque merveilleux suivant M. Hœlling : pour sa part, il a toujours vu la guérison survenir rapidement et aucun abcès ne s'est développé dans ces conditions.

VIII. M. DUCOURNEAU a fait une étude assez complète des lésions du fœtus qui s'est présenté par l'extrémité pelvienne ou qui a été extrait par la version. Il a puisé un grand nombre d'indications dans la thèse d'agrégation de M. le professeur Pajot (1), thèse rare aujourd'hui et presque complétement épuisée, dans le travail de Carl Ruge (2) et dans Matthews Duncan (3) : il y a ajouté un certain nombre d'observations personnelles ou nouvelles. Aussi son travail, malgré plusieurs lacunes, offre-t-il un réel intérêt. L'auteur étudie successivement les lésions du crâne et de la face; les lésions de la région cervicale ; les lésions du tronc ; les lésions des membres. En ce qui concerne les lésions du crâne, il fait remarquer que, depuis, 1846 M. Jacquemier a signalé le diastasis de la portion écailleuse sur la portion basilaire de l'occipital par rupture de la ligne fibro-cartilagineuse qui réunit ces deux portions du

(1) Des lésions traumatiques que le fœtus peut éprouver pendant l'accouchement. Paris 1853.

(2) Voyez *Bulletin général de thérapeutique*. Juillet et août 1875.

(3). J. Matthews Duncan. *Mécanisme de l'accouchement*, etc., traduit en français. 1 vol. 1876.

même os. Carl Ruge n'a donc pas raison d'écrire : « Schrœder est le seul qui l'ait signalée récemment » ; et la qualification de « Luxation de Schrœder » que pour ce motif cette lésion a reçue en Allemagne n'est pas exacte. — M. Ducourneau admet avec M. Duchenne (de Boulogne) l'existence de luxations de l'épaule survenues à la suite de tractions opérées sur le tronc ou sur les bras pendant l'accouchement. Les observations qu'il rapporte montrent que des paralysies des membres supérieurs peuvent exister après des accouchements par le siége, mais elles ne prouvent nullement qu'il y ait eu luxation primitive de l'humérus. Ce point est fort intéressant, car autant les fractures au niveau de la diaphyse et le décollement des épiphyses peuvent être fréquents, autant semblent être rares les véritables luxations pendant l'accouchement. Les fractures de la clavicule sont produites assez souvent par les accoucheurs et les sages-femmes qui exercent des tractions violentes en appliquant de chaque côté du cou leurs doigts dont les extrémités viennent appuyer sur la partie antérieure du thorax ; M. Ducourneau en rapporte quatre exemples et cite des cas de fracture de l'humérus et du fémur. L'impression générale qui résulte de la lecture de cette thèse est que, quand il se présente par le siége, le fœtus est exposé à bien des lésions qui peuvent amener ou sa mort ou des infirmités permanentes, lésions que permettrait souvent d'éviter une connaissance approfondie du mécanisme de l'accouchement. P. BUDIN.

BIBLIOGRAPHIE

Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique etc. ; par MATTHEWS DUNCAN, président de la Société obstétricale d'Edimbourg, traduit par le Dr. P. BUDIN, avec une préface de M. S. TARNIER (1).

Au mois de septembre 1875, M. Budin publiait ici-même l'analyse d'un livre anglais, récemment paru, intitulé *Contributions to the mechanism of natural and morbid parturition.*

Dans cette analyse, parlant des diverses espèces d'écrivains scientifiques, M. Budin disait : « D'autres enfin, travailleurs infatigables, préfèrent les recherches personnelles, ils n'étudient souvent que des chapitres isolés, parfois même ils se bornent à approfondir quelques points particuliers, mais ils élucident journellement quelque nouvelle question ; ce sont eux qui, véritables pionniers de la science, contribuent le plus à ses progrès. M. Matthews Duncan est un de ces derniers ; il a fait depuis plusieurs années un certain nombre de travaux qui ont été fort remarqués en Angleterre. Une partie de ses recherches a été réunie dans le volume qui vient de paraître : ce volume se compose d'une série de mémoires qui se rapportent presque tous au mécanisme de l'accouchement. Ancien élève de Simpson à Edimbourg, ancien élève de Paul Dubois, dont il a suivi les leçons cliniques à Paris, parfaitement au courant de littérature obstétricale anglaise, française et allemande, et de plus expérimentateur ingénieux, observateur exact et profond penseur, M. Matthews Duncan est pour ainsi dire armé de pied en cap pour mener à bonne fin toutes les recherches qu'il entreprend. S'il traite une question, rien de ce qui a été écrit sur son sujet ne lui est étranger, il apporte toujours à l'appui de la thèse qu'il soutient des arguments nouveaux qu'il sait classer et coordonner habilement, il entasse preuve sur preuve et arrive de la sorte à une démonstration claire et précise. (2) » A ce jugement porté par M. Budin, nous pouvons ajouter, celui de son maître M. Tarnier qui a écrit : « Les mémoires de M. Duncan ne constituent pas une œuvre didactique proprement dite, mais ils contiennent un grand nombre d'idées neuves dont les maîtres tireront profit aussi bien que les élèves (3). »

Un tel ouvrage devait être à la portée de tous : il fallait une traduction. Aussi M. Budin, s'est-il mis à l'œuvre ; et, pendant un voyage scientifique en Angleterre, il a traduit en français le livre de M. Matthews Duncan, traduction dont il a, avant de la publier, soumis toutes les épreuves à l'auteur. Se dispensant de ces annotations qui n'ont souvent d'autre but que d'atténuer la pensée de l'auteur au bénéfice du traducteur, il a reproduit aussi littéralement et d'une manière aussi française que possible le texte de M. Duncan : il n'en a rien aliéné, pas plus les idées que les expressions, et on pourrait dire que, dans la traduction aussi bien que dans l'original, « à la hauteur des pensées vient parfois se joindre un style imagé qu'on n'est pas étonné de trouver dans les écrits d'un compatriote de Walter Scott. » (1) Pour faire ressortir la valeur de ce livre nous n'aurions qu'à transcrire dans son entier la préface qu'a bien voulu lui consacrer M. Tarnier, dont la compétence en matière obstétricale ne sera discutée par personne, mais il est plus simple de renvoyer à l'ouvrage lui-même que tous les médecins instruits seront désireux de connaître. Is. BESSON.

(1) 1 vol. 500 p. librairie O. Doin, 2, rue Antoine-Dubois. — Paris 1876.
(2) Le Progrès médical, 1875, p. 541.
(3) Préface de la traduction, p. XV.

(1) Tarnier, préface de la traduction p. X.

FORMULES

1. Blennorhagie et syphilis.

1° *Formule pour mûrir rapidement et couper la blennorrhagie uréthrale :*

« Prendre tous les jours un bain tiède de *deux ou trois* heures de durée. »

« Lorsque, grâce à leur action, la blennorrhagie sera mûre, cesser les bains et prendre, pendant dix jours, trois fois par jour, quatre ou cinq capsules d'essence de santal jaune.

2° *Contre la blennorrhée :*

« Faire, trois jours de suite, une injection avec :

Eau distillée	50 grammes.
Nitrate d'argent	5 centigrammes.

« Douze heures après la dernière, commencer à en faire trois fois par jours avec :

Eau distillée	250 grammes.
Sous-acétate de plomb liquide	ãã 4 grammes.
Eau-de-vie camphrée	
Laudanum de Sydenham	

« Les continuer pendant huit ou dix jours. »

3° *Topique contre les plaques muqueuses de l'arrière-gorge :*

Prescrire au client de porter lui-même, plusieurs fois par jour, sur les endroits malades le bout de son doigt indicateur chargé du mélange suivant :

Miel commun	20 grammes.
Sublimé	2 décigrammes.

4° *Pilules ferro-hydrargyriques :*

Hydrargyre cru	ãã 15 décigrammes.
Fer réduit	
Miel	3 grammes.
Gomme adragante	Q. S.

Pour 60 pilules dont on prend deux ou trois par jour.

Cette excellente formule de Lepetit aura fréquemment son indication chez les syphilitiques, à la période prodromique, quelle dispense de prendre isolément et des médicaments ferrugineux et des médicaments hydragyriques. (DIDAY et DOYON. *Thérapeutique des maladies vénériennes et cutanées*).

Enseignement médical libre.

ASILE SAINTE-ANNE. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales.* — M. Magnan reprendra ses leçons le dimanche, 14 janvier, à neuf heures et demie du matin et les continuera les dimanches suivants à la même heure. En dehors des leçons, les élèves, réunis en séries, pourront, à des jours déterminés, être exercés directement au diagnostic. Par décision ministérielle du 15 novembre 1876, MM. les Etudiants devront être munis d'une carte d'entrée, que le directeur de l'Asile Sainte-Anne leur délivrera sur le vu d'un certificat de la Faculté de médecine, attestant qu'ils ont passé le troisième examen de fin d'année. Les médecins et les magistrats auront accès à ces cours sur la présentation de leur carte personnelle.

Maladies des yeux. — M. le dr DESMARRES reprendra ses leçons sur les maladies des yeux, à l'Ecole pratique (amphithéâtre n° 2), le lundi 15 janvier, à 8 heures du soir et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours d'embryologie comparée. — M. le professeur Balbiani commencera son cours le samedi 6 janvier, à une heure et demie, et le continuera le mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure. Le professeur traitera de la génération et du développement des vertébrés.

Laboratoire d'histologie du dr Latteux, 5, rue du Pont-de-Lodi. Cours particulier de technique microscopique (manipulations pratiques). M. le dr Latteux, chef du laboratoire des cliniques, recommencera son cours le 10 janvier à 4 heures, dans son laboratoire particulier. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les manipulations micrographiques et de leur permettre de faire les analyses qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela ils sont exercés in-

dividuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences.

Ce cours comprend l'étude des tissus sains et des principaux tissus pathologiques, ainsi que les manipulations de technique proprement dite (montage des pièces, dissections fines, injections histologiques, coupes, etc.). Le cours a lieu tous les jours, excepté le samedi, de 4 à 6 heures et comprend trente leçons. Le nombre des élèves travaillant ensemble est limité à six. Les microscopes et les instruments nécessaires sont à leur dispostion. — On s'inscrit chez le dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de midi à une heure.

Pathologie interne. — M. le dr RATHERY reprendra son cours le mardi 9 janvier, à 5 heures (amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique) et il le continuera le mardi et le samedi de chaque semaine à la même heure. Les prochaines leçons seront consacrées à l'étude des pyrexies (fièvre typhoïde, fièvre palustres, etc.).

Pathologie interne. — MM. les drs STRAUS et JOFFROY reprendront leur cours les lundi et mardi 8 et 9 janvier à 8 heures du soir.

Cours d'accouchements. MM. BUDIN et PINARD commenceront le lundi 15 janvier un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre partie : 1° Anatomie, physiologie, grossesse; 2° Eutocie; 3° Dystocie; 4° Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M Esback, docteur en médecine, est nommé chef des travaux cliniques au laboratoire de clinique de l'hôpital Necker (emploi nouveau). — M. Ducastel, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques dudit laboratoire (emploi nouveau).

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Bert, professeur de physiologie générale, est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1876-1877, par M. Dastre, docteur ès-sciences.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. de Valon (Abel), commis d'économat au Lycée Louis-le-Grand, est nommé secrétaire agent-comptable de la Faculté. M. le dr Arnould, professeur agrégé au Val-de-Grâce, vient d'être nommé professeur d'hygiène à la Faculté de Lille.

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. Hébert de la Rousselière, docteur en médecine, est institué chef des travaux cliniques.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Lepeyre (Jean-Numa), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de médecine, pour une pé-

riode de dix années. — M. Dianoux (Edouard-Victor-Gustave), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de chirurgie pour une période de dix années. — M. Lahaye (Jules-Pierre), est institué prosecteur. M. Berlet, secrétaire agent-comptable, est nommé, en outre, bibliothécaire de l'Ecole.

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance a renouvelé, comme il suit, son bureau pour l'année 1877 : Président, M. Domerc : vice-présidents, MM. Baudouin et Fontès ; secrétaire-général, M. Passant ; secrétaires annuels, MM. Courtaux et Labarraque fils ; trésorier, M. Le Coin ; archiviste, M. Machelard.

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 10 janvier, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre. Ordre du jour : 1° Installation du bureau ; 2° Rapports de MM. Labarraque père et fils sur les candidatures de MM. Starn et Brochard ; 3° Classification des maladies mentales sur une double base psychologique et clinique, par M. Delasiauve ; 4° De l'utilité de faire admettre dans les asiles spéciaux de convalescence, les enfants traités par les médecins des bureaux de bienfaisance, par M. Passant.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 2 BUREAUX : RUE DES ECOLES, 6. 13 JANVIER 1877.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Hospice de la Salpêtrière. — **M. CHARCOT.**

De l'Epilepsie partielle d'origine syphilitique.

Leçon recueillie par BOURNEVILLE.

Messieurs,

L'*Epilepsie partielle* ou *hémiplégique* dont je m'efforçais tout récemment de vous faire saisir les principaux caractères et les principales variétés symptomatiques en me fondant sur les descriptions de Bravais (1), sur celles plus récentes du Dr H. Jackson (de Londres) et aussi sur mes propres observations, est une des manifestations les plus fréquentes de la *Syphilis cérébrale*. C'est là un fait, on peut le dire, hautement reconnu et proclamé aujourd'hui, parmi nos confrères anglais, ainsi qu'en témoignent, entre autres les écrits de R. B. Todd, ceux de MM. Jackson, Broadbent, T. Buzzard (2), et quelques-autres. Par contre, en France, si je ne me trompe, il n'a pas encore été remarqué autant qu'il mérite de l'être en raison de son intérêt pratique, malgré qu'un médecin des plus compétents en ces matières, M. le Dr A. Fournier, se soit attaché, l'an passé, à en vulgariser la connaissance, dans un travail que je ne saurais trop recommander à vos méditations (3).

Aussi trouverez-vous opportun, je l'espère, que j'arrête un instant votre attention sur un sujet encore insuffisamment étudié peut-être, en vous présentant l'exposé sommaire d'un certain nombre d'exemples assez réguliers d'épilepsie partielle d'origine syphilitique qu'il m'a été donné d'observer dans ces derniers temps. Dans le cours de mon exposé, je rechercherai chemin faisant l'occasion de vous faire toucher du doigt certaines particularités qu'offre souvent cette forme clinique de la syphilis cérébrale. Mais j'aurai surtout à cœur de mettre en relief qu'en pareille circonstance, l'administration opportune des agents appropriés, lorsqu'elle est conduite résolûment, j'allais dire audacieusement, suivant une certaine méthode, peut triompher quelquefois très-rapidement, de tous les obstacles et amener une guérison durable dans des cas même, où les mêmes agents administrés d'après d'autres principes, plus timidement tout au moins, auraient complétement échoué.

Le 13 décembre 1874, j'ai été appelé par M. le Dr Malhéné auprès de M. X..., âgé de 42 ans, atteint d'accidents cérébraux graves et confiné par ce fait dans sa chambre, depuis plusieurs mois. — Dans son récit, M. X... fait remonter la maladie actuelle au mois de juillet de cette même année : employé dans une maison de banque, il était, un certain jour, assis comme d'habitude devant son bureau, occupé à écrire, lorsque, tout à coup, sans avoir remarqué de phénomènes précurseurs immédiats, il sentit, non sans effroi, son membre inférieur droit agité de secousses convulsives rhythmiques, précipitées, très-énergiques. Cette sorte de trépidation dura peut-être quelques secondes, puis le membre inférieur rigide se souleva tout d'une pièce, et presque aussitôt après M. X... tomba à terre sans connaissance. Il ne reprit ses sens qu'au bout d'une heure environ, et il ne sait rien de ce qui s'est passé pendant ce temps là. Dès le lendemain, il pût retourner à ses affaires, et aucun accident nouveau ne s'était présenté quand, un jour, en septembre, au moment où il descendait d'omnibus, il tomba sur le pavé privé de connaissance, après avoir éprouvé, comme la première fois, pendant quelques secondes cette même trépidation avec rigidité du membre inférieur droit, signalée déjà plus haut. Un léger affaiblissement parétique des membres du côté droit, une notable confusion dans les idées, un certain degré d'obnubilation dans les idées, tels ont été les symptômes qui ont suivi cette seconde attaque et ont persisté après elle. A partir de cette époque, M. X... suspendit ses affaires, et il ne sortit plus de chez lui qu'à de rares intervalles, principalement parce qu'il craignait toujours d'être repris, dans la rue, de nouveaux accidents.

Vers le milieu du mois de novembre sans cause appréciable, sans avertissement aucun, éclata un 3e accès ; cette fois la durée des phénomènes de l'*aura motrice* a été plus longue et le malade avant de perdre connaissance eut le temps de reconnaître que les secousses convulsives rhythmiques ainsi que la rigidité après avoir occupé le membre inférieur droit et sans l'abandonner, avaient envahi rapidement le membre supérieur du même côté. Une personne présente en ce moment raconte qu'ensuite la tête s'est portée vers l'épaule droite en même temps que le côté droit de la face était grimaçant; puis les convulsions s'étendirent au corps tout entier, prédominant cependant toujours sur le côté droit et, après leur cessation, survint le sommeil stertoreux. Il est certain que, durant l'accès, M. X... ne s'est pas mordu la langue et qu'il n'a pas uriné sous lui. Sans qu'il eut repris connaissance, plusieurs autres attaques se produisirent, sur tous les points semblables à la première, de manière à constituer un état de mal dont la durée a été de 3 heures environ. Les phénomènes consécutifs, déjà signalés à propos de la crise du mois de septembre, n'ont fait que s'accentuer davantage à la suite de celle dont il vient d'être question ; il s'y est joint pendant quelques jours un certain degré d'embarras de la parole et d'amnésie verbale, un sentiment d'engourdissement dans la joue du côté droit, au voisinage de la commissure labiale, mais ces derniers symptômes ont été tout-à-fait passagers ; ils s'étaient complétement dissipés, lorsque je vis M. X.

Après avoir vérifié l'existence qui m'avait été annoncée d'un affaiblissement, d'ailleurs léger, des membres du côté droit, je reconnus qu'ils n'étaient le siége d'aucune sensation de fourmillement et qu'ils ne présentaient pas de traces d'anesthésie ; je constatai enfin que la vision n'était nullement troublée.

(1) Thèses de Paris, n° 118, t. 4. 1827.

(2) Broadbent. — *The Lancet*, 21 feb. 1874. — T. Buzzard.— *Aspects of syphilitic nervous affections*, London.— 1874.

(3) *De l'épilepsie syphilitique tertiaire*, leçon professée par A. Fournier. (Clinique de Lourcine), Paris 1876.

En écoutant le récit de M. X.,., j'avais été tout naturellement conduit à soupçonner que, chez lui, la syphilis pouvait être en jeu et je procédai immédiatement à l'examen des diverses parties du corps accessibles à l'œil, espérant y rencontrer les vestiges de l'une quelconque des manifestations tardives de cette maladie. Le résultat de cette investigation fut absolument négatif.

Il n'en a pas été de même de l'étude des antécédents qui, elle, au contraire, me permit de recueillir des renseignements très-significatifs. J'appris, en effet, ce qui suit: A l'âge de 29 ans, c'est-à-dire 12 ans environ avant l'apparition des premiers accidents épileptiformes, M. X. avait contracté un chancre induré, suivi bientôt de diverses manifestations relevant de la syphilis constitutionnelle, parmi lesquelles a figuré la roséole. Le traitement de la maladie à cette époque parait avoir été régulièrement dirigé et continué pendant plusieurs mois.

Les choses en restèrent là et pendant plus de 10 ans, M. X. avait vécu en bonne santé, jouissant d'une sécurité parfaite, lorsque vers la fin de 1873, il commença à ressentir un malaise singulier, marqué surtout par une grande prostration des forces, de l'inaptitude au travail intellectuel, des troubles dyspeptiques très-accentués, très-tenaces et qui se montraient rebelles à l'emploi des moyens vulgaires. Un certain degré d'amaigrissement, un état cachectique assez prononcé, qu'aucune affection viscérale ne semblait motiver et, enfin, une céphalalgie d'un genre particulier vinrent bientôt compléter le tableau.

Cette céphalalgie n'a jamais complétement cessé d'exister à un certain degré depuis lors ; je ne vous en ai pas entretenu cependant jusqu'ici dans l'énumération des faits, parce que je me réservais de la signaler spécialement à votre attention. A l'origine, elle se montrait constamment localisée dans un espace circonscrit, pas plus large qu'une pièce d'un franc, au-dessus du sourcil droit, vers la tempe ; plus tard, au moment des exacerbations, elle s'est étendue souvent jusqu'au sommet de la tête et même à l'occiput sans abandonner toutefois jamais son foyer primitif. Il paraît bien établi que les exacerbations ont lieu habituellement vers 7 heures du soir, se prolongeant plus ou moins dans la nuit et empêchant quelquefois le sommeil ; jamais elles n'ont été suivies de vomissements.

Si j'insiste sur la description de cette douleur de tête, c'est que vous retrouverez le même phénomène, avec les particularités qui viennent d'être relatées dans l'histoire de beaucoup de cas d'épilepsie syphilitique. Le fait, d'ailleurs, a été mis en relief plusieurs fois par les auteurs qui se sont occupés de ces questions : « Lorsque la douleur de tête, dit entre autres M. Buzzard, est associée aux attaques convulsives de la syphilis, elle précède en général le développement des accès ; elle est souvent localisée dans un point particulier. Fréquemment on trouve noté dans les antécédents, qu'elle a existé pendant plusieurs mois avant l'apparition de la première attaque. » (1) Il ne faudrait pas sans doute, tant s'en faut, aller jusqu'à comparer cette céphalalgie fixée sur un point et précédant pendant longtemps les attaques convulsives comme un signe caractéristique; on peut la rencontrer, en effet, dans les diverses formes d'épilepsie partielle, indépendantes de la syphilis. Néanmoins, dans cette maladie, elle est en général beaucoup plus accentuée que partout ailleurs, c'est donc un élément que le clinicien ne doit pas dédaigner d'utiliser puisqu'il pourra quelquefois contribuer à éclairer le diagnostic.

Après avoir recueilli les renseignements qui viennent de vous être exposés, je me crus autorisé à déclarer qu'à mon sens les divers accidents, éprouvés par M. X... depuis dix-huit mois, devaient être rattachés à la syphilis, et que vraisemblablement ils céderaient tous à l'emploi convenablement dirigé du traitement mixte. On m'apprit alors que d'après le conseil d'un médecin autrefois consulté, M. X.., depuis près d'un an, n'avait peut-être jamais cessé complétement de se soumettre soit à l'usage d'un sirop hydrargyrique ioduré, soit à celui de doses moyennes d'iodure de potassium.

Cette révélation ne me découragea point et, me fondant sur l'enseignement tiré d'observations antérieures, j'émis l'opinion qu'il fallait procéder ici en quelque sorte *par une attaque de vive force* et chercher à brusquer le dénouement; que, en d'autres termes, l'administration immédiate de doses élevées triompherait peut-être, rapidement, là même où l'action prolongée de doses moyennes s'était montrée insuffisante pour conjurer les accidents et aussi pour les combattre une fois développés. Nous convînmes, mon confrère et moi, d'instituer la médication ainsi qu'il suit : des frictions seront faites chaque jour avec 5 ou 6 grammes d'onguent napolitain ; en même temps l'iodure de potassium sera pris à la dose de 6 à 8 ou 10 grammes pour les 24 heures, en partie par la bouche, en partie en lavement. Le traitement devait être maintenu, autant que possible, dans toute sa rigueur, pendant 20 jours environ, suspendu ensuite complétement pendant quelques jours, rétabli de nouveau de la même façon que la première fois, et ainsi de suite, à trois ou quatre reprises.

J'ai revu M. X..., à la fin de 1875. Il m'apprit que le traitement avait été mis en œuvre dès le lendemain de la consultation ; que 2 mois après l'amendement dans tous les symptômes permanents : céphalalgie, parésie, dyspepsie, état cachectique, était tel déjà qu'il avait pu reprendre ses occupations ; que, un mois plus tard, il se considérait comme complétement guéri ; que, enfin, quant aux attaques épileptiformes, elles n'avaient plus reparu et qu'il n'avait d'ailleurs rien ressenti qui pût lui en faire redouter la réapparition.

J'ai revu une seconde fois M. X..., à la fin de 1876. La guérison à cette époque, ne s'était pas démentie un seul instant. (*A suivre*).

(1) « If pain in the head be associated with the convulsive attacks, it generally precedes the out break in syphilitic convulsion, and is often localised in one particular spot. There is frequently a history of antecendent pain for months before the first fit. » (T. Buzzard, *loc. cit.*, p. 14.)

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés dont l'abonnement est terminé depuis le 31 décembre que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le 25 janvier, augmentée* D'UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous leur rappelons que le meilleur mode de paiement consiste en l'envoi d'un mandat sur la poste.* — LA TABLE DES MATIÈRES *paraîtra au commencement de février.* — *Nous invitons enfin nos abonnés, auxquels il manquerait des nos de l'année 1876, à nous les réclamer avant le 1er février.*

ANATOMIE GÉNÉRALE.

COLLÉGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Huitième leçon (*Suite.*) (1).

Recueillie par le docteur J. RENAUT.

Messieurs,

Un grand nombre d'éléments histologiques jouissent de la propriété de double réfraction. Vous reconnaîtrez bientôt combien cette constatation est importante, mais je vous signalerai simplement, pour le moment, parmi les substances bi-réfringentes de l'organisme : celle des faisceaux conjonctifs ordinaires et particulièrement des faisceaux conjonctifs des tendons. Il est extrêmement facile de vérifier le fait sur les tendons filiformes de la queue du rat et de quelques autres animaux. Inversement *les fibres élastiques sont absolument mono-réfringentes*, fait important à noter dès à présent, que nous utiliserons plus tard et qui se comprend d'ailleurs de lui-même.

Il convient actuellement d'appliquer ces données à l'étude de la substance contractile des muscles striés. Des faisceaux primitifs vivants, recueillis par les méthodes ordinaires, sont convenablement tendus sur la lame de verre. On les porte ensuite sur la platine du microscope à polarisation et on les oriente de telle façon que, les nicols étant croisés, leur axe de figure fasse avec le plan de polarisation un angle de 45°. Le faisceau primitif devient alors lumineux dans son ensemble et se détache en clair sur le champ noir du microscope. Inversement, si l'axe de la fibre est orienté parallèlement à l'un ou l'autre des plans de polarisation, le champ du microscope reste obscur. On déduit naturellement de ces faits une première conclusion ; c'est que le faisceau musculaire primitif des muscles volontaires est dans son ensemble anisotrope ou bi-réfringent.

Il est à peine besoin de dire qu'il est indispensable, dans une pareille recherche de tendre préalablement sur la lame de verre les faisceaux musculaires primitifs, fixés dans leur forme par les réactifs coagulants, ou plongés dans l'albumine d'œuf et vivant encore, de manière à donner à ceux qu'on observe une direction absolument rectiligne. Si, en effet, ces faisceaux étaient incurvés sur eux-mêmes, ils deviendraient brillants par places, obscurs dans d'autres points, n'étant plus orientés dans leur ensemble suivant une même direction. Quand on a pris la précaution de bien tendre préalablement en ligne droite les fibres musculaires qu'on observe il est facile de reconnaître, avec Brucke, que si elles sont anisotropes dans leur ensemble, elles ne le sont nullement dans toutes leurs parties.

Le faisceau musculaire primitif rendu lumineux est en effet strié transversalement par des bandes noires mono-réfringentes, alternant avec des bandes brillantes anisotropes. Ces bandes brillantes répondent aux disques épais, les bandes obscures aux espaces clairs. Ces dernières sont ordinairement traversées, dans leur milieu, par une mince bande lumineuse, beaucoup moins brillante que le disque épais, et qui répond au disque mince. De pareils détails ne peuvent être observés que sur des fibres musculaires convenablement tendues, mais ils démontrent pleinement et de prime-abord trois faits importants : 1° que le disque épais est bi-réfringent; 2° que le disque mince l'est à un degré moindre (2) ; 3° que la bande claire est isotrope, c'est-à-dire qu'elle ne jouit pas de la propriété de double réfraction.

Si le faisceau musculaire primitif qu'on observe a été tendu, puis fixé dans sa forme par l'action brusque de l'alcool, la striation longitudinale s'y montre aussi marquée que la transversale. Chaque disque épais paraît alors composé de bâtonnets ou de prismes longitudinaux et parallèles entr'eux, séparés les uns des autres par des lignes obscures d'une délicatesse extrême. Le disque mince, dans les mêmes conditions, semble formé de grains brillants juxtaposés en série transversale. Si, au contraire, le muscle a été fixé dans sa forme alors qu'il s'était rétracté, les phénomènes sont totalement différents.

La striation transversale est simple et formée seulement par une succession régulière de bandes brillantes anisotropes et de bandes sombres isotropes. Je dois ici noter que toutes les bandes brillantes, c'est-à-dire bi-réfringentes, le sont dans un pareil faisceau à un degré égal, et que l'on ne peut plus y retrouver le disque mince, qui, dans le faisceau tendu, se distinguait du disque épais aussi bien par sa moindre bi-réfringence que par son épaisseur moins considérable. C'est probablement de ce fait d'observation que Merkel est parti pour admettre l'inversion de la striation transversale. Vous remarquerez en effet, Messieurs, que dans la théorie de l'inversion, l'on admet que, lors de la contraction musculaire, les deux moitiés chacun des disques épais sont entraînées en sens inverse vers les deux extrémités de la case musculaire, et que la substance demi-molle dont ils sont formés vient s'accumuler autour du disque mince. Si l'on considère, dans cette hypothèse, deux cases musculaires successives, le disque mince qui les sépare serait, au moment de la contraction, compris entre deux demi-disques épais bi-réfringents comme lui. Ainsi s'expliquerait la striation transversale simple du muscle contracté ou rétracté. Mais cette conception, vous le pouvez prévoir facilement, deviendrait insoutenable si l'on démontrait que dans le faisceau primitif contracté, le disque mince n'a pas cessé d'occuper le milieu de la bande claire.

Je crois vous avoir démontré ce fait dans la dernière leçon, lorsque nous avons étudié les modifications survenues dans la substance musculaire par le fait même de la production d'une onde latérale.

L'analyse histologique, faite à l'aide de la lumière polarisée, est absolument confirmative. Si, en effet, l'on observe une fibre musculaire striée de la patte des insectes, se contractant dans l'albumine de l'œuf, on reconnaît aisément que chacun des ventres de coutraction, produits le long de la fibre par le passage de l'onde, est plus brillant que les points restés dans le relâchement. Ce phénomène a besoin d'une courte explication. L'on pourrait à la rigueur se demander s'il est dû à une augmentation de la puissance de bi-réfraction de la substance musculaire contractée ou, si à ce niveau, il se produit une diminution dans l'importance de la mono-réfraction, c'est-à-dire si les parties isotropes s'effacent pour ainsi dire au moment du passage de l'onde. Mais, comme au niveau de l'onde musculaire, il existe une augmentation de diamètre de la fibre, l'épaisseur des parties bi-réfringentes étant plus considérable, à ce niveau, ce point devient nécessairement plus lumineux.

Il convient d'ajouter encore que dans le voisinage de l'onde les prismes musculaires subissent des tiraillements et s'infléchissent en zig-zags. Si maintenant vous supposez que l'axe de figure du faisceau primitif observé fasse avec les plans de polarisation l'angle exact de 45°, qui donne le maximum de lumière, vous comprendrez facilement que les disques épais dont les prismes musculaires constitutifs sont infléchis sur l'axe de figure de la fibre, auront cessé d'être nettement lumineux puisque leur axe optique sera devenu, en plus ou en moins, différent de 45 degrés. L'onde musculaire paraît encore plus lumineuse par le simple effet de ce contraste.

Il serait difficile de reconnaître, en observant une onde totale et brillante ce que devient le disque mince faiblement anisotrope, lorsque la contraction se produit. Mais ici encore pour résoudre la question nous profiterons des ondes latérales. Je vous ai fait voir, Messieurs, dans la dernière leçon que lorsqu'une onde partielle de cette nature est fixée dans sa forme au moment même où elle se produit, l'on peut reconnaître, en l'observant avec attention, qu'au niveau des points contractés le disque mince est contenu dans la bande claire aussi bien qu'au niveau des points restés en repos. Une onde latérale fixée par

(1) Voir les nos 4, 5, 6, 8, 11, 14, 17, 19, 25 et 30 de 1876 ; n° 1 de 1877.

(2) Il arrive même que dans certaines conditions le disque mince paraît à peu près monoréfringent. Il jouit cependant de la double réfraction mais à un degré faible comparativement au disque épais.

l'alcool et observée à l'aide du microscope à polarisation, donne une image absolument confirmative des faits observés à la lumière simple. Les disques épais sont brillants, les bandes claires sont obscures. Sur le côté contracté du faisceau primitif, ces dernières contiennent dans leur épaisseur le disque mince beaucoup moins brillant que le disque épais. La ligne lumineuse qui forme ce disque mince s'effile progressivement à mesure qu'elle s'approche de l'onde latérale, puis finit par disparaître.

Je dois actuellement vous indiquer brièvement, Messieurs, les meilleures méthodes pour préparer et conserver les muscles striés en vue de l'étude de leur substance contractile par la lumière polarisée. Brücke, plongeant un hydrophile dans l'alcool concentré, l'y laissait mourir, et les muscles des pattes étant fixés dans leur forme, il enlevait ces dernières par arrachement. Les muscles penniformes contenus dans chacun des articles en étaient alors extraits par l'effet de la simple brisure du membre au niveau d'une articulation. Dans ces conditions, en effet, les muscles sont facilement arrachés avec leurs tendons. Il suffit ensuite de les étudier convenablement sur la lame de verre, de les dessécher suivant les méthodes classiques et de les monter dans le baume du Canada ou la résine Damar.

Messieurs, lorsqu'on observe de pareilles préparations à l'aide de la lumière polarisée, le champ du microscope paraît noir lorsque les nicols sont croisés, et l'objet bi-réfringent orienté à 45° devient plus ou moins lumineux. Il est facile de donner à ces phénomènes optiques, déjà si intéressants par eux-mêmes une élégance très-grande en décomposant au préalable la lumière polarisée. L'expérience apprend que si l'on interpose une lame mince de gypse sur le passage des rayons lumineux, le champ du microscope, de simplement obscur qu'il était après le croisement des nicols prend l'une des couleurs du spectre. Un objet bi-réfringent, convenablement orienté à 45° et observé alors, prend dans ces conditions la teinte complémentaire de cette couleur. Si, pour prendre un exemple, nous plaçons sous la lame porte-objet une mince lamelle de gypse, disposée par tâtonnement de façon à donner, les nicols croisés, une coloration d'un rouge poupre au champ du microscope, un faisceau musculaire bien orienté au-dessus de cette lamelle paraîtra coloré en vert brillant dans son ensemble, et les parties vertes lumineuses seront toutes anisotropes. Avec une patience suffisante, on arrive facilement à faire de semblables préparations, mais il est préférable de se servir de la platine à polarisation de Hartnack qui supprime tout tâtonnement préalable.

Dans cet appareil, en effet, la lame du gypse est collée sur un disque de verre, qu'on fait tourner à l'aide d'une roue dentée, immédiatement au-dessous de la platine. On détermine d'abord, après avoir croisé les nicols, la position de la lame de gypse qui colore en rouge vif le champ du microscope. On porte ensuite sous l'objectif un faisceau musculaire convenablement monté, et on l'oriente de façon à obtenir suivant son axe le maximum de lumière. Il apparaît coloré en vert pâle avec d'admirables détails.

Messieurs, l'étude que nous venons de faire est éminemment instructive. Vous n'avez pas oublié que Brücke pensait que, dans le faisceau primitif, tout ce qui était bi-réfringent était contractif, et formé par des éléments particuliers, les disdiaclastes qui, dans l'état de repos et l'état de contraction, étaient différemment orientés. Le seul fait positif à déduire de ce que nous avons vu jusqu'ici, c'est que certaines parties de la substance musculaire, telles que les disques épais et les disques minces, sont anisotropes ou bi-réfringentes. Mais il serait erroné de croire que la propriété de double réfraction entraîne fatalement avec elle celle de contractilité. Dans ce dernier ordre d'idées, nous serions, en effet, conduits à admettre que le caoutchouc énervé, les faisceaux conjonctifs, certaines régions des cartilages, bi-réfringents comme le muscle, sont aussi contractiles comme lui. De cette comparaison même, que je viens de faire, découle une élimination par l'absurde de la théorie de Brücke, car on sait, par exemple, que rien n'est moins contractile qu'un cartilage ou qu'un tendon. Cette théorie doit donc être dès maintenant abandonnée et nous ne la discuterons plus. Nous aurons cependant à examiner plus tard la réalité d'un de ses corollaires; à savoir, que, dans le muscle tout ce qui est bi-réfringent est contractile. Vous ne tarderez pas, Messieurs, à vous convaincre que les disques minces ne leur paraissent nullement assimilables dans leur action mécanique. Je puis même vous dire ici par anticipation, qu'il est fort probable qu'ils ne sont nullement contractiles. Nous abandonnerons du reste pour le moment la discussion de cette question controversée, nous la remettrons à plus tard, et nous étudierons, dans la prochaine leçon, le spectre musculaire et la matière colorante de la substance contractile des muscles striés. (*A suivre.*)

MALADIES DES YEUX

ÉCOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr **E. LANDOLT.**

Du diagnostic des maladies des yeux.

VIe LEÇON. — **De la Réfraction** (*Suite*) (1).

Leçon recueillie par A. CHARPENTIER.

Astigmatisme irrégulier.

Tandis que l'astigmatisme régulier, malgré la différence de courbure de plusieurs méridiens des surfaces réfringentes, montre au moins une courbure régulière dans chaque méridien pris isolément, l'*astigmatisme irrégulier* consiste en *une différence de courbure de différentes parties du même méridien*. Cette anomalie de la réfraction peut avoir son siége dans la cornée et le cristallin.

Dans le premier cas, l'astigmatisme est le plus souvent produit par des processus inflammatoires et ulcéreux qui ont fini par imprimer à la cornée une forme tout à fait irrégulière. Des parties aplaties ou même excavées se trouvent à côté d'ectasies partielles, et souvent chaque petite partie de la cornée a une courbure différente de celle de sa voisine. L'individu est quelquefois plus gêné par une telle irrégularité de la cornée que par des leucomes, parce que la lumière subissant une réfraction très-irrégulière à la première surface réfringente de l'œil, l'image rétinienne devient tout à fait défigurée.

Aucun objet n'est vu nettement, les lignes droites paraissent quelquefois élargies et confuses à certains endroits, ou elles montrent des inflexions et des irrégularités de toute sorte. Il est évident qu'une pareille anomalie de la réfraction ne peut être corrigée ni par des verres cylindriques, ni par aucun autre verre, parce qu'il serait tout à fait impossible de donner à ces verres une forme semblable à celle de la cornée déformée.

Dans ce cas, on peut rendre la vision plus nette par un moyen que DONDERS a proposé. Puisque l'amblyopie provient dans ce cas de ce que les différentes parties de la cornée ont une courbure différente et que les rayons lumineux qui la traversent ne sont pas réunis au même endroit, on n'utilise pour la vision qu'une seule partie de la cornée dont la courbure est sensiblement sphérique, en éliminant les autres. Cela s'obtient simplement à l'aide d'un diaphragme percé d'un trou de 1 à 3 mm. de diamètre qu'on fait tenir très-près de l'œil. Le malade arrive très-vite à trouver la position dans laquelle le *trou sthénopique* lui donne les plus grands avantages, et l'on voit souvent l'acuité visuelle augmenter considérablement par ce moyen. Il est vrai que l'éclairage doit diminuer à cause de l'exclusion d'une grande partie de la lumière qui, sans le diaphragme, aurait pénétré dans l'œil; mais la netteté des objets observés augmente par contre beaucoup, parce que tous les rayons lumineux qui ont traversé le trou et la partie correspondante de la cornée se réunissent maintenant en une seule image nette sur le rétine.

Une forme d'astigmastime irrégulier plus importante et plus répandue que celui de la cornée a son siége dans le

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876; no 1 de 1877.

cristallin et on ne connaît jusqu'à ce jour qu'un seul homme qui en ait été exempt. Nous en parlerons plus tard. Cet astigmatisme irrégulier est produit par la structure même du cristallin. Vous vous rappelez que le cristallin se compose de plusieurs secteurs dont les lignes de séparation forment une espèce d'étoile souvent visible à l'éclairage oblique et surtout prononcée dans la cataracte sénile.

Or les secteurs du cristallin n'ont pas tous exactement la même courbure, cela fait que la lumière qui les traverse n'est pas réunie par tous au même endroit; chaque secteur fournit une image à part.

Dans les conditions ordinaires et dans les cas où cette irrégularité n'est pas excessivement développée, les images rétiniennes correspondant aux différents secteurs se couvrent en grande partie et l'on voit l'objet simple, bien qu'un peu moins nettement que si le cristallin avait des surfaces régulières.

Dans d'autres conditions, par contre, la multitude des images fournies par le cristallin donne lieu à la *polyopie monoculaire*, c'est-à-dire que l'œil, au lieu d'un seul objet fixé, en voit plusieurs. Ce phénomène a été parfaitement observé et décrit par M. le professeur Vulpian. La description classique qu'il en a donnée se trouve dans les Mémoires de la *Société de Biologie* de l'année 1861, t. III, p. 335, et reste la meilleure que l'on possède aujourd'hui.

Cette polyopie devient surtout manifeste lorsque l'œil n'est pas adapté à la distance de l'objet fixé, parce que dans ce cas les images correspondant aux différents secteurs sont plus écartées l'une de l'autre que si l'œil y était adapté.

M. Vulpian a observé sa polyopie principalement en regardant le croissant de la lune. D'autres observateurs comme Lahire, Th. Young, Donders, ont vu ce phénomène surtout à l'aide d'un point lumineux très-rapproché de l'œil. Ainsi, d'après Donders on peut facilement produire la polyopie monoculaire à l'aide d'un petit globule de mercure placé sur un morceau de velours noir, le petit globule agit comme un miroir convexe excessivement fort et donne d'un foyer lumineux, comme le soleil, une lampe, etc., une petite image de réflexion excessivement intense. C'est notre point lumineux. En rapprochant ce globule à quelques millimètres de l'œil, au lieu d'une seule image de diffusion ronde, nous en voyons plusieurs qui se recouvrent plus ou moins. Ce sont les images *entoptiques* fournies par différents secteurs de notre cristallin.

C'est la même irrégularité de structure du cristallin qui nous fait apparaître un point lumineux comme rayonnant. En effet, n'est-il pas surprenant que les corps célestes lumineux, malgré leur sphéricité, fassent sur l'œil humain non l'impression de points lumineux ronds, mais l'impression de corps essentiellement rayonnants. De là, l'extension du mot *étoilé* aux corps présentant une forme semblable.

Ce fait est la preuve que les yeux humains ont de tout temps présenté le même astigmatisme irrégulier. Il n'y a qu'un seul exemple connu d'un homme qui, ayant un cristallin, ait fait exception à cette règle. C'est le tailleur Schoen, dont Alexandre de Humboldt rapporte que les étoiles lui apparaissaient comme des points nettement arrondis. Le cristallin de ce Schoen a dû être construit avec une exactitude rigoureuse, ou bien l'effet des irrégularités de la surface antérieure du cristallin a dû être neutralisé par des irrégularités en sens contraire de la surface postérieure.

Nous pouvons cependant nous mettre dans des circonstances analogues à celles de cet homme fortuné en regardant les étoiles à travers un diaphragme percé d'un petit trou. De cette façon nous privons les étoiles de leurs rayons, nous les réduisons à de petits points lumineux, parce que leur image est formée sur notre rétine uniquement par un secteur du cristallin ou une partie du cristallin qui a sensiblement la même courbure dans toute son étendue. Seulement les points lumineux nous paraîtront moins éclairés qu'ils n'ont dû paraître à ce tailleur qui les voyait à travers toute l'étendue de sa pupille, tandis que nous ne pouvons les voir qu'à travers une pupille excessivement étroite, le trou sthénopique de notre diaphragme.

L'astigmatisme irrégulier du cristallin n'influe pas beaucoup sur la vue dans les conditions ordinaires, mais il peut devenir un obstacle très-sérieux dans les observations astronomiques. C'est l'astigmatisme irrégulier qui rend impossible la constatation exacte par la vue du contact de deux corps.

Ainsi, fermez un œil et fixez avec l'autre les bouts du pouce et de l'index que vous rapprochez lentement, vous remarquerez qu'avant le contact, il se forme une espèce de goutte entre les deux doigts qui paraissent confluer l'un vers l'autre. Ce phénomène est la conséquence de l'irrégularité du cristallin que nous venons d'étudier et qui empêche la formation d'images absolument nettes sur notre rétine, et, par conséquent, la détermination exacte du moment où les deux doigts se touchent.

Il a été surtout question de ce phénomène lors de l'observation du passage de Vénus devant le soleil. On se demandait, comment il serait possible d'observer sous ces conditions le moment exact où le disque de Vénus viendrait en contact apparent avec celui du soleil, et le moment où les deux corps se sépareraient.

C'est alors M. Giraud-Teulon (1) qui, donnant l'explication du phénomène, indiqua en même temps le moyen de le prévenir. On n'a qu'à se munir d'un trou sthénopique pour que les contours deviennent nets et l'observation ne présente plus les difficultés mentionnées. Ainsi placez devant votre œil une carte percée d'un trou à bords nets d'environ 1 millimètre de diamètre, et vous verrez que la goutte ne se formera plus entre vos deux doigts.

L'astigmatisme irrégulier change et augmente avec les changements de structure du cristallin; c'est ce qui arrive surtout pendant la formation de la cataracte. Vous entendrez souvent des vieillards raconter que depuis un certain temps les étoiles montrent plus de rayons et des rayons plus longs, que tel et tel astre semble avoir des satellites ou que la lune leur paraît multiple. Dans ces cas vous pouvez presque toujours constater des opacités du cristallin à l'aide de l'éclairage oblique.

Après une opération de cataracte bien réussie, l'astigmatisme irrégulier disparaît, mais pour faire place dans beaucoup de cas à un astigmatisme régulier provenant du changement de forme que la cornée subit sous l'influence de la cicatrisation de la plaie opératoire. Cet astigmatisme peut cependant être corrigé dans la majorité des cas par des verres cylindriques, tandis que pour l'astigmatisme irrégulier, il n'y a, en dehors de l'extraction du cristallin dans certain cas, aucun autre remède que le trou sthénopique.

(1) *Ann. d'oculistique*, t. LXVIII, p. 39.

Statistique des journaux à Paris.

Le total des journaux publiés à Paris qui était, en 1875, de 754, était à la fin de 1876 de 836; ce qui donne une augmentation d'un dixième environ.

Paris voit naître chaque année de 100 à 108 feuilles nouvelles, dont le plus grand nombre ne se maintiennent que quelques mois. Dans le courant des deux dernières années, on a vu ainsi disparaître 160 journaux.

En 1876, dit la *Liberté*, à qui nous empruntons cette intéressante statistique, il a été créé à Paris 15 nouveaux grands journaux politiques; ce qui porte leur nombre, pour le commencement de 1877, à 51. Indépendamment des journaux politiques, les feuilles dont le nombre a ensuite augmenté dans la plus grande proportion sont les journaux de beaux-arts, qui sont aujourd'hui au nombre de 15; les journaux de géographie ont quadruplé : au commencement de 1875 on n'en comptait que 2, il y en a maintenant 8.

On compte également en ce moment 85 journaux traitant des questions financières ou d'économie politique, 54 journaux illustrés paraissent sous différents formats, 16 journaux de sport, 49 journaux religieux, 66 de jurisprudence, 20 de géographie et d'histoire, 74 de lecture récréative, 26 d'instruction, 52 de littérature et de philosophie, 3 de photographie, 9 d'architecture, 4 d'archéologie, 8 de musique, 7 de théâtre, 68 de modes (dont 3 de coiffure), 77 de technologie, 74 de médecine et de pharmacie, 43 de sciences, 22 d'art militaire et de marine, 31 de science agricole, 16 de science hippique et 17 divers. Le nombre des revues est de 14. (*Journal officiel.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

De l'électrolyse chirurgicale.

L'action décomposante de la pile sur l'eau et sur les sels venait d'être découverte, lorsque Brugnatelli, Dumas et quelques autres physiciens recherchèrent aussi les effets des courants sur les matières animales. Un lambeau de chair plongeant par ses deux extrémités dans deux vases pleins d'eau distillée, on mit chacun des vases en communication avec les électrodes : on trouva, dans le vase négatif, de la potasse, de la soude, de la chaux et de l'ammoniaque ; et, dans le vase positif, des acides sulfurique, chlorydhrique, phosphorique et nitrique. Après plusieurs jours, pendant lesquels le courant passa sans interruption, il fut constaté que ce lambeau musculaire était complétement privé de ses sels. Dans une autre expérience, Davy introduisit deux doigts dans les vases en communication avec les piles ; il constata également la présence des acides dans le vase positif, et celle des alcalis dans le vase négatif. L'action des courants s'exerçait donc de la même manière sur les tissus vivants et sur les tissus morts.

En 1860, Ciniselli (de Crémone), eût l'idée d'utiliser les propriétés des courants électriques pour la destruction des tissus morbides (1). En effet, les alcalis et les acides engendrés par les courants au sein des tissus, réagissent à leur tour, sur les éléments voisins ; il les cautérisent, comme lorsqu'on applique des caustiques à la surface d'une plaie ou sur le système cutané. C'est à cette action chimique des courants sur les tissus qu'on donne le nom d'ÉLECTROLYSE, terme employé d'abord par Faraday pour désigner l'action de la pile sur l'eau. On l'appelle encore *galvano-caustique chimique* pour la distinguer de l'action produite par la cautérisation d'un fil de platine rendu incandescent par le passage d'un courant assez intense, et à laquelle on donne le nom de *galvano-caustique thermique.*

Les aiguilles qui servent à l'électrolyse sont de platine ou de cuivre doré, pour qu'elles ne soient pas attaquées par les acides ou les bases qui proviennent de la décomposition des tissus par les courants électriques. Tantôt on ne plonge qu'une aiguille au sein des tissus, tantôt, on les y fait pénétrer toutes les deux. L'action des deux piles est différente : à l'électrode positive se rendent les acides, à l'électrode négative vont les bases ; près du premier, on obtient une eschare dure et sèche ; au second, c'est une eschare molle et humide qui apparait, comme lorsqu'on cautérise par la potasse ; plus tard, c'est une cicatrice fibreuse et rétractile, ou une cicatrice légère et n'adhérant pas aux tissus subjacents, selon le pôle qui a agi. Il est facile dans la pratique d'utiliser ces proprités différentes des deux électrodes : il suffit de rendre l'un d'eux inactif et de réduire son rôle à ne servir qu'à la fermeture du courant.

Ciniselli employa d'abord la méthode électrolytique pour la cautérisation de certains trajets fistuleux et pour la destruction des tumeurs érectiles. Nélaton, en 1864, planta dans un polype naso-pharyngien à large base, reposant sur l'apophyse basilaire et l'orifice postérieur des fosses nasales, plusieurs aiguilles en platine, et détruisit peu à peu la tumeur à l'aide des courants électriques. Maisonneuve ouvrit une voie aux flèches caustiques, avec lesquelles il avait l'habitude de circonscrire les tumeurs, par la cautérisation des aiguilles électriques. Plus récemment MM. Mallez et Tripier ont appliqué à la cure définitive des rétrécissements uréthraux la galvano-caustique chimique (1870). Leurs résultats sont très-remarquables. M. Conriard de (Saint-Pétersbourg) a aussi obtenu de nombreux succès par cette méthode. Elle a enfin rendu de très-grands services à MM. Desmarres et Tripier pour ouvrir une voie aux larmes, lorsque le canal nasal était oblitéré.

Depuis quelques années, M. le professeur Le Fort, dans son service à l'hôpital Beaujon, applique d'une façon méthodique et raisonnée la *galvano-caustique chimique* au traitement des fistules. Il a obtenu par ce procédé la guérison très-rapide et complète de nombreux trajets fistuleux et en particulier de fistules à trajets multiples de l'urèthre et de l'anus, et, même, de fistules rebelles de l'espace pelvi-rectal supérieur. Dernièrement encore, il creusait à l'aide de l'électrolyse un canal vaginal, chez une jeune fille dont le vagin était imperforé depuis la naissance. Les résultats de sa méthode ont été exposés dans la thèse de M. Ravacley (1876).

Jusqu'à présent, nous n'avons fait connaître que l'application de l'électrolyse à la cautérisation chimique des tissus ; elle peut avoir un autre rôle aussi important.

Lorsqu'on fait passer un courant à travers une solution de blanc d'œuf, les acides produits coagulent l'albumine. Un résultat analogue est obtenu par l'action des courants sur le sang qui vient d'être extrait de la veine. Deux médecins anglais, les docteurs Fraser et John Duncan, ont récemment analysé avec plus de soins les effets des courants sur le sang. Au pôle positif, se forme un caillot grisâtre, de petit volume, mais de consistance très-ferme. Il apparait, au contraire, au pôle négatif, une sorte de masse d'écume, constituée de vésicules gazeuses, visqueuses et d'un volume beaucoup plus étendu que celui du pôle positif. Un troisième produit est formé avec grande abondance ; c'est un liquide ayant la teinte et l'aspect de goudron fluide.

Depuis longtemps déjà, on a tenté la cure des anévrysmes par l'électricité. Dès 1841, Alph. Guérard proposa ce moyen à Pravaz, et, en 1845, des essais sérieux furent tentés dans cette voie par Pétrequin. En 1851, Boinet put en rassembler 32 cas dans un mémoire lu à la Société de chirurgie : il comptait 21 insuccès, 10 succès, et un cas dont le résultat n'était pas indiqué. Benjamin Philips, Broca, Giraldès, Ciniselli, etc., ont usé de ce genre de traitement contre les anévrysmes. Enfin, Regnault et Broca se sont livrés à une série de recherches fort intéressantes sur l'action de l'électrolyse sur le sang contenu dans les vaisseaux (1856). D'après ces auteurs, les caillots qui apparaissent au niveau des aiguilles, sont moins résistants que ceux qui se forment naturellement sur les parois des sacs anévrysmaux ; car ils contiennent une forte proportion d'albumine avec peu de fibrine. Hamilton et Bossé (de Saint-Pétersbourg)

(1) Déjà, en 1803, deux physiciens Mongiardini et Lando, sur des lambeaux de chair animale, avaient produit, par le passage des courants électriques, des eschares, au niveau des piles. Fabre-Palaprat avait songé à appliquer par ce moyen des moxas profonds. Enfin, en 1841, Gustave Crusell, de Saint-Pétersbourg, essaya de résoudre certains engorgements ganglionnaires, par l'action chimique des courants. Mais, c'est réellement à Ciniselli que revient le mérite d'avoir le premier érigé l'électrolyse en méthode de traitement chirurgical.

ont remarqué que lorsqu'on place l'aiguille correspondant au pôle négatif hors de la tumeur, on évite le dégagement dans la poche anévrysmale des gaz résultant de l'action du galvanisme.

Cette courte esquisse historique permet de reconnaître que le docteur J. Duncan a seulement précisé davantage l'action différente des deux pôles. D'après lui, si l'on se sert de courants, dont il indique l'intensité et la nature, il se forme aux aiguilles positives (dans les anévrysmes un peu volumineux on fait pénétrer généralement plusieurs aiguilles, en communication avec le pôle positif) des caillots durs, fibrineux. Il a, d'ailleurs, constaté dans plusieurs autopsies, qu'après un certain temps, les caillots formés par l'action galvanique, prenaient de la consistance, se décoloraient, et devenaient stratifiés comme les caillots qu'on obtient par la compression digitale intermittente.

L'étude de l'action des courants électriques sur le sang présente surtout de l'intérêt au point de vue de la cure des anévrysmes viscéraux : car, ailleurs, la compression et les autres méthodes de traitement donnent des résultats préférables. C'est Ciniselli (de Crémone) qui, le premier, a appliqué l'électrolyse au traitement de l'anévrysme de l'aorte (1860). Depuis cette époque, les tentatives en faveur de cette méthode ont été nombreuses. Malheureusement, si un certain nombre de succès ont été obtenus, il est survenu aussi des accidents fort graves, mais en petit nombre. On doit surtout redouter après l'action des courants, l'inflammation du sac, la formation d'une eschare au niveau du passage des aiguilles, principalement de l'aiguille négative, et, à la chute de ces eschares, une hémorrhagie mortelle, la gangrène d'une partie des parois de la tumeur, et enfin, le déplacement des caillots et les embolies.

Pour éviter la plupart de ces accidents, le docteur Duncan se sert depuis 1866, d'aiguilles isolées à l'aide d'un vernis de caoutchouc vulcanisé. Sans doute ces aiguilles sont plus volumineuses que si elles étaient simplement de platine ou de cuivre doré (1) : mais on vient très-facilement à bout du petit écoulement de sang qui accompagne leur introduction; tout au moins, jamais il ne se forme d'eschares sur leur passage, et l'hémorrhagie consécutive n'est plus à craindre. C'est ainsi que dans un cas, le chirurgien anglais a pu laisser passer un courant sans inconvénient pendant plus de deux heures. Ciniselli avait conseillé, dans le même but, de n'introduire d'abord que l'aiguille positive; le pôle négatif étant appliqué sur la tumeur, on faisait passer le courant jusqu'à ce que le trajet de l'aiguille positive fût recouvert d'une petite eschare protectrice, et alors on la remplaçait par l'aiguille négative. De nouveau, on enfonçait l'aiguille positive dans un autre point de la tumeur. Le médecin italien admettait que l'eschare de l'aiguille positive préservait, pendant un certain temps, les tissus voisins de l'action plus étendue de l'aiguille négative. L'usage des aiguilles isolées paraît préférable. Leur pointe seule est à découvert, on peut localiser leurs effets avec plus de précision et éviter l'inflammation trop vive des parois du sac. Duncan, après l'application des courants, n'a jamais constaté qu'une faible élévation de température.

(1) On pourrait se servir d'aiguilles recouvertes de laque d'Espagne, comme on en fabrique maintenant à Paris : ce procédé d'isolement leur conserve leur légèreté primitive.

Ciniselli essayait, à l'aide du courant, de produire d'abord un caillot de volume médiocre au niveau des aiguilles : celui-ci, pensait-il, agissait comme un corps étranger et devenait le centre d'une abondante coagulation du sang. Duncan, au contraire, s'efforce de remplir aussi rapidement que possible, en un petit nombre de séances, le sac avec les produits de l'électrolyse; avec ses aiguilles isolées, il affirme n'avoir aucun accident grave à redouter, et, en particulier, il évite les eschares au niveau des aiguilles et l'inflammation des parois du sac. Aussi, bien qu'il ait reconnu l'action spéciale du pôle positif sur la formation de caillots résistants, introduit-il en même temps les deux pôles dans la tumeur. Il utilise l'action spéciale de chacun des deux électrodes : il produit à la fois des caillots fermes et des caillots mous, et rapidement, la tumeur est remplie d'une large masse solide. Souvent, une seule séance lui a suffi pour obtenir l'oblitération complète de la cavité anévrysmale. Si la première application n'a pas produit des effets satisfaisants il convient d'attendre quelques jours; car, il est possible que les caillots formés primitivement soient l'origine de coagulations secondaires. Ajoutons qu'il emploie des batteries d'une force électro-motrice considérable : si les deux aiguilles sont introduites, il se sert de six piles du volume moyen; si on en n'en fait pénétrer qu'une seule, dans les petits anévrysmes et dans les anévrysmes fusiformes, on dispose un plus grand nombre de piles de petit volume.

Telles sont, en général, les modifications les plus importantes qu'on a fait subir à l'électrolyse dans le traitement des anévrysmes : il est utile maintenant d'en faire connaître les résultats pratiques. Nous les empruntons aux tableaux statistiques que le Dr J. Duncan a publiés dans sa leçon clinique (1876) (1).

Sur 37 cas d'anévrysmes de l'aorte traités par l'électrolyse, on aurait observé six guérisons complètes; trois décès seulement sont attribués à l'opération, et encore sont-ils dus à ce qu'on s'est servi d'aiguilles non isolées, qu'il s'est formé des eschares à leur niveau et qu'une hémorrhagie mortelle est survenue. Nous devons aussi faire remarquer avec le Dr Duncan que, pour les six malades guéris, dans aucun cas l'observation n'a été poursuivie plus de neuf mois après l'opération. Mais si, sans tenir compte des guérisons prétendues complétes, on recherche les effets produits par le mode de traitement, on trouve que toujours une amélioration notable est survenue après l'opération : tantôt un affaiblissement dans la violence des battements, tantôt un arrêt complet dans le développement de la tumeur, une diminution notable dans la douleur, ou la disparition d'accès de suffocation menaçants. Tous les malades ont été suivis jusqu'à leur mort, et un très-petit nombre ont vu, après une première opération, leur tumeur revenir à son volume primitif. Le Dr Duncan, pour sa part, a traité six cas d'anévrysmes de l'aorte par l'électrolyse. Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade qui avait eu déjà une hémorrhagie abondante : par l'électrolyse on prévint le retour de l'hémorrhagie; mais, six jours après, le malade mourut d'épuisement. Dans le cas, second la réduction de la tumeur fut temporaire. Le troisième malade avait une

(1) Lectures on electrolysis, by John Duncan, Edinburg. (*British medical journal*, 10 juin 1876).

tumeur interne recouverte d'un eschare large comme une pièce de un franc; ce traitement eut pour effet de faire diminuer du tiers la masse morbide : mais un érisypèle emporta le malade quatre mois plus tard. Le quatrième vit sa tumeur s'amoindrir, elle s'ouvrit plus tard dans la plèvre. Le cinquième souffrait d'une dyspnée intense; par l'électrolyse celle-ci disparut; quelques mois après, il avait quitté l'hôpital, quand il succomba à une nouvelle attaque d'asphyxie. Le sixième malade vit encore et l'opération paraît lui avoir été très-avantageuse.

On compte pour les anévrysmes de l'artère innominée, de la carotide et de la sous-clavière, treize opérations par l'electrolyse, comprenant trois guérisons complètes, six morts. L'artère iliaque externe, deux cas, une guérison. Les artères fémorale, poplitée et humérale, vingt cas, seize guérisons, trois morts; vaisseaux plus petits, huit cas, six guérisons. Total: 89 cas, 31 guérisons, 12 morts.

En résumé, si l'on considère tous les cas où il s'agit d'anévrysmes dont la terminaison est fatale et où aucun traitement efficace ne saurait être essayé, on trouve que, dans la grande majorité, l'opération a été inoffensive, et que dans la plupart elle a produit de grands bienfaits aux malades. Ce sont là évidemment des résultats encourageants.

Dans les *anévrysmes cirsoïdes*, les effets produits par l'électrolyse sont bien plus favorables encore à l'emploi de la méthode. Sur quatre cas, il y a trois guérisons absolues. Les aiguilles, dans cette variété de tumeurs sanguines, cautérisent les parois des vaisseaux, coagulent le sang, et déterminent facilement une rétraction oblitérative. Souvent, ici, la ligature des troncs artériels est insuffisante : elle est parfois dangereuse.

Le Dr Duncan a traité par l'électrolyse deux *anévrysmes par anastomose, ou anévrysmes caverneux*. Il a réduit considérablement et arrêté dans sa marche envahissante une vaste tumeur de ce genre occupant le cou, la tempe et la région parotidienne. Il a eu le même succès dans un cas où la masse morbide recouvrait la partie inférieure du cou et la région claviculaire; elle communiquait cependant avec la veine sous-clavière. Dans toutes ces tumeurs, en raison des larges communications des artères et des veines, il est nécessaire de pratiquer plusieurs cautérisations, et en des points différents ; il faut les détruire peu à peu par l'électrolyse ; on évite ainsi les eschares et les hémorrhagies consécutives. L'emploi des aiguilles isolées a permis au Dr Duncan d'opérer ses malades *sans leur causer de douleurs trop vives* et de mieux diriger et limiter l'action du courant; il prévient ainsi la formation d'eschares cutanées.

Les *nævus* ne deviennent dangereux que quand ils se mettent à progresser en surface et à augmenter de volume. Certains disparaissent spontanément. On ne doit intervenir que s'ils se développent ou causent une difformité trop désagréable. L'électrolyse peut être utilisée de deux manières, on cautérise à la surface et dans l'interstice les tissus malades ; mais si l'on veut éviter les eschares de la peau, ce qu'il convient de faire le plus souvent, il faut se servir d'aiguilles revêtues de vernis isolant et les introduire obliquement.

On a prétendu enfin, que l'électrolyse pouvait guérir les *tumeurs malignes*; il n'en est rien. Quelquefois cependant la cautérisation interstitielle à l'aide des aiguilles isolées a fait complétement disparaître des douleurs intenses qui ne laissaient aucun repos aux malades. Un sarcome vasculaire de la cuisse a été très-réduit de volume ; plusieurs goîtres très-riches en vaisseaux ont aussi perdu leurs battements.

L'électrolyse est donc une méthode chirurgicale encore à l'étude ; mais sans aucun doute, les procédés chimiques se perfectionnant peu à peu, elle aura bientôt dans la thérapeutique chirurgicale des indications plus précises et distinctes de celles de la galvano-caustique thermique.

H. Duret.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 janvier 1877. — Présidence de M. Lépine.

M. Duret montre à la Société des dessins et des injections ayant pour but d'établir qu'il existe une grande corrélation entre la distribution des artères et les régions physiologiques du cerveau. Comme chez l'homme, chez le chien, le chat et le lapin, le territoire de la sylvienne correspond à peu près à la situation des centres moteurs volontaires décrits par Ferrier. Il résulte de ce fait qu'il faudrait diviser le cerveau en trois grandes régions ayant les limites des territoires vasculaires : région motrice, intellectuelle et sensitive répondant aux artères sylvienne, cérébrale antérieure, et cérébrale postérieure. — Les lobes et les circonvolutions ne sont que des accidents de terrain, jouant un rôle secondaire. A ce point de vue, M. Duret a repris l'étude du développement du cerveau : il attribue une influence prépondérante à l'action mécanique exercée par le crâne sur la vésicule encéphalique au moment de la formation des plis des hémisphères. Il fait remarquer que plus l'angle facial est petit, plus le sillon de Rolando chez l'homme, le sillon crucial chez les animaux, se rapproche des parties antérieures du crâne. Déjà, cet organe a sa forme définitive et est résistant lorsque les vésicules encéphaliques sont encore minces et membraneuses, comprises entre l'action opposée des demi-calottes crâniennes antérieure et postérieure; elles se plient à l'endroit le plus faible, celui qui est opposé à la base des deux noyaux cérébraux déjà formés à cette époque; plus la calotte est petite, plus son action est directe, plus le sillon de Rolando et le sillon crucial sont antérieurs. — Il est enfin un troisième fait sur lequel insiste M. Duret. Chez l'homme, il existe pour la troisième circonvolution une artère spéciale : on la rencontre également chez tous les animaux, dont il a étudié le cerveau, et elle occupe constamment une situation analogue, même chez ceux dont la surface cérébrale est lisse; elle correspond aux centres décrits par Ferrier, pour les mouvements des lèvres et de la langue. Poursuivant son idée, M. Duret a extirpé cette région à trois chiens pour voir s'il surviendrait, chez ces animaux, des phénomènes analogues à ceux qu'on observe chez l'homme quand il y a lésion de cette partie du cerveau. Quoique le résultat ne soit pas encore définitif, il paraîtrait que deux de ces chiens ont perdu la faculté d'aboyer.

M. Badal rapporte deux observations d'ophthalmie sympathique.

M. Bochefontaine a trouvé, dans le larynx d'un chien qui avait cessé d'aboyer, une tumeur des ventricules de Morgagni.

M. Bert revient sur ses communications précédentes à propos de la marche de l'influx nerveux dans les deux sens, vers le bout central et vers le bout périphérique d'un nerf. Il complète cette étude physiologique par une expérience absolument probante. Il sectionne, à quelque centimètres de sa base, la queue d'un rat recourbée et soudée au dos. Il constate alors, immédiatement après la section et les deux jours qui suivent que le tronçon de la queue, adhérent au dos, est parfaitement sensible; mais cette sensibilité disparaît ensuite. De plus, l'examen histologique, fait par M. Ranvier, a permis de constater que les nerfs de ce tronçon étaient complétement

dégénérés lorsque la sensibilité avait disparu. Cette expérience démontre donc que l'influx nerveux se propageait vers le bout périphérique des nerfs de la queue, lesquels avaient trouvé, par leur abouchement cicatriciel avec ceux du dos, de nouveaux centres sensitifs, mais avaient perdu leur centre trophique.

M. LABORDE appelle l'attention sur quelques phénomènes de l'empoisonnement par l'acide sulfurique et montre l'estomac d'un chien auquel il a fait ingérer 100 grammes de ce liquide. — Il se propose de faire de nouvelles expériences.

M. QUINQUAUD expose le résultat de ses recherches sur les modifications chimiques que subit le parenchyme hépatique sous l'influence de la chaleur et de la pression.

M. DAVAINE apporte des pièces anatomiques provenant d'une malade morte dans le service de M. Laboulbène, à la suite de la rupture, dans le péritoine, d'un kyste développé aux dépens de la trompe du côté droit. Il s'agit probablement d'une grossesse tubaire.

M. CADIAT explique la polyopie monoculaire par la structure du cristallin telle qu'il l'a donnée dans sa thèse d'agrégation. Il a, en effet, montré que les secteurs du cristallin doivent être considérés comme limités non par des plans, mais par des surfaces gauches méridiennes ayant comme directrice l'axe de la lentille et comme génératrice les branches en étoile. Les fibres cristalliniennes viendraient se rencontrer sur ces surfaces. Lorsque le cristallin n'a subi aucune altération, il y a homogénéïté entre les différentes parties qui le composent; mais lorsque les surfaces de séparation se seront accusées avec l'âge, les secteurs du cristallin fonctionneront comme des prismes polarisant la lumière et auront la double réfraction. A chacun d'eux correspondra l'image focale du rayon ordinaire et une image extra-focale du rayon extraordinaire: la convergence des rayons ordinaires donnera, pour un point, une image au foyer plus accusée que les images périphériques. Celles-ci disparaissent dans la vision normale parce qu'elles sont trop faibles et sont détruites par les autres impressions lumineuses; elles ne sont perçues que dans le cas où un seul faisceau de rayons parallèles vient frapper le cristallin. — Il est très-probable que les troubles de la vision que produisent les altérations du cristallin sont dues à la fois aux opacités et aux phénomènes de polarisation, car il faut qu'il y ait homogénéïté parfaite dans la lentille telle qu'elle est constituée pour que la polarisation ne s'y produise pas à un degré plus ou moins accentué.

M. JAVAL regrette que M. Cadiat n'ait pas confirmé sa théorie très-ingénieuse et scientifique par une démonstration expérimentale. Il indique un moyen qui permettrait peut-être de le faire.

M. BUDIN a vu, dans un cas de présentation du sommet en O. I. D. P., la tête du fœtus subir une rotation complète. En effet, bien que le corps n'eût pas changé de position, la tête s'est dégagée l'occiput en avant, la face en arrière; et, aussitôt la tête sortie de la vulve, l'occiput est revenu dans la région anale. Après l'accouchement, M. Budin a pu, avec la main, reproduire ce phénomène très-facilement et sans que l'enfant parût en souffrir.

Is. BESSON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. GUÉNEAU DE MUSSY présente à l'Académie des pièces anatomiques très-intéressantes, destinées à éclairer la question encore assez obscure de l'étiologie de la toux en général et de la toux dans la coqueluche en particulier. A l'autopsie d'enfants morts de la coqueluche, M. Guéneau de Mussy a constamment trouvé des engorgements ganglionnaires du médiastin avec compression des nerfs récurrents. Et aussi chez d'autres malades atteints d'adénopathies bronchiques et qui avaient toussé pendant la vie, il a vu que les nerfs récurrents étaient plus ou moins comprimés. Il en conclut que l'excitation nerveuse par compression doit être la cause de la toux. — Cette conception viendrait encore à l'appui de l'idée qu'il professe depuis longtemps, à savoir que la coqueluche est une fièvre éruptive interne. — Lésion locale de la muqueuse pulmonaire, engorgement des ganglions péribronchiques, compression des récurrents, accès de toux, tel serait l'enchaînement des faits. — On expliquerait encore par la destruction complète des nerfs moteurs des muscles de la glotte, les cas d'aphonie particulière qu'on observe fréquemment après la coqueluche, quand elle guérit: et la longue durée de certaines coqueluches qui persistent parfois pendant des mois et des années.

M. COLLIN adopte complètement les idées de M. Guéneau de Mussy; les phénomènes de cornage observés chez les animaux se rencontrent toujours avec des adénopathies-bronchiques et il est facile de créer artificiellement la toux en irritant expérimentalement les ganglions pulmonaires.

M. HARDY objecte: 1° que beaucoup d'enfants sont morts de la coqueluche sans qu'on ait rien trouvé à l'autopsie; 2° que certains enfants guérissent très-rapidement de leur coqueluche par un simple changement de milieu, lequel changement ne saurait exercer aucune influence sur l'état des ganglions médiastinaux; 3° que la toux de la coqueluche est intermittente, tandis que la compression des nerfs par les ganglions est et doit rester continue.

M. GUÉNEAU DE MUSSY répond: 1° que l'on n'a pas toujours trouvé les altérations ganglionnaires parce qu'on ne les a pas toujours cherchées; 2° que l'intermittence est une des caractéristiques des névralgies en général; 3° que certains médicaments calment brusquement la toux, comme ils calment les névralgies d'un autre ordre.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE lit une note sur la trépanation du crâne dans certains cas de lésions cérébrales localisées, et donne les indications précises de l'opération qu'il faut pratiquer en pareil cas.

M. BOUILLAUD prend la parole sur une question mise à l'ordre du jour par M. Guéneau de Mussy: *Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde.* — Le discours de M. Bouillaud n'a pas été achevé. Nous en attendrons la fin pour en donner le résumé.

Mardi prochain, séance de distribution des prix pour l'année 1875 sous la présidence de M. Gosselin. — La séance est levée à 5 heures.

M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 17 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Corps étranger de la vessie. Tentatives de lithotritie, puis taille; — Infection purulente; par M. TERRILLON, chirurgien des hôpitaux.

Le nommé Eth... Paul, commissionnaire, 44 ans, entrait dans mon service le 28 octobre 1876 (Hôpital Saint-Antoine). Il dit que le 1er octobre au soir il s'est introduit un crayon dans l'urèthre; ce corps étranger serait resté 15 jours dans la partie moyenne du canal, puis, alors seulement, il aurait pénétré dans la vessie.

28 *octobre*. Des frissons survinrent. Le 30, je fis une première tentative d'extraction avec le lithoclaste; puis une seconde le lendemain. A la suite de chaque tentative, le malade eut le soir des frissons violents et une fièvre intense.

3 *novembre*. Je pratiquai la taille et je pus extraire le crayon; pendant les jours qui suivirent, je vis apparaître de nouveaux frissons, violents et irréguliers dans leur mode d'apparition. L'état général devint peu à peu très-mauvais, la langue noire et sèche, le facies terreux, les évacuations involontaires. Du 3 au 9 novembre, la température du matin varia entre 38° et 39°; celle du soir s'éleva à 40°. Du 9 au 22, jour de la mort du malade, la température du matin varia entre 37° et 38°; celle du soir ne dépasssa pas 38°,8.

AUTOPSIE. Outre les lésions classiques de l'infection purulente à laquelle a succombé le malade, on constate la présence d'un *abcès péri-vésical avec perforation de la vessie* produite par les contractions de la paroi musculaire sur le corps étranger Cette lésion explique les symptômes que le malade avait présentés et les frissons qu'il avait eus avant l'opération.

M. RENDU a eu l'occasion de voir un cas identique pendant son internat à l'hôpital Saint-Louis. Un crayon avait été in-

troduit dans la portion spongieuse de l'urèthre; des tentatives inutiles d'extraction immédiate furent faites par l'interne de garde. Le lendemain, le corps étranger avait pénétré dans la vessie. Le jour suivant, M. Péan fit la taille, et retira également un crayon de la longueur de celui que fait voir M. Terrillon; il le retira même sans l'avoir fragmenté. 12 heures après l'opération, le malade mourait; et l'on trouvait à l'autopsie une perforation qui faisait communiquer la vessie avec le péritoine. — Il semble résulter de ces observations que la vessie, sollicitée à se contracter par la présence du corps étranger, a une tendance remarquable à la perforation.

M. Després. Les corps étrangers qui ne sont pas métalliques comme les épis de blé, les fragments d'os, de bois, les corps pointus surtout paraissent beaucoup plus dangereux que les autres à ce point de vue.

M. Ziembicki. La longueur du corps étranger mérite aussi d'attirer l'attention. Un étui extrait dans des circonstances analogues, et qu'une issue analogue de l'opération me permit de présenter à la Société, était entouré de sels calcaires qui formaient un véritable calcul. Cet étui avait séjourné deux ans dans la vessie.

Fibro-sarcome sous-cutané du bras. — Énucléation; par M. Maurice Letulle, interne des hôpitaux.

G..., peintre en bâtiments, 61 ans, portait depuis deux ans dans la région moyenne du bras, au-dessous de l'insertion deltoïdienne, une petite tumeur, dure et peu douloureuse. De la grosseur d'une noisette, elle n'augmentait pas de volume et ne gênait aucunement les mouvements du bras, lorsqu'il y a environ six mois, le malade s'aperçut qu'elle prenait peu à peu des proportions plus considérables, en sorte qu'elle eut bientôt doublé de volume. Depuis trois mois, elle a encore progressé, et atteint aujourd'hui les dimensions et la forme d'un gros œuf de poule. En même temps sont apparues quelques douleurs sourdes, contusives, intermittentes, peu vives, mais cependant assez marquées pour attirer son attention et lui causer quelque inquiétude.

Il remarqua, et nous insistons avec intention sur ce détail, que la tumeur augmentait surtout par son extrémité inférieur, de façon qu'elle semblait descendre le long du bras.

Le 20 novembre 1876, il vient à l'hôpital de la Charité consulter M. Trélat.

Etat à l'entrée. Au niveau du tiers moyen du bras, un peu au-dessous de la pointe du deltoïde, faisant saillie sous la peau, apparaît une tumeur ovoïde, allongée suivant l'axe du bras, régulière. La peau qui la recouvre est remarquable par l'existence de grosses veinules qui croisent plus ou moins obliquement la tumeur sur laquelle elles passent; elle est parfaitement mobile sur la tumeur avec laquelle elle n'offre aucune adhérence.

La tumeur elle-même assez mobile sur les parties profondes paraît néanmoins rattachée lâchement par sa partie supérieure aux couches sous-jacentes. En examinant avec soin les modifications de la région, déterminées par les contractions méthodiques du deltoïde et du biceps, on constate que la mobilité aussi bien que la consistance de la tumeur ne sont nullement modifiées.

La consistance est dure d'une façon générale, élastique, mais elle n'est pas absolument la même dans tous les points; la région inférieure paraît moins résistante, plus dépressible que le reste, on croit sentir par la pression profonde, quelques inégalités peu marquées.

La pression au niveau de la tumeur n'est pas très-douloureuse. Les douleurs spontanées que le malade ressent sont très-supportables. Le malade n'offre aucun antécédent héréditaire et il a toujours eu une excellente santé. Il travaille depuis plus de quarante ans dans la peinture et n'a éprouvé que quelques douleurs arthralgiques. Il présente toutefois le liseré saturnin et le poignet gauche est un peu déformé. Il est anémique.

M. Trélat porte le diagnostic de fibrome ou fibro-lipome. Toutefois il insiste sur l'existence de ces vaisseaux dilatés sillonnant la tumeur et qui pourraient être l'indice d'un néoplasme de mauvaise nature.

23 novembre. Ablation de la tumeur. Aussitôt l'incision faite à la peau, après avoir isolé et déplacé deux grosses veines qui passent transversalement au fond de la plaie, la tumeur est isolée par décortication et facilement énucléée. Pansement légèrement compressif. Accollement exact des lèvres de la plaie.

Examen de la tumeur. Sur une coupe faite suivant le grand diamètre, se montre un tissu blanchâtre nacré par places, qui change d'aspect en quelques endroits. C'est surtout au niveau de la grosse extrémité, la plus inférieure, que le tissu offre des caractères différents; là il est d'un gris rosé pâle, et beaucoup plus vasculaire que le reste de la tumeur qui paraît presque dépourvu de vaisseaux. — Le néoplasme est absolument logé dans une coque fibro-conjonctive dense et très-mince que l'on arrache difficilement de la tumeur. A l'œil nu la tumeur ressemble donc à un fibrome dans la région supérieure et à un sarcome au niveau de son segment inférieur.

L'examen histologique fait par M. Ranvier démontre en effet que la partie la plus profonde et la plus ancienne de la tumeur était constituée par un fibrome pur, tandis que l'extrémité inférieure, celle qui progressait depuis quelques mois, consistait essentiellement en cellules jeunes séparées par des tractus fibreux fasciculés (sarcome fasciculé, tumeur fibro-plastique des anciens.)

La plaie marcha vite vers la cicatrisation; le malade fut soumis à l'iodure de potassium pendant trois semaines et la guérison peut être considérée comme définitive. (15 septembre.)

Remarques: Cette observation nous a paru digne d'intérêt à plusieurs titres. Nous noterons:

1° La marche de l'affection qui reste pendant un an et demi tout-à-fait stationnaire, pour progresser rapidement en quelques mois;

2° L'apparition de douleurs à cette époque précise où le néoplasme change d'aspect;

3° La vascularisation périphérique remarquable qui permit de soupçonner l'existence d'une tumeur de mauvaise nature, alors que tous les autres signes plaidaient en faveur d'un fibrome pur ou d'un lipôme, chez un malade âgé de 61 ans;

4° La délimitation exacte de la tumeur par une coque fibreuse qui en faisait une affection bénigne, jusqu'au jour où le sarcome aurait franchi ses limites.

5° La transformation du fibrome en fibro-sarcome au bout d'un temps relativement long.

Ozène symptomatique d'une nécrose partielle du maxillaire supérieur gauche; par M. Audouard, interne des hôpitaux.

Le 23 octobre 1876, Anna Haemp..., âgée de 20 ans, a été admise dans le service de M. Lailler, à l'hôpital Saint-Louis. Elle avait un ozène intense qui durait depuis plus d'un an. On ne peut recueillir aucun détail précis sur les antécédents morbides de sa famille. Sa mère serait morte avec des plaies sur le corps. Elle a un frère et une sœur bien portants. — D'origine hongroise, elle avait toujours habité Bucharest, et n'est à Paris que depuis onze mois.

Elle paraît bien constituée; sur le visage on remarque des pustules d'acné; elle aurait eu, il y a six ans, des douleurs rhumatismales. A cette époque, elle habitait un endroit humide. — Les règles sont régulières depuis l'âge de quinze ans. On peut fixer à deux ans et demi, le début de l'affection actuelle. La malade a commencé dès lors, à se plaindre de douleurs de dents, sans qu'aucune paraisse gâtée, et de névralgies de la face, toujours limitées au côté gauche. Ces symptomes auraient coïncidé avec des maux de gorge très-fréquents, ceux-ci auraient donné lieu à un engorgement ganglionnaire de la région sous-maxillaire, qui a disparu après l'usage de sangsues, dont on retrouve les cicatrices près de l'angle gauche du maxillaire inférieur. — Les douleurs névralgiques ont toujours persisté depuis. Il y a un an, sans que la malade ait jamais reçu de coup soit sur la mâchoire supérieures soit sur le nez, sans avoir jamais remarqué la moindre trace de fluxion dentaire, elle a mouché du pus mélangé de croûtes, et elle a eu de l'ozène.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, on retrouve les mêmes

symptômes. Fétidité nasale, croûtes dans le nez, mucus mêlé de pus, enfin céphalalgie. — A l'examen de fosses nasales, on constate la destruction du cartilage de la cloison et d'une grande partie du vomer. Avec un stylet introduit par la narine gauche, on arrive sur une surface osseuse érodée, correspondant au plancher de la cavité nasale gauche, et située en arrière de l'orifice externe.

On arrache avec des pinces la partie antérieure du cornet inférieur gauche, puis on retire, après plusieurs tentatives successives, un séquestre du volume d'une aveline. Cette portion d'os nécrosé présente exactement deux loges alvéolaires que l'examen de la mâchoire supérieure a permis de rapporter aux deux petites molaires du maxillaire supérieur gauche. En effet, les dents de la mâchoire supérieure sont implantées très-régulièrement à l'exception des deux petites molaires gauches. Celles-ci ne sont pas au même niveau, elles sont pour ainsi dire enfoncées dans le tissu osseux par rapport aux canines, et aux grosses molaires voisines. Elles tremblent facilement, sans que leur substance soit pour cela altérée. Depuis longtemps, d'ailleurs, la malade avait remarqué que ces deux dents tremblaient, et elle avait cessé de mâcher les aliments de ce côté de la mâchoire.

Si, par hasard, un corps résistant venait s'interposer en ce point pendant la mastication, la malade éprouvait une sensation douloureuse particulière, comme si ces deux dents s'enfonçaient dans la mâchoire. L'inactivité de cette partie de la mâchoire et surtout l'élimination du séquestre par la cavité nasale doivent être invoquées pour expliquer la conservation de ces deux molaires qui, depuis longtemps, n'étaient plus retenues dans leur alvéole, et qui étaient maintenues seulement à leur place par l'adhérence de la muqueuse au collet.

Il importe de noter que la sertissure gingivale est saine et ne présente pas de décollement. Jamais la malade n'a eu d'abcès ni de trajet fistuleux dans la bouche. La muqueuse gingivale du vestibule est saine en tous points. La muqueuse palatine, dans sa portion alvéolaire gauche, contraste avec celle du côté droit.

Elle est tuméfiée, les saillies sont très-accusées, la coloration est la même, mais on sent une fausse fluctuation. De plus, les portions alvéolaires et palatines gauches ont subi dans leur ensemble un mouvement de retrait et les parties sysmétriques de la mâchoire supérieure ne sont plus sur un même plan horizontal. Le nez n'est pas déformé; les os propres paraissent sains. Depuis l'extraction du sequestre, la fétidité nasale diminue et les douleurs de tête ont disparu.

La malade paraît avoir perdu en grande partie le sens olfactif. Différentes odeurs ne sont pas perçues. L'ammoniaque ne provoque chez elle que des picotements à la gorge. — L'amélioration se produit rapidement et la malade sort le 16 novembre 1876. — Le matin, elle mouche encore quelques croûtes purulentes. L'ozène a presque entièrement disparu. Du côté de la cavité buccale, la tumeur palatine semble un peu diminuée. Les deux petites molaires tremblent et la malade ne peut mâcher du côté gauche.

Cancer du testicule; par M. Moutard-Martin, interne des hôpitaux.

Soll... Charles, 39 ans, entre le 27 octobre dans le service de M. Gosselin.

Le testicule gauche présente une tuméfaction considérable, très-fluctuante au côté externe. Le cordon est intact; la santé n'est pas altérée. Le malade dit avoir remarqué, il y a un an, que ce testicule augmentait de volume; toutefois, il ne ressentait pas de douleurs. Au mois de juillet, une ponction fut faite dans la tumeur; elle donna issue à une certaine quantité d'eau rousse.

En octobre, deux nouvelles ponctions furent pratiquées; elles ne fournirent que du sang en petite proportion. — Aucun antécédent syphilitique; aucun symptôme de tubercule dans les organes, et notamment dans les poumons.

30 *octobre*. La castration est décidée, et, bien que l'idée d'une hématocèle doive être rejetée, M. Gosselin fait, avant de procéder à la castration, une ponction dans un point où la tumeur est nettement fluctuante. Cette ponction évacue du sang et des grumeaux fibrineux. Alors, les tuniques du scrotum sont incisées, et l'on ouvre une vaste poche dont les parois épaisses sont tapissées de fausses membranes de consistance variable. Celles-ci sont enlevées, la poche est nettoyée avec grand soin, et l'on constate que le testicule est profondément altéré. La castration est alors pratiquée. — Aujourd'hui (20 décembre) le malade est guéri, mais non sans avoir eu une funite suppurée qu'il a fallu drainer. (Il n'existe aucun symptôme de récidive ou de généralisation).

L'examen de la pièce montre que la poche vidée par la ponction était, non pas la vaginale, dont les deux feuillets sont accolés sur presque toute leur étendue, et ne se trouvent séparés qu'en un point très-restreint, mais bien un kyste sanguin développé dans le parenchyme altéré du testicule, au-dessous de la vaginale viscérale.

Remarques. Ce qui fait l'intérêt de cette pièce, c'est la disparition presque complète de la vaginale, alors qu'un kyste sanguin de dimensions à peu près semblables à celles de cette séreuse offrait par rapport au testicule une disposition analogue à celle de la séreuse normale : l'organe occupait le bord interne et supérieur de la tumeur. — De là, une cause possible d'erreur : possibilité de confondre cette disposition pathologique avec l'état normal.

En pareil cas, on pourrait prendre les altérations de ce kyste pour celle d'une hématocèle de la vaginale, et, opérant cette prétendue hématocèle, laisser un testicule altéré qui aurait nécessité plus tard la castration. — Un examen attentif, très-minitieux, a permis et permettera toujours en pareil cas de reconnaitre cette disposition, si elle existe, d'éviter cette erreur et par suite d'enlever immédiatement le testicule.

M. Renaut pense qu'il sera intéressant de définir la nature exacte de cette tumeur. Il y a en effet une variété de cancer du testicule, que M. Malassez appelle forme mixte, et dans laquelle on trouve, avec une végétation de l'épithélium des tubes séminifères (épithélioma myxoïde) une trame de sarcome. Ces tumeurs donnent lieu à l'altération des séreuses, des ganglions, et menacent de généralisation. Elles prennent souvent ce masque de vaginalites hémorrhagiques (1).

M. Duret a vu M. Tillaux enlever une tumeur analogue à celle qui vient d'être présentée. En ce moment même, le malade offre une généralisation du produit morbide.

Séance du 1er Décembre 1876. — Présidence de M. Charcot.

1. **Déchirure du rein; — vaste épanchement sanguin dans le parenchyme rénal; — abcès consécutif**; par M. Barth, interne des hôpitaux.

La nommée Marie Appel..., âgée de 70 ans, femme de ménage, entre le 2 novembre 1876 à la Charité, dans le service de M. Gosselin.

Cette femme, bien constituée et encore assez robuste, a fait, le 31 *octobre* dernier, en vaquant à ses occupations ordinaires, une chute dans la rue. Le côté droit du tronc a porté assez rudement sur l'angle d'un trottoir; en même temps la malade s'est brûlée assez fortement au bras gauche avec le contenu d'un vase plein d'eau bouillante qu'elle portait à la main.

Elle a pu néanmoins se relever avec un peu d'aide et rentrer chez elle; elle s'est mise au lit, souffrant beaucoup dans le flanc droit. Les douleurs ont augmenté pendant les deux jours suivants et ont envahi toute l'étendue du ventre; il y a eu des légers frissons suivis de chaleur et une insomnie complète. La malade n'a rendu depuis l'accident qu'une très-petite quantité d'urine sanguinolente.

Examinée le 2 *novembre* au soir, elle présente les symptômes suivants : le flanc droit, que la malade indique comme le siége du mal, est très-sensible à la pression, sans aucune trace d'ecchymose; la même sensibilité existe au niveau de l'hypochondre, il n'y a point de signes appréciables d'une fracture des côtes; le ventre, légèrement ballonné, est douloureux, surtout à droite. La malade n'ayant pas uriné depuis la veille, le cathétérisme est pratiqué et ne donne issue qu'à une petite quantité d'urine assez fortement mélangée de sang. Le pouls

(1) Nota. L'examen microscopique a montré des amas de cellules à noyaux volumineux, séparés par des fibrilles de tissu conjonctif, en un mot la disposition que l'on décrit actuellement avec Billroth sous le nom de sarcome alvéolaire.

est élevé et fréquent; il y a de la fièvre et beaucoup de faiblesse; point de vomissements. — On diagnostique une contusion de déchirure du rein.

3 *novembre*. La malade se plaint de toux et de dyspnée: l'exploration attentive de la poitrine fait découvrir une matité assez prononcée avec souffle tubaire au tiers inférieur du poumon droit. Ces symptômes sont attribués à une pleuro-pneumonie développée à la suite de la contusion du thorax. — Application de six ventouses scarifiées; potion kermès, 0 gr. 10.

4 *novembre*. La dyspnée a un peu diminué, mais la matité augmente; le souffle tubaire s'est éloigné de l'oreille; il y a de l'égophonie et un affaiblissement marqué des vibrations thoraciques; point d'expectoration. Les veines peu abondantes, renferment toujours peu de sang; la sensibilité du ventre diminue.

Le 5 et le 6 *novembre* même état : l'épanchement pleural est stationnaire. La faiblesse générale est moins prononcée; l'appétit et les forces semblent revenir.

8 *novembre* l'hématurie qui avait presque entièrement cessé, reparaît très-abondante; cependant la malade n'accuse aucun phénomène nouveau : il n'y a presque plus de sensibilité dans le ventre; les miations se font sans douleur et sans fréquence exagérée. Mais la palpation des parois abdominales fait reconnaître l'existence d'une tuméfaction dure et rénitente, peu douloureuse, qui occupe la région rénale droite et se continue sans ligne de démarcation avec le foie: cette tumeur, peu marquée en arrière, est mate à la percussion dans toute son étendue; elle ne parait pas fluctuante.

La malade interrogée à ce sujet dit n'avoir jamais ressenti avant sa chute aucun trouble du côté des reins; ses urines étaient normales; elle ne s'est pas aperçu d'un gonflement de son ventre. — On suppose un cancer du rein droit resté à l'état latent, et qui aurait pris depuis l'accident un développement plus rapide.

Les jours suivants la situation reste la même: les urines, de couleur chocolat, renferment une énorme quantité de globules sanguins. Par le refroidissement elles laissent déposer une notable proportion de pus. — L'état général est mauvais; la langue est sèche et fuligineuse, l'appétit nul; — il y a de la fièvre le soir et une extrême faiblesse. Cependant l'épanchement pleural se résorbe assez rapidement: l'égophonie et le souffle tubaire disparaissent, la sonorité est revenue presque jusqu'à la base du thorax.

Du 15 au 22 *novembre* l'hecticité fait des progrès rapides; la tumeur abdominale augmente constamment de volume; l'hématurie persiste avec les mêmes caractères, mais la quantité des urines diminue. — Mort le 23 novembre.

Autopsie. — Les *organes thoraciques* paraissent sains : il n'y a pas de côtes fracturées; on trouve seulement du côté droit quelques adhérences pleurales récentes, traces de la pleurésie mentionnée plus haut. — Les poumons et le cœur n'offrent rien de remarquable.

La *cavité abdominale* étant ouverte, on trouve dans la région rénale droite une infiltration sanguine sous-péritonéale qui s'étend dans la fosse iliaque et jusqu'au voisinage du rectum. — La cavité du péritoine renferme quelques cuillerées de sang liquide réuni surtout dont les culs-de-sac pelviens; il n'y a aucune trace de péritonite. L'examen le plus attentif ne permet pas de reconnaître la moindre écaillure à la surface du péritoine.

La *tumeur* observée pendant la vie appartient manifestement au rein droit : séparée des parties voisines et du foie, avec lequel elle offre quelques adhérences, elle se présente sous l'aspect d'une partie fluctuante à parois épaisses, d'un volume au moins triple de celui du rein normal.

Cette poche incisée le long de sa paroi antérieure laisse échapper environ trois cents grammes d'un liquide épais, rougeâtre, formé d'un mélange de sang et de pus; la surface intérieure inégale et tomentueuse offre en certains endroits un aspect fongueux qui peut faire croire à l'existence de masses encéphaloïdes en voie de ramollissement, mais un examen plus approfondi démontre bientôt qu'il n'en est rien : le tissu rénal, nullement dégénéré, est comme divisé à sa partie moyenne, et les deux moitiés du rein sont refoulées aux extrémités supérieure et inférieure de la poche; celle-ci n'offre pas de membrane propre, ses parois sont constituées en haut et en bas par le parenchyme rénal déchiqueté et tomenteux, dans le reste de leur étendue par le tissu cellulaire périrénal condensé et épaissie; la tunique fibreuse du rein paraît avoir été rompue; elle se retrouve intacte et non décollée, au niveau des extrémités de l'organe. A la surface extérieure se voient des lobules graisseux infiltrés de sang et formant des masses indurées. Les voies urinaires sont perméables et n'offrent aucune trace d'inflammation ; le bassinet aplati au côté interne du kyste n'offre pas à l'œil nu de communication directe avec celui-ci; les vaisseaux rénaux sont parfaitement sains.

Les autres organes ne présentent aucune lésion qui mérite d'être notée.

Réflexions. Ces faits se rapportent évidemment à une large déchirure du rein, suivie d'épanchement sanguin dans l'épaisseur même de l'organe et à sa périphérie, et qui a donné lieu à la formation d'un vaste abcès.

Le cas est remarquable : par l'importance de la lésion traumatique peu en rapport avec la cause qui l'a produite ; par le peu d'intensité des phénomènes observés du côté du péritoine; enfin par le développement rapide et le volume insolite de l'abcès, par la promptitude avec laquelle ses parois se sont épaissies, par l'intensité de l'hématurie qu'il a produite.

2. Lipôme de l'intestin; par M. le Dr Morel (1).

Le 17 mars de cette année, la femme G., âgée de 46 ans, mère de 4 enfants, me fait appeler. Elle dit avoir éprouvé depuis 3 ans, chaque matin après son déjeûner et environ pendant 5 minutes, des douleurs ressemblant à celles de l'accouchement et siégeant exactement au-dessus du pubis. Après quoi, elle ne ressent plus rien jusqu'au lendemain. Depuis un an, ces douleurs sont plus intenses et se font sentir également après le dîner, les règles ont manqué depuis leur apparition. La santé générale n'est pas altérée. Le toucher vaginal et rectal, ne donnent que des renseignements sans valeur.

La femme G. se plaint de flatuosités assez incommodes; je prescris sur l'abdomen des embrocations avec de l'huile de camomille camphrée et des lavements avec une infusion de camomille.

Le 19 mars, vingt minutes après le second lavement, la femme G. éprouve un vif besoin d'évacuer. Elle se présente à la garde-robe et sent un corps volumineux s'échapper par l'anus. C'était un lipôme.

Remarque. Dans quelle partie de l'intestin ce lipôme était-il implanté? Le siége de la douleur pourrait peut-être conduire à admettre que c'était dans l'intestin grêle. Cependant je pense qu'il est difficile de rien préciser à cet égard. Je crois que cette production morbide, en raison surtout de ses dimensions, peut offrir quelque intérêt.

M. Houel fait remarquer que les lipômes vrais faisant saillie dans l'intestin sont très-rares. Il n'en est pas de même des tumeurs fibreuses dont quelques-unes peuvent renfermer dans leur intérieur une notable quantité de graisse. Ces dernières sont même parfois pédiculées, ainsi qu'il a pu l'observer dans un cas.

3. Leucémie. Lymphadénome? énorme du cou. Extirpation suivie de guérison. — Récidive. — Mort; par M. Pauffard, interne des hôpitaux.

Etienne Antoine, 23 ans, frappeur forgeron, entre le 23 mars 1876, à Lariboisière (service de M. Panas), pour une énorme tumeur de la moitié latérale gauche du cou. Point d'antécédents syphilitiques ou tuberculeux ni dans sa famille ni chez lui. C'est un homme assez robuste, grand, ne faisant pas d'excès, travaillant beaucoup; 4 mois avant son entrée, à la suite d'un effort, selon lui, il sentit une vive douleur au cou, en même temps qu'il perçut un craquement au même endroit. Quelques jours après, il constata au-dessus de l'acromion une petite grosseur, roulant sous le doigt, laquelle

(1) La pièce a été présentée par M. Charcot à qui elle avait été adressée avec l'observation qui va suivre.

augmenta rapidement de volume : il ne changea rien à ses habitudes et ne s'en occupa point. Elle fit alors pendant les 3 mois qui suivirent, d'énormes progrès : il vient à l'hôpital se la faire enlever. — Au moment de son entrée elle est très volumineuse, elle s'étend transversalement de la grande corne de l'os hyoïde et de la trachée jusqu'au-dessous du trapèze à une profondeur difficilement appréciable, mais considérable; de haut en bas, elle va de l'angle de la mâchoire inférieure, à la clavicule, jusqu'à 0 m. 03 de l'acromion. Le larynx et la trachée sont même déviés à droite, la peau bosselée comme la tumeur, est intacte, adhérente, assez tendue.

L'état général n'est point mauvais ; pourtant on constate un bruit de souffle léger à la base du cœur et dans les vaisseaux : le teint général du malade est d'un blanc mat. Dyspnées intermittentes, augmentées par la fatigue : appétit conservé : rien dans les urines.

La percussion de la rate donne un résultat négatif : pas d'autres engorgements ganglionnaires, ni dans l'oreille du même côté, ni dans la moitié droite du cou, ni dans les urines. La sang examiné, révèle l'existence de globules blancs plus nombreux qu'à l'état normal. Rien du côté du foie : point de ganglions bronchiques. — Avant le traitement chirurgical, on fait quelque tentatives avec la liqueur de Fowler : 10 gouttes sont injectées dans le parenchyme des ganglions le matin pendant 12 jours presque consécutifs.

15 *avril*. Pas d'effet général : pas de modifications locales : en un point pourtant la tumeur semble avoir diminué, et en outre, la peau rougit, s'enflamme. On ajoute au traitement dix gouttes de la même liqueur, prise à l'intérieur, cinq avant chaque repas.

23 *avril*. Amélioration plus sensible ; la rougeur a diminué en même temps que le volume des ganglions. Le malade veut partir le 27 avril.

1er *juin*. Il revient à cette époque : son état s'est aggravé ; la masse a considérablement durci, s'est un peu étendue, et est brûlante au toucher. Mauvais état général : pâleur excessive, amaigrissement, anorexie, fièvre tous les soirs.

2 *juin*. 10 gouttes liqueur Fowler dans un ganglion postéro-supérieur.

5 *juin*. 10 gouttes liqueur Fowler dans un autre situé en bas et en avant.

7 *juin*. 10 gouttes liqueur Fowler dans un ganglion moyen.

10 *juin*. 10 gouttes liqueur Fowler dans un ganglions inférieur. — Pas de résultats. L'opération est fixée au 1er juillet.

1er *juillet*. Incision en T, une branche verticale suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien : la deuxième horizontale, est dirigée en arrière, masses ganglionnaires, dures et blanches comme du cartilage confondues entr'elles et s'étendant jusqu'aux apophyses cervicales transverses; les gros vaisseaux du cou sont disséqués : le corps thyroïde mis à nu malgré le nombre des artérioles ouvertes, hémorrhagie peu abondante. Ligature avec le catgut : pansement de Lister.

La cicatrisation débute bien : dès le surlendemain, la partie supérieure de l'incision est réunie par première intention. Pansements tous les jours.

5 *juillet*. Signes d'érysipèle blanc gagnant rapidement les parties voisines et ayant pour point de départ la plaie. (Tempér. 39 à 40; pouls de 120 à 130, prostration, diarrhée.)

8 *juillet*. La face est envahie, délire léger.

12 *juillet*. Desquamation : la plaie prend meilleur aspect.

14 *juillet*. A partir de ce moment jusqu'à la cicatrisation, point d'accidents : bourgeons charnus très-vasculaires, abondants.

12 *août*. Il ne reste qu'une petite plaie superficielle : on fait un pansement glycériné. Etat général meilleur : appétit revenu pas de fièvre.

27 *août*. Part pour Vincennes n'ayant plus qu'un point suintant à peine : la tête est un peu inclinée à gauche à cause de la cicatrice : on constate pour la première fois un peu de paralysie du deltoïde.

Dans les premiers jours de *septembre*, le malade revient avec de nouvelles grosseurs au-dessus de la clavicule gauche : plaie non fermée.

22 *septembre*. Rentré dans le service, il ne peut mouvoir son bras gauche qui est d'ailleurs douloureux au moindre mouvement communiqué, et même au repos : ganglions sous l'aisselle gauche et aussi au-dessus de la clavicule droite.

Pendant le mois d'*octobre*, une masse ganglionnaire énorme se forme dans la cicatrice et refoule de nouveau la trachée et le larynx. 97 accès de dyspnée. Le bras gauche est paralysé complétement et s'infiltre.

9 *novembre*. Accès de toux et suffocation (morphine et chloral). Chambres pulmonaires : cornage.

15 *novembre*. *Orthopnée*, insomnie, expectoration muco-albumineuse très-abondante : refroidissement général.

24 *novembre*. Même état avec aggravation des symptômes. (6 grammes de chloral et 15 centigr. d'extrait thébanique).

28 *novembre*. Dyspnée de plus en plus violente : 97 râles dans la poitrine : étouffements plus longs et plus rapprochés. Agitation continuelle et cris pendant la nuit : même expectoration, même toux, mêmes râles. Pas de cyanose.

29 *novembre*. En voulant se lever, le malade meurt subitement.

AUTOPSIE. *Au cou*, masses ganglionnaires, comprimant au-dessous de la clavicule et englobant le paquet vasculo-nerveux du plexus brachial et des vaisseaux axillaires. Dans la veine axillaire, caillot de 3 à 4 centimètres, s'étendant en arrière aux vertèbres cervicales et comprimant en dedans, vaisseaux, larynx et trachée ; sur un ganglion, développé à droite, ovalaire, gros comme un œuf de poule, caché dans sa moitié inférieure par la clavicule et aplatissant transversalement les premiers anneaux de la trachée, dont la section présente une coupe ovalaire. — Corps thyroïde un peu atrophié. — Gros ganglion dépassant la fourchette sternale de 5 centimètres et plongeant dans le médiastin antérieur jusqu'à l'origine des gros vaisseaux du cœur, d'ailleurs intacts.

Thorax. Pas de ganglions médiastiniques postérieurs. Cœur normal. Poumon hyperhémié : mucosités abondantes dans les branches. Un peu de liquide séro-sanguinolent dans la plèvre gauche : adhérences généralisées, celluleuses de la plèvre droite avec la paroi costale.

Encéphale. Méninges congestionnées ainsi que la substance blanche des hémisphères. Pas d'autres altérations.

Abdomen. *Estomac* dilaté. *Foie* très-volumineux, hyperhémié : à gauche du ligament suspenseur, sur la face convexe, sous le péritoine et probablement sous la capsule de Glisson, s'est développé une sorte de marron blanc, dur, parfaitement limité, sans zone d'inflammation périphérique, contigu avec le tissu hépatique qui est aux points de juxtaposition un peu hyperhémié, marron paraissant enfin être de nature ganglionnaire.

Rate. Extrêmement volumineuse, dure, bosselée, mesurant 0,28 c. de longueur sur 0,15 dans son plus grand diamètre transversal. A une coupe longitudinale, on constate dans toute l'étendue du parenchyme un semis de noyaux ganglionnaires, disséminés partout, confluents en certains points, surtout en haut, plus rares ailleurs, et de différentes grosseurs. Ces petits noyaux blancs, durs à la coupe, sont plongés dans un tissu rouge, résistant, avec travées fibreuses, émanées de la capsule, elle-même épaissie et résistante. L'examen histologique de toutes ces pièces sera donné ultérieurement.

Ganglions mésentériques gros, se continuant, seulement du côté droit, avec les ganglions de la fosse iliaque. Les *reins* ne présentent rien de particulier, non plus que les capsules surrénales.

M. PETIT demande si l'auscultation n'a pas donné quelques signes particuliers en rapport avec la compression de la trachée. Il a présenté en 1874 une pièce analogue à celle-ci ; pendant la vie de la malade, on constata dans une grande étendue de la poitrine, et surtout du côté gauche, un souffle bronchique interne. Il y avait un épanchement pleural à gauche, épanchement qui, au bout de quelques jours, nécessita la thoracentèse ; à l'autopsie, on trouva également une certaine quantité de liquide dans la plèvre droite. Le diagnostic avait été lymphadénome ; comme ici, les ganglions cervicaux et bronchiques étaient malades et la trachée comprimée ; il y avait de plus des masses disséminées dans les poumons, et

la paroi antérieure gauche du thorax était envahie dans une assez grande étendue par le néoplasme.

M. MOUTARD-MARTIN a observé récemment dans le service de M. Gosselin un fait comparable à l'observation de M. Pauffard sous certains aspects : L'auscultation et la percussion ne donnèrent que des signes douteux d'épanchement dans la plèvre gauche ; il n'y avait que de la submatité ; la respiration mêlée à quelques râles bronchiques s'entendait jusqu'à la base du thorax, l'œgophonie était douteuse. L'existence d'un épanchement ne fut démontrée qu'au moment de l'autopsie.

Chez ce malade, les ganglions envahis étaient extrêmement nombreux et formaient trois tumeurs : l'une, sus-claviculaire, l'autre pectorale et la troisième lombaire. La première envoyait un prolongement qui comprimait le paquet vasculo-nerveux de la région, et le malade eut, dans les derniers jours seulement, une paralysie des extenseurs ; ces muscles furent les seuls paralysés. La seconde faisait saillie à la partie latérale gauche du sternum ; l'autopsie montra qu'elle était formée par le prolongement d'une masse intra-thoracique, formée par les ganglions bronchiques qui s'était insinuée dans deux espaces intercostaux, non toutefois sans avoir produit une fracture de la 3e côte. La troisième était située sur la ligne médiane, et facilement accessible à la palpation. La trachée et le cœur étaient fortement déviés.

M. Moutard-Martin désirerait savoir si les testicules du malade de M. Pauffard ont été examinés. Cet examen aurait peut-être révélé dans le parenchyme de l'organe l'existence d'un noyau néoplasique, ainsi que cela est arrivé pour le malade de M. Gosselin.

4. Tumeur (Psammome) de la face interne de l'hémisphère gauche, sans symptômes paralytiques ; par M. SABOURIN, interne des hôpitaux.

La nommée Doy, 80 ans, morte à l'infirmerie de la Salpêtrière, service de M. LUYS. — La malade arrivée dans la journée pour des accidents pulmonaires et cardiaques n'avait pas été examinée dans le service.

AUTOPSIE. On trouve dans l'hémisphère gauche du cerveau une tumeur arrondie, légèrement bosselée, d'un diamètre de 2 cent. 1/2, située à la face interne du lobe frontal ; le centre de la tumeur correspond au sillon qui sépare la première circonvolution frontale des deux petites circonvolutions qui bordent le corps calleux à ce niveau ; ces circonvolutions sont fortement refoulées et aplaties ; la tumeur fait une légère saillie en dehors du plan qui marque la face interne de l'hémisphère. Elle s'enfonce de 2 centimètres à peu près dans le tissu cérébral. La partie profonde correspond juste au milieu du trajet de la 1re circonvolution frontale.

On prit des renseignements dans le dortoir de la malade ; les détails fournis par les surveillants, les filles de service et les deux voisines de lit de la malade sont très-précis : la femme Doy n'avait jamais accusé que de l'oppression due à son affection cardio-pulmonaire ; jamais on ne lui avait connu d'accidents pouvant faire prévoir une lésion cérébrale ; elle parlait bien, elle était à peu près toujours levée, sortait de son dortoir, sans s'appuyer sur une canne ; elle passait ses journées à coudre ou à tricoter.

5. Paralysie labio-glosso-laryngée ; par M. SABOURIN, interne des hôpitaux.

La nommée Tup..., 74 ans, sans profession, couchée au n° 1 salle Saint-Mathieu, à la Salpêtrière, service de M. LUYS.

Antécédents. Aucune affection nerveuse à relever chez les parents. La malade a eu des convulsions dans son enfance. Réglée à 12 ans, elle ne l'a jamais été d'une façon bien suivie, et à une époque qu'elle ne se rappelle point, elle a vu ses époques se supprimer à la suite d'une peur que lui fit un homme fou ? Elle a eu six enfants, tous morts d'affections diverses, mais aucun n'a eu de convulsions. D'ailleurs la malade avait toujours une excellente santé et n'a jamais eu d'accidents nerveux depuis son adolescence. Il y a un an, à peu près (mai ou juin 1875) (?) que la maladie aurait débuté ; elle lui attribue comme cause principale des chagrins violents à la suite de pertes d'argent. A cette époque, dans son dortoir, elle fit une chute, à la suite de laquelle elle ressentit une douleur extrêmement vive et persistante au niveau de la partie latérale et postérieure du cou, et vers la région mastoïdienne. A partir de cette époque, les troubles de la parole et de la déglutition s'établirent ; mais il est difficile d'obtenir de la malade des renseignements exacts sur leur mode d'apparition et d'accroissement. Tout ce qu'elle peut dire ou faire comprendre, c'est qu'elle s'est aperçu de sa maladie par la nécessité où elle était de se clore la bouche avec la main, et de soutenir sa mâchoire inférieure pour manger. La difficulté de la parole ne serait venue qu'ensuite ; enfin, à aucune époque, elle n'aurait eu de symptômes fébriles ou cérébraux.

Etat actuel (juin 1876) : malade bien constituée quoique amaigrie, ayant toute son intelligence ; aucune déviation des traits : la tête se tient parfaitement en équilibre.

La bouche reste constamment béante, et il s'en écoule sans cesse de la salive ; mais la malade peut encore, quoique avec peine, rapprocher ses mâchoires. Les dents font absolument défaut sur les deux maxillaires ; la langue, couchée derrière l'arcade dentaire inférieure, est absolument immobile, comme ratatinée, et la muqueuse est plus ridée transversalement qu'à l'état normal ; impossibilité pour la malade de la remuer volontairement, de la sortir de la bouche, de l'élever vers la voûte palatine. Le voile du palais pend flasque et inerte, sans aucune déviation de la luette ; les attouchements du voile n'y provoquent aucun mouvement.

Quand la malade veut parler, elle se bouche instinctivement les narines avec les doigts ; il est fort difficile de comprendre ce qu'elle veut dire, dans l'impossibilité où elle est de prononcer les consonnes labiales et d'ailleurs presque toutes les consonnes ; son langage se compose d'une succession de voyelles à travers lesquelles on distingue encore quelques ébauches de mots ; en revanche, elle se livre à des gestes multiples et désespérés. Pendant ce temps ses lèvres restent immobiles. Il résulte de cette inertie du voile du palais, et de cette flaccidité des lèvres que la malade ne peut accomplir l'acte de souffler ou de siffler.

C'est surtout par le langage écrit qu'elle se fait comprendre qu'elle demande ce dont elle a besoin, et qu'elle peut donner les renseignements relatifs à son histoire. Son écriture est très-nette et très-lisible au moins en tant que configuration des lettres.

Lorsqu'elle veut manger, elle coupe ses aliments très-minces, émiette son pain, l'introduit dans sa bouche le plus profondément qu'elle peut, puis rapproche ses mâchoires avec sa main, en renversant la tête fortement en arrière, et tâche de déglutir : quelquefois elle supplée à la mastication régulière, en rapprochant et en écartant ses mâchoires au moyen de ses mains ; si les aliments reviennent en avant, elle les refoule avec les doigts vers la base de la langue ; très-souvent les matières alimentaires tombent sur l'ouverture du larynx, d'où des accès de suffocation et des quintes de toux.

L'expuition ne pouvant se faire, la malade va recueillir les mucosités avec son mouchoir, introduit profondément dans le pharynx.

Elle essaye rarement de boire avec un verre, car la plus grande quantité du liquide sort aussitôt par la bouche béante, mais elle se sert d'une théière à long bec qui lui permet de porter les boissons jusque dans le pharynx, pendant qu'elle renverse la tête en arrière ; il en passe une partie dans l'œsophage, une autre partie est rejetée par la bouche, et tout cela s'accompagne de suffocations.

Un symptôme que la malade présente depuis quelque temps, c'est la luxation bilatérale et parfaitement nette de la mâchoire inférieure, luxation d'ailleurs aussi facile à réduire qu'à se reproduire.

Etat général : aucun trouble intellectuel, si ce n'est l'ennui de sa fâcheuse position ; la vue est excellente, les yeux sont vifs, intelligents, les pupilles égales, moyennement dilatées : l'ouïe est intacte, les mouvements de la moitié supérieure de la face sont conservés dans leur intégrité ; il en est de même des mouvements et de la sensibilité dans les membres supérieurs et inférieurs. La malade est constamment à se promener. L'examen attentif des muscles de tout le corps ne montre aucune atrophie.

Rien au cœur d'anormal. — La malade tousse légèrement; un peu d'emphysème pulmonaire. Le murmure respiratoire semble bien faible par rapport à la dilatation du thorax à chaque inspiration.

Dans cet état, la malade habite tantôt son dortoir, tantôt l'infirmerie, mais ne reste jamais couchée pendant le jour; on la trouve dans les cours de la Salpétrière, ayant constamment son mouchoir appliqué sur la bouche, pour empêcher l'écoulement de la salive. La malade rentre à l'infirmerie pour la dernière fois, au milieu d'octobre 1875, à cause de la difficulté qu'elle a à se nourrir dans son dortoir.

A ce moment, elle ne peut plus prendre que des aliments liquides, (bouillon, lait, tisanes); sa maigreur est extrême; mais son intelligence est intacte, et elle a toute son énergie; rien de nouveau ne s'est produit dans l'état de la face, ni des membres; toutefois, elle porte la tête un peu inclinée en avant, elle se luxe continuellement la mâchoire inférieure, ce qui la tourmente beaucoup; elle ne pousse plus que des sons inintelligibles.

En présence de cet état d'inanition, on veut la nourrir à la sonde œsophagienne, mais elle s'y refuse énergiquement; elle refuse même de prendre du bouillon dans les derniers jours. Le 1er novembre, elle tombe de son lit pendant la nuit; les jours suivants elle s'affaiblit progressivement, la mort arrive le 5 novembre sans symptômes nouveaux.

AUTOPSIE, 26 heures après la mort. *Tube digestif.* Depuis l'estomac jusqu'au rectum, l'intestin est fortement rétracté, vide, à parois décolorées.

Appareil circulatoire: Quelque induration de la valvule mitrale; aorte légèrement adhéromateuse; le cœur est peu volumineux dans son ensemble. Les *reins* sont remarquablement petits, mais à surface lisse, sans altérations remarquables à la vue. Les *poumons* et le foie n'offrent rien de particulier.

Système nerveux. Rien à noter dans les méninges cérébrales et rachidiennes, ni dans les circonvolutions.

Les coupes méthodiques des deux hémisphères cérébraux ne montrent rien d'anormal à la simple vue. Il en est de même pour le cervelet et la protubérance. Autour du bulbe, vers le sillon qui la sépare de la protubérance, on remarque un léger épaississement de la pie-mère, et comme une richesse anormal des filaments celluleux la réunissant au tissu nerveux.

A l'œil nu, le bulbe n'offre à noter ni changement de coloration, ni différence de volume d'un côté à l'autre, ni indurations générales ou partielles; mais quand on l'examine du côté du 4e ventricule, il semble que cette partie du plancher de substance grise, soit comme ramassée dans le sens vertical, et comme plus courte qu'à l'état normal. — Les *origines des nerfs bulbaires* et surtout des hypoglosses, se sont bien arrachées, malgré les soins, pendant l'ablation de l'encéphale, ou bien sont confondues avec les nombreux filaments celluleux qui siégent à ce point. — La *moelle* n'offre rien de spécial à l'œil nu. — Les *muscles* des membres supérieurs et inférieurs ont un aspect tout-à-fait normal.

M. CHARCOT : Cette langue représente exactement le type qui a été décrit par Duchenne de Boulogne: la pointe est d'un jaune intense tandis que les muscles de la base offrent une couleur rouge. La pointe est le siége d'une hypergénèse graisseuse qui masque l'atrophie des muscles à tel point que Duchenne avait signalé ces cas comme offrant des exemples de paralysie sans atrophie. D'autres muscles que ceux de la langue peuvent aussi présenter la même altération graisseuse : dans une observation de M. Duchenne lui-même, il est noté que le crico-aryténoïdien postérieur était jaune et que sa couleur contrastait avec la coloration rouge des muscles voisins.

Dans la paralysie labio-glosso-pharyngée, on trouve à l'examen du bulbe une lésion des grandes cellules nerveuses du noyau de l'hypoglosse, en tout analogue à celle des cornes antérieures de la moelle.

Le nerf lui-même est également altéré, ainsi que le révèle la coloration des préparations au moyen de l'acide osmique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

M. CAZIN communique à la Société un cas d'anévrysme faux primitif du pli du coude, opéré par lui et guéri.

M. TERRILLON lit un travail sur les plaies du crâne avec symptômes cérébraux localisés, dans leurs rapports avec l'étude des localisations cérébrales.

M. GILLETTE présente à la Société un malade chez lequel il a pratiqué la résection de la tête humérale.

M. HORTELOUP montre deux calculs salivaires qu'il a extraits du canal de Wharton, et qui présentaient cette particularité que leur grosse extrémité était dirigée du côté de la cavité buccale. La Société procède ensuite à l'élection de six membres correspondants et trois membres associés.

Sont élus : *Membres associés* : MM. Ciniselli (Crémone); Longmore (Netley); Michaux (Louvain). — *Membres correspondants* : MM. Albert (Insprück); Amabile (Naples); Bryant (Londres); Lister (Edimbourg); Saxtorph (Copenhague); Symvoulidès (Saint-Pétersbourg). E. B.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 13 Juin 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABARRAQUE.

De la clinique à domicile; de l'enseignement qui s'y rattache dans ses rapports avec l'assistance publique; par M. le Dr DELASIAUVE. (*Suite.* — Voir le n° 1.)

On voit où est le mal, où est le remède. La source de l'un ayant été méconnue, on s'est fourvoyé dans la recherche de l'autre. De là la langueur ou les avortements. Evidemment, si l'on pouvait, d'un coup de baguette, changer à son gré les institutions, on n'aurait qu'à s'abandonner au courant. La lumière se ferait dans des discussions publiques libres. On obtiendrait des adhésions et des générosités proportionnelles à l'importance des projets ou des entreprises. Je viens de parler de notre enseignement des idiots. A coup sûr, si, au lieu d'être réduits à peindre vainement son misérable état à l'autorité et aux académies, nous avions pu, mes collègues et moi, l'exposer, en toute occasion, devant des foules enthousiastes, il y a longtemps qu'il serait établi sur des bases plus rationnelles et plus larges peut être que chez les nations étrangères.

Les préjugés, les abus sont tenaces. Raison de plus de les combattre avec énergie et sans cesse. S'il était avéré pour tous que ces précieuses libertés, dont on nous fait des croquemitaines, ne comportent que des bienfaits et que notre système administratif, enchevêtré par et pour le despotisme, est susceptible de réformes radicales, il arriverait bien un moment où satisfaction devrait être accordée à la conscience générale. Hâter cet événement décisif, telle est la mission impérieuse et sacrée qui s'impose à tous les amis du progrès, notamment aux assemblées, aux savants et à la presse. Ce qui ne s'oppose pas, tant s'en faut, à ce qu'on travaille, directement et par tous les moyens, aux perfectionnements désirables.

Nil sub sole novum. Les secours médicaux et chirurgicaux à domicile ne sont qu'une innovation relative. Dans les temps anciens, avant que les maisons hospitalières ne fussent organisées, ce genre d'assistance s'exerçait naturellement. La tradition n'a pas dû s'en perdre. Si l'on ouvrait une enquête à cet égard, on en retrouverait inévitablement de nombreux vestiges à travers les siècles. Les communications qui vous ont été faites mentionnent des exemples, des essais, des propositions, des critiques, dont le contingent pourrait se grossir. Indépendamment de l'Institut de Pythagore, auquel succéda la secte des périodeutes, M. Berrut cite d'abord l'école de Salerne, dont les élèves achevaient de se former dans les poly-cliniques de praticiens expérimentés. Plus tard, c'est du sein des opérateurs ambulants que sortirent les renovateurs de la chirurgie française, les Ambroise Paré, les Franco. L'illustre Sydenham à Londres grandit ainsi, en visitant les malades des quartiers populeux. Nombre de cités allemandes eurent dans le siècle dernier leurs cliniques à domicile, Gœttingue 1773, Erlanger 1789, Halle, 1788, Iéna, 1791. En France, la société de philanthropie, fondée en 1784, a des dispensaires pourvus d'un service chirurgical. La coutume de s'attacher un chirurgien se propage également parmi les sociétés de secours mutuels.

Inévitablement, à l'étranger et même en France, la pratique charitable de la médecine et de la chirurgie doit exister dans une foule de localités non signalées à l'attention. M. Passant vous a lu l'extrait d'un remarquable mémoire de M. Diday, publié en 1863, sur la nécessité de faire les opérations chirurgicales dans la demeure des indigents. Si ma mémoire me sert, le vœu du savant médecin aurait été rempli. La seconde ville de France a vu se former dans son sein une association privée de secours médicaux à domicile, rivale de l'assistance publique. C'est entr'autres par centaines, à l'instar de Londres, que, d'après un rapport qui m'est tombé sous les yeux, se chiffre la moyenne des accouchements effectués par ses membres (1).

Rien, dit-on, n'est brutal comme un fait. Il me semble qu'il y aurait un intérêt majeur à recueillir en ce sens toutes les données, à les rechercher, à les analyser et à en déduire les indications, au double point de vue des assises de l'institution et du meilleur mode de procéder. Ce serait, je pense, le cas de nommer parmi vous une commission permanente chargée de ce soin, qui prendrait partout des informations, compulserait les écrits spéciaux, les feuilles médicales, et mettrait à jour toutes les opinions. « Dans les soins à donner aux » malades, disait Dupont de Nemours, les détails font tout. » C'est en détail que chacun souffre... Aucune grande admi- » nistration n'est donc propre à le secourir... » Cabanis tenait » le même langage : « Comment, dans un grand hôpital, donner » à chaque malade ces attentions délicates qui font tout le » succès des traitements ?... » Voltaire n'était pas moins hostile aux vastes agglomérations, où le bien-être des administrés est en proportion inverse des complications directoriales et de la tyrannie réglementaire.

Le résultat d'une telle investigation serait immense. En déblayant le terrain, il stimulerait le zèle des coopérateurs et guiderait leur action. Son évidence paralyserait au moins les oppositions sournoises, si elle ne triomphait des inerties énervantes. Fasciné enfin, le public intelligent et dévoué se rallierait à une noble cause.

Après tout, les difficultés seraient-elles insurmontables et les charges exorbitantes ? Il existe déjà une quarantaine de maisons d'assistance susceptibles d'être aménagées à peu de frais. Admettons que, complétant le nombre cent, pour douze malades chacune, soit au total douze cents lits, soixante installations nouvelles soient ajoutées aux premières. Au prix moyen de cent mille francs, ce serait une dépense de six ou sept millions, payables par annuités. Une pareille somme, pour un objet de cette importance, dépasserait-elle les ressources de la ville, grossies par des subventions de l'État et la participation des quartiers ? J'omets l'entretien, compensé par une diminution correspondante du budget des hospices.

L'estimation est assurément élevée. Il s'agit moins de luxe que d'hygiène. Six cellules d'un côté, six de l'autre, n'occuperaient pas beaucoup d'espace. La ville, dans chacune de ses circonscriptions, ne manque ni d'endroits libres propices pour une construction, ni d'établissements auxquels ces modestes édifices pourraient être annexés. Au besoin, qui empêcherait un essai des baraquements dont on s'est loué pendant le siége, ou des hôpitaux sur l'eau préconisés par M. Félix Rochard ?

Ce qu'il convient de priser encore, c'est que ces petits centres se prêteraient aisément à de multiples destinations : à la vaccination par exemple, à la chirurgie ministrante, à des opérations non exclusives de l'aller et venir, à des consultations gratuites qui, réitérées le matin et l'après-midi, désencombreraient celles des hôpitaux, et, mettant le secours à portée des indigents, le rendrait plus efficace. On apporterait plus d'attention au diagnostic ; on s'identifierait davantage avec les malades ; on les visiterait, quand il le faudrait, à leur domicile, et la facilité qu'auraient ceux-ci de se procurer un médecin avant dans la soirée, réduirait considérablement le nombre des visites nocturnes. Et sur ce rameau que de greffes vivaces, au profit de la population entière ! On les énumèrerait difficilement, l'expérience seule les revèle. Un accident surgit, on y pare aussitôt. Sous la main, se trouve une garde-malade qu'on cherche, une personne experte qui prête main-forte, pose des sangsues, applique des ventouses, panse une plaie ou un vésicatoire, donne une fumigation, etc., etc. Ajouterais-je le bienfait d'une bibliothèque, le rayonnement des conférences, la formation des élèves à la vie pratique, une entente cordiale des médecins, fondée sur le savoir, l'estime et le dévouement, Paris enfin connu de nous tous et notre ministère apprécié unanimement ?

On n'a jamais su mesurer la puissance féconde de l'essor moral. J'appartiens à la société pour l'instruction élémentaire. Jadis, nous recevions du Ministre de l'instruction publique une subvention de 2,000 fr. Sous l'empire, elle fut successivement réduite à 1,500 fr., à 1,000 fr., à 500 fr., puis supprimée. C'était l'époque où, inaugurant des cours normaux pour les demoiselles, elle nous était le plus nécessaire. On commençait à tolérer, non sans des formalités humiliantes, les conférences publiques. En six mois, nous en organisâmes trois, qui nous rapportèrent 4,500 fr. Elles nous valurent, en outre, par l'adhésion de nouveaux membres, bon nombre de cotisations à 25 fr. et, de la part d'un auditeur inconnu, un legs d'environ deux mille francs de rente. Nos cours faisaient ombrage; on voulut, avant de les autoriser, les devancer. Depuis ils ont marché parallèlement avec ceux de l'Hôtel-de-Ville. Dans notre local de la rue Hautefeuille, nous n'avons pas moins de quarante professeurs suivis par un millier d'élèves.

Je ne tarirais pas en exemples où, à ma connaissance, petit poisson est devenu grand. L'instituteur de mes idiots à Bicêtre a pris chez lui un pensionnaire, puis un second et un troisième. Telle fut la souche qui, graduellement, est devenue le bel asile privé de Gentilly : institution vraiment nationale, où des maîtres dévoués cultivent aujourd'hui, avec succès, une cinquantaine de ces pauvres déshérités de l'intelligence. Dans mon pays, un mien parent a transformé en une véritable ville un village, d'ailleurs industriel. Une société splendide de secours mutuels a été le germe de cette métamorphose. Passé édile, il a fait percer de larges rues, bâtir une maison communale, une école de garçons, une école de filles et une salle d'asile, qui soutiendraient la comparaison avec celles de cités importantes. Grâce à son ardente initiative, la commune lui doit encore un marché, une station de chemin de fer, un bureau de télégraphie électrique, un orphéon, une Société coopérative de consommation, un médecin qu'elle n'avait jamais eu. Dans le dernier dénombrement, la population avait monté, en vingt-deux années, de 800 à 1330 habitants. Même ascension du niveau moral. Parmi les nôtres, un des plus distingués professeurs de la Faculté, M. le Dr Broca, a voulu fortement, obstinément. De cette conception est issue la Société d'anthropologie comprenant 500 membres et à laquelle une école indépendante va servir de complément.

Tout ceci, Messieurs, est de nature à vous encourager. Vouloir c'est souvent pouvoir. La charité n'est point morte en France. Ses aspirations revêtent d'autres formes. Je le disais, il y a 33 ans, — et plût à Dieu qu'on l'eût compris ! — « Dans aucun temps, peut-être, on n'a donné une approbation » plus vive et plus universelle à toutes les créations em- » preintes d'un cachet de grandeur et d'utilité... » On pourrait l'affirmer encore; ce besoin n'est pas moins impérieux de nos jours. Son intensité même lui nuit par les craintes jalouses qu'il suscite ; car le calme nécessaire à son expansion lui est dénié par les pouvoirs publics dont l'action se dépense en querelles bizantines et dangereuses.

Mais ces obstacles ne sauraient s'éterniser devant la pression qui s'exerce de toutes parts. Votre rôle, pour contribuer à les aplanir, est marqué dans le concert commun. Par vos écrits, par vos discussions, par vos actes et votre propagande individuelle, il vous appartient, Messieurs, de faire resplendir à tous les regards le mérite et les promesses de votre œuvre. Un fruit mûr trouve qui le cueille. Une fois la conviction

(1) Ce travail dont il ne me restait qu'un vague souvenir est de M. Pétrequin. J'en ai donné une brève analyse (*Journ. de méd. ment.*, t. IX, p. 284.) On y trouve des détails curieux; ce fait, entr'autres que le *Dispensaire général*, en 1867, a soulagé 8,000 malades. M. Munaret a fondé lui-même un *dispensaire spécial*, où, de 1861 à 1865, des soins efficaces ont été donnés à plus de 5,000 vénériens.

formée dans les esprits, ne doutez pas que les appuis et les bienfaiteurs ne surgissent au moment favorable. N'a t-on pas le fréquent exemple de riches dotations particulières? Avec les sommes qu'il a consacrées à sa fondation, Monthyon aurait réalisé, sur les bases de votre programme, l'assistance à domicile. L'asile Brezin, à Garches, résulte d'un legs de l'opulent entrepreneur dont il porte le nom. De même du vaste hôpital de la rue Ambroise-Paré, dont les deux millions du comte de La Riboisière ont servi à jeter les fondements. Un propriétaire de province, il y a vingt-cinq ans, a disposé, en faveur des hôpitaux de Paris, d'une fortune de 10,000 fr. de rente. On parle en ce moment de 7 à 8 millions échus ainsi à la même administration. Nul n'ignore ce qu'ont fait, à divers titres, le baron Taylor et l'anglais Richard Wallace. Aux Etats-Unis, l'américain Peabody aurait attribué plus de trente millions à des créations humanitaires.

Eventualités ! Soit. Il est rare que, dans une mesure quelconque, cette assistance fasse défaut à des œuvres méritoires, ostensiblement vouées au soulagement de l'indigence. Un concours précieux, sur lequel du moins nous avons quelque droit de compter, c'est celui de nos représentants républicains. Les médecins, nombreux au Sénat et à la Chambre des Députés, viennent de former un groupe très-disposé assurément à seconder nos efforts. De son côté, le Conseil municipal de Paris, sage dispensateur des deniers publics, n'a pas cessé de manifester ses profondes sympathies pour tout ce qui regarde le bien-être, le progrès moral et l'assistance des classes laborieuses.

L'imagination s'égare volontiers dans des espaces libres. Je ne sais si je m'abandonne à son capricieux essor. Mais ou je m'abuse, ou, par delà les limites directement afférentes aux infirmités et à la maladie, j'entrevois, de l'organisation telle qu'elle est ainsi conçue, des conséquences plus lointaines. Le médecin est spécialement l'homme de la société. Il pénètre au sein des familles et jouit de leur confiance. Les soins qu'il donne le mettent en rapport avec tout l'entourage des parents, amis et connaissances. Ses relations sont également fréquentes avec les autorités et les administrations. Par son savoir, ses préoccupations et ses habitudes, il est enfin répandu dans les sphères scientifiques, politiques et sociales. Supposons un millier de praticiens et d'élèves attachés aux bureaux de bienfaisance et aux polycliniques, se figure-t-on l'ascendant que, chacun dans son milieu, pourraient prendre tant d'hommes distingués, doublement animés par le sentiment et des services à rendre et des maux à conjurer? Le ciel ne saurait, sur un point, briller d'un pur éclat, sans faire ressortir les ombres environnantes. Notre exemple montrerait où doivent porter les réformes. « Car la médecine touche à » tout; la civilisation n'a pas de propagateur plus actif. » (*Enseignement clinique dans les hôpitaux*, p. 32.) On se détournerait des voies pernicieuses. La nation, rassurée, se reposerait de ses antagonismes, et si le monde est moins étonné aujourd'hui de ses anciennes conquêtes que de ses récents désastres, elle mériterait toujours « de le guider dans la car- » rière de la liberté et des institutions progressives, garantie » du bonheur de l'humanité. »

On se désintéresse trop des affaires publiques. Vienne une crise qu'une sage prévoyance eut éloignée; la passion l'aggrave. L'ignorance en voile le remède comme elle en a masqué les causes, nous livrant sans défense à la fureur des aveugles instincts. Votre œuvre, Messieurs, est particulièrement une de celles qui éclairent et fécondent. Découvrant cet objectif démocratique vers lequel doivent se concentrer désormais toutes les volontés bienfaisantes, elle s'en est acquis d'autant plus de droits à ce qu'on l'apprécie, la seconde et l'imite. Dans un délai prochain, elle aura, j'en forme l'augure, sa juste part des générosités. Vous connaissez, du reste, le proverbe : patience et temps. M. Passant nous a prouvé où l'on arrive avec de la persévérance. Combien, pour ma part, il me fait regretter de n'avoir pu donner suite à des projets caressés et dont l'acceptation eut suffi, peut-être, à retenir l'État sur le penchant de sa ruine! C'est, Messieurs, vous dire par cela même la sympathie que m'inspire votre institution naissante et déjà virile, la sollicitude avec laquelle je me propose d'en suivre les progrès et mon vif désir de n'être pas parmi vous un membre absolument stérile, en payant selon mes modestes possibilités ma dette de collaborateur. N'y eut-il qu'une satisfaction de cœur, elle aurait son prix. Où puiser de plus douces jouissances que dans la contemplation de la beauté morale ?

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. **Principes de thérapeutique générale, ou le médicament étudié aux points de vue physiologique, pathologique et clinique;** par J. B. Fonssagrives. in-8° de 472 pages. — Chez J. B. Baillière, 1875.

II. **Traité de thérapeutique médicale, ou guide pour l'application des principaux modes de médication à l'indication thérapeutique et au traitement des maladies;** par le dr A. Ferrand. In-12 de 848 pages, chez J. B. Baillière, 1875.

III. **Formulaire officinal et magistral international, etc.** par le dr J. Jeannel. 2e édition. In-18 de 966 pages, chez J.-B. Baillière, 1876.

Les trois ouvrages dont les titres précèdent, bien que se rapportant tous à la thérapeutique, présentent néanmoins des différences considérables sous le rapport de l'idée qui a présidé à leur conception et par le but qu'ils sont destinés à remplir.

I. Le livre de M. Fonssagrives est, en quelque sorte, la préface d'un traité de thérapeutique, où l'auteur fait un exposé de doctrines et cherche ce qu'est d'une façon générale *le médicament*, avant d'aborder l'étude particulière de chacun des médicaments.

Après avoir fait une profession de foi vitaliste, mais d'un vitalisme mitigé et qui cherche à réconcilier « la tradition et le progrès, » M. Fonssagrives définit son sujet et établit la nécessité du médicament contre le scepticisme qui aboutit à l'expectation.

Il recherche les origines et les vicissitudes des médicaments, puis traite de la pénurie et de la superfluité médicamenteuses, des associations de médicaments, etc. Il étudie ensuite les voies d'absorption des médicaments, les mutations qu'ils subissent depuis leur absorption jusqu'à leur élimination, et après avoir examiné les faits de tolérance et d'intolérance, et ce qu'il appelle l'apathie médicamenteuse, il étudie l'action des médicaments, et cherche à préciser l'action curative, pour la connaissance de laquelle on doit utiliser l'expérimentation sur les animaux, sur l'homme sain et sur l'homme malade, dans différentes conditions.

Enfin, après avoir fait l'histoire et la critique des diverses classifications, il propose une classification ou plutôt un classement des médicaments qu'il range en trois groupes principaux : médicaments étiocratiques ; — physiologiques; — nosopoïétiques. Les premiers s'adressant à la cause sont des neutralisants de diathèses, de miasmes, de virus, de venins, etc. — Les médicaments physiologiques ou biocratiques sont ceux qui modifient les fonctions. — Les médicaments nosopoïétiques « sont ceux qui permettent de susciter une pathologie artificielle, temporaire, à la faveur de laquelle les opérations morbides spontanées prennent des tendances meilleures. »

Il y aurait beaucoup à dire sur cette classification, mais nous devons nous borner à la signaler sans pouvoir y insister; qu'il nous suffise d'avoir indiqué brièvement la division générale des matières traitées dans cet ouvrage.

II. Tout autre est le livre de M. Ferrand. Ici, c'est bien à un traité de thérapeutique que nous avons affaire, mais à un traité conçu d'une façon toute nouvelle.

Jusqu'ici tous les auteurs avaient pris pour base de leur description l'agent médicateur et décrivaient successivement les propriétés physico-chimiques, les effets physiologiques et enfin les applications thérapeutiques de chaque médicament. M. Ferrand a cherché une autre voie : il part de l'indication, et autour de celle-ci groupe les médicaments qui répondent à cette indication.

Après une introduction où sont brièvement étudiées les sources des indications thérapeutiques et le médicament dans ses rapports avec l'organisme, M. Ferrand s'occupe d'abord

de ce qu'il appelle les indications de la santé, sujet qui n'est généralement traité que dans les livres d'hygiène. En effet, la constitution et le tempérament du malade, l'âge, le sexe, les imminences morbides (obésité, maigreur, état menstruel, etc...), les races, les climats, les professions, le régime ordinaire des individus peuvent et doivent être la source d'indications importantes.

L'auteur étudie ensuite chacune des indications thérapeutiques qui dérivent des différents troubles morbides. Les troubles nerveux (encéphaliques, spinaux et sympathiques), les troubles vasculaires, les troubles sécrétoires, les troubles nutritifs, les altérations du sang, les inflammations, les fièvres, les maladies infectieuses, les maladies constitutionnelles, les intoxications, les maladies parasitaires, forment la matière d'autant de chapitres.

« Chaque indication répondant à l'un de ces troubles élémentaires est étudiée successivement: dans les signes qui la caractérisent, dans les degrés qu'elle peut offrir, dans les conséquences qu'elle peut entraîner, dans sa pathogénie (*caractères de l'indication*); — dans ses moyens, autrement dit dans les médications diverses qui peuvent y répondre (*indication thérapeutique proprement dite*); — dans les indications qui s'en rapprochent (*indications médiales*); — enfin dans les maladies où cette indication se rencontre le plus souvent et joue un rôle essentiel (*applications*). » Les indications de la gymnastique, de l'électricité, de l'hydrothérapie terminent le volume.

On voit par cet exposé combien sont multiples et variées les notions que M. Ferrand a dû condenser dans un nombre de pages très-restreint, alors qu'il aurait fallu des volumes pour les exposer en détail, et l'on ne peut que regretter cette concision, qui a rendu plus difficile encore la tâche que s'était imposée l'auteur.

III. M. Jeannel a pris pour point de départ dans la rédaction de son formulaire le *Codex français*, le *Formulaire des hôpitaux civils de Paris*, et le *Formulaire des hôpitaux militaires*; et de plus il a compulsé les principaux formulaires étrangers et les monographies des meilleurs thérapeutistes et pharmacologistes de l'Europe. Son livre est par suite beaucoup plus complet que ne le sont ordinairement les ouvrages de ce genre; mais, en même temps, il est aussi plus précis, en ce sens que l'auteur a pris soin d'indiquer par un signe particulier les formules qui lui paraissent mériter la préférence, et parfois de spécifier certaines conditions particulières qui peuvent modifier l'emploi de la préparation.

Nous laissons de côté la classification adoptée dans ce livre; car, dans un formulaire, la table des matières est la meilleure des classifications. A. S.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies chirurgicales du Pénis; par J. N. Demarquay. Ouvrage publié par les Drs Vœlker et S. Cyr. — Paris, A. Delahaye, 1877; avec planches.

Cette œuvre posthume de Demarquay contribuera dans une large part à établir la place que doit occuper parmi les chirurgiens français l'habile opérateur de la Maison de santé; en même temps, elle commencera la réputation de deux jeunes auteurs qu'il avait admis à la collaboration. En dehors de ses travaux personnels, Demarquay avait su, en effet, entraîner dans son cercle d'études de jeunes intelligences qu'il avait développées par un travail commun, puis modelées, pour ainsi dire, suivant sa forme propre. Quelques-unes, et des plus vives, ont succombé tristement avant le maître lui-même; d'autres, plus vigoureuses, non moins assidues à ses recherches cliniques, nous restent et nous transmettent ses volontés, ses idées chirurgicales par une œuvre de collaboration qui demeure néanmoins celle du maître, malgré la mise au point des deux disciples.

MM. Vœlker et Saint-Cyr ont étudié les maladies du pénis en réunissant d'abord toutes les observations et mémoires personnels de Demarquay, matériaux auxquels ils ont adjoint de nombreuses recherches exposées avec méthode et judicieusement utilisées. Ils ont pensé, après réunion des documents, qu'il y avait lieu de présenter une pathologie spéciale du pénis. Ainsi conduite, en effet, cette étude offre des considérations toutes spéciales, neuves et gagnant assurément beaucoup à être isolées de la pathologie générale. Nous passerons rapidement en revue les divisions et chapitres principaux de ce traité volumineux qui ne contient pas moins de 650 pages avec planches explicatives, originales et d'une exécution remarquable. Les auteurs ont divisé leur livre en quatre parties :

1° *Lésions physiques*: *Contusions*, *Plaies*, *Fractures*, *Luxations*, *Corps étrangers*. Après quelques renseignements curieux sur la façon dont les Abyssins pratiquent l'émasculation, nous trouvons des exemples intéressants de plaies contuses, par arrachement, ruptures et coups de feu. Il résulte de ces faits cliniques, que les plaies du pénis donnent lieu à des phénomènes à peu près constants, savoir: l'épanchement de sang sous la peau de la verge, la rétraction des parties postérieures en cas de rupture ou de section, et enfin le rétrécissement du canal de l'urèthre, soit immédiat par inflammation et gonflement, soit cicatriciel. C'est contre ce dernier que Demarquay a pratiqué le renversement et la suture de la muqueuse.

Les soi-disants fractures ne sont que des ruptures spontanées ou traumatiques avec ecchymoses guérissant après deux ou trois semaines par cicatrice sous-cutanée. Quant à la luxation du pénis, elle est parfaitement établie par des observations détaillées, une de Nélaton, entre autres. Dans ces cas, les corps caverneux peuvent, pour ainsi dire, sortir de leur étui cutané pour aller se loger sous la peau du scrotum ou de l'abdomen, d'où naissent des fistules urinaires dans les régions occupées par la verge, aine, abdomen ou scrotum.

Les calculs du prépuce, de l'urèthre, les corps étrangers introduits dans le canal, sont étudiés surtout dans leurs rapports avec la médecine opératoire.

2° *Les lésions inflammatoires* : *Erysipèle*, *phlegmon*, *pénitis*, *gangrène*. MM. Vœlker et Saint-Cyr ont séparé les abcès du pénis en deux classes : les uns indépendants des lésions de l'urèthre, les autres liés aux lésions de ce canal. Parmi ces derniers figurent les abcès consécutifs à l'uréthrite, aux rétrécissements, avec ou sans urine, et ceux qui résultent d'un traumatisme ordinaire ou chirurgical. La pathologie des glandes de Cooper, commencée par Gubler, est bien exposée, soit dans ses symptômes, soit dans son diagnostic.

Un article remarquable, inséré déjà dans les *Archives de médecine*, en 1870, est consacré à la gangrène de la verge. Demarquay signale comme cause de la mortification de cet organe, même chez les enfants, les fièvres zymotiques, variole, fièvre typhoïde, érysipèle, l'ergot de seigle. Parmi les causes locales, la constriction par les anneaux et les phlébites. Dans le traitement, l'auteur formule ce principe d'abstention : ne jamais pratiquer l'amputation au-delà de la portion sphacélée, à moins cependant qu'il n'y ait indication de remédier à une irrégularité dans la mortification de la peau, l'autoplastie devant être impuissante.

Le livre III comprend les *tumeurs et les lésions organiques de la verge*. Les tumeurs liquides sont formées par l'urine, en dehors ou en dedans du canal de l'urèthre, par le sang et la lymphe. Ce chapitre contient des observations très-curieuses d'anévrysmes, de varices, et de dilatation des lymphatiques, soit sur le gland, soit sur la peau. Que les auteurs nous permettent de leur signaler un désidératum important à propos des tumeurs solides : kystes sébacés, végétations, productions cornées, il y avait place marquée d'avance pour certains développements histologiques, qui sont aujourd'hui de monnaie courante dans les traités spéciaux de pathologie. Les ossifications centrales de la verge, les tumeurs consécutives aux indurations chroniques terminent ce chapitre.

C'est à l'étude du cancer que Demarquay a voulu donner la plus grande importance, si nous en jugeons par le développement accordé à ce sujet, mais le fond répond, du reste, à la forme. Deux catégories bien distinctes sont à établir : l'épithélioma et l'encéphaloïde, le premier formant plus des quatre cinquièmes des tumeurs malignes de la verge.

La tumeur épithéliale y est bien étudiée dans son évolution, son extension et sa nature histologique. Peut-être les

auteurs ont-ils trop négligé les observations modernes, et trop insisté sur les analyses de Lebert qui ont déjà vieilli. Pour l'encéphaloïde, ils étudient successivement l'état de la peau, du prépuce, du gland, du corps caverneux et de l'urèthre, puis la propagation du cancer.

Quant au traitement : après avoir insisté sur le précepte de Ledran, amputez plus de la peau que du corps caverneux, après avoir jugé l'amputation par la ligature, par l'écraseur auquel il attribue peu d'avantages, par le fer rouge ou la galvanocaustie, méthodes qui ne mettent pas toujours à l'abri des hémorrhagies, Demarquay passe en revue les procédés de Boyer, de Delpech (à 2 valves), de Bouisson, de Schræger, de Langenbeeck, Rizzoli, Earle, Teale, etc. Il propose enfin pour prévenir le rétrécissement de l'urèthre de sectionner le canal en avant du corps caverneux et de réunir la muqueuse à la peau. La statistique donne quatre morts sur 89 opérés. Ce n'est donc pas une opération grave.

Le dernier chapitre est consacré aux *anomalies du pénis*. Les auteurs ont examiné successivement, avec observations à l'appui, les anomalies du pénis dans sa totalité, des corps caverneux, du prépuce et de l'urèthre, sans en omettre aucune. Le traitement opératoire de ces infirmités est très-méthodiquement exposé.

Tel est le cadre rapidement tracé de cet ouvrage, dont les rédacteurs, MM. Vœlker et Cyr, doivent retirer honneur. Au cachet particulier et purement clinique imprimé par le maître, ils ont ajouté la clarté dans l'exposition, la méthode dans l'étude, l'érudition des recherches. Ce traité, écrit par la volonté expresse du chirurgien de la Maison de Santé, dédié à Ricord, le maître et l'ami de Demarquay, restera parmi les bons documents de la Clinique française. F. P.

VARIA

Jurisprudence médicale.

Tribunal correctionnel de Caen. Audience du jeudi 21 *décembre* 1876. L'affaire concernant le sieur Allembert Yardin, bandagiste à Caen, avait une assez grande gravité. Le sieur Allembert était en effet prévenu, non-seulement d'exercice illégal de la médecine, mais encore de plusieurs délits et même d'homicide par imprudence. Sur les réquisitions du ministère public, le huis-clos a été ordonné. Me Billoge à présenté la défense du prévenu et le tribunal a renvoyé son jugement à l'audience de samedi. Au commencement de l'audience le tribunal a rendu son jugement dans l'affaire d'Allembert ; ce dernier a été condamné à 8 mois d'emprisonnement et 630 fr. d'amende. Immédiatement avant cette affaire avait été jugée celle du sieur Virbouet,, instituteur à Fontenay-Henry. Quatre condamnations d'exercice illégal ayant été relevées contre lui, il a été condamné à quatre amendes de chacune 15 francs. (*L'Année médicale de Caen.*)

Gastrostomie.

Il y a quelques jours entrait à l'hôpital, dans le service de M. le Dr Lannelongue, un homme porteur d'un rétrécissement de l'œsophage, siégeant au niveau du cardia, et probablement dû à une affection organique de ce canal. Le rétrécissement était infranchissable aux plus fines baleines, les liquides mêmes ne pouvaient passer. Le malade, épuisé, amaigri, n'était pas encore cachectique.

En présence de ces données, M. le Dr Lannelongue se décida à pratiquer la gastrostomie ; l'opération a été faite dimanche 31 décembre, en suivant les voies tracées par M. Verneuil. L'alimentation se fait aujourd'hui par la plaie stomacale. Il y a cinq jours que l'opération est faite, le malade ne présente aucun accident ; son état général est bon. Nous sommes en droit d'espérer aujourd'hui que le succès viendra couronner les efforts et le talent du chirurgien bordelais. (*Bordeaux médical.*)

Femmes-médecins.

A l'université de Berne (Suisse), il y a en ce moment, écrit-on à la *Gazette d'Augsbourg*, 30 étudiants du sexe féminin, dont 26 suivent les cours de la Faculté de médecine, 4 ceux des belles-lettres, et 1 ceux de droit. A la même université, le nombre des professeurs est actuellement de 78, dont 34 titulaires, 12 supplémentaires, 5 honoraires et 27 agrégés (Privat docenten). Ces professeurs enseignent à 311 étudiants inscrits ou 409 assistants en comptant les auditeurs libres. Il y a en outre une école vétérinaire qui compte 19 élèves et cinq professeurs.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. MM. Budin et Pinard commenceront le lundi 15 janvier un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre partie : 1° Anatomie, physiologie, grossesse; 2° Eutocie; 3° Dystocie; 4° Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Clinique médicale. — MM. Dieulafoy et Lépine commenceront des conférences cliniques à l'hôpital temporaire, rue de Sèvres, 42, mercredi 17 courant à 10 heures, et les continueront les samedis et mercredis à la même heure, M. Dieulafoy les mercredis, M. Lépine les jeudis.

Examens de doctorat. — Le Dr Martin-Damourette commencera ses cours préparatoires aux 3e et 4e examens du doctorat en médecine et au 1er examen de fin d'année, le lundi 15 janvier à 1 heure, rue de Seine, 70.

2. Poudre contre les rhumes de cerveau (*Geneuil*).

Bromure de camphre finement pulvérisé.	2 grammes.
Poudre d'iris de Florence..........	4 —
Tannin........................	10 centigrammes.

Mêlez. — Par prises dans la journée pour combattre le rhume de cerveau. — (*Revue de thérapeutique medico-chirurgicale*).

3. Potion antispasmodique illico.

Afin d'éviter le transport encombrant de l'eau, M. Jeannel propose, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, cette formule, indiquée déjà par Hermant, et qui peut être utilisée soit pour les approvisionnements de guerre soit dans toutes les circonstances où il est utile de pouvoir préparer rapidement la potion antispasmodique :

Essence de menthe................	1 gramme.
Alcool à 80° centigr................	6 grammes.
Laudanum de Sydenham............	10 grammes.
Ether sulfurique..................	30 grammes.

10 gouttes de ce mélange, ajoutées à une cuillerée à bouche d'eau, représentent 15 grammes de potion antispasmodique. (*Journ. de Méd. et de Chir. pratique.*)

4. Potion antiseptique camphrée contre la fièvre typhoïde.

Racine de serpentaire de Virginie.....	8 grammes.
Eau bouillante..................	130 —

Faites infuser et ajoutez :

Sirop de quinquina...............	30 grammes.
Alcolé de quinquina..............	8 —
Camphre........................	60 centigr.
Acétate d'ammoniaque............	30 grammes.

Faites dissoudre le camphre dans l'alcoolé de quinquina et mêlez.

Une cuillerée à bouche de cette potion, d'heure en heure, dans la fièvre typhoïde, dans les affections typhoïdes en général, et dans l'infection purulente. (*Douze cents formules*, etc.)

Mortalité a Paris.— Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 4 janvier 1877, il a été déclaré 951 décès, soit 26, 7 décès par mille habitants et pour l'année. — Fièvre typhoïde, 32 ; — rougeole, 10 ; — scarlatine, 3 ; — variole, 6 ; — croup, 21 ; — angine couenneuse, 42 ; — bronchite, 32 ; — pneumonie, 62 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3 ; — *choléra nostras*, 0 ; — dysenterie, 2 ; — affections perpérales, 10 ; — érysipèle, 4 ; — autres affections aiguës, 237 ; — affections chroniques, 418, dont 156 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 49 ; causes accidentelles, 20.

Assistance publique. — M. Emmanuel Moiaux récemment décédé, a légué par testament, « aux pauvres de Paris une somme de 25.000 fr. qui sera versée, par portions égales, dans les caisses du bureau de bienfaisance de chaque arrondissement, et à la ville de Paris, une somme de 1 million de francs, qui sera employée moitié, soit 500,000 fr., pour la construction d'un hôpital, et l'autre moitié en achat de rentes sur l'état, afin de doter cet hôpital du revenu nécessaire pour son organisation et ses dépensses annuelles. » (*Journal Officiel.*)

Le typhus a Varsovie. Le typhus continue de sévir à Varsovie ; les victimes de cette épidémie sont nombreuses ; les hôpitaux sont remplis de malades. On croit généralement que la maladie a été propagée par les volontaires russes revenant de Serbie. (*Union médicale.*)

Ecole de médecine d'Alger. — L'école de médecine de cette ville demande d'ici au 15 janvier 1877, les pièces à fournir suivantes : 1° Un acte de naissance dûment légalisé ; 2° le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe. Indépendamment de ces pièces, MM. les aspirants auront soin de faire connaître leurs titres, ouvrages et travaux antérieurs.

La Réforme économique, tome vi, 1re livraison, sommaire du numéro du 1er janvier 1877. Des effets de l'introduction des machines et procédés nouveaux dans l'industrie (1er article), par Courcelle-Seneuil; — La protection et ses conséquences aux Etats-Unis, par Avril ; — L'Income-tax (4e article), par Edmond Barbier ; — L'État et les écoles primaires en Russie depuis 1874, par Léon Bourgeois. — Bibliographie. — Bulletin économique : Actes officiels. Chambre des députés. — Sénat. — Le commerce de la France pendant les onze premiers mois de 1876. — Le mouvement des sucres, par Georges Lassez. — Bulletin politique.

L'Association française *contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques*, fondée en 1868, vient de renouveler ainsi qu'il suit, son bureau pour 1877 : Président : M. Louis Kœnigswarter, membre correspondant de

l'Institut, Académie des sciences morales et politiques; — Vice-présidents : MM. L. Crivelli, ancien inspecteur d'Académie ; de Beaupré, docteur en droit ; A. Chaix, imprimeur ; Desmarres fils, médecin ; — Secrétaire général : M. Germond de Lavigne, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux* ; — Secrétaires des séances : MM. Gindre Malherbe, homme de lettres ; Léon Fontaine, avocat ; — Trésorier, M. Raveret ; — Archiviste : M. Petibon. — L'association recevra jusqu'au 31 janvier courant, au siége social, rue Hautefeuille, 8, les documents, mémoires, rapports présentés pour son concours annuel.

Le gérant : BOURNEVILLE

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 3. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 20 JANVIER 1877.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hopital de la Charité. — M. TRÉLAT.

Diagnostic des tumeurs du testicule.

Leçon recueillie par Letulle et A. Cartaz.

Messieurs,

Le hasard a rassemblé dans notre service un certain nombre de sujets atteints de maladies du testicule ; l'intérêt clinique qui s'attache à l'étude de ces tumeurs s'augmente du fait de ce rapprochement qui vous permettra de rechercher leurs points de ressemblance, de vérifier la valeur de certains symptômes et d'établir le diagnostic de chacun de ces cas. Peu d'affections sont d'une nature aussi complexe et présentent autant de difficultés au chirurgien, les erreurs sont faciles à commettre, et peuvent entrainer de graves conséquences suivant le mode d'intervention.

La castration n'est pas, en effet, seulement une opération délicate à entreprendre en raison de la fonction qu'elle supprime ; alors même que vous vous adressez à des hommes d'un âge avancé, il faut vous rappeler que la suppression de cet organe a souvent un retentissement fâcheux sur leur état moral. Aussi devez-vous attacher la plus grande importance à diagnostiquer juste et partant à n'employer que d'une façon certaine et en dernier ressort un moyen aussi radical.

Le premier malade, sur lequel j'appellerai votre attention, est cet homme que vous avez vu au n° 19 de la salle Saint-Jean. Il est âgé de 40 ans, grand, assez vigoureux ; ce n'est que depuis quelque temps qu'il a subi un certain dépérissement.

Dans ses antécédents, nous relevons les particularités suivantes : sa mère est morte d'un cancer de l'utérus ; ce fait a une certaine importance au point de vue du diagnostic et sans vouloir faire jouer un rôle prépondérant à l'hérédité il faut la mentionner avec soin, car il est certain qu'une grande partie de nos maladies y trouve leur origine naturelle. Il y a vingt ans, cet homme contracta une blennorrhagie qui se compliqua d'épididymite du côté droit ; il n'a jamais eu la syphilis.

L'affection pour laquelle il est venu nous consulter remonte à environ une année ; les renseignements qu'il nous donne sur les débuts sont loin d'être précis. A cette époque sans cause bien appréciable, dit-il, il vit le testicule droit se tuméfier et grossir peu à peu.

Cette tuméfaction était indolente et, en raison de cette absence de douleurs, l'attention du malade n'a été attirée de ce côté que par le volume croissant de la tumeur. Depuis qu'il séjourne dans nos salles, c'est-à-dire depuis une quinzaine de jours environ, la tumeur a quelque peu diminué, mais la diminution est en réalité peu appréciable. Sous l'influence du décubitus horizontal prolongé, la circulation de retour s'est faite plus facilement et c'est à la disparition du gonflement œdémateux des bourses qu'est due la diminution de volume ; la tumeur proprement dite n'a pas varié.

L'exploration que nous avons faite aujourd'hui nous donne les résultats suivants : la moitié droite du scrotum est le siége d'une tumeur volumineuse qui ne mesure pas moins de onze centimètres de diamètre vertical sur quinze de circonférence transversale. Le scrotum nous offre un tégument normal, sans fistules, sans adhérences profondes ; la cavité abdominale paraît saine. On ne perçoit pas d'adénite inguinale, ni iliaque ; le cordon, cependant, est un peu plus volumineux que du côté opposé. La consistance de la tumeur, prise en masse, est ferme, dure ; mais si, par un examen attentif, vous essayez de décomposer en quelque sorte la tumeur, vous constatez des différences notables, au point de vue de la résistance, dans ses différentes couches. Pour plus de facilité, supposez la tumeur vue de profil, vous y trouverez en la suivant d'avant en arrière, d'abord une petite cavité fluctuante, peu épaisse, si petite même que l'examen à la lumière artificielle ne révélait aucune transparence ; c'était cependant le liquide clair des hydrocèles qui remplissait cette cavité. Au-dessous, une partie arrondie, plus ferme que le testicule normal, un peu sensible et présentant des bosselures légères ; plus au-dessous, par conséquent plus en arrière, une tuméfaction très-dure, ligneuse, formant plus des deux tiers de la tumeur totale et qui présente une forme assez arrondie, presque ovalaire, de laquelle vous sentez se détacher à la partie supérieure les éléments du cordon. Celle-ci semble, en effet, plonger dans une partie excavée de la tumeur qui forme en arrière de lui un relief de un à deux centimètres, mais sans se prolonger, sans faire suite au canal déférent. Le testicule du côté opposé n'offre rien d'anormal.

Dans la partie fluctuante de la tumeur, nous reconnaîtrons une partie de la vaginale, irritée, enflammée secondairement et devenue le siége d'une très-petite hydrocèle. La partie résistante que l'on trouve en arrière semble être le testicule ; et alors l'épididyme formerait à lui seul cette masse dure et volumineuse. Je ne veux pas aller plus avant dans cette analyse schématique ; il est en effet difficile de reconnaître, au milieu de ces masses néoplasiques, des organes normaux : le malade n'accuse nulle part, d'une façon nette, la sensation propre du testicule ; aussi devons-nous nous borner à noter ces détails cliniques sans préjuger trop, pour le moment, du point de départ et de la localisation.

Les douleurs occasionnées par la présence de cette tumeur sont à peu près nulles ; le volume notable qu'elle a acquis détermine quelques tiraillements, de la fatigue dans la station debout ; c'est de la gêne plutôt que de la douleur.

Les désirs sexuels sont diminués, mais il faut tenir compte de l'état moral dans lequel se trouve cet homme ; il est inquiet, préoccupé de l'opération dont je lui ai parlé, dont on lui avait du reste parlé bien avant moi. Sa santé, cependant est bonne ; il a maigri un peu, dit-il, mais il faut cette affirmation pour le croire, car il présente encore un aspect vigoureux et solide, quoique un peu pâle.

Je vous ai énuméré, d'une façon un peu sommaire, les renseignements que nous a donnés ce malade, et les détails fournis par l'examen clinique ; leur ensemble permettrait néanmoins d'établir le diagnostic raisonné de son affection. Mais nous avons deux autres malades qui sont entrés également pour des tumeurs du testicule, peu différentes de celle-là, et leur examen comparatif complètera ce que j'aurais à vous dire du premier.

En examinant superficiellement le malade qui est couché presque vis-à-vis de celui-ci, au n° 1, vous n'aurez pas de peine à établir une grande analogie entre leurs deux tumeurs ; mais si vous y prenez garde et surtout si vous interrogez avec soin le malade, votre diagnostic deviendra plus embarrassé et plus réservé. Voici, en effet, ce qu'il nous raconte : à l'âge de douze ans, il reçoit un coup sur les bourses ; une barre de fer aurait, dit-il, pénétré dans le scrotum. Le traumatisme ne fut pas cependant de grande importance, car l'accident n'eut pas de suites graves ; dans sa jeunesse, il accuse une blennorrhagie, un chancre probablement simple, car il n'a jamais eu aucune lésion attribuable à la syphilis. Notez qu'il se maria jeune et qu'il eut *quatorze* enfants, tous bien portants, et dont le dernier n'est âgé que de quatorze mois ; sa santé générale, sauf quelques troubles névropathiques légers (névralgie, palpi-

tations) a toujours été florissante; et de fait, même aujourd'hui, avec ses 57 ans, cet homme exerce la profession fatigante de sculpteur sur bois et à n'en juger que par sa mine et sa stature, on pourrait le considérer comme très-bien portant. Un fait, dans son histoire, attirera votre attention, c'est qu'à l'âge du service militaire, il a été réformé pour « son testicule gauche ; » ce sont là ses propres expressions ; ce détail a une certaine valeur et nous ne manquerons pas d'en tenir compte dans les éléments du diagnostic.

Le début de l'affection actuelle remonte à huit ans ; à cette époque, sans cause appréciable, le testicule gauche augmenta de volume ; cette augmentation parut rester stationnaire pendant quelques années et le malade n'y fit plus attention. Il y a deux ans, la tumeur subit un accroissement plus sensible qui ne tarda pas à l'inquiéter ; à partir de ce moment, il surveille attentivement la marche de sa tumeur et constate que dans ces huit derniers mois elle a doublé de volume. C'est alors qu'il se décide à entrer dans notre service.

Remarquez, Messieurs, que chez ce malade, non plus que chez le précédent, ni chez celui dont je vais vous parler tout à l'heure ce ne sont pas les douleurs qui ont été la cause déterminante de leur entrée à l'hôpital ; la marche a été progressive, mais indolente et c'est la gêne apportée par le volume, l'inquiétude causée par cette augmentation croissante qui les ont poussés à venir réclamer nos soins.

Voici maintenant ce que nous a révélé l'examen de la tumeur : Les téguments de la moitié gauche du scrotum, d'ailleurs parfaitement mobiles sur la tumeur sous-jacente sont sillonnés de grosses veines variqueuses et dilatées.

Au-dessous, on limite une masse assez irrégulièrement ovoïde, pesante, mesurant 14 cent. de diamètre vertical, sur 7 à 8 cent. transversalement.

Sa forme générale rappelle assez bien celle d'un gros rein d'adulte, dont le hile regarderait en arrière du côté du périnée; l'extrémité supérieure remonte à 3 cent. environ de l'orifice cutané du canal inguinal. Mais une palpation attentive et méthodique nous montre que la forme et la consistance varient suivant les différents points de sa surface: en effet, le tiers inférieur de la face antérieure se laisse déprimer facilement sous le doigt ; on éprouve une sensation de résistance, de fluctuation, et, à ce niveau, on constate une transparence assez manifeste.

Au-dessus de cette région fluctuante, nous trouvons une masse dure et irrégulière, qui forme vers le sommet de la tumeur, une sorte de bec arrondi, au haut duquel on est tenté de chercher le canal déférent. Mais ce n'est que beaucoup plus en arrière, vers le tiers supérieur de la face postérieure, qu'on trouve cet organe.

Ce canal offre un caractère dont vous comprendrez la valeur, sans parler de son volume et de sa sensibilité, qui paraissent un peu plus marqués qu'à droite, on le trouve dur, difficilement extensible.

La face postérieure est irrégulière, aussi dure qu'en avant, plus bosselée et forme cette concavité, qui nous a permis de la comparer grossièrement à un rein. A la partie déclive de cette face, il semble que la pression éveille la sensation testiculaire, mais c'est un détail que je vous donne sans plus d'affirmation et sans y attacher une trop grande importance.

Le testicule du côté opposé n'est pas sain; on sent un noyau très-petit, il est vrai, mais bien manifeste dans l'épididyme, et la glande testiculaire elle-même semble un peu plus pâle qu'à l'état normal.

Comme la collection liquide était ici plus considérable que chez le premier malade, nous résolûmes de pratiquer une ponction exploratrice, pour nous permettre un examen plus facile et plus complet et pour éclairer ainsi notre diagnostic. Elle donna issue à environ quarante grammes d'un liquide séro-sanguinolent, liquide analogue à celui de l'hydrocèle mélangé d'une assez forte proportion de sang noirâtre. C'est à la suite de cette ponction que j'ai pu explorer avec soin la tumeur et noter les particularités que je viens de vous signaler.

Le troisième malade, qui est entré tout récemment (n° 17, salle Saint-Jean), est un homme de 55 ans, grand, vigoureux, exerçant la profession de maréchal-ferrant, dont les antécédents n'offrent aucune particularité digne d'attention. Il y a six ans que le testicule du côté droit a augmenté un peu de volume, mais ce n'est guère que depuis deux ans que la tumeur s'est dessinée pour arriver progressivement et surtout depuis quelques mois au volume actuel. Comme volume et comme caractères, cette tumeur ne diffère pas de la précédente, mais elle présente cette particularité, qu'elle est accompagnée d'une hydrocèle assez abondante, que nous avons vidée par une ponction. Le liquide que nous avons retiré est d'une couleur citrine parfaite et tout-à-fait limpide ; mais ce liquide était contenu dans deux loges distinctes l'une de l'autre. Cette duplicité de la poche frappe de suite ; il est rare, en effet, de rencontrer des cavités vaginales accessoires ; on les a décrites, mais ce sont des exceptions ; la coexistence d'une tumeur testiculaire nous a fait attacher une signification importante à cette disposition anatomique. Elle témoigne d'un processus irritatif encore en activité, et semble se rattacher à un substratum pathologique à évolution rapide.

La tumeur testiculaire englobe le testicule et l'épididyme ; elle offre, au milieu d'une masse assez homogène, quelques produits un peu plus mous, mais non fluctuants. Les veines superficielles sont assez développées ; enfin, le cordon est un peu plus gros et un peu plus sensible que du côté opposé. Je ne m'étends pas davantage sur les détails cliniques, et je passe à la question du diagnostic.

Le diagnostic des tumeurs des bourses est toujours une chose délicate ; il est peu de tumeurs, en effet, qui aient donné lieu à plus de dissidences et de discussions, il en est peu qui prêtent plus facilement à l'erreur. Cependant, il y a quelques principes qui relèvent du bon sens plutôt que de la pratique chirurgicale, dont il ne faut jamais se départir et que vous devez avoir présents à l'esprit dans l'examen de semblables cas.

Il faut, avant tout, rechercher avec soin le début de l'affection, s'éclairer sur la marche et les progrès de la tumeur, sur les accidents et les complications qui ont pu survenir, et surtout (c'est un point sur lequel j'insiste toujours beaucoup) reconnaître, par un examen méthodique et minutieux, les moindres détails de cet appareil si simple à l'état normal et si complexe, quand les organes qui le composent deviennent le siége d'un état pathologique quelconque. Efforcez-vous de retracer en quelque sorte le schéma de la lésion et cette analyse soignée vous facilitera singulièrement le diagnostic. Ce sont là, Messieurs, des préceptes qui semblent d'une simplicité banale, mais les moyens les plus simples, justement parce qu'ils sont les meilleurs, sont toujours les plus négligés.

Dans le cas actuel, il s'agit manifestement de tumeurs du testicule ou de l'épididyme ; il n'y a pas à s'arrêter à la discussion de tumeurs siégeant dans le cordon proprement dit, ni dans les parois du scrotum. Tous ces organes sont intacts ; leurs tumeurs offrent des caractères tout différents, nous n'en parlerons donc pas : sans vouloir non plus étudier à fond le diagnostic différentiel de toutes les tumeurs du testicule, je vais sommairement passer en revue les principales, en commençant par celles dont l'élimination est facile à établir ici.

Je vous signalerai pour mémoire un genre de tumeur rare, les *kystes par inclusion fœtale*. Les faits de ce genre sont peu nombreux. M. Verneuil, dans un travail publié en 1855 dans les *Archives de médecine*, n'a pu en réunir que dix cas. De plus, ce sont des tumeurs congéniales ; les observations recueillies chez les adultes témoignent toutes de l'existence d'une maladie remontant au premier âge de la vie ; enfin, leurs caractères de chronicité avec poussées inflammatoires et quelquefois issue de débris fœtaux suffisent pous les faire reconnaître.

A côté de ces tumeurs, je placerai comme aussi remarquables par leur rareté les *kystes hydatiques* du testicule : ces deux variétés de tumeurs forment des exceptions patho-

logiques; Curling, qui fait autorité en pareille matière et qui a eu l'occasion d'examiner un nombre considérable de testicules, n'en a jamais rencontré.

A. Cooper a signalé des tumeurs d'un genre particulier auxquelles il a donné le nom de *Maladie kystique du testicule*. Cette affection, sur la nature de laquelle on a longtemps et beaucoup discuté, était considérée par cet auteur comme formée par la dilatation des conduits séminifères ; plus tard on ne voulut y voir que la transformation de certaines productions morbides et on les considéra comme des tumeurs malignes. Il faut différencier, selon moi, la maladie décrite par A. Cooper, des kystes formés secondairement dans les tumeurs sarcomateuses ou autres ; j'ai insisté jadis sur ce point et l'histologie m'a donné raison. Les cavités se forment aux dépens du tissu conjonctif interstitiel de la glande et le liquide qu'elles contiennent ne renferme jamais de spermatozoïdes ; c'est tout-à-fait l'analogue de ces kystes qui subissent un développement si remarquable dans l'ovaire. Je ne m'appesantirai pas sur cette question que vous trouverez bien traitée dans deux mémoires récents de M. Perriquet (thèse de Paris, 1875), et de M. Malassez (*Archives de physiologie*. 1875). Le diagnostic de cette tumeur ne repose pas, il faut l'avouer, sur des bases bien certaines ; si elles offrent une certaine résistance, un semblant de fluctuation, elles ne sont, d'un autre côté, jamais transparentes. Mais vous pourrez différencier les autres tumeurs du testicule par les caractères suivants : d'abord leur rareté, ensuite l'absence de cause traumatique à l'origine, la conservation de l'état général de la santé, l'absence de tout retentissement ganglionnaire.

Ce terme de kystes appelle forcément une autre variété de tumeurs qui s'en rapproche au moins par la dénomination : l'*Hydrocèle enkystée ou spermatique du testicule*. Je ne vous en aurais cependant rien dit, si vous n'aviez eu l'occasion d'en voir un exemple récent dans nos salles ; c'est en effet plutôt une tumeur des bourses qu'une tumeur testiculaire et vous avez pu juger par vous-même du peu de ressemblance qu'elle offre avec les cas qui nous occupent. Le diagnostic ne pourrait, chez le malade que j'ai opéré devant vous, être réellement en discussion qu'avec l'hydrocèle ordinaire; vous aviez, en effet, une poche liquide volumineuse (nous en avons retiré 50 grammes de liquide), transparente, ayant laissé le testicule complétement à part, tellement isolé et distinct que l'éclairage de la tumeur le faisait reconnaître manifestement à la partie antérieure. La ponction vient affirmer le diagnostic en nous montrant le liquide habituel blanc opalin et dans lequel le microscope révèle des spermatozoïdes.

Nous éliminons donc ces tumeurs que leur rareté ou leurs caractères trop différentiels ne permettaient pas de faire soupçonner chez nos malades ; celles que nous avons à étudier maintenant demandent plus d'attention. L'*orchite chronique*, par sa marche et son ensemble symptomatique, pourrait nous arrêter un instant: je crois, pour ma part, à son existence, quoique la science ne soit pas encore fixée sur ce point. Mais le plus généralement c'est une épididymite et non une orchite vraie; de plus, elle n'atteint jamais le volume des tumeurs que nous avons sous les yeux et vous avez toujours quelques signes ou antécédents propres à vous mettre sur la voie : blennorrhagie au début, poussées inflammatoires plus ou moins répétées ; vous n'aurez guère d'hésitation possible qu'avec le *tubercule du testicule*. Pour beaucoup de chirurgiens, ce n'est du reste qu'une seule et même chose; orchite caséeuse, tuberculose testiculaire, c'est tout un. Les tubercules du testicule ont une physionomie à part qui frappe au premier aspect : téguments rétractés et adhérents à une masse molle, dont l'épididyme a été le siége primitif, abcès ou traces d'abcès anciens, coïncidence assez fréquente d'accidents tuberculeux dans d'autres organes voisins ou éloignés, etc. M. Gosselin a, il est vrai, décrit des formes de tubercule testiculaire à marche latente, à évolution tardive, apparaissant chez des sujets âgés; mais même dans les cas les plus chroniques, vous pourrez remonter à des accidents aigus, à des périodes d'inflammation dans le cours de leur évolution. (*A suivre.*)

MALADIES DE LA PEAU

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. LAILLER.**

Des teignes.

Leçons recueillies par LANDOUZY, revues par le professeur (1).

IIIe LEÇON. — **Trichophytie. Trichophytie du cuir chevelu, teigne tonsurante.**

SOMMAIRE.— Trichophyton tonsurans, Gruby, Malmsten.— Ses caractères. — Aspect macroscopique et microscopique des cheveux. — Prédominance des spores sur les tubes de mycélium dans le trichophyton. — Variétés de la trichophytie suivant que le champignon s'attaque au cuir chevelu, aux poils follets ou à la barbe. — Teigne tonsurante, herpès circiné, sycosis parasitaire.

Messieurs,

Notre étude d'aujourd'hui portera sur la partie de beaucoup la plus pratique et la plus importante de l'histoire des teignes. Nous devons passer en revue l'ensemble des affections provoquées et entretenues par la présence du champignon, désigné sous le nom de Trichophyton, affections fort différentes d'aspect suivant leur siége, et que M. Hardy a très-heureusement réunies sous la dénomination générale de Trichophytie.

Tandis, Messieurs, que nous voyons l'Achorion Schœnleinii produire toujours et partout, sur les membres, sur le tronc, sur la face, aussi bien que sur le cuir chevelu, des godets de forme et de couleur caractéristique, le champignon que nous allons apprendre à connaître produira, sur le cuir chevelu, la teigne tonsurante, sur des régions moins pourvues de poils, sur les membres ou le cou, par exemple, l'érythème ou l'herpès circiné, sans compter que, s'il se développe sur la face, chez l'homme, à l'érythème et à l'herpès circiné, pourront s'ajouter successivement le pityriasis alba et le sycosis parasitaire.

La connaissance des relations de cause à effet entre le trichophyton et les éruptions qu'il détermine, la raison de cette coïncidence si fréquente de la tondante et de l'herpès circiné sont des notions relativement récentes, puisqu'elles ne datent que des travaux de Gruby et Lebert en France, de Baerensprung en Allemagne, c'est-à-dire, d'une période comprise entre les années 1843 et 1847.

Le trichophyton paraît avoir été étudié pour la première fois par Gruby, dans une communication à l'Académie des sciences de Paris (Comptes-rendus, T. 27, année 1843); mais, la description de Gruby est si incomplète au point de vue histologique, si obscure au point de vue clinique, l'auteur confondant constamment la teigne tondante avec la pelade, qu'il faut véritablement arriver jusqu'à Malmsten pour avoir une notion précise sur le tricophyton.

Cette notion se trouve dans le travail que Malmsten publia, sur la teigne tondante, à Stockholm en 1845, et qui fut traduit en 1848 dans les Archives d'anatomie et de physiologie de Muller : de là le nom de champignon de Malmsten que vous verrez parfois donné au trichophyton tonsurant.

Peu d'années après, en 1850, M. Cazenave décrivait avec soin la maladie d'après une épidémie qu'il avait observée en 1840 dans une maison d'éducation. Notre collègue insistait sur la nature contagieuse de l'affection, mais il gardait un silence absolu sur l'existence du parasite décrit par Gruby. En 1852, MM. Malherbe et Letenneur, de Nantes, publiaient leur intéressant mémoire sur l'herpès circiné : dans ce travail, qui est le résultat d'une sorte de collaboration des deux médecins nantais, M. Malherbe nie formellement l'existence du champignon, et, M. Letenneur, sans être aussi absolu, lui refuse toute importance étiologique. Si j'ai tenu, Messieurs, à vous rappeler le mémoire de nos confrères de Nantes, c'est que ces auteurs sont peut-

(1) Voir les nos 45, 46, 51 et 52, de l'année 1876.

être les premiers qui aient indiqué d'une façon certaine la transmission de la maladie des animaux à l'homme; ils n'auraient été précédés dans cette voie que par le Dr Houlez (de Sorrèze) qui, en 1845, aurait fait, à la Société médicale de Toulouse, une communication sur la transmission de la dartre du bœuf à l'homme. En 1853, la question s'éclaircit singulièrement grâce à la publication par M. Bazin des *Recherches sur la nature et le traitement des teignes.*

Dans ce très-remarquable travail, mon savant confrère établit, d'une manière irréfutable, la nature parasitaire des teignes, la contagion de la tondante de l'animal à l'homme, pressent l'identité de nature de l'herpès circiné et de la teigne tondante sans l'affirmer, comme il l'a fait plus tard avec talent et autorité.

A la même époque, Baerensprung arrivait, à Berlin, à des résultats presque identiques. Depuis, grâce surtout aux persévérantes recherches faites dans ce service même par M. Bazin, la nature parasitaire de la tondante, son identité de nature avec l'érythème et l'herpès circiné, avec le pityriasis alba de la face et certains sycosis, ont conquis, chaque jour, de nouveaux partisans et ont fini par être acceptées presque sans conteste. Ne pouvant vous énumérer tous les travaux intéressants parus sur cette question, je me bornerai à vous citer les plus importants, ceux de M. Cramoisy, ceux de M. le professeur Hardy, et surtout une thèse fort remarquable de M. Mahaux sur le trichophyton tonsurans et les affections cutanées qu'il détermine.

Malgré cet ensemble considérable de travaux, malgré les nombreuses recherches déjà faites et continuées en France ou à l'étranger, vous vous convaincrez qu'il reste encore plus d'un point litigieux à éclaircir, plus d'un problème à résoudre.

Avant de décrire les éruptions déterminées par la présence du trichophyton sur le corps, avant d'étudier la tondante qui nous occupera spécialement aujourd'hui, nous devons étudier le parasite en lui-même, au point de vue de l'histoire naturelle.

D'après M. Robin, le trichophyton tonsurans ou trichophyton de Malmsten, est un champignon de la division des asthrosporées et de la tribu des Torulacées ; il serait uniquement formé de spores rondes ou ovales, transparentes, incolores, variant de 3 μ à 8 μ, tous caractères que vous reconnaîtrez facilement sur les préparations qui passeront sous vos yeux. D'après M. Robin, dont je tiens à citer la description, les spores « donnent naissance à des filaments » articulés constitués par des spores enchaînées en filaments » moniliformes qui, en se développant, rampent dans » l'épaisseur de la substance du cheveu dans la direction » de la longueur et, accessoirement, quand celui-ci est » rompu, occupent les croûtes épidermiques et sébacées du » cuir chevelu. Les filaments en chapelets auxquels donnent naissance les spores, ont des bords qui tendent à » former une ligne ondulée, mais dans l'intérieur desquels » on voit que les spores sont un peu écartées l'une de » l'autre. »

M. Bazin, dans la première édition de ses Recherches sur les teignes, admit l'existence du mycélium dans la tondante, puisqu'il dit que la gaîne blanchâtre et comme pulvérulente qui enveloppe les cheveux malades n'est, au microscope, qu'une agglomération de mycélium et de spores.

Si j'insiste, Messieurs, sur ce point, c'est que l'existence du mycélium est controversée, c'est aussi qu'il importe d'être bien fixé sur les caractères du champignon, puisque ces caractères vous permettront de faire un diagnostic précis.

Dans ses Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires, parues en 1862, M. Bazin revient sur ce sujet pour se prononcer timidement. Voici, en effet, ce qu'il écrit : « Dans le tricophyton n'y aurait-il pas avec les » spores quelques tubes de mycélium? Je le croirais volontiers, mais des recherches nouvelles sont nécessaires » pour que je sois fixé à cet égard. »

Dans la thèse remarquable dont je vous ai déjà parlé, loin de douter de l'existence du mycélium, le Dr Mahaux lui donne un rôle prépondérant, une importance en tous cas supérieure à celle des spores. Notre confrère belge dit, en effet, à la page 46 « chaque fois que nous avons soumis à » l'examen microscopique des poils envahis par le trichophyton, nous avons constaté l'existence de deux éléments » anatomiques bien distincts et très-caractéristiques : les » spores et le mycélium, dans un grand nombre de cas, » nous ne parvenions même à apercevoir que des tubes de » mycélium. »

Cette divergence grande entre l'opinion de M. Bazin et de M. Mahaux tient peut-être à ce que le premier a eu surtout en vue dans ses descriptions la teigne tondante type des enfants, tandis que le second a plutôt étudié les altérations de l'herpès circiné : de plus, quand on se reporte aux figures 1, 2 et 3 de la planche de M. Mahaux, on se demande s'il a vu en réalité des tubes de mycélium dans les proportions qu'il décrit, et s'il n'a pas été victime d'une illusion d'optique, qui lui aurait fait prendre des lacunes interfibrillaires des cheveux remplis d'air pour des tubes de mycélium, erreur plus difficile à éviter qu'on ne le croirait au premier abord, et que comprendront ceux d'entre vous qui ont fait de fréquents examens de cheveux de tondante.

La vérité touchant le mycélium me paraît être, Messieurs, intermédiaire entre l'opinion de Bazin et celle de M. Mahaux, et voici ce que des examens nombreux de cheveux altérés par la présence du trichophyton, m'ont fait voir.

Quand on place, dans une goutte de glycérine, sous le champ du microscope, un cheveu malade qu'on a, au préalable, laissé plusieurs heures dans une solution de potasse ou dans l'éther, voici ce qu'on observe à un grossissement de trois à quatre cents diamètres. L'extrémité libre du cheveu (opposée à la racine), apparaît comme dentelée et formant un véritable petit balai, cet aspect résulte de la brisure même du cheveu. Les fibres longitudinales semblent dissociées et, dans les intervalles qui les séparent, on trouve une quantité plus ou moins considérable de spores juxtaposées tantôt en séries linéaires, tantôt en groupes, si bien que, quand la lésion est très-avancée, les spores prennent l'apparence des amas d'œufs qu'on trouve dans le corps des poissons.

Ces spores n'occupent pas seulement la surface des cheveux, mais encore leur épaisseur, comme il est facile, en faisant jouer la vis du microscope, de s'en assurer par l'examen de plans différents. Sur ces cheveux, les spores vous apparaîtront plus distinctes au fur et à mesure que vous vous rapprocherez de la racine moins pigmentée que la tige : on voit de ces spores jusque dans le bouton même du cheveu quand on est parvenu à l'arracher en entier, mais, le plus souvent, il s'est brisé près de sa racine et présente là la même apparence de balai qu'à son extrémité libre.

Quand on parvient à enlever un cheveu malade avec sa racine, il arrive fréquemment qu'il est brisé dans sa partie intradermique, mais, ses fragments sont maintenus en contact par la gaîne épidermique qui enserre le cheveu comme chez les enfants les fragments d'une fracture incomplète sont maintenus par le périoste qui, sans se rompre, a résisté à la violence extérieure.

Cette gaîne épidermique, si vous l'examinez avec soin, surtout au niveau du point d'émergence du cuir chevelu, vous la trouverez remplie de spores mêlées à des cellules épidermiques et, dans quelques cas exceptionnels, à des globules de pus.

Tantôt ces spores sont en groupes informes, tantôt elles sont placées bout à bout et comme articulées les unes avec les autres, mais, quel que soit le mode de groupement de ces éléments, vous pouvez toujours les dissocier par une simple pression.

Dans quelques cas, en même temps qu'on observe la disposition précédente, disposition très-nette sur les préparations faites ce matin même en vue de la leçon, on trouve, çà et là, dans le champ du microscope, de petites ramifications transparentes semblables aux brindilles que les grands

vents font tomber des arbres, ramifications ayant toutes l'apparence de tubes à parois parallèles, habituellement vides, mais, renfermant quelquefois des spores qui, au lieu de la forme arrondie commune, prennent la forme ovale ou carrée. Ce sont là, Messieurs, de véritables tubes de mycélium, mais, il me serait impossible de dire avec M. Mahaux si, dans l'évolution de la lésion, les tubes précèdent ou suivent l'apparition des spores. Si ces tubes sont, comme vous pouvez vous en convaincre, faciles à distinguer au milieu des cellules et des spores de la gaîne épidermique, il n'en est plus de même dans la continuité des cheveux : on voit bien des spores disposées en séries linéaires, mais on ne distingue pas de parois qui les enferment, et elles paraissent simplement maintenues par les fibres longitudinales du cheveu qu'elles écartent en se développant. Quelquefois, mais très-exceptionnellement, on voit des tubes ramifiés obliquement sur le cheveu, mais il nous a paru, que, dans ces cas assez rares, ces tubes étaient accolés à la surface même du cheveu et ne pénétraient pas son tissu.

Cette disposition que je viens de décrire et que vous pouvez contrôler en faisant vous-mêmes des préparations de cheveux de tondante, cette disposition du cheveu altéré par le trichophyton se retrouve, à peu de chose près, avec les mêmes caractères, dans les poils de la barbe chez les sujets atteints de sycosis parasitaire ; on la retrouve encore, mais avec quelques variantes, dans l'érythème et l'herpès circinés, ainsi que dans le pityriasis alba de la face précurseur du sycosis.

Dans l'érythème et l'herpès circinés parasitaires, c'est dans les squames et les poils des limites mêmes de l'éruption, qu'il faut chercher le parasite. Dans ces cas, les spores se trouvent très-difficilement, et, le plus souvent, ce n'est qu'après bien des recherches et bien des préparations, qu'on parvient à trouver le parasite.

Si, Messieurs, les préparations du trichophyton sont aussi longues et difficiles dans l'herpès circiné qu'elles sont simples et rapides dans la tondante, en revanche, la démonstration est plus nette, ce qui tient à ce que les poils follets sont plus transparents que les cheveux, ce qui tient encore à ce que les spores sont disséminés au lieu de se grouper en masse comme dans la tonsurante. C'est dans ces cas, c'est sur des préparations obtenues par râclage d'une plaque érythémateuse, que vous verrez des tubes de mycélium, les uns vides, les autres renfermant des spores, serpenter et se ramifier à la surface des poils ou bien mêlés aux lamelles épidermiques entraînées par la pointe de votre bistouri. Je ne saurais trop vous répéter, Messieurs, que la recherche des éléments parasitaires, dans les cas d'érythème et d'herpès, présente de grandes difficultés, demande une extrême patience et ne donne pas de résultats positifs, alors même que les caractères cliniques des éruptions permettent d'affirmer leur nature parasitaire. Je vous ai, Messieurs, plusieurs fois rendus témoins des recherches vaines faites par mes internes, et plusieurs fois vous avez pu vous convaincre que, même avec du temps, de la patience et une assez grande habitude de ces recherches, nous n'arrivions pas à fournir la preuve microscopique de la nature parasitaire de nos trichophyties cutanées.

D'où vient le trichophyton ? La plus grande obscurité règne encore sur ce point. Hallier (d'Iéna), dont je vous ai déjà parlé, considère le trichophyton comme n'étant qu'un dérivé de l'achorion schœnleinii, en vertu de cette opinion (à laquelle l'auraient conduit ses essais de culture des parasites), que la destinée des champignons paraît commandée tout entière par les milieux dans lesquels ils se développent. Comme je vous l'ai dit déjà, ce sont là des hypothèses appuyées sur un nombre insuffisant de faits, je devais vous les indiquer, mais je ne puis m'y arrêter. Il serait, je crois, dans l'état actuel de la science, impossible d'affirmer ou de nier que le trichophyton soit un dérivé du champignon de la teigne faveuse; tout ce qu'on peut dire, c'est que la prédominance considérable des spores sur l'élément tubulaire dans la trichophytie, jointe au mode d'agencement des spores dans les cheveux et les squames épidermiques, permettent toujours au clinicien de différencier une teigne tondante d'une teigne faveuse.

Maintenant que les caractères micrographiques du trichophyton nous sont connus, étudions les éruptions que sa présence détermine chez l'homme : ces éruptions, je vous l'ai dit déjà, sont très-différentes suivant leur siége, suivant aussi l'âge des malades : ces différences sont telles qu'elles nous obligeront à faire une description isolée de chacune d'elles, c'est ainsi que nous étudierons séparément la trichophytie du cuir chevelu ou teigne tonsurante, la trichophytie de la barbe, qui se présente à nous sous forme pityriasique ou sycosique, la trichophytie enfin des autres parties du corps qui revêt la forme d'érythème ou d'herpès circinés.

Toutes ces affections, vous ai-je dit, ont la même origine, ou mieux la même cause, elles sont toutes dues à la présence du même champignon. De quelque façon que celui-ci soit déposé sur la peau, il ne tarde pas à se développer, pourvu qu'il soit tombé sur un terrain favorable à sa germination. Il résulte des expériences faites sur lui-même par le Dr Bouchard, qu'il suffit d'une dizaine de jours pour qu'une éruption érythémateuse se développe à l'endroit où a été déposée la matière champignoneuse.

Les manifestations auxquelles donne lieu le développement du parasite sont, vous le pressentez, très-différentes suivant la région où il a été déposé : sur la peau des régions glabres, il donne lieu à des éruptions érythémateuses ou vésiculeuses ; sur le cuir chevelu, ces éruptions passent inaperçues, et l'existence du parasite nous est révélée par une desquamation furfuracée constituée, le plus habituellement, par une ou plusieurs plaques circonscrites, beaucoup plus rarement par une éruption diffuse. C'est sur ces plaques que vont se faire les altérations des cheveux, altérations qui entraîneront leur cassure et aboutiront aux tonsures qui ont valu à la maladie le nom de teigne tondante ou tonsurante : c'est de cette variété de trichophytie que je vous entretiendrai dans notre prochaine réunion avec tous les détails que comportent l'intérêt et les difficultés du sujet. *(A suivre)*.

OBSTÉTRIQUE

Note sur un cas de rotation spontanée et très-étendue de la tête pendant l'accouchement, rotation non suivie d'un mouvement semblable du tronc;

Par **P. BUDIN.**

Nous avons communiqué récemment à la Société de Biologie un fait que nous avions observé pendant notre internat à la Maternité et qui nous semble présenter quelqu'intérêt au point de vue de la physiologie et de la pratique des acouchements.

Dans la plupart des cas et heureusement, l'enfant, on le sait, se présente par le sommet : que l'occiput soit dirigé en avant et à gauche (O. I. G. A.), ou qu'il soit tourné en arrière et à droite (O. I. D. P). Lorsque cette dernière position existe, l'accouchement, en général, a lieu de la façon suivante : l'occiput, par un mécanisme qui n'est pas encore complétement expliqué, exécute d'arrière en avant un mouvement de rotation tel qu'il vient se placer sous la symphyse pubienne; il décrit donc près d'un demi-cercle.

Aussi, au siècle dernier, un accoucheur anglais, grand observateur, Smellie, avait-il recommandé, lorsque dans les occipito-postérieures l'accouchement ne se termine pas spontanément, d'appliquer le forceps et, à l'aide de cet instrument, de faire exécuter artificiellement à la tête ce mouvement de rotation. Cette pratique, négligée après lui, a été remise en vigueur en France par P. Dubois, Danyau, Depaul, Blot, Tarnier, Bailly, etc. D'autres accoucheurs, Stoltz, Chassagny, Villeneuve, pour ne parler que des Français, protestent au contraire contre cette manœuvre opératoire et la considèrent comme dangereuse. Ils crai-

gnent que, si les membranes sont rompues depuis quelque temps, le tronc ne suive pas le mouvement de rotation imprimé à la tête. On pourra alors, disent-ils, produire une luxation de la colonne vertébrale et causer la mort de l'enfant.

Jusqu'ici, cet accident si redouté en théorie n'a pas encore été signalé en pratique. Voici un fait d'accouchement spontané, très-attentivement observé, qui jettera peut-être quelque lumière sur le point en litige.

Le 18 octobre 1875, à 8 h. 15 du matin, j'entrai à la salle d'accouchement de la Maternité où se trouvaient plusieurs femmes en travail. La première que j'examinai, la nommée Gav... était âgée de 23 ans, enceinte pour la seconde fois. Au milieu de la nuit, à 1 heure du matin, elle avait été réveillée par l'écoulement d'une certaine quantité de liquide amniotique et depuis, elle n'avait cessé d'avoir des douleurs; ces douleurs se succédaient à intervalles assez rapprochés. En l'examinant par le palper, je trouvai que la tête plongeait dans l'excavation, le siége était en haut, le dos était tourné à droite et en arrière; en avant on sentait un grand nombre de parties fœtales mobiles et petites, c'étaient les membres. A l'auscultation, j'entendis le maximum des bruits du cœur fœtal à droite et en arrière. Au toucher, je trouvai l'orifice utérin présentant un diamètre moins grand que celui de la paume de la main; la suture sagittale était placée suivant le diamètre oblique gauche du bassin, on sentait en arrière et à droite la pointe de l'occipital. Il y avait donc une présentation du sommet en O. I. D. P. L'élève chargée de l'accouchement m'assura que les douleurs reparaissaient très-régulières, et très-intenses toutes les quatre ou cinq minutes.

J'avais quitté cette femme pour aller en examiner une autre, lorsque, au bout de quelques instants on m'appela: « Venez vite, la malade accouche. » En effet à mon grand étonnement, je vis que la tête faisait saillie sous la symphyse pubienne. Je touchai et je constatai en ce point la présence de l'occiput. Ainsi, la dilatation du col s'était achevée, la tête était descendue et avait exécuté son mouvement de rotation avec une rapidité extrême. Dès que la douleur fut passée, que les parois abdominales furent devenues souples, je pratiquai de nouveau le palper: les membres du fœtus étaient toujours en rapport avec la paroi abdominale antérieure, le dos était resté en arrière. — Une nouvelle douleur survint, la tête se dégagea complétement suivant ses diamètres sous-occipitaux, la région sous-occipitale prenant un point d'appui sur le bord inférieur de la symphyse pubienne. Mais à peine la tête était-elle complétement sortie qu'elle tourna du côté droit, décrivit brusquement d'avant en arrière un demi cercle complet, vint se mettre en rapport avec la région anale de la mère et demeura dans cette situation.

Quelques minutes plus tard, une nouvelle douleur arrivait, l'occiput tournant comme une toupie, toujours du côté droit, accomplit d'abord d'arrière en avant un grand arc de cercle qui le plaça en position oblique antérieure, puis un nouveau mouvement beaucoup plus restreint en sens opposé, c'est-à-dire d'avant en arrière qui le mit transversalement en rapport direct avec la cuisse droite, alors que l'épaule gauche venait se placer sous la symphyse pubienne. Deux minutes après une nouvelle contraction arriva, les épaules se dégagèrent et le tronc sortit.

Evidemment dans ce cas, la tête arrivée sur le plancher périnéal avait exécuté un mouvement de rotation qui avait ramené l'occiput sous la symphyse pubienne, mouvement de rotation qui n'avait pas entraîné un mouvement analogue du tronc puisque, d'une part, on sentait encore par le palper les membres du fœtus dirigés en avant, et que, d'autre part, la tête étant sortie des parties génitales et devenue libre, l'occiput, à la suite d'un véritable mouvement de détorsion était allé se placer directement en arrière, en rapport avec la région anale de la mère.

Le nouveau mouvement qui avait ensuite ramené l'occiput en rapport avec la cuisse droite avait été consécutif à la rotation du tronc, l'épaule gauche étant venue s'engager sous la symphyse pubienne.

Du reste, je liai et sectionnai le cordon ombilical, j'essuyai et enlevai l'enfant. En l'examinant, je vis que la tête était très-mobile et qu'il était très facile de lui imprimer un mouvement de rotation si étendu, que la face, dirigée en arrière, avait son menton presque sur la même ligne que la colonne vertébrale. Ce mouvement fut exécuté lentement et à plusieurs reprises, à la grande frayeur des élèves sages-femmes étonnées de me voir ainsi tordre le cou de cet enfant. Quant à ce dernier, il n'éprouvait sans doute ni gêne, ni douleur, car il respirait librement et ne poussait aucun cri. Il était du reste bien conformé, d'un volume normal, et pesait 3200 grammes. Lorsqu'il fut emporté en nourrice cinq jours après, il était en excellent état de santé.

Voici donc un fait indiscutable dans lequel on a observé la rotation spontanée et complète de la tête, rotation qui n'avait pas été suivie d'une rotation du tronc. Les conséquences si graves redoutées par certains accoucheurs ne sont donc pas fatales. Jusqu'ici, du reste, on n'a jamais cité en pratique un seul cas dans lequel un accident avait été la conséquence d'un mouvement de rotation imprimé à la tête par le forceps. En outre, notre excellent maître, M. Tarnier, a démontré expérimentalement : d'une part, que le mouvement de rotation ne se passe pas seulement dans l'articulation atloïdo-axoïdienne, mais dans une grande partie de la colonne vertébrale ; et d'autre part, que cette rotation n'amène pas de compression de la moelle. « Il résulte, dit-il, de nombreuses expériences que j'ai faites sur des cadavres d'enfants nouveau-nés, que, lorsqu'on fait exécuter à la tête une rotation d'un demi-cercle, et qu'on ramène le menton au niveau du dos, et par conséquent l'occiput au niveau du sternum, tout en maintenant les épaules immobiles, ce mouvement ne se passe pas seulement dans l'articulation axoïdo-atloïdienne, mais dans toute la longueur de la région cervicale et d'une partie de la région dorsale dont les vertèbres se tordent en spirale. Cette expérience ne peut se faire qu'en déployant une grande force pour faire exécuter à la tête une rotation aussi étendue, et, néanmoins, une dissection minutieuse ne m'a révélé aucune lésion appréciable dans le rachis ou dans la moelle épinière. Mais, dira-t-on, si les vertèbres se tordent, le canal rachidien doit s'aplatir et comprimer la moelle épinière. Pour aller au devant de cette objection, j'ai institué d'autres expériences dans lesquelles je substituai à la moelle épinière une colonne liquide qui pouvait refluer dans un tube de verre placé à l'intérieur. Toute compression du canal rachidien faisait monter le liquide dans le tube; or, en faisant exécuter à la tête une demi-rotation, le liquide restait immobile. Comme contre-épreuve, je fléchissais très-fortement la tête et le liquide refluait aussitôt dans le tube. J'avoue que je ne m'attendais pas à ce dernier résultat, mais il m'a convaincu que la rotation exagérée expose moins à la compression de la moelle qu'une flexion aussi considérable que celle que l'on est obligé de produire pour dégager l'occiput en arrière dans les positions occipito-postérieures. Il est bien entendu que, dans cette comparaison, je n'ai en vue que la compression proprement dite du canal rachidien. »

Nous nous garderons bien de tirer du seul fait que nous avons rapporté des conclusions définitives. Cependant, en le rapprochant des expériences faites par M. Tarnier, on arrive à penser que la torsion du cou n'est pas, chez le fœtus, aussi redoutable que le croient certains auteurs. Cette observation démontre, en outre, que la rotation de la tête n'est pas, contrairement à l'opinion exprimée récemment, la conséquence dans tous les cas de la rotation primitive des épaules.

(1) TARNIER. *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*; article *Forceps*, t. XV, p. 384.

UNIVERSITÉ D'UPSAL. — Nous avons annoncé naguère que l'université d'Upsal (Suède), doit célébrer l'an prochain, le 400e anniversaire de sa fondation, et que des préparatifs se font dès à présent pour cette solennité. L'année d'ensuite, c'est-à-dire en 1878, ce sera le tour de Copenhague, dont l'université comptera, cette année là, également ses 400 ans d'existence. Cet anniversaire ne manquera pas aussi d'être célébré solennellement.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Société anatomique. — Séance annuelle.

La séance de vendredi dernier, à la Société anatomique, a été consacrée, suivant l'usage, à l'installation du nouveau bureau et à la revue de l'année qui venait de finir.

M. Charcot, porté par un vote unanime à la présidence pour une nouvelle période de deux années, a ouvert la séance par quelques paroles de remerciement, et a constaté le rôle important que tend de plus en plus à prendre dans le mouvement scientifique actuel la *Société anatomique* de Paris. C'est là, en effet, que viennent se concentrer toutes les observations intéressantes recueillies dans les hôpitaux de Paris ; c'est dans les Bulletins de cette Société, que le *Progrès* publie régulièrement, que puisent largement les étudiants en médecine qui préparent leurs thèses et les médecins qui consacrent leurs loisirs à faire des recherches sur des sujets spéciaux.

D'après l'ordre du jour, les deux vice-présidents devaient ensuite lire l'éloge des membres décédés dans l'année précédente. M. Desprès a rappelé le souvenir de Parmentier, ancien trésorier de la Société, et M. Liouville, à qui les préoccupations de la politique n'ont pu faire oublier la science, a retracé en termes émus la vie du professeur Béhier, et montré la part active qu'il avait prise aux travaux de la Société et l'intérêt qu'il n'avait jamais cessé de témoigner aux études d'anatomie pathologique. La publication du discours de M. Liouville, que l'on trouvera plus loin, nous dispense d'en faire l'éloge.

Enfin, l'archiviste et le trésorier ont exposé la situation matérielle de la Société ; il résulte de leur exposé que cette situation, difficile dans ces dernières années, est aujourd'hui presque florissante; mais que, néanmoins, il ne faut pas exagérer ce côté brillant en raison des lourdes charges qu'impose à la Société la publication de ses bulletins. La table générale des dix dernières années (1866-1875), qui doit paraître dans quelque mois, nécessitera aussi quelques sacrifices.

La séance a été terminée par des présentations de pièces anatomiques; car à l'inverse de quelques autres Sociétés, la Société anatomique ne croit pouvoir mieux faire, pour donner plus d'intérêt à une séance générale, que de continuer le cours de ses travaux habituels.

Réouverture des cours de clinique mentale à l'asile Sainte-Anne.

Nos lecteurs n'ont pas oublié comment, à la suite d'un article inqualifiable publié par un *reporter* malveillant et peu éclairé, un arrêté préfectoral supprima l'enseignement fait depuis plusieurs années déjà à l'asile Sainte-Anne par MM. Bouchereau, Dagonnet, P. Lucas et Magnan. A cette époque, tous les journaux de médecine, sauf un seul, blâmèrent cette mesure (1). Aucun motif sérieux ne la justifiait d'ailleurs et on pouvait prédire, sans être grand prophète, qu'un jour viendrait où cet enseignement, si utile, serait rétabli.

De son côté, le Conseil général de la Seine s'est vivement intéressé à cette affaire et, chaque année, depuis cette malencontreuse suppression, le rapporteur du budget des asiles d'aliénés et un grand nombre de membres du Conseil se sont efforcés de faire revenir l'administration à une appréciation plus exacte des faits. Nous citerons surtout MM. Clémenceau, Ch. Loiseau, Thulié et Béclard. Ces efforts ne devaient pas demeurer infructueux. Aussi, est-ce à bon droit que M. Loiseau, dans son rapport lu au mois de novembre dernier, annonçant que les leçons cliniques d'aliénation mentale allaient être reprises, a rappelé que c'était surtout aux réclamations persistantes du Conseil général qu'était dû cet heureux résultat.

Les formalités à remplir, nous le répétons, sont les suivantes : « Ceux qui voudront suivre ces conférences devront se pourvoir préalablement d'une autorisation du directeur de l'établissement, laquelle sera délivrée — aux élèves en médecine sur le vu d'un certificat de la Faculté de médecine attestant que le titulaire a subi avec succès le troisième examen de fin d'année, — aux médecins et magistrats sur la présentation de leur carte personnelle, — aux avocats sur le vu d'un certificat délivré au secrétariat général du ministre de la justice. (1). » Nous ne ferons pas l'énumération des démarches que les étudiants doivent faire à la Faculté et nous entrons sur le champ à l'asile Sainte-Anne.

Pour se conformer aux ordres de ses supérieurs, le directeur de cet asile a procédé ainsi qu'il suit : Un employé était chargé de vérifier si les aspirants au cours étaient dans les conditions exigées; puis, il leur remettait une carte rose qu'ils devaient faire signer par le Directeur. En raison de l'affluence des auditeurs, il est résulté que l'on a dû faire queue; que, à chaque instant, durant la leçon qui a commencé à 9 heures 1/2 et fini à 10 heures, il est arrivé des auditeurs et qu'une partie d'entre eux n'a pu pénétrer dans la salle qu'à la fin de la leçon.

Nous sommes tellement habitués en France au formalisme administratif, que nous aurions peut-être omis de parler de ces inconvénients, s'ils n'avaient soulevé de vives critiques de la part d'un certain nombre de médecins qui, accoutumés de voir à l'étranger les portes des établissements et des amphithéâtres s'ouvrir devant eux avec empressement dès qu'ils ont fait connaître leur qualité, ont été fort contrariés des contre-temps qu'ils ont eu à subir. Ceci dit, pour relater exactement ce qui s'est passé, nous devons déclarer que, aux leçons ultérieures, ces inconvénients paraîtront, sans doute, moins graves puisqu'il n'y aura plus à délivrer de cartes qu'aux nouveaux assistants. Toutefois, ceux-ci feront bien de prendre leurs précautions et de remplir les formalités avant 9 heures et demie, s'ils ne veulent courir le risque de manquer le commencement de la leçon.

Le cours a lieu dans le parloir où les familles sont admises à voir leurs parents; c'est une salle longue, étroite, avec des portes au milieu et aux extrémités, et constituant, par conséquent, un fort mauvais amphithéâtre, d'autant plus qu'une moitié restant libre pour le service des malades le va-et-vient des employés trouble les auditeurs et gêne le professeur. Aussi, espérons-nous que l'Administration, bientôt édifiée sur l'ordre qui règne dans ces leçons, consentira à mettre à la disposition des médecins de l'asile Sainte-Anne la belle salle qui existe dans cet établissement

(1) Voir le *Progrès médical*, 1874, p. 125 et 1875, p. 655.

(1) Voir le n° 50 du *Progrès médical* de 1876, p. 870-871.

et qui a été construite précisément dans le but de « servir à l'enseignement de la science aliéniste par les *leçons pratiques de la clinique* (1). »

M. Magnan a un nom justement estimé des médecins qui s'occupent des maladies mentales. Ses travaux sont connus non seulement en France, mais encore à l'étranger. Par suite, n'y a-t-il rien d'étonnant à ce que son cours attire de nombreux auditeurs. Sa première leçon a été consacrée à l'exposé sommaire des procédés et des instruments employés dans l'étude de la pathologie mentale et à des généralités sur la paralysie générale, maladie qui fera l'objet de plusieurs leçons. Enfin, M. Magnan a montré quelques malades qui lui ont permis de rendre compréhensibles pour tous, les principaux symptômes qu'il venait de décrire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. LÉPINE.

M. JAVAL à propos du procès-verbal rappelle que, dans la dernière séance, il a refusé d'admettre avec M. Cadiat que la polyopie monoculaire soit produite par double réfraction. Des recherches bibliographiques faites depuis lui ont appris que déjà, en 1852, Stellwag de Carion attribua la diplopie à la double réfraction. Un an après, dans une thèse soutenue à Zurich, Gut le contredisait. Il s'en suivit un débat scientifique à la suite duquel l'opinion de Stellwag de Carion fut repoussée : et Stellwag lui-même sembla donner raison à son adversaire en ne répondant, en dernier lieu, que par une fin de non-recevoir.

M. CHARCOT rapporte à la Société des faits excessivement intéressants. Depuis quelque temps, il fait dans son service avec M. Burcq, des expériences de métallothérapie. Si on applique, chez une hystérique hémianesthésique, sur un membre du côté anesthésié, 3 ou 4 pièces d'or reliées par un ruban on constate au bout d'un certain temps que la sensibilité est revenue dans une étendue de 5 à 8 centimètres au-dessus et au-dessous des points d'application. Il n'est pas rare que cette sensibilité persiste toute la journée ; avec son retour coïncident une élévation de la température et une augmentation de la force dynamométrique. Parfois une seule pièce suffit pour produire ce phénomène. D'autres métaux, tels que le cuivre et le zinc jouissent, dans l'espèce, de la même propriété que l'or ; mais certaines malades sont surtout sensibles à l'action de l'un ou de l'autre de ces métaux ; et, suivant le métal qui produit sur elles le plus d'effet, M. Burcq dit qu'elles sont sensibles au zinc, au cuivre ou à l'or. Par le même procédé, on a obtenu le même résultat chez deux hémianesthésiques de cause cérébrale organique. Un assez grand nombre de pièces d'or a été appliqué sur un bras atteint de contracture, mais la contracture est restée la même. Sans rien préjuger, M. Charcot hésite à penser qu'on doive rattacher à une action électrique ces phénomènes qui sont en ce moment l'objet d'une étude sérieuse et feront prochainement le sujet d'une nouvelle communication.

M. LABORDE relate certains phénomènes résultant de l'action de la morphine et présente des dessins montrant les modifications que subit la rétine sous l'influence d'un usage prolongé de ce médicament. Lorsqu'on injecte à un chien 5 à 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine, on observe tout d'abord une grande accélération des mouvements du cœur et de la respiration ; sur la rétine se produit un état congestif, mais très passager. Si on répète cette injection chaque jour, au bout d'un certain temps, environ trois semaines, la rétine est excessivement anémiée : la période congestive ne s'y produit plus au moment de l'injection. De même, pour le cerveau et la moelle, l'anémie est extrême : il n'y a pas de sang dans les vaisseaux. On n'a pas trouvé de lésions nerveuses.

(1) *Rapport de Ferdinand Barrot*, p. 11.

Il a recherché, avec M. Cazeneuve, la morphine dans les liquides et les organes de l'économie. On ne la trouve pas dans le sang d'un chien, même quelques instants après lui avoir injecté 25 centigrammes de chlorhydrate de morphine dans la veine fémorale. On ne la retrouve ni dans la salive, ni dans les urines, ni dans les organes ; cependant le foie et l'encéphale en auraient présenté des traces. D'après un mémoire du *Journal de pharmacie*, on a pu recueillir suffisamment de morphine, pour en faire l'analyse, dans les matières fécales d'un malade qui depuis 5 ans en absorbait des quantités considérables ; il n'en existait pas dans l'urine.

M. CHOUPPE possède des observations qui confirment celles de M. Laborde. Il insiste sur l'accélération des mouvements du cœur consécutive à l'absorption de la morphine. Il a vu une injection de 8 à 10 milligrammes de chlorhydrate de morphine déterminer une embolie, chez une malade atteinte de névralgie faciale avec zona ophthalmique et portant une affection organique du cœur. IS. BESSON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance solennelle du 16 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. Henri ROGER, secrétaire annuel, lit son rapport général sur les prix décernés en 1875. — Sont proclamés lauréats de l'Académie, pour 1875 :

Prix de l'Académie (1,000 fr.). — Ce prix devait être décerné au meilleur mémoire sur le traitement des anévrysmes par les différents modes de compression. — Deux mémoires ont concouru L'Académie ne décerne pas de prix; mais elle accorde, à titre de récompense, une somme de 800 fr. à M. le dr Pize (Louis), de Montbéliard (Drôme), auteur du mémoire inscrit sous le no 2, ayant pour épigraphe : *Il faut que la compression, dans le traitement des anévrysmes, remplace désormais la ligature, comme la ligature, à la fin du siècle dernier, a remplacé l'opération par l'ouverture du sac.* (Broca.)

Prix Portal (2.000 fr.). — L'Académie avait laissé les candidats libres d'adresser un mémoire *sur un sujet quelconque* d'anatomie pathologique. Un seul mémoire a été adressé pour ce concours. Il porte pour titre : *Recherches sur l'anatomie pathologique des atrophies musculaires*. L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le dr Hayem, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix de Civrieux (900 fr.). — L'Académie avait proposé la question suivante : « De l'insomnie. » — Six mémoires ont concouru. Il n'y a pas eu lieu à décerner le prix; mais l'Académie a accordé à titre d'encouragements : 1° 500 francs à M. le dr Guipon (de Laon), auteur du mémoire no 5, portant pour épigraphe : *Quod caret alterna requie, durabile non est.* (Ovide); 2° 200 fr. à M. le dr Marvaut (Angel), méd.-major à l'hôpital de Mascara (Algérie), auteur du mémoire no 4, ayant l'épigraphe suivante : *Qu'y a-t-il de plus doux qu'un sommeil calme et qui n'est troublé par aucun rêve?* (Platon.); 3° 200 fr. à M. le dr Willemin, médecin-inspecteur adjoint des eaux minérales de Vichy (Allier), auteur du mémoire no 6.

Prix Capuron (3,000 fr.). Ce prix devait être distribué au meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de la science obstétricale. — Quatre mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le dr Peter (Michel), médecin des hôpitaux, auteur d'un travail sur la grossesse et les maladies du cœur inscrit sous le no 3, avec l'épigraphe : *Labore libertas*, et portant pour titre : *Mémoire sur la grossesse et les maladies du cœur.*

Prix Barbier (3,000 fr.). — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc., etc. (Extrait du testament.) Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. — Huit ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour ce concours. L'Académie ne décerne pas le prix; mais elle accorde, à titre de récompense, la somme de 1,000 fr. à M. le dr Moncoq, pour son appareil à transfusion instantanée du sang.

Prix Godard (1,000 fr.). — Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. — Sept ouvrages ou mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le dr Mauriac (Charles), médecin des hôpitaux de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Du Psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale*, inscrit sous le no 5

Elle accorde une mention très-honorable à M le dr Olivier (Paul), de Paris, pour son travail imprimé : *sur les Tumeurs osseuses des fosses nasales et des sinus de la face*, inscrit sous le no 1.

Prix Amussat (1,000 fr.). — Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auraient réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Un seul mémoire a concouru. Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Prix Lefèvre (3,000 fr.). — La question suivante a été mise au concours : « De la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale.» — Quatre mémoires ont été adressés pour concourir. L'Académie décerne le prix à MM. les drs Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, et Burlureaux

(Charles), médecin aide-major à l'hôpital militaire de Versailles, auteur du mémoire inscrit sous le n° 3, ayant pour épigraphe : *La détermination du siége des maladies, ou leur localisation, est une des plus belles conquêtes de la médecine moderne.* (Bouillaud.)

Prix d'Argenteuil (8,000 fr.). — Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant cette sixième période (1869 à 1875), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, durant ces six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires. L'Académie ne décerne pas de prix ; mais elle accorde, à titre d'encouragement : 1° 5,000 fr. à M. le dr Duplay (Simon), chirurgien des hôpitaux de Paris, pour son ouvrage intitulé : *de l'Hypospadias périnéo-scrotal et de son traitement chirurgical*; 2° 1,500 fr. à M. le dr Spuire (of Elmira, New-York), pour son travail ayant pour titre : *Cathéter prostatique vertébré*; 3° 1,500 fr. à M. Bénas, de Paris, pour l'intéressante modification qu'il a apportée dans la fabrication des bougies filiformes dites en crins de Florence.

Travaux relatifs à l'hygiène de l'enfance. — L'Académie avait proposé pour sujet de prix la question suivante : « Déterminer les chiffres de la mortalité des enfants de zéro jour à un an : 1° Suivant les âges, c'est-à-dire de semaine en semaine pendant le premier mois ; puis de 1 à 3 mois, de 3 à 6, de 6 à 9, de 9 à 12 mois ; — 2° suivant le sexe ; — 3° suivant l'état civil ; — 4° suivant les lieux, c'est-à-dire par département et dans les plus grandes villes ; — 5° suivant les mois de l'année. » Ce prix était de la valeur de 1,200 fr. — Six mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. Bertillon, de Paris, auteur du travail inscrit sous le n° 3, portant pour épigraphe : *Quare mors immatura vagatur.* (Lucrèce.)

Elle accorde en outre, à titre de récompense : 1° Une somme de 300 fr. et une médaille d'argent à M. le dr Vacher, de Paris, auteur du mémoire n° 2; 2° *Des médailles d'argent à* : M. le dr J. Chrestien (de Lille), auteur du mémoire inscrit sous le n° 1 ; — M. Hérault, inspecteur des enfants assistés du département de l'Isère, à Grenoble, pour son mémoire inscrit sous le n° 4. En outre des récompenses ci-dessus, l'Académie accorde, pour les travaux annuels envoyés en réponse au programme ordinaire de la commission de l'hygiène de l'enfance : 1° *Une médaille d'or* à : M. le dr Gibert (de Marseille), pour ses nombreux et intéressants mémoires sur l'hygiène de l'enfance; 2° *Une médaille d'argent à* : M. le dr Maurin, pour ses travaux sur l'hygiène de l'enfance; 3° *Rappels de médailles d'argent à* : MM. les drs Sanguin de Saint-Chamas; Raimbaud, d'Aix (Bouches-du-Rhône), et Bourée, de Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or); 4° *Des médailles de bronze à* : MM. les drs Birart, de Pontoise; Bockberger, de Darnetal (Seine-Inférieure); Dagand, d'Alby (Haute-Savoie); Rozan, de Briançon (Hautes-Alpes); Coronat, de Gap (Hautes-Alpes).

La séance s'est terminée par la lecture, faite par M. BÉCLARD, d'un travail de M. JOLLY sur la *Mémoire*.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 12 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

Allocution de M. CHARCOT.

Messieurs,

Permettez-moi en ouvrant la séance d'aujourd'hui de vous témoigner toute ma reconnaissance pour l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant une fois de plus, par vos suffrages, à présider vos séances.

Permettez-moi aussi à ce propos, de répéter ce que, deux fois déjà, j'ai dit en pareille circonstance : c'est que tous mes efforts seront consacrés, comme par le passé, à justifier la confiance que vous m'accordez.

L'ordre du jour de la séance d'aujourd'hui est particulièrement chargé. Aussi, ne m'arrèterai-je pas à vous présenter un exposé de notre situation scientifique; je me bornerai à proclamer, ce que chacun sait d'ailleurs, aussi bien dans cette enceinte qu'en dehors d'elle, c'est qu'à ce point de vue nous n'avons qu'à nous féliciter des résultats de nos efforts.

En ce qui concerne l'état de nos finances et les actes de nos publications, il n'en est, malheureusement, pas tout-à-fait de même; nos horizons de ce côté ne sont pas sans être obscurcis par quelques nuages qu'il ne nous a pas encore été possible de dissiper. Sur ce double sujet M. le Trésorier et M. l'Archiviste vont à l'instant entrer dans le détail.

Vous entendrez ensuite l'éloge de trois de nos collègues dont nous avons à regretter la perte récente : Béhier et Axenfeld, maîtres éminents et qui, à si juste titre, occupaient les premiers rangs dans la profession; Parmentier, médecin ingénieux et modeste, qui toujours, vous le savez, s'est montré ardemment dévoué aux intérêts de notre Société.

Eloge de M. le professeur BÉHIER, prononcé par le docteur Henri LIOUVILLE, vice-président.

Messieurs,

En acceptant la mission de rappeler devant vous une partie de la vie scientifique de l'un des membres dont la Société a le plus vivement ressenti la perte, d'un professeur laborieux et dévoué qui honorait la science et qui adorait la jeunesse, — de M. Béhier, — j'accomplis d'une part, comme je le dois, le devoir que vous imposez à ceux qui ont reçu de vos suffrages l'honneur de la vice-présidence.

Mais, en envisageant la grandeur même de la tâche, je sens que d'autres voix, beaucoup plus autorisées que la mienne, auraient dû se faire entendre aujourd'hui, et qu'il appartenait surtout à des maîtres compétents et estimés, de parler dignement d'un maître dont un grand nombre d'entre nous s'honore d'avoir été les disciples.

M. Louis-Jules BÉHIER, qu'il nous était encore donné d'entendre comme professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, presque jusqu'à la veille de sa mort (7 mai 1876), est entré à 23 ans dans la Société anatomique. Il y fut admis le 20 avril 1836, pendant son internat même, situation qu'il avait tant désirée, et qu'il obtenait à 21 ans, en 1833, dans une promotion qui ne comptait que dix-neuf élus.

Comme pour les vrais travailleurs, l'internat devait être, pour lui, une des phases les plus animées de son existence si active; ce fut certainement une des époques de sa vie que plus tard il se plaisait le mieux à rappeler : « Jour heureux » entre les jours heureux, disait-il dans l'éloge du professeur » Rostan qui sortit, en 1805, victorieux d'un concours où figu- » raient avec lui Béclard, Chomel et Lisfranc, jour heureux » que celui où l'on obtient ce titre tant désiré d'interne! Tous, » nous en avons gardé le plus vif souvenir. C'est le premier » succès important dans la vie médicale ; aussi les fatigues » du travail opiniâtre qu'il a fallu s'imposer pour réussir, sont » bien vite oubliées au milieu des aspirations vers l'avenir » que ce nouveau titre soulève dans de jeunes intelligences. »

Cette impression, bon nombre d'entre vous, messieurs, l'ont éprouvée, j'en suis sûr; et je la souhaite ardemment, comme une des plus douces, à ceux qui, sans avoir pu atteindre le but même, et, quoique bien méritants aussi, n'ont fait que s'en rapprocher, mais se préparent dans un provisoriat laborieux, à affronter, mieux armés, les redoutables épreuves du concours définitif.

Cette salutaire impression, M. Béhier la ressentit plus qu'aucun autre, lui dont l'entrain vigoureux et fécond a su défier, jusqu'à 63 ans, fatigues, douleurs et préoccupations, entraîné sans cesse par une ardeur pleine de rayonnement, et voulant toujours voir autour de lui s'accuser dans ses manifestations multiples, l'action, c'est-à-dire la vraie traduction de la vie.

On ne s'étonnera donc pas que recherchant les centres de travail les plus animés, M. Béhier ait aspiré de bonne heure à entrer dans la Société anatomique. Plus que tout autre milieu, elle offrait l'image de cette activité mouvementée qu'affectionnait déjà l'interne de ses débuts.

Créée le 3 décembre 1803, par Dupuytren, alors chef des travaux anatomiques, tour à tour présidée par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu et par Laennec, cette association de jeunes travailleurs, née du besoin vivement senti de mettre en commun et de faire servir à l'instruction générale, les observations et les découvertes avait vu se grouper autour d'elle les Bayle, les Marjolin, les Dutrochet, Magendie, et Cruveilhier. Toutefois, de dures circonstances arrêtèrent un instant son essor, et il fallut attendre cinq ans, — après une éclipse passagère, — pour qu'elle brillât de nouveau en 1826.

Rétablie par les soins de Cruveilhier, dont notre cher président actuel, M. Charcot, a bien souvent retracé devant nous, le rôle immense dans le mouvement scientifique français de la première moitié du siècle, la Société appela à elle et attira de suite toute la jeunesse studieuse, Monsieur Béhier n'y manqua pas.

Il comprit qu'il y avait honneur à compter parmi les membres d'une réunion qui s'était déjà fait remarquer par la sévérité et la tendance positive de ses travaux.

Comme on l'a justement dit : « les circonstances étaient favorables : le mouvement d'impulsion communiqué aux études anatomiques dans le commencement du siècle était dans toute sa force ; la jeune école était pénétrée de la nécessité de faire reposer la médecine sur la base inébranlable des lésions organiques ; d'autre part, la Société de la Faculté de médecine venait d'être détruite ; sa ruine laissait sans direction et sans guide le zèle de la jeunesse studieuse.

Aussi la réapparition de la Société anatomique, encouragée par la Faculté elle-même au sein de laquelle se tenaient ses séances, fut-elle bien accueillie ; les collaborateurs lui arrivèrent de toutes parts ; elle devint en peu de temps le centre et le point de ralliement des élèves les plus laborieux de l'Ecole pratique et des hôpitaux et ne tarda pas à compter dans ses rangs tous les titres qui s'obtiennent par le concours, tous les degrés de la hiérarchie médicale.

Quel milieu scientifique convenait mieux à Monsieur Béhier ! Disciple affectionné de Biett qui a guidé ses premiers pas et auquel il resta longtemps attaché comme élève spécial, dont il fut même le secrétaire intime, il était devenu interne de Guersant et allait avoir l'honneur de compter parmi les élèves d'Andral.

On sait l'influence que ces savants praticiens exercèrent sur la direction de ses études. Personne d'ailleurs n'a mieux que lui proclamé de quelle importance est le choix de nos premiers guides, choix qui domine parfois toute la vie.

Elève, il le sentait déjà ; maître il aimait à le répéter souvent. Dans l'éloge de Grisolle, qui lui, reflétait si bien Louis et Chomel, M. Béhier rappelant ses souvenirs d'étudiant, s'écrie :

« Je constate encore souvent, pour ma part, combien cette « causerie de chaque jour, combien cette action incessante » d'une même intelligence laissent des traces profondes, » ineffaçables dans l'esprit quand, dans telle ou telle idée qui » m'assiége, je retrouve l'influence de mes maîtres adorés et « vénérés, Biett et M. Andral. Je sens bien alors que c'est » leur esprit qui me hante, et si par hasard de nouveaux tra- » vaux, des découvertes récentes, me font abandonner tel ou » tel de ces souvenirs, c'est à regret que je les quitte, et je les » accompagne alors longtemps dans mon esprit, car, en rom- » pant ainsi avec les idées amies de ma jeunesse, il me semble » toujours que je retire à mes maîtres aimés une partie du » respect que je suis si heureux de conserver pour eux. »

Pensant bientôt qu'il est devenu maître à son tour, que des disciples en grand nombre se pressent autour de lui, M. Béhier ajoute :

« Aussi, quand on a bien senti cette action de chaque jour » si persévérante, si durable, et qu'on est appelé par l'âge et « par la situation à lier un semblable commerce avec ceux « qui vous écoutent, on devient, croyez-le bien, sévère avec « soi-même, et l'on exerce sur ses paroles et sur ses actes un « contrôle sérieux, très-profitable du reste et très-salutaire » pour quiconque a charge non pas d'âmes, mais d'intelli- « gences. »

En citant les noms des premiers maîtres de M. Béhier nous avons suffisamment indiqué combien leur esprit correspondait à celui qui animait la Société anatomique, alors que, comme aujourd'hui, « persuadée que les faits doivent devan- » cer les doctrines et leur servir de base, elle se renfermait » dans la science des faits. »

Aussi le jeune interne se pénétra-t-il vite et complétement, de l'importance d'une corporation où l'on étudiait à fond : » l'organisation dans l'état sain et dans l'état morbide, l'ana- « tomie dans ses relations avec la physiologie, la pathologie, » et la thérapeutique. »

Dès ses premières communications dont la liste, déjà longue en 1837, comprend surtout une note importante sur *les tubercules du cerveau* à propos d'une tumeur de la protubérance annulaire ; ainsi qu'un fait intéressant d'*éruption stibiée dans l'œsophage* ; et un cas de *mélanose générale du poumon* constatée chez un homme, exposé aux poussières du charbon, dès ses premières communications, on trouve le reflet de cette solide éducation qui dirige tous les efforts vers l'examen des altérations organiques et des désordres fonctionnels qui leur correspondent.

Ses monographies portent la même marque, soit qu'il utilise, au point de vue de l'*étude des mouvements et des bruits du cœur*, l'observation d'un sujet atteint de *fissure congénitale du sternum* (1855) ; soit qu'il interprète plusieurs faits de *gangrène des membres dans la fièvre typhoïde* (1857).

Enfin dans l'important *Traité de pathologie interne* qu'il fit avec la collaboration de son cher compagnon d'études et de succès, M. le professeur Hardy, livre qui restera parmi nos meilleurs classiques, on retrouve ce même soin, cette même exactitude dans la description des lésions.

Ces auteurs, en effet, tout en ne méconnaissant pas le danger de donner une place prépondérante à l'anatomie pathologique, proclament bien haut ses services : « c'est à elle, disent » ils, que nous sommes redevables en partie de cette préci- » sion de diagnostic qui forme le plus beau titre de la géné- » ration médicale actuelle élevée à l'Ecole de Paris. »

C'est encore à l'anatomie pathologique que M. Béhier apporte une large contribution, lorsqu'il recueille et groupe les observations qui servent de si utile complément à ses premières *Conférences cliniques de la Pitié* (1861-1863.) Un grand nombre des faits qui y sont consignés figurent aussi dans nos Bulletins, exposés par ses élèves, bien souvent même à son instigation.

Ce livre et les travaux qu'il résume, précédèrent de peu l'entrée de M. Béhier à l'*Académie de médecine*, comme membre de la section d'anatomie pathologique (1866.)

Plus tard aussi, M. Béhier continue à se montrer fidèle à cette même direction de recherches, soit en animant d'un dernier souffle la *Société médicale d'observation*, soit en acceptant d'être inscrit parmi les premiers parrains d'une Société qui, dans le peu de séances qu'elle a eu, a cependant jeté un certain éclat, je veux parler de la *Société de micrographie*.

La science toutefois, ne devait pas perdre à ce que, pour le moment du moins, ces deux réunions de travailleurs soient venues se fondre dans notre *Société anatomique* actuelle, dont je n'ai pas à faire l'éloge devant vous.

Mais les immenses services qu'elle rend, mais la place importante qu'elle a su conquérir, surtout dans ces dernières années, M. Béhier, loin de les ignorer, avait le droit d'en revendiquer sa part. S'il ne pouvait plus venir aussi exactement à nos séances, il s'y faisait représenter par ses élèves, c'était publiquement, avec éloge, qu'il citait nos publications, enrichies bien souvent de faits provenant de son service, et il y puisait largement pour ses leçons.

N'était-ce pas aussi cette même et vraie méthode scientifique, dont il s'inspirait dans ses *Leçons de l'Hôtel-Dieu*, et dans ces belles et si complètes observations, dont la lecture seule occupait parfois (et avec quelle utilité !), presque toute une séance ?

Excellent moyen, soyez-en bien convaincus, Messieurs, de dérouler toutes les phases du cas spécial, d'en faire revivre, comme par la plus exacte photographie, tous les incidents indispensables à la notion pratique qu'il en faut toujours déduire, pour le bien des malades. Cependant, sur ce théâtre plus vaste, le professeur ajoutait de puissants moyens de contrôle ; il était toujours prêt à utiliser tous ceux qu'il pouvait avoir sous la main, et savait s'entourer de tout ce qu'exigent les recherches actuelles.

Aussi s'empressa-t-il de contribuer puissamment avec son cher collègue et ami, M. le professeur Richet, à la création de ces *Laboratoires annexés aux Cliniques*, véritables ateliers pratiques, dont il comprit vite l'importance, et dont il recueillit, comme une récompense qui lui était bien due, les premiers avantages, par un accroissement d'influence sur la jeunesse studieuse.

C'est que M. Béhier sentait bien que le devoir d'un maître est en quelque sorte de s'imposer la mission incessante du progrès.

Il succédait, dans l'amphithéâtre où sont inscrits les noms glorieux de Bichat et de Desault, à Trousseau et à Grisolle, et, comme l'a fort justement écrit l'un de ses panégyristes (1), » pour un homme comme Béhier, acquérir un honneur, c'était » contracter un devoir. »

(1) P. Mercier, *Revue Scientifique*, Juin 1876.

Or, notre maître comprit parfaitement qu'un professeur, en dehors de l'enseignement pratique ordinaire, a le rôle d'un initiateur. Il comprit « que les grandes *Cliniques de la Faculté* » *de médecine de Paris* ont ceci de particulier, qu'elles ont à » tenir la jeunesse au courant de toutes les acquisitions des » sciences médicales. »

Des idées nouvelles avaient surgi ; de nouveaux procédés d'investigation étaient mis en œuvre, conduisant à une connaissance plus exacte des faits et à des constatations qui jetaient une lumière précieuse sur bien des points obscurs jusque-là de la médecine.

Ce mouvement, commencé en France, avait pris un solide essor à l'étranger ; des missionnaires volontaires en rapportaient le récit enthousiaste, essayant de faire une comparaison qui pouvait coûter momentanément à notre patriotisme, mais qui n'était que l'écho de la vérité.

Une sorte de résistance retarda toutefois quelque temps ce développement progressif. Dans une circonstance solennelle (1), M. Béhier crut devoir dénoncer, avec sa franche et vigoureuse énergie, les obstacles qu'il avait alors constatés ; je ne puis mieux faire que de lui laisser présenter lui-même la défense de quelques-uns des maîtres de son temps, parmi lesquels il avait le droit de se placer à juste titre :

« Ces obstacles au mouvement progressif actuel, dit-il, il » importe, de les signaler publiquement : D'abord certains » esprits, chagrins et retardataires de parti pris, nièrent la va- » leur des travaux et des faits qui gênaient leurs idées cons- » tituées. D'autres, paresseux, endormis dans la quiétude de » leurs connaissances, repoussèrent absolument ces assertions » importunes, afin de s'éviter l'étude et le contrôle critiques » qui peuvent seuls permettre de se prononcer hautement » contre les opinions et les travaux qui se produisent. Il » devint de mode, chez quelques-uns, de railler et de plai- » santer la fougue et l'engouement des novateurs qui, disait- » on, n'apportaient rien d'utile. Pauvres esprits avec lesquels » on en a fini fort heureusement.

« En outre, ce qui retarda plus complétement encore chez » nous la vulgarisation de ces progrès et l'examen critique de » ces découvertes, ce fut, sachez-le bien, cette incurie et ce » laisser-aller singulier du pouvoir qui, aux lamentations des » savants, aux sollicitations incessamment formulées par les » membres du corps enseignant qui voulaient obtenir le per- » sonnel et le matériel nécessaires à la propation de ces con- » naissances, répondait d'une façon presque dédaigneuse, en » faisant sonner bien haut la nécessité de préparer des armes » nouvelles pour lutter contre un voisin dangereux, et en » ayant l'air de croire que l'Europe nous enviait notre science, » comme on disait alors qu'elle nous enviait notre adminis- » tration modèle. C'étaient là des propos honteux que j'ai » entendus pour ma part avec le rouge au front et depuis, » hélas ! nous n'avions même pas eu la compensation de voir » ces armes qu'on préférait si complétement aux instruments » de la science, prévenir et détourner les désastres de notre » malheureuse patrie !

« Cette incurie coupable n'a pas été une des moindres cau- » ses du retard qu'a subi parmi nous l'évolution de certaines » connaissances nouvelles. La responsabilité ne nous revient » nullement, à nous qui avons sans cesse répété nos suppli- » cations alarmées. Cette responsabilité, on a voulu nous l'im- » puter. Puisque l'occasion se présente, je repousse formel- » lement et la tête haute cette accusation. A chacun sa part, » il est plus que temps de bien l'établir et la lumière doit » être faite. »

Messieurs, longtemps témoin des efforts de mon maître, associé souvent à ses travaux, maintes fois confident de ses pensées, j'ai cru qu'il était de mon devoir de rappeler cette page qui l'honore et qui resterait, soyez-en sûrs, s'il en était besoin, comme sauvegarde de sa mémoire.

Mais son nom, sera toujours, du reste prononcé avec respect, par tous ceux qui, l'ayant bien connu, ont vu que, lorsqu'il fut appelé au glorieux couronnement de sa carrière si laborieuse, il s'efforça par un travail sans relâche, de rester, pour l'éducation de la jeunesse, à la hauteur de sa mission. Quoiqu'il sût, à des signes certains, quelle atteinte profonde avait subie sa santé, il voulut en effet remplir jusqu'au bout, cette tâche impérieuse, imposée plus encore aujourd'hui, si c'est possible, à tout membre de l'Université de France.

L'idée du devoir lui apparaissait inséparable de l'amour de la Patrie ; il avait vivement ressenti nos désastres, mais il espérait notre complet relèvement, et comme sa devise favorite était « *vouloir c'est pouvoir* » il s'efforçait de communiquer à ses nombreux disciples, son ardeur enthousiaste et confiante, sans cesse, enfin, il fut soutenu par ce sentiment si puissamment développé en lui, qu'il avait, comme on l'a dit, « charge » de jeunes esprits, destinés à vivre et à progresser après lui, » et ne se croyait pas le droit d'arrêter l'avenir des connais- » sances médicales au pied de sa chaire ! »

Et en ceci, Messieurs, l'on peut affirmer, sans crainte d'être démenti par l'avenir que M. Béhier, en donnant à tous ce grand exemple a marqué sa place d'une empreinte ineffaçable parmi les maîtres qui ont été le plus utiles à la génération médicale actuelle (1).

(1) Eloge de M. le professeur Grisolle, prononcé à l'Hôtel-Dieu.

(1) Nous publierons prochainement, l'éloge prononcé par M. Després.

Séances de Juillet 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

31. Recherches sur la structure de la moelle épinière, du bulbe et de la protubérance; par M. PIERRET, interne des hôpitaux.

Avant d'entretenir la Société de quelques faits anatomiques concernant la structure de la moelle, du bulbe et de la protubérance, je vais exposer en quelques mots la marche que l'on doit suivre, il me semble, dans ces recherches, pour arriver à des résultats précis. Je crois que les auteurs qui se sont occupés d'anatomie fine des centres nerveux, poussés par le désir bien légitime de déterminer les rapports des ganglions nerveux entre eux, ont fait dire à l'anatomie normale un peu plus de choses peut-être qu'elle ne peut enseigner. C'est ainsi que l'on a vu Schrœder Van de Kolk, Luys, Meynert, décrire avec précision, des fibres nerveuses, unissant des amas ganglionnaires souvent fort éloignés. Il ne me semble pas que l'anatomie normale seule puisse donner de pareils résultats.

Pour se rendre compte de la difficulté de pareilles études, il suffit de se souvenir que, jusqu'à présent, les anatomistes les plus autorisés, n'ont pu encore démontrer les rapports exacts des cornes antérieures et postérieures à la région lombaire ; et cependant cette étude semble facile, comparée à ce qu'elle devient, si on l'applique à un organe aussi complexe que le bulbe.

A la région lombaire, les cellules nerveuses sont très-volumineuses, les tubes nerveux plus développés. Au contraire, à mesure que l'on s'élève vers l'encéphale, les éléments ganglionnaires prennent des dimensions plus faibles, en même temps que les tubes nerveux, plus nombreux, deviennent aussi plus petits. Il ne me semble donc pas possible que l'anatomie normale, seule, avec la technique dont elle dispose, puisse faire pour le bulbe ce qu'elle n'a pu faire encore pour la moelle. Ce que l'on est en droit de lui demander, c'est une bonne topographie, une description exacte de tous les noyaux qui existent, et des faisceaux nerveux volumineux qui s'en rapprochent. Mais cette étude doit être faite strictement et en éloignant avec soin toute idée préconçue.

Si l'anatomie normale me paraît incapable d'amener seule à la solution de l'important problème des relations qui existent entre la moelle et le bulbe, entre le bulbe, le cerveau et le cervelet, faut-il pour cela renoncer à cette recherche. Je ne le crois pas ; il faut seulement appeler à l'aide de l'anatomie impuissante d'autres moyens d'analyse.

En première ligne je placerai l'étude de l'anatomie pathologique, et je ferai voir par quelques exemples comment on peut s'en servir pour arriver à contrôler les descriptions anatomiques ou démontrer entre des centres nerveux éloignés des rapports que l'on ne pourrait reconnaître autrement.

Le principe qui, il me semble, doit présider à cette recherche, est le suivant : Toute lésion expérimentale ou pathologique, située en un point quelconque des centres nerveux, peut devenir le point de départ d'actions irritatives qui, se transmettant suivant le trajet des tubes nerveux émanés du

point malade, donnent souvent lieu à des myélites consécutives dont la localisation indique le siége, et la longueur des tubes nerveux intéressés. En un mot, c'est l'étude des dégénérations irritatives.

Je n'ai pas à rappeler ici, tout le parti, que MM. Turck, Charcot, Bouchard, ont tiré de ce mode de recherche, en ce qui regarde les dégénérations secondaires. Je n'ai pas à rappeler les immenses progrès, que mon savant maître, M. Charcot, a fait faire à la pathologie nerveuse, par ses travaux sur les myélites systématiques. Je me contenterai de montrer que ces études peuvent être poursuivies, et leur cadre agrandi. Qu'une carie du sacrum comprime la queue de cheval, une névrite ascendante va prendre naissance, et se traduire dans les faisceaux postérieurs de la moelle par une sclérose complète des zones radiculaires. Cette myélite par propagation entraîne à son tour la dégénération irritative des fibres ascendantes du faisceau de Goll. Mais, et c'est le fait intéressant, jamais la dégénération partant de si bas, n'intéresse toute l'épaisseur du faisceau médian. Elle reste au contraire bornée aux fibres les plus superficielles. Néanmoins, on peut retrouver des fibres malades jusqu'à la hauteur des pyramides postérieures du bulbe. Quelle donnée anatomique pourra-t-on tirer de ce fait d'observation? sinon la suivante : « Dans le faisceau médian postérieur, il y a des fibres qui unissent les pyramides postérieures au renflement lombaire ; ces fibres sont à la fois les plus médianes et les plus superficielles. »

Dans un autre cas, si la compression siége, par exemple, vers le milieu de la région dorsale, on verra la dégénération ascendante occuper tout le faisceau de Goll. Il devient alors évident que ce faisceau renferme, dans ses parties profondes, des fibres ascendantes, dont le trajet est plus court que celui des fibres superficielles.

Ce qui est vrai pour le faisceau de Goll, l'est aussi pour les cordons latéraux, comme il est facile de le démontrer par l'étude des dégénérations secondaires. Les fibres les plus longues tendent à devenir superficielles à la région lombaire. Aussi, arrivons-nous à concevoir cette loi anatomique, que pour la moelle et peut-être les centres élevés, les fibres qui ont à parcourir un long trajet, sont ordinairement superficielles. L'anatomie pathologique donne ici des résultats que ne pouvait faire pressentir l'anatomie normale.

Un second mode de recherche, que j'ai inauguré pour la moelle, sous la direction de M. Charcot, c'est l'étude du développement. Les résultats de ce travail sont venus confirmer de tout point les données de la clinique, et aussi démontrer la réalité de cette loi : que, dans les centres nerveux, moelle, bulbe ou encéphale, les régions ou les faisceaux qui posséderont plus tard une aptitude physiologique et pathologique distincte, présentent dans leur développement des particularités susceptibles de les distinguer des autres régions.

Le développement doit être, d'ailleurs, étudié comparativement chez l'homme et les vertébrés ; on reconnait ainsi qu'il existe des différences considérables entre les divers animaux suivant la place qu'ils occupent dans l'échelle des êtres. Ainsi, je puis dire brièvement, me réservant de revenir sur ce sujet : que chez le lapin, on ne trouve pas trace de faisceau de Goll; ce fait est d'une importance capitale, car il vient démontrer que l'on ne peut pas toujours comparer des expériences physiologiques faites chez des animaux dont le système nerveux peut être différemment constitué.

Enfin, l'étude du développement comparé nous amène à celle de l'anatomie comparée, et surtout à la recherche des différences qui séparent les centres nerveux de l'homme et des divers animaux. On sait tous les progrès réalisés dans la connaissance des circonvolutions cérébrales, depuis le jour où Gratiolet eut l'idée de les examiner comparativement chez l'homme et chez le singe. On vit bientôt que l'être humain seul possède un cerveau complet, et que depuis l'insecte dont le cerveau rudimentaire se compose de deux petits ganglions accolés, dont le rôle paraît être purement sensoriel, jusqu'au chimpanzé, on passe par une série de perfectionnements. Or, si la moelle est destinée à subir constamment l'influence prépondérante du cerveau, il est tout naturel de penser qu'elle se perfectionne parallèlement, et que pour des circonvolutions nouvelles, liées à des fonctions plus complexes, il faut à la moelle des faisceaux nerveux nouveaux.

Les études que j'ai entreprises dans ce sens me permettent, je crois, d'affirmer qu'il y a un parallélisme presque complet entre le développement des lobes occipitaux et frontaux et celui du faisceau postérieur de la moelle épinière. Ainsi, chez le lapin qui, je l'ai dit, n'a jamais de faisceaux de Goll, et dont le faisceau postérieur, comme chez la plupart des vertébrés, est très-peu développé, on ne trouve dans l'encéphale que des rudiments de circonvolutions frontales ou occipitales.

Il paraîtrait donc que le système sensitif arrive chez l'homme à un très-haut degré de perfection, quel que soit le point des centres nerveux où on l'examine. D'un autre côté, chez l'homme, les circonvolutions frontales, siége des phénomènes intellectuels, acquièrent un grand développement. Ce fait se comprend facilement, car on ne s'explique guère ce que peut être l'intelligence quand la sensibilité fait défaut. En outre, l'absence de lobes occipitaux, chez les animaux dont les régions sensibles de la moelle sont rudimentaires, permet de supposer l'existence de rapports intimes entre ces deux régions pourtant si éloignées, faisceaux postérieurs et lobes occipitaux.

C'est à l'aide de ces trois moyens d'investigation : anatomie pathologique, embryologie et anatomie comparées, soutenus par une bonne topographie due à l'anatomie normale, que l'on arrivera, je crois, à connaître exactement les rapports des centres nerveux entre eux.

32. **Des origines centrales du nerf auditif**; par M. Pierret, interne des hôpitaux.

Les origines centrales du nerf auditif offrent un grand intérêt et, il faut le dire, une complexité moins grande qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord.

Ces origines sont groupées, pour la plupart, sur les parties externes des bulbes, autour du pédoncule cérébelleux inférieur au corps restiforme. Cette situation, qui est propre à la plupart des nerfs sensitifs et bulbaires, est d'autant plus significative, qu'elle rapproche les origines centrales du nerf auditif de celles du trijumeau, et que l'on se trouve ainsi amené à rechercher entre les deux nerfs une parenté assez étroite.

Si, par sa situation sur les côtés du quatrième ventricule, le nerf auditif est bien un nerf sensitif, il s'en rapproche aussi par le diamètre des fibres qui le constituent ; fibres fines, délicates et souvent interrompues par de petites agglomérations ganglionnaires.

Un autre caractère anatomique des origines centrales de l'auditif, c'est la multiplication et la dissémination des amas ganglionnaires, qui donnent naissance aux nombreuses fibres dont la réunion formera le nerf auditif et dont un grand nombre constituent les barbes du *calamus scriptorius*.

Sans vouloir aller aussi loin que Longet qui a remarqué, non sans étonnement, le nombre de fibres du calamus chez un musicien de profession, nous pensons cependant qu'il faut tenir compte de cette dissémination de noyaux, et surtout de leur grand nombre. Peut-être trouverait-on dans cette disposition l'explication de l'aptitude que certains hommes possèdent d'entendre distinctement des sons différents produits en même temps, et d'analyser un ensemble harmonique. Cette faculté est loin d'être la même chez tous les individus, et même par l'exercice ne peut être développée chez certains d'entre eux. Comme, d'un autre côté, le nombre des noyaux de l'auditif et particulièrement des barbes du calamus est loin d'être le même chez tous les sujets, l'hypothèse que nous émettons est loin d'être absolument invraisemblable.

Pour bien comprendre la façon dont sont placés les noyaux de l'auditif, il faut bien connaître la position du corps restiforme, et diviser les origines en deux parties principales : 1° Celles qui se font en avant et en arrière du corps restiforme, par des noyaux antérieur et postérieur, fournissant des fibres, qui se dirigent les unes en avant, les autres en arrière du corps restiforme, formant ainsi un anneau complet autour de ce faisceau de fibres nerveuses, et se réunissent en un faisceau, situé, on le sait, dans la fossette sub-olivaire.

2° Celles qui nous paraissent avoir été méconnues par la plupart des auteurs, et qui, se faisant par l'intermédiaire des barbes de calamus, correspondent à de petits noyaux, échelonnés le long du raphé, et décrits par Clarke, sous le nom de noyaux innominés. Le noyau dit du fasciculus teres, nous paraît devoir rentrer dans cette catégorie, ainsi que cela est figuré par Henle dans son traité d'anatomie.

A. La disposition des fibres d'origine, qui entourent comme d'une gaîne le corps restiforme, est fort bien indiquée par Longet, mais les noyaux, où aboutissent ces fibres, n'ont été bien décrits que par Lockhart Clarke.

Il les a divisés, avec raison, en interne et externe, ou plutôt antérieur et postérieur. Le postérieur descend souvent très-bas, et ne remonte souvent pas plus haut que le noyau du glosso-pharyngien. L'antérieur, au contraire, descend moins bas, mais se prolonge en haut, sur la partie interne et postérieure de la racine descendante du trijumeau, jusqu'au niveau du point d'émergence du nerf facial:

Il résulte de ce fait, que les fibres supérieures et antérieures se rendent dans l'auditif par un trajet presque horizontal, tandis que les fibres postérieures ne rejoignent ce nerf qu'après un trajet oblique, de bas en haut et d'arrière en avant.

Un fait qu'il est bon de noter, et qui a d'ailleurs été bien indiqué par M. Sugi, c'est qu'il existe de petits noyaux disséminés dans l'épaisseur du nerf, dès qu'il est formé. Un de ces amas de substance grise, forme souvent au point d'émergence du nerf une sorte de petit renflement gangliforme. C'est ainsi que se trouve constitué le nerf auditif, qui par sa partie supérieure se trouve en rapport très-intime avec le nerf facial.

B. Ce ne sont pas là les seules origines de l'auditif. Depuis longtemps on expose dans les traités d'anatomie descriptive que les barbes du calamus appartiennent où se rendent à l'auditif. C'est là un fait évident sur lequel nous ne voulons pas insister. La question nous paraît devoir être élucidée à un autre point de vue: Les barbes du calamus scriptorius, se rendent-elles dans des noyaux? Nous commencerons tout d'abord par déclarer qu'il nous paraît impossible d'admettre que les barbes du calamus puissent être suivies jusqu'aux noyaux de l'auditif du côté opposé.

Qu'il se fasse une décussation partielle, cela est vrai, mais vouloir suivre des fibres aussi fines d'un côté à l'autre du bulbe, nous paraît une tentative aussi audacieuse que celle de poursuivre dans l'olive et la colonne grêle du côté droit, des fibres émanant du pédoncule cérébelleux inférieur du côté gauche (Meynert). D'ailleurs, il nous semble qu'il existe des noyaux que l'on peut raisonnablement attribuer à l'auditif (barbes du calamus); en arrière et en dehors du pneumogastrique, cotoyé lui-même par une petite colonne de fibres ascendantes (*slender calamus*, colonne grêle de Clarke) qui vient elle-même de la partie profonde des cordons latéraux.

Les racines du nerf hypoglosse viennent d'une façon indubitable se mettre en rapport avec les cellules d'origine, de sorte que l'identité du noyau ne peut être mise en doute. D'ailleurs, les faits pathologiques sont là pour entraîner la conviction.

Quand, dans la paralysie glosso-labio-laryngée, le nerf hypoglosse est altéré, le noyau que nous venons de décrire disparaît.

Au sortir du ganglion principal les fibres radiculaires, rencontrent un petit noyau dit accessoire de l'hypoglosse avec lequel elles prennent probablement des connexions très-intimes. Ce noyau qui ne disparaît pas dans la paralysie glosso-labio-laryngée est composé de cellules, plus volumineuses, un peu oblongues, et dont le rôle ne peut être soupçonné.

Dès qu'une racine (car le nerf en a plusieurs) est constituée, elle se dirige franchement vers les olives qu'elle traverse. On ne peut pas toujours suivre les racines jusqu'à leur émergence, entre la pyramide et l'olive, parce que les racines s'insinuent quelquefois dans leur partie antérieure pour sortir un peu plus haut. Ce fait pourrait faire croire dans certains cas, que des fibres du nerf hypoglosse s'arrêtent dans les olives, ce qui n'est pas exact.

En d'autres circonstances, on voit deux racines sur un même plan, et l'une d'elles, bien plus externe, se dirige d'abord vers la partie la plus postérieure des olives, et ne rejoint le point d'émergence que par un trajet très-irrégulier.

Quelques auteurs ont décrit des rapports intimes entre le noyau vrai de l'hypoglosse et ces noyaux variables en nombre et en situation, qui constituent la colonne dite motrice des nerfs mixtes.

Il est vrai que l'on voit des fibres antéro-postérieures de la formation réticulée aller de l'un à l'autre de ces noyaux, mais c'est là un fait général, commun à tous les noyaux du bulbe, et qui n'offre rien de particulier à l'hypoglosse.

33. Etude sur le noyau d'origine du nerf hypoglosse; par M. Pierret, interne des hôpitaux.

Les fonctions du noyau de l'hypoglosse, et le rôle important qu'il joue dans l'articulation des sons, imposent l'obligation de l'étudier chez l'homme, et il semble *a priori* bien inutile de chercher à démontrer que chez les animaux il n'a pas, à beaucoup près, la même importance.

Etudier le noyau de l'hypoglosse, chez la grenouille, chez le chien ou même chez le chat, n'est donc pas le véritable moyen de se rendre compte des connexions, des rapports, et de la situation exacte de ce noyau chez l'homme.

D'une façon générale, et cette conception est vraie pour tous les nerfs moteurs, on doit considérer les noyaux moteurs du bulbe, comme représentant les cornes antérieures de la moëlle épinière; mais de là à affirmer la continuité de ces différents noyaux il y a loin, et il faut même dire que chez l'homme, cette vue est contraire à la vérité.

Il est même nécessaire, quand on étudie la moëlle et le bulbe de divers animaux, de bien savoir, que chez eux, les cellules nerveuses tendent à se disperser, et que les différents noyaux, se confondent plus ou moins les uns avec les autres. Chez l'homme, au contraire, au point de vue anatomique et physiologique, il se manifeste une tendance à la particularisation des ganglions, comme à l'indépendance des fonctions.

Le noyau de l'hypoglosse naît souvent très-bas dans la substance grise qui environne le canal central. Les premières cellules, géantes, multipolaires, se voient souvent à deux ou trois millimètres au-dessous du bec du calamus et sont situées immédiatement en avant du canal central, tandis que les cellules du spinal sont immédiatement en arrière.

D'abord très petit, constitué par deux ou trois cellules, le noyau grandit peu à peu, à mesure que s'ouvre le quatrième ventricule, et bientôt, occupe, de chaque côté du sillon médian, deux petites éminences, quelquefois peu apparentes et limitées, en bas et en dehors, par un petit sillon, qui correspond exactement au noyau du pneumogastrique, lequel n'est lui-même que la continuation directe du noyau du spinal.

Sur une coupe horizontale faite à ce niveau, le noyau de l'hypoglosse se présente sous la forme d'une zône plus ou moins arrondie, pénétrée en tous sens par les fibres d'émergence, et divisée par elles, en plusieurs groupes secondaires.

Les deux noyaux de l'hypoglosse, se touchent presque par leur bord interne, et ne sont, en somme, séparés, que par la partie postérieure du raphé, dont les fibres entrecroisées contiennent peut-être quelques fibres appartenant aux deux noyaux.

Immédiatement en arrière, deux petits noyaux, dits innominés et que nous considérons comme appartenant à l'auditif, et qui sont situés le long du raphé.

Ainsi que la plupart des auteurs, nous avons été frappé de l'inconstance des barbes du calamus. On en trouve, en effet, tantôt trois, tantôt quatre, tantôt deux, tantôt pas du tout. Mais si les barbes du calamus sont tantôt peu, tantôt très-nombreuses, il en est de même des noyaux innommés et des fasciculus teres, ainsi que nous avons pu nous en assurer sur les nombreuses coupes horizontales ou longitudinales que nous avons pu examiner.

Cette présence, en quelque sorte parallèle de racines nerveuses (barbes) et d'agglomérations ganglionnaires, nous ont fait penser qu'il y avait peut-être entre les unes et les autres des rapports plus intimes.

En résumé, nous avons cherché si les barbes du calamus scriptorius ne s'arrêtaient pas, au moins et en partie, dans les noyaux innommés et dans le fasciculus teres, quand celui-ci existe. La démonstration du fait nous a été fournie par l'étude de coupes faites suivant la direction des barbes du calamus. Ces préparations, qui doivent être très-fines, sont surtout concluantes quand on a soin de colorer les tubes nerveux par l'acide osmique. L'imprégnation de la myéline, par ce réactif, se fait encore très-bien, même après durcissement par l'acide chromique; les tubes nerveux colorés en noir deviennent alors très-visibles et leur direction facilement appréciable.

Nous croyons donc pouvoir affirmer que bon nombre des fibres des barbes du calamus s'arrêtent dans les petits noyaux échelonnés le long du raphé, d'autres fibres s'entrecroisent dans la partie postérieure du raphé, et suivent ensuite un trajet que nous nous garderons bien de décrire, parce qu'il nous a semblé impossible de poursuivre aussi loin des fibres aussi fines.

En terminant cet exposé rapide des origines multiples de l'auditif, il nous semble utile de faire remarquer que tous ces noyaux possèdent des cellules de mêmes dimensions chez l'homme et des caractères morphologiques spéciaux. Le noyau, dit du fasciculus teres, n'échappe pas à cette règle. Enfin, certains auteurs parlent avec assurance des rapports de l'auditif avec le cervelet (Flocculus); nous nous garderons d'entrer dans cette voie. L'étude de ces relations lointaines nous paraît précisément constituer un des plus grands dangers auxquels soient exposés les anatomistes qui abordent l'étude des centres nerveux.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

I. Etudes historiques, physiologiques et cliniques sur la transfusion du sang; par le Dr Oré; deuxième édition considérablement augmentée, avec planches et figures intercalées dans le texte. — Chez J.-B. Baillière et fils, 1876.

Parmi les questions actuelles, celle de la transfusion du sang est une des plus discutées et l'entente ne paraît pas sur le point de se faire entre les détracteurs et les enthousiastes de la méthode. Il est urgent cependant d'avoir une opinion nette et nul n'a le droit de se désintéresser, car si la transfusion est « inutile et dangereuse » comme beaucoup le prétendent, il faut la répudier au plus tôt, mais si, comme d'autres l'affirment, elle peut rappeler à la vie des malades sans elle fatalement destinées à la mort, nous devons l'étudier, la connaître et nous tenir prêts pour la pratiquer au besoin. Le livre de M. Oré est donc une œuvre utile et qui arrive en son moment. Elle nous met sous les yeux tous les éléments du problème et déjà de cette masse de documents découlent quelques notions claires et précises que nous allons résumer pour le lecteur. Il en est besoin, car le livre très-intéressant de M. Oré est vraiment trop long et j'ai peur qu'il n'en épouvante plus d'un. Pourquoi 700 pages, lorsque certainement la moitié eût suffi? Les gros livres n'ont leur raison que lorsqu'ils prennent à leur origine une question élucidée pour la mener jusqu'au bout en montrant les étapes qu'elle a successivement parcourues. L'heure du livre définitif sur la transfusion n'a pas encore sonné; pourquoi vouloir en devancer le temps?

M. Oré consacre la première partie de son ouvrage à l'histoire physiologique de la transfusion du sang. Il nous cite les textes qui semblent prouver que les anciens l'avaient entrevue et peut-être même pratiquée; mais les indications sont bien vagues et il faut arriver au quinzième siècle pour trouver un fait moins incertain. Il a trait au pape Innocent VIII dont les forces tombaient rapidement: un médecin juif proposa de lui transfuser du sang qu'il emprunta à trois jeunes hommes. Cette expérience leur coûta la vie et le pape ne fut point sauvé: il mourut le 25 avril 1492. Cette histoire est curieuse à un autre titre car il y est fait mention pour la première fois de la mort par suite de l'entrée de l'air dans les veines.

C'est de la découverte de Harvey que date le mouvement véritable: l'idée de la transfusion germe dans plusieurs esprits aussi bien en France qu'en Angleterre et qu'en Allemagne, de telle sorte que la question de priorité nationale en devient fort obscure. Quoi qu'il en soit, c'est en 1667 que Denys, professeur de philosophie et le chirurgien Emmeretz commencent leurs expériences d'abord sur les animaux, puis sur l'homme; la lutte s'engage et l'on sait combien elle fut vive: la cour et la ville prirent parti et la guerre ne cessa que par la sentence du Châtelet qui, vers la fin de 1668, défendit sous peine de prison, de pratiquer la transfusion sur aucun corps humain sans approbation préalable de la Faculté de Paris. Cette sentence refroidit bien des enthousiasmes et malgré les succès obtenus par Denys et Emmeretz la transfusion tomba presque complétement dans l'oubli.

Cette période d'oubli s'étend jusqu'en 1818 et jusqu'à cette époque ce n'est qu'à de rares intervalles que les chirurgiens y ont recours. Encore les observations passent-elles inaperçues pour la plupart ou ne réveillent du moins aucune discussion. En 1818, Blundell commence des expériences et, depuis, la question n'a guère quitté la scène scientifique. Prévost et Dumas, Dieffenbach, Bichoff, Panum, Hasse, Geselius, Ponfick Glenard, Oré, nombre de médecins italiens multiplient leurs recherches et leurs observations et, grâce à leurs travaux, d'importants résultats sont désormais acquis.

Il est un premier fait incontestable: l'utilité absolument démontrée de la transfusion dans certains cas. La statistique générale dressée par M. Oré le prouve surabondamment. Pratiquée 535 fois pour des affections très-diverses et dont nous verrons tout à l'heure le détail, mais qui pour la plupart allaient entraîner une mort immédiate ou rapide, la transfusion a procuré 247 guérisons et 35 améliorations; 49 malades n'ont éprouvé aucune amélioration; 204 ont succombé.

La transfusion en elle-même doit donc être mise au rang des méthodes de traitement les plus précieuses. Mais dès lors se dressent plusieurs questions pressantes: 1° le sang à transfuser doit-il être nécessairement emprunté à l'homme ou peut-il provenir d'un animal de même classe que l'homme, mais d'espèce différente? — 2° Si le sang peut être pris chez un animal le sang humain est-il du moins plus efficace? — 3° Faut-il ou non défibriner le sang? Puis, ces questions résolues, il faut voir dans quel cas la transfusion doit être tentée chez l'homme; quels résultats elle a donnés et quels dangers elle fait courir.

C'est peut-être sur la première question que se sont livrées les plus rudes batailles. Panum (de Copenhague) conclut à la négative et pour lui la transfusion faite avec le sang de brebis ou autres animaux doit être repoussée comme une opération inutile et dangereuse: *inutile* parce que les globules des animaux se dissolvent rapidement dans le plasma du sang humain; *dangereuse* parce que le plasma du sang des animaux peut dissoudre une bonne partie des globules de l'homme. » Des troubles profonds se produisent alors dans l'organisme: altération rénale, hématurie, albuminurie, hémorrhagies capillaires. — Géselius, de Saint-Péterbourg, Hasse de Nordhausen, M. Oré se montrent au contraire partisans convaincus de la transfusion animale. Si cette transfusion est aussi efficace il est évident qu'elle est très-supérieure à la transfusion du sang humain car les gens prêts à donner leur sang sont pour le moins plus rares que les brebis à l'étable et les chiens dans la rue. Les expériences de M. Oré et surtout de fréquents succès obtenus en Clinique semblent prouver contre Panum en faveur de Hasse et Géselius. Nous ne rappellerons pas les premiers succès de Denys et Emmeretz qui avaient injecté dans les veines de leurs malades du sang d'agneau; les expériences de Lower et de King qui transfusèrent, deux fois, aussi avec du sang d'agneau, un pauvre théologien du nom d'Arthur Cogo qu'ils payèrent une guinée. Mais tout récemment de nombreux médecins italiens et allemands, Manzini, Rodolfo, Rodolfi, Carlo Livi, Albini, Géselius, Hasse, Heyfelder ont obtenu des succès remarquables et sur 154 cas dans lesquels la transfusion a été faite chez l'homme avec du sang d'agneau, de mouton, de bœuf, de veau on a obtenu 64 guérisons, 20 améliorations, 43 états stationnaires, et 26 morts. Aussi, M. Oré nous semble-t-il pleinement dans son droit lorsqu'il attaque, au nom de la Clinique, les conclusions que Panum avait tirées de ses expé-

riences sur les animaux. Il croit que les accidents notés par ce physiologiste, — hématurie, altération des reins, albuminurie, — sont provoqués non par la qualité du sang, mais par la quantité trop grande injectée dans chaque opération. M. Oré répond donc d'une façon affirmative à la question que nous nous étions posée et pour lui la transfusion du sang des mammifères à l'homme a déjà donné d'assez brillants résultats pour mériter d'être conservée à côté de la transfusion avec le sang humain.

Mais le sang humain est-il, à quelque degré, plus efficace? Pour répondre il nous faut rapprocher les deux statistiques que nous fournit M. Oré. M. Oré divise en 7 groupes les faits connus de transfusion de sang humain. Dans le premier il range les transfusions pratiques dans les cas de *métrorrhagies* survenues soit avant, soit après l'accouchement. Or, dans 117 cas assez graves pour faire redouter la mort, on a obtenu 77 succès complets; 10 fois la vie a été prolongée; il y a eu 30 insuccès.

Le deuxième groupe comprend les transfusions dans les *hémorrhagies* à la suite de blessures, d'opération de tumeurs; elle a été pratiquée 50 fois et nous trouvons 23 succès, 2 améliorations, 25 insuccès. Le troisième groupe renferme les transfusions dans les *anémies*, la *chlorose*, la *leucémie*. Employée 62 fois, elle a amené 33 fois la guérison, 4 fois, une amélioration et 25 fois elle n'a pu empêcher la mort. Le quatrième groupe embrasse les transfusions dans la phthisie, le cancer, la folie : ici les succès sont absolument exceptionnels. Mais la transfusion est-elle rationnelle? Dans le cinquième groupe, nous trouvons les diarrhées chroniques, les vomissements incoercibles, les dysenteries graves, le choléra, et les résultats ne sont guère plus favorables que dans le 4e groupe. Dans le sixième, nous avons les empoisonnements, la syphilis, la rage. Enfin dans le septième, on range les affections diverses telles que la variole, la diphtérite, l'asphyxie des nouveau-nés, l'épilepsie. Ici encore, sauf du moins pour les empoisonnements, les résultats sont peu favorables.

On le voit, les succès obtenus dans les trois premiers groupes sont des plus remarquables. Mais ils le sont aussi dans la statistique que nous avons fournie plus haut sur la transfusion animale. Il serait donc assez difficile de se prononcer sur la valeur relative des deux sangs. La plupart des auteurs pourtant semblent préférer le sang humain. Mais peut-on toujours se le procurer?.. Les transfusions, on le sait, doivent dans certains cas être peu abondantes, mais fréquemment répétées. Trouvera-t-on toujours une personne disposée à se laisser ouvrir la veine plusieurs fois en un jour et plusieurs jours de suite? D'autant que si les accidents sont rares chez les transfusants, il n'en est pas moins vrai qu'on en observe et le chirurgien ne peut, sans quelque appréhension, porter le bistouri sur un individu sain. Aussi, et pour nous résumer, disons-nous avec M. Oré « qu'il faut revenir hardiment à la transfusion animale. »

Il est une question qui a fort préoccupé les physiologistes: le sang, quelle que soit d'ailleurs sa provenance, doit-il être ou non défibriné? Après les travaux de Dieffenbach et de Bichoff, la défibrination fut hautement conseillée. Ces auteurs s'appuyaient sur ce que la fibrine n'est pas une partie essentielle du sang, sur la coagulation qu'elle provoque dans les appareils et la formation des caillots qui, lancés dans le torrent circulatoire, vont provoquer de graves désordres; — aussi les chirurgiens forcés de se hâter injectent-ils brusquement et le cœur surpris par une ondée trop forte peut s'arrêter en diastole. — Mais Gésélius et Oré, fort opposés à la défibrination, font observer à leur tour que la défibrination nécessite une perte de temps souvent irréparable, que le sang défibriné a une action moins vivifiante et qu'il faut en injecter une quantité plus grande; et puis les embolies ne sont pas aussi fréquentes qu'on semble le dire ; le sang humain ne commence guère à se coaguler que vers la quatrième minute; or, un chirurgien quelque peu exercé pourra opérer en ce temps. D'ailleurs, pour juger les deux méthodes, le mieux est de consulter la statistique. — Sur 240 observations rapportées par Casse, et dans lesquelles il a noté avec le plus grand soin les cas où le sang a été défibriné, on trouve 174 opérations faites avec le sang complet qui ont donné 95 guérisons et 79 morts, tandis que 76 transfusions avec le sang défibriné ont produit 53 morts et 24 guérisons. Enoncer ces résultats n'est-ce pas résoudre le problème? La transfusion avec le sang complet est supérieure : c'est elle qui doit être préférée, mais le chirurgien doit veiller à ce que l'appareil soit muni d'un tamis métallique sur lequel viendra se cribler le sang. Si par hasard un caillot se formait, il serait retenu avant de pénétrer dans les vaisseaux du transfusé.

Nous savons maintenant que la transfusion est une bonne opération; que le sang à transfuser peut provenir d'un homme ou être soustrait à un animal de même classe, mais d'espèce différente; nous savons enfin que, quelle que soit sa provenance, il est mieux de ne pas la défibriner. Il nous reste à dire quelques mots sur les indications de la transfusion du sang et sur les dangers qu'elle peut faire courir.

Les indications, du reste, ressortent des statistiques que nous avons résumées plus haut et nous n'avons qu'à reprendre un à un les sept groupes d'affections dans lesquelles la transfusion a été pratiquée. Dans les métrorrhagies nous avons vu que sur 117 cas il y a eu 87 succès et 20 insuccès. Ne doit-on pas en conclure avec M. Oré « qu'il n'est plus permis à un accoucheur de laisser mourir une femme de métrorrhagie sans avoir eu recours à la transfusion. » Dans les hémorrhagies traumatiques, les résultats sont un peu moins heureux et la proportion des succès n'est là que de 50 pour 100. M. Oré divise les anémies en trois classes: la 1re comprend les anémies survenues à la suite de troubles de la nutrition; 31 opérations ont été faites et l'on a obtenu 18 guérisons, 2 améliorations, 11 morts. La 2e classe renferme les anémies produites lentement par des pertes de sang réitérées; sur 12 malades 8 ont été guéries; 1 améliorée, 3 sont mortes. Enfin, la 3e classe comprend les anémies dues à des suppurations prolongées: sur 13 malades la transfusion a échoué 11 fois et n'a donné que 7 guérisons et une amélioration momentanée. Dans les empoisonnements en général, mais surtout dans les empoisonnements par l'oxyde de carbone, la transfusion a d'excellents résultats. D'où il résulte que dans les métrorrhagies, les hémorrhagies traumatiques, les anémies et les empoisonnements, la transfusion est nettement indiquée. Quant à la transfusion dans les cancers, la phthisie pulmonaire, la folie, la fièvre typhoïde, elle a pu déterminer quelqu'amélioration passagère, mais point la guérison. D'ailleurs M. Oré résume très-bien, dans une proposition générale, la loi qui domine les indications de la transfusion : « Toutes les fois, nous dit-il, que l'on se trouve en présence d'un état maladif caractérisé par une modification, soit dans la quantité, soit dans la qualité des globules sanguins, la transfusion pourra être tentée avec des chances probables de succès. Dans les affections organiques, au contraire surtout à leur période la plus avancée, elle doit être repoussée, non comme *dangereuse*, mais comme *inutile*. »

Les lecteurs, même peu au courant de la question, ne sauraient se tromper sur les causes de la mort après la transfusion du sang: dans l'immense majorité des cas elle est due à la maladie primitive que l'opération n'a pu enrayer, car la mort du fait de la transfusion est fort rare; à peine en cite-t-on quelques exemples ; elle est alors provoquée soit par l'introduction de l'air dans les veines, soit par quelque caillot embolique lancé dans la circulation. D'après M. Oré la transfusion est une opération des plus bénignes et dont les suites sont des plus simples lorsqu'on a pris soin de n'injecter que de petites quantités de sang; on évite alors les hématuries, les altérations du parenchyme rénal, les hémorrhagies capillaires. Mais on observe souvent, quelles que soient les précautions prises, une oscillation légère dans la température , une accélération du pouls, quelques sueurs nocturnes, une augmentation dans la sécrétion urinaire, quelques douleurs lombaires, de la céphalalgie et enfin — 20 à 30 minutes après l'opération — un frisson qui, d'après Casse, doit être considéré comme un phénomène constant.

Nous ne saurions terminer cette rapide analyse de la monographie de M. Oré, sans renvoyer le lecteur au livre lui-même. Qu'il le lise sans se laisser arrêter par son étendue : il y trouvera plaisir et profit. Paul RECLUS.

HYGIÈNE

Les indispositions régnantes; par le docteur C. des BARRES.

> Je tiens pour certain que la connaissance des saisons qui produisent les maladies, sert de beaucoup au médecin, tant pour distinguer l'espèce de maladie que pour la guérir, et que faute de cette connaissance, il réussit mal dans ces deux points. (SYDENHAM.)

Chaque saison est caractérisée par un ensemble de phénomènes météorologiques qui peuvent modifier la nature, la marche, la terminaison et le traitement des maladies.

Les anciens désignaient sous le nom de *constitution médicale*, le rapport intime qui existe entre ces influences météorologiques et les maladies régnantes. La loi qui établissait ces rapports entre les maladies annuelles et les phénomènes atmosphériques, formulée dès la plus haute antiquité, a été mise hors de doute par les écrits d'Hippocrate, Galien, Huxham, Sydenham, Pringle, etc.

Les médecins épidémistes de la Renaissance avaient divisé l'année de la même manière que les astronomes, mais comme la diversité des climats exerce une modification aussi accentuée que variée sur les constitutions épidémiques, il s'en est suivi que tous ne se sont pas trouvés d'accord sur le nombre des Etats atmosphériques qui forment la base de la météorologie des saisons.

Nous admettrons ici avec Ozanam cinq constitutions médicales annuelles; la chaude sèche; la chaude humide; la froide sèche; la froide humide; la tempérée. Les deux premières se manifestent dans le printemps et l'été; la 3e et la 4e sont du domaine de l'automne et de l'hiver. De toutes ces constitutions, la plus désagréable et la plus grave, c'est sans contredit la constitution froide et humide. Comme elle règne d'une manière plus accentuée dans cette période de l'année, nous allons lui consacrer de plus amples développements.

Empruntant d'abord le langage du professeur Fuster, de Montpellier, nous dirons: que parmi les quatre affections cardinales qui remplissent sous notre zone tempérée l'année médicale régnante, celle catarrhale et maligne est afférente à l'automne.

Dans un tableau saisissant de vérité, Schnurrer trace la succession des phénomènes que les diverses saisons suscitent dans les modifications physiologiques et pathologiques de la vie, et les résume en ces termes: la constitution de l'automne est asthénique; elle répond à la fois, et au minimum de stimulation et au minimum d'expansion.

En présence d'une symptomatologie aussi caractéristique, la voie que doit suivre le praticien pour le choix des agents curatifs est naturellement tracée. Les médicaments qui pourront agir simultanément, et comme antiphlogistiques pour amender l'état catarrhal, et comme stimulants toniques pour relever les forces déficientes, et comme excitants diffusibles pour prévenir la malignité, devront être adoptés de préférence.

Une observation clinique qui date des temps hippocratiques, et qui nous est arrivée à travers les péripéties et les fluctuations des doctrines et des écoles, démontre d'une manière péremptoire que les vins généreux, alcooliques et tanniques, constituent l'une des ressources les plus salutaires et les plus incontestées. Les auteurs ont souvent varié dans l'explication du phénomène, dans l'appréciation du résultat; mais le fait primordial de l'efficacité de l'agent préventif ou médicamenteux, s'est montré sans cesse dans tout son éclat et dans toute sa puissance.

Que l'on soit partisan des propriétés excitantes de l'alcool, ou que l'on admette de préférence ses propriétés dépressives, il n'en est pas moins avéré que l'introduction de la médication alcoolique, en thérapeutique, constitue une véritable conquête. Rappelons toutefois que la méthode de l'anglais Todd (emploi de l'alcool comme antiphlogistique) n'était pas absolument inconnue au hollandais Van-Swieten, et au romain Lanzoni, lorsqu'il y a 150 ans, ils traitaient les pleurétiques par l'alcool remplaçant la saignée;

L'autre élément du vin, le tannin, en même temps qu'il est astringent, peut être à bon droit considéré comme antiphlogistique et sédatif; dès lors, cet agent de reconstitution ne doit-il pas jouer un rôle hygiénique aussi utile que précieux dans la série des actes nutritifs.

Comme parmi les vins que nous possédons en France, les vins astringents tanniques, en général, et le vin de Saint-Raphaël en particulier, sont reconnus depuis plus de trente ans par nos cliniciens les plus illustres, comme les modificateurs les plus efficaces et les plus prompts des affections saisonnières régnantes, c'est leur emploi qu'il faudra tout d'abord mettre en pratique.

En résumé, à côté de ce premier axiome thérapeutique formulé tour à tour par Magendie, Rostan, Chomel et Trousseau: « Le vin de Saint-Raphaël extrêmement agréable au goût doit être employé de préférence dans la prophylaxie et le traitement des affections qui sont sous la dépendance d'une dépression, d'un alanguissement, ou d'une perversion des processus de l'assimilation, représentée par la nutrition, viendra s'inscrire cette autre affirmation clinique: « Dans les affections aiguës ou chroniques des voies respiratoires, qui sont sous la dépendance des constitutions médicales régnantes essentiellement froides et humides, le vin de Saint-Raphaël occupe une place marquée et prépondérante. »

VARIA

Faculté de médecine de Paris.

LISTE DES PRIX DE LA FACULTÉ POUR L'ANNÉE 1875-1876.

Prix Trémont. Ce prix, de la valeur de 1,000 fr., a été partagé en parties égales entre deux étudiants méritants et remplissant les conditions du legs.

Prix Barbier. La Faculté a décerné le prix de la valeur de 2,000 fr., à M. le Dr Paquelin, auteur d'un appareil dit *thermocautère.*

Prix Chateauvillard. Dix mémoires ont été présentés à la Faculté. La Faculté a décerné le prix de 2,000 fr. à M. le Dr Topinart, pour son manuel d'anthropologie.

Prix Corvisart. Deux mémoires ont été présentés. La Faculté a décidé que le prix de 400 fr. serait partagé, par portions égales, entre MM. Hirtz (Lucien), né à Strasbourg, le 13 janvier 1853, externe à la Clinique médicale de la Pitié, et Butruille (Hippolyte), externe infirmier de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Prix Lacaze. Cinq mémoires ont été adressés à la Faculté. Le prix (10,000 fr.), a été décerné à M. le Dr Villemin, professeur à l'Ecole militaire du Val-de-Grâce, pour ses travaux sur la phthisie: 1° Traité sur la tuberculose; 2° de la virulence et de la spécificité de la tuberculose; 3° de la propagation de la phthisie.

Prix Montyon. La Faculté a décerné le prix, médaille de 300 fr.; à M. Manouvriez (Anatole-Hippolyte), né à Valenciennes (Nord), le 5 juin 1848, médecin-adjoint des épidémies à Valenciennes (Nord).

Thèses récompensées. La commission des thèses a eu à examiner les thèses qui avaient mérité les notes *extrêmement satisfait* et *très-satisfait.* 59 ont été distinguées, 9 ont été désignées pour une médaille d'argent, 15 pour une médaille de bronze, et 35 pour une mention honorable.

1° *Médailles d'argent.* MM. Armaignac (Henri). — De la greffe animale et de ses applications à la chirurgie. — Budin (René-Constant). — De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. — Recherches cliniques et expérimentales. — Hanot (Victor). — Etude sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie (cirrhose hypertrophique avec ictère chronique). — Landouzy (Louis). — Contributions à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales. — Maguin (Antoine). — Recherches géologiques, botaniques et statistiques sur l'impaludisme dans les dombes et le miasme paludéen. — Peyrot (Jean-Joseph). — Etude expérimentale et clinique sur la pleurotomie. — Raymond (Fulgence). — Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémianesthésie, l'hémichorée et les tremblements symptomatiques. — Reclus (Paul). — Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse. — Pierret (Antoine). — Essai sur les symptômes céphaliques du tabes dorsalis.

Médailles de bronze. Augier (Adolphe). — Recherches sur le développement des pariétaux à la région sagittale. — Bétous (Isidore). — Etude sur le tabes dorsal spasmodique. — Cartaz (Adolphe). — Des névralgies envisagées au point de vue de la sensibilité récurrente. — Couty (Louis). — Etude expérimentale sur l'entrée de l'air dans les veines (les gaz intra-vasculaires). — Drouin (Alphonse). — De la pupille, anatomie, physiologie, séméiologie. — Dubourg (Pierre). — Recherches physiologiques sur les intermittences du cœur. — Empereur (Constantin). — Essai sur la nutrition

dans l'hystérie. Féa (Charles). — Etude sur la transmission des bruits respiratoires dans les grands épanchements pleurétiques.— Guillaumet (Paul). Du traitement des ulcérations chroniques (syphilis, scrophule, etc.) et des plaies atoniques par le sulfure de carbone. — Ledouble (Anatole). — Du kléisis génital et principalement de l'occlusion vaginale et vulvaire dans les fistules uro-génitales. — Pichot (François). — Etude chronique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus. — Pierron (Arthur). — Considérations sur le système artériel des bras et de l'avant-bras. — Pietkiewiez (Valérien). — De la périostite alvéolo-dentaire. — Stoicesco (G.-J.). — Du frisson (pathogénie et nature), sa valeur séméiologique pendant l'état puerpéral. — Vincent (Eugène). — De l'ablation du calcanéum en général et spécialement de l'ablation sous-périostée de cet os.

Mentions honorables. — Andral (Léon). — Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des eaux sulfureuses d'Eaux-Bonnes. — Bellom (Pierre). — Considérations sur la pathologie du tænia et son traitement par la graine de courge. — Bellencontre (Paracelse-Elie-Désiré). — Contribution à l'étude des kystes hydatiques comprimant la moelle épinière. — Bonne (Henri). — Variation du membre des globules blancs du sang dans quelques maladies. — Courmont (Frédéric). — Des opérations applicables au bec-de-lièvre compliqué. — Daremberg (Georges). — De l'expectoration dans la phthisie pulmonaire. — Desbrosse (F.). — De l'anesthésie dans l'hémiplégie hystérique. — Dutrait (Eugène). — Traitement de l'ostéo-arthrite du pied (carie du pied), par la cautérisation intra-articulaire. — Fiouppe (Jacques). — Lymphatiques utérins et parallèle entre la lymphangite et la phlébite utérines (suites de couches). — Fouassier (Jean-Jacques). — De la numération des globules du sang dans les suites de couches physiologiques et dans la lymphangite utérine. — Foucart (Eugène). — De la mort subite ou rapide après la thoracentèse. — Fouque (Louis). — Une épidémie de fièvre dengue en mer. — Foulhouse (de la) (Paul). — Recherches sur les rapports anatomiques du cerveau avec la voûte du crâne chez les enfants. — Gauderon (Eugène). — De la péritonite idiopathique aiguë des enfants, de sa terminaison par suppuration et par évacuation du pus par l'ombilic. — Génevoix (François). — Essai sur les variations de l'urée et de l'acide urique dans les maladies du foie. — Guilland (Jean). — Contribution à l'étude des manifestations du rhumatisme sur l'urèthre et la vessie. — Hayem-Muller (Paul). — De la colécystite dans la fièvre typhoïde. — Hermann (Jules). — De la paralysie saturnine chez l'adulte. — Lucas-Championnière (Paul-Eugène). — De la bronchite pseudo-membraneuse chronique. — Marty (Joseph-Emile). — Des accidents gravido-cardiaques. — Moignot (Gabriel). — Essai de pneumographie pour servir à l'étude des maladies des enfants. — Moriez (Robert-Joseph). — De l'empoisonnement dans ses rapports avec les lésions traumatiques. — Muselier (Paul). — Etude sur la valeur séméiotique de l'ecthyma. — Petit (Charles-Henri). — Recherches sur l'albuminurie des femmes enceintes. — Planteau (Henri). — Contribution à l'étude des tumeurs de la parotide. — Rémy (Albert). — De l'atrophie choroïdienne. — Roche (Pierre). — Contribution à l'étude du mouvement de dés aassimilation chez les vieillards.— Savy (Claude). — Contribution à l'étude des éruptions de la conjonctive. — Valdiviezo (Adolphe). — De l'extrophie de la vessie envisagée spécialement au point de vue du traitement chirurgical. — Viault (F.-G.). — Etude clinique sur la transfusion du sang et sur quelques injections intra-veineuses. — Violet (Louis). — Du pain. — Voisin (Jules). — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. — Torio (Albert). — Etude comparative des températures centrale et périphérique dans la pleurésie et la pneumonie. — Ziambicki. (G.). — Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire. — Cazeneuve (Paul). — Recherches de chimie médicale sur l'hématine. (Etude médico-légale).

Réunion des médecins législateurs.

La réunion a repris ses séances sous la présidence de M. *Laussedat*. — Dans la correspondance, M. *Liouville* mentionne tout particulièrement une lettre-circulaire adressée par l'association de Seine-et-Oise à tous les médecins du département, en réponse à la lettre précédemment envoyée par la réunion à toutes les Sociétés de médecine de France.

Cet appel a d'ailleurs provoqué l'envoi de nombreux documents, parmi lesquels des lettres signalant de nombreux cas d'inexécution flagrants de la loi relative à la protection de l'enfance dans plusieurs départements. M. *Th. Roussel* insiste sur l'urgence de cette grave question, sur les lenteurs apportés dans son exécution, par l'absence d'un règlement d'administration publique, et rappelle les difficultés administratives qu'elle ne cesse de rencontrer.

Les membres de la réunion décident qu'une commission composée des membres du bureau, MM. *Laussedat, Testelin, Liouville*, auxquels sont adjoints MM. *Soye* et *Th. Roussel*, membres du Comité supérieur, se rendra à cet effet auprès de M. le Ministre de l'Intérieur.

Le secrétaire : Liouville.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements : MM. Budin et Pinard, ont commencé le lundi 15 janvier un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre partie : 1° Anatomie, physiologie, grossesse; 2° Eutocie; 3° Dystocie; 4° Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Hopital Cochin. — M. le Dr Després, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, le samedi 20 janvier, et les continuera les mercredi et samedi de chaque semaine.

Hôpital temporaire. — Clinique médicale : M. le Dr Lépine, le samedi à 9 heures.

Accouchements difficiles et dangereux. — Cours et répétitions de manœuvres et opérations avec les instruments classiques. S'adresser pour les heures et conditions à M. le docteur Verrier, 52, rue de l'Université, de 1 à 2 h.

Traitement de la fièvre typhoïde

5. Potion antispasmodique.

Teinture de musc	4	grammes.
Teinture de cannelle	4	—
Hydrolat de tilleul	100	—
Sirop de morphine	20	—

F. s. a. une potion à donner par cuillerées, d'heure en heure, dans la fièvre typhoïde ataxique. — Vésicatoire volant à la face interne de l'une des cuisses.

6. Potion antispasmodique (H. Green).

Musc	2 à 4	grammes.
Éther sulfurique	4	—
Hydrolat de cannelle	120	—
Sirop simple	30	—

F. s. a. une potion, dont on donnera trois cuillerées à bouche par jour, dans la fièvre typhoïde avec hoquet et soubresauts et dans les autres fièvres malignes.

7. Potion calmante (Graves).

Tartre stibié	12	centigr.
Camphre	90	—
Musc	2	gr, 60
Mucilage de gomme arabique	16	grammes.
Sirop de pavots blancs	32	—
Eau	110	—

Dissolvez le camphre dans une petite quantité d'alcool, et faites une potion, que vous donnerez par cuillerées à bouche toutes les deux heures, contre les soubresauts de tendons et les accidents cérébraux qui accompagnent la fièvre typhoïde grave. On continue jusqu'à ce qu'il survienne des selles abondantes. (*Douze cents formules, etc.*)

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés dont l'abonnement est terminé depuis le 31 décembre que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée à partir du 25 janvier, augmentée* D'UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous leur rappelons que le meilleur mode de paiement consiste en l'envoi d'un mandat sur la poste.* — La table des matières *paraîtra au commencement de février.* — *Nous invitons enfin nos abonnés, auxquels il manquerait des nos de l'année 1876, à nous les réclamer avant le 1er février.*

AVIS A NOS LECTEURS. — *A partir du 1er FÉVRIER 1877 les prix de l'abonnement sont fixés ainsi qu'il suit : pour les NOUVEAUX abonnés : docteurs en médecine,* **vingt francs**; *étudiants en médecine,* **douze francs**. *Pour les ANCIENS abonnés, les prix d'abonnement ne sont pas changés.*

NOUVELLES

Nouveau journal.—Nous annonçons à nos lecteurs l'apparition de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, fondée et dirigée par MM. Charcot, Chauveau, Ollier, Parrot et Verneuil. Les secrétaires de la rédaction sont MM. Lépine et Nicaise. Afin de donner une idée exacte de cette Revue, nous allons reproduire le sommaire du premier numéro : *Contribution à l'étude des localisations dans l'écorce des hémisphères du cerveau*, par Charcot et Pitres ; — *Du retard de la pulsation carotidienne sur la systole cardiaque dans l'insuffisance aortique*, par R. Tripier ; — *Des blessures considérées comme cause du réveil des diathèses et comme motifs de leurs déterminations lo-*

cales, par A. Verneuil; — *De la myosite infectieuse*, par Nicaise; — *Sur les anémies progressives*, par R. Lépine. — La *Revue*, éditée par MM. Germer Baillière et Cᵉ, paraîtra le 1ᵉʳ de chaque mois, par livraison de 4 feuilles (64 pages), grand in-8°, de façon à former, à la fin de l'année, un fort volume de 700 à 800 pages; un an : 20 fr.

MORTALITÉ A PARIS.— Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 11 janvier 1877,il a été déclaré 939 décès, soit 24, 6 décès par mille habitants et pour l'année. — Fièvre typhoïde, 29; — rougeole, 14; — scarlatine, »; — variole, 8; — croup, 26; — angine couenneuse, 15; — bronchite, 46; — pneumonie, 57; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3; — *choléra nostras*, »; — dysenterie, »; — affections puerpérales, 6; — érysipèle, 5; — autres affections aiguës, 251; — affections chroniques, 410, dont 131 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 43; causes accidentelles, 26.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1872 : 1,851,791 habitants.— Pendant la semaine finissant le 18 janvier 1877, on a déclaré 955 décès, soit 26, 8 décès par 1000 habitants et pour l'année, savoir : fièvre typhoïde 40; rougeole 6; scarlatine 2; variole 6; croup 25; angine couenneuse 24; bronchite 35; pneumonie 71; diarrhée cholériforme des jeunes enfants 3; choléra nostras »; dysenterie 2; affections puerpérales 7; érysipèle 6; autres affections aiguës 230; affections chroniques 434, dont 174 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales 43; causes accidentelles 2.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret en date du 13 janvier 1877, et sur la proposition du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts : M. Jaccoud, docteur en médecine, est nommé professeur de pathologie interne (1ʳᵉ chaire), à la Faculté de médecine de Paris. M. Peter, docteur en médecine, est nommé professeur de pathologie interne (2ᵉ chaire), à la Faculté de médecine de Paris.

— Nous avons publié dans le *Numéro des Etudiants* la liste des prix que la Faculté décerne chaque année, nous renvoyons donc nos lecteurs à ce numéro pour qu'ils puissent se rendre compte des conditions à remplir. Beaucoup d'étudiants laborieux regretteront, comme nous que pour le prix Corvisart, on n'admette à concourir seulement les élèves attachés aux cliniques. — Le sujet à traiter pour 1877 est : *Des cirrhoses du foie*.

— MM. Des Cilleuls, Grévin et Imauville, sont nommés commis au secrétariat.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. Van Tieghem a été nommé membre de l'Académie des sciences, par 81 voix contre 27 données à M. Baillon, professeur de botanique à la Faculté de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Engel, docteur en médecine, est nommé professeur de chimie médicale.

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — M. Sicard, docteur ès-sciences, est chargé de suppléer, pendant l'année scolaire 1876-77, M. Jobert, professeur de zoologie et physiologie.

FACULTÉ DES SCIENCES DE POITIERS.— M. Dalloux, garçon de laboratoire(!?) est délégué dans les fonctions de préparateur de physique et d'histoire naturelle, en remplacement de M. Dassy, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Vincent est nommé prosecteur d'anatomie. — M. Hanouun est nommé préparateur de chimie et d'histoire naturelle.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Duranty (Nicolas), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de médecine et de pharmacie, pour une période de dix années. — M. Bousquet, chef de clinique chirurgicale, est nommé chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Dugout-Bailly, appelé à d'autres fonctions. — M. Dugout-Bailly, chef de clinique obstétricale, est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Bousquet, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Des concours seront ouverts à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, savoir : 1ᵉʳ mai 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale. — Le 6 mai 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et d'accouchements. — Le 14 mai 1877, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie. — Le registre des inscriptions sera clos deux mois avant l'ouverture desdits concours.

PRIX. —La Société médico-chirurgicale de Liége vient de juger les travaux envoyés au concours de 1876. L'ouvrage couronné a pour auteur un de nos confrères de Paris, le docteur Adolphe Piéchaud, professeur libre de clinique des maladies des yeux. Titre de l'ouvrage : *Essai sur les cataractes traumatiques*, paraîtra prochainement en librairie.

PRIX. — La *Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire* a institué, il y a un an environ, un prix de la valeur de 800 francs à décerner à l'auteur du meilleur mémoire sur l'*anémie chez les mineurs*. — Six mémoires ont été envoyés au concours. Celui de M. Anatole Manouvriez (de Valenciennes), a été couronné dans la séance du 29 décembre 1876. Trois autres mémoires, d'une valeur réelle, et vraiment dignes du prix, si M. le dʳ Manouvriez n'eût pas concouru, seront, à défaut d'autres récompenses pour leurs auteurs, imprimés dans les *Annales de la Société de médecine*, à la condition toutefois que lesdits auteurs se feront connaître et donneront leur consentement. Les mémoires portent les épigraphes suivantes : 1° *Le véritable fléau des houillères, ce n'est pas le grisou, c'est l'air qu'on y respire.* — 2° *Vitans impendere vero.* — 3° *Ma lampe est mon soleil ; tous mes jours sont des nuits. Aer pabulum vitæ.* — (*Gazette des hôpitaux*).

Librairie GERMER BAILLIÈRE, 8, place de l'Odéon.

BERTON. — Guide et questionnaire de tous les examens de médecine, avec les réponses des examinateurs eux-mêmes aux questions les plus difficiles, suivi des programmes des conférences pour l'externat et l'internat, avec de grands tableaux synoptiques inédits d'anatomie, de pathologie et d'angiologie. Paris 1876, 1 vol. in-18.

Librairie BERGER-LEVRAULT, 5, rue des Beaux-Arts.

BERNHEIM (H). — Leçons de clinique médicale. Paris 1877, 1 vol., grand in-8° de 535 pages avec cinq planches, 10 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

BERTHERAND (E.-L.). — Les secours d'urgence. Guide pratique des comités et postes d'assistance aux blessés, naufragés, noyés, asphyxiés, aux victimes d'accidents sur les chantiers publics, chemins de fer, dans les établissements industriels, théâtres, incendies, fermes isolées, communes rurales, etc., etc. Poligny, imprimerie de Mareschal, 1876, 1 vol. in-8° de 170 pages, prix 3 fr.

BERNARD (H.-F.). — La gymnastique pulmonaire ou l'art de respirer dans tous les actes de la vie physique. Paris 1875, 4ᵉ réédition, in-8° de 69 pages, prix 3 fr.

DECHAUX. — La vérité sur les maladies de l'utérus et la physiologie médicale de la femme. Paris, 1 vol. in-18 jésus, de 173 pages, prix 3 fr. 50.

GAUTIER (ARMAND-F.-J.). — La sophistication des vins, coloration artificielle et mouillage. Moyens pratiques de reconnaître la fraude. Paris, 1877, 1 vol. in-18 jésus de 204 pages, prix 2 fr. 50.

GALOPEAU. — Manuel du pédicure ou l'art de soigner les pieds. Structure, fonctions et hygiène, sueurs, durillons, oignons, cors, verrues ou œils de perdrix, engelures, ongle incarné, 1 vol. in-12 de 132 pages avec 26 figures, prix 2 fr.

PAUNESEU. — De l'hémoptysie dans la tuberculose chronique. Paris 1876, imp. Parent. 1 vol. in-8 de 57 pages.

BROCA. — Le programme de l'anthropologie, leçon d'ouverture, le 15 novembre 1876, imp. Cusset. Paris 1876.

KUSSMAUL. — Die storungen der sprache. Vertucheiner pathologie der sprache. Heiptig, 1877. Verlaŝ von F. C. W. Vogel.

BORLÉE (J.). — Faits de guérison remarquable obtenue dans les blessures graves des membres, à l'aide des pansements à l'alcool simple ou camphré et des drainages. Bruxelles, (lib. de H. Manceaux.) 1877, in-8.

WILLIAM R. GOWERS. — On athetosis and post-hemiplegia disorders of movement. (From *Medico-chirurgical Transactions*. London 1876. Printed by Adlard, Bartholomew close.

Chronique des hôpitaux.

Nous publions aujourd'hui la liste de tous les services hospitaliers dépendant de l'Assistance publique, avec les noms des chefs de services et des internes titulaires et provisoires. Dans le prochain numéro, nous reprendrons la chronique habituelle.

HOTEL-DIEU. — *Médecins* : M. le professeur Sée; chef de clinique : M. le dʳ Debove. — M. le dʳ Guéneau de Mussy; interne: M. Levrat. — M. le dʳ Fauvel; interne: M. J. Rondot. — M. le dʳ Frémy, interne: M. Chambard. — M. le dʳ Hérard; interne : M. Regnard; — M. le dʳ Oulmont; interne : M. Dreyfous.

Chirurgiens : M. le dʳ Richet; internes : MM. Gauché, Lebec, Piéchaud. — M. le dʳ Cusco; internes : MM. Artus, Routier, Arnozan. — M. le dʳ Guérin (A.); internes : MM. Poulin, Merklin, Mossé.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — *Médecins* : M. le professeur Hardy; chef de clinique : M. Renaut. — M. le dʳ Bourdon; interne: M. Darolles. — M. le dʳ Bernutz; interne : M. Mayor. — M. le dʳ Empis; interne : M. Beringier. — M. le dʳ Vulpian; interne : M. Raymond. — M. le dʳ Laboulbène; interne : M. Davaine.

Chirurgiens : M. le dʳ Gosselin; internes : MM. Schwartz, Reynier (Paul), Vimont. — M. le dʳ Trélat; internes: MM. Marot, Castex.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — *Médecins* : M. le professeur Lasègue; chef de clinique, M. Hanot. — M. le dʳ Gallard; interne: M. Richer. — M. le dʳ Desnos; interne : M. Berdinel. — M. le dʳ Gombault; interne : M. Letulle; — M. le dʳ Dumont-Pallier; interne : M. Leroux. — M. le dʳ Peter; interne : M. Hutinel.

Chirurgiens : M. le professeur Verneuil; internes : MM. Kirmisson, Dave, J. Chuquet. — M. le dʳ Labbé; internes : MM. Saint-Ange, Segond, Vermeil.

HOPITAL DES CLINIQUES. — *Chirurgien* : M. le professeur Broca; internes: MM. Jalaguier, Bouveret, Boudet de Pâris. — *Accouchements* : M. le dʳ Depaul; chef de clinique, M. Martel; — adjoint, M. Budin.

HOPITAL NECKER. — *Médecins* : M. le dʳ Potain; chef de clinique:

M. Homolle. — M. le dr Delpech; interne: M. Nitot. — M. le dr Blachez; interne: M. Moutard-Martin.— M. le dr Chauffard; interne: M. Cossy.
Chirurgiens : M. le dr Desormeaux; internes : M. Hirtz, Clément. — M. le dr Guyon; internes : MM. Pauffard, Guyon, Jarjavay.

Hopital Saint-Antoine. — *Médecins :* M. le dr Mesnet; interne : M. Maygrier. — M. le dr Ball; interne : M. Lataste; M. le dr C. Paul; interne: M. Deschamps. — M. le dr Beaumetz ; interne : M. Paul Boncour. — M. le dr Lancereaux; interne : M. Boussé. — M. le dr Fernet ; interne : M. Barth. — M. le dr Brouardel; interne : M. Decaudin.
Chirurgiens : M. B. Anger ; internes : MM. Gille, Dubar.— M. le dr Le Dentu ; internes : MM. Labat, Bazy ; interne provisoire: M. Bongrand.

Hopital Lariboisière. — *Médecins :* M. le dr Féréol ; interne ; M. Graux. —M. le dr Jaccoud ; interne: M.Guillermet.—M.le dr Siredey; interne : M. Chenet. — M. le dr Proust; interne: M. Weiss. — M. le dr Raynaud ; interne : M. Amodru; — M. le dr Ollivier ; interne : M. Cottin.
Chirurgiens : M. le dr Panas; internes: MM. Monod, Bellouard, Nélaton, Chevallereau. — M. le dr Tillaux; internes: MM. Quenu, Redard, Petel.

Hopital Beaujon. — *Médecins :* M. le dr Gubler; interne : M. Dreyfus. — M. le dr Moutard-Martin ; interne : M. Champetier de Ribes. — M. le dr Millard ; interne: M. Tapret. — M. le dr Guyot ; interne: M. Balteau.
Chirurgiens : M. Dolbeau ; internes : MM. Audouard, Marchand, Ramonède. — M. le dr Lefort ; internes : MM. Garnier, Leduc.

Hopital Cochin. — *Médecin :* M. le dr Bucquoy ; interne : M. Colson.
Chirurgien : M. le dr Després ; internes : MM. Brun, Boursier ; interne provisoire : M. Golland.
Accouchements : M. le dr Polaillon ; interne : M. Porak.

Hopital Temporaire. — *Médecins :* M. le dr Dieulafoy ; interne : M. Jean. — M. le dr Lépine ; interne M. Balzer. — M. le dr Rigal; interne : M. Remy. — M. le dr Grancher ; interne provisoire : M. Faisans. — M. le dr d'Heilly (service provisoire) ; interne provisoire : M. Mary.
Chirurgien : M. le dr Nicaise ; internes : MM. Leroux, Talamon.

Maison de Santé. — *Médecin :* M. le dr Lecorché ; interne : M. Faucher. — M. le dr E. Labbé ; interne : M. Langlebert.

Chirurgiens : M. le dr Cruveilhier ; internes : MM. Bruchet, Bar.— M. le dr Marc Sée ; internes : MM. Sürs, Oudin.

Hopital des Enfants malades. — *Médecins :* M. le dr Bouchut ; interne : M. Decaisne. — M. le dr Labric, interne : M. Martin. — M. le dr Archambault; interne : M. Rafinesque. — M. le dr J. Simon ; interne : M. Mahot. — M. le dr Molland ; interne : M. Stockler.
Chirurgien : M. le dr de Saint-Germain; internes : MM. Bide, Angelot.

Hopital Sainte-Eugénie. — *Médecin :* M. le dr Bergeron ; interne : M. Carrié. — M. le dr Triboulet ; interne : M. Dejerine. — M. le dr Cadet de Gassicourt; interne : M. Léger.
Chirurgien : M. Lannelongue ; internes : MM. Cruet, Goetz.

Hopital des Enfants assistés. — *Médecins :* M. le dr Parrot ; interne : M. Richaud. *Chirurgien :* M. Guéniot ; interne : M. Hervouet.

Hospice de la Salpêtrière. — *Médecins :* M. le dr Charcot ; interne : M. Oulmont. — M. le dr Luys ; interne : M. Boraud. — M. le dr Voisin ; interne : M. Rivet. — M. le dr Delasiauve ; interne provisoire : M. Laurand. — M. le dr Moreau ; interne provisoire : M. Labarrière.
Chirurgien : M. le dr Périer; interne : M. Legendre.

Hospice de Bicêtre. — *Médecins :* M. le dr Bouchard ; interne : M. Clozel de Boyer ; interne provisoire : M. Luizy. — M. le dr Berthier ; internes provisoires : MM. Pioger, Brazier. — M. le dr Legrand du Saulle ; internes provisoires : MM. Catuffe, Benard (Marie). — M. le dr Falret ; internes provisoires : MM. Decaye, Doublet.
Chirurgien : M. le dr Terrier ; internes provisoires : MM. Galliard, Reignier, Boulay.

Hopital Saint-Louis. — *Médecins :* M. le dr Hillairet ; interne : M. Garsaux. — M. le dr Lailler ; interne : M. Cuffer. — M. le dr Guibout; interne : M. Magne. — M. le dr Vidal ; interne : M. de Beurmann. — M. le dr Besnier ; interne : M. Richerand ; interne provisoire : M. Desnos. — M. le dr Fournier ; interne : M. Brissaud.
Chirurgiens : M. le dr Péan ; internes : MM. Benoit, Sabourin, Avezou. — M. le dr Duplay ; internes : MM. Loviot, Golay, Robin (Laurent).

Hopital du Midi. — *Médecins :* M. le dr Simonet ; interne : M. Josias. — M. le dr Mauriac ; interne : M. Robert (Alph.). — M. le dr Horteloup; interne : M. Abbadie-Tourné.

HOPITAL LOURCINE. — *Médecins :* M. le dr Cornil ; interne : M. Hermil. — M. le dr Martineau ; interne : M. Barthelémy. — *Chirurgien :* M le dr Anger (Th.) ; interne : M. Galissard de Marignac.

MATERNITÉ. — *Médecin :* M. le dr Hervieux ; interne : M. Ch. Labbé. *Chirurgien :* M. Tarnier ; interne : M. Ribemont.

HOSPICE DES INCURABLES. — *Médecin :* M. le dr Ferrand ; interne : M. Letousey.

HOSPICE DES MÉNAGES. — *Médecin :* M. le dr Bernard ; internes provisoires : MM. Carafi, Laurent.

HOSPICE SAINTE-PÉRINE. — *Médecin :* M. le dr Descroizilles ; internes provisoire : MM. Ozenne, Michaux.

HOSPICE DE BERCK. — Internes : MM. Dolério et Brault.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

De l'Epilepsie partielle d'origine syphilitique.

Leçon recueillie par BOURNEVILLE (1).

Messieurs,

Ainsi que, plusieurs fois déjà, j'ai eu l'occasion de vous le faire remarquer, c'est par l'un des membres supérieurs, ou par un des côtés de la face, que s'opère le début des accidents convulsifs, dans la grande majorité des cas d'épilepsie partielle, quelle qu'en soit d'ailleurs l'origine (2). L'envahissement commençant par un membre inférieur doit donc être considéré, dans l'espèce, comme un fait rare, exceptionnel. Nous venons de voir cependant ce mode d'invasion signalé dans l'observation qui précède; par suite d'un singulier concours de circonstances, nous allons le retrouver une fois de plus, dans l'observation suivante où, comme dans la première, il s'agit encore de syphilis cérébrale.

Un confrère étranger, de passage à Paris, me fit prier le 26 août 187... de le venir voir pour lui donner un avis, dans les circonstances suivantes : Dînant l'avant-veille chez un ami, il avait été tourmenté, pendant toute la durée du repas, par l'exaspération d'un mal de tête dont il souffrait à un degré modéré, depuis plusieurs jours déjà. Au sortir de table, il résolut de se rendre immédiatement chez lui, à pied; mais à peine avait-il fait quelques pas dans la rue que, tout-à-coup, son membre inférieur droit fut pris de rigidité et en même temps secoué, en quelque sorte, par des convulsions rhythmiques précipitées et violentes. Presque aussitôt après, le membre supérieur, du même côté, fut à son tour envahi de la même façon et à ce moment M. B. tomba, sans connaissance sur le trottoir. A son réveil il se trouva, à sa grande surprise, couché dans son lit ou on l'avait transporté. La perte de connaissance avait duré peut-être une heure.

Pendant la nuit qui fut sans sommeil et durant la journée du lendemain des attaques du même genre se reproduisirent à trois ou quatre reprises. Seulement aucune de celles-ci n'alla, comme l'avait fait la première, jusqu'à la perte de conscience. Chaque fois qu'elles se produisaient, le malade assistait, non sans émotion, à l'envahissement progressif et régulier des mouvements convulsifs qui, commençant toujours par le membre inférieur gauche, gagnaient ensuite le membre supérieur du même côté, et quelquefois en outre la moitié correspondante de la face. Une nouvelle attaque, *avortée* également, comme celles de la veille, avait eu lieu dans la matinée du jour où je vis M. B. pour la première fois. Pendant tout ce temps la céphalalgie n'avait pas cessé de sévir, s'exaspérant cruellement au moment où les accidents convulsifs allaient se déclarer.

Je trouvai en M. B. un homme dans la force de l'âge, de haute taille, vigoureusement constitué et jouissant habituellement d'une santé excellente; seulement, depuis quelques semaines, il se sentait mal à l'aise, sans appétit, lourd, fatigué aux moindres efforts, et, de plus, les traits de son visage avaient pâli manifestement (3). Après avoir reconnu tout d'abord, l'absence chez lui de paralysie motrice, — et à part la céphalalgie, — de troubles quelconques de la sensibilité, soit à la face, soit dans les membres, je constatai aisément qu'il existait un certain degré de confusion dans les idées et peut-être aussi un peu d'embarras de la parole, toutefois sans symptômes d'aphasie.

La question des antécédents éloignés était particulièrement intéressante. M. B. me confia qu'il avait, dix-huit mois auparavant, contracté un chancre avec induration, et qu'à la suite, étaient survenues diverses manifestations diathésiques, parmi lesquelles le psoriasis palmaire, dont on pouvait d'ailleurs reconnaître encore les traces.

Je n'hésitai pas, vous l'avez prévu, à rattacher à la syphilis les accidents nerveux éprouvés par M. B., et je l'engageai à agir en conséquence, à la fois promptement et énergiquement. Il fut convenu que la médication serait instituée suivant le plan exposé tout-à-l'heure à propos du cas de M. X. et immédiatement mise à exécution. L'administration de l'iodure de potassium et les frictions mercurielles furent commencées le jour même. Une attaque *avortée*, cette fois limitée au membre inférieur, eut lieu encore le lendemain ou le surlendemain; ce fut la dernière et, au bout de quinze jours, la santé générale s'était tellement améliorée que M. B. put regagner son pays.

Pendant un court séjour que j'ai fait en ......, un an environ après l'accident du 24 août 187., j'ai eu le plaisir de rencontrer à .... M. B. et de le trouver dans un état de santé irréprochable. Le traitement prescrit à Paris avait été suivi avec les interruptions réglementaires pendant environ trois mois. Aucun accident nerveux n'avait reparu.

Il peut arriver que les attaques d'épilepsie partielle syphilitique soient précédées par un certain nombre d'accès dans lesquels la perte de connaissance se déclare soudain, à l'improviste, sans précurseurs immédiats, en même temps que les mouvements convulsifs éclatent du même coup sur tous les points; et ainsi se trouve reproduit par conséquent le tableau classique de l'épilepsie vulgaire. Le cas dont je vais maintenant vous faire connaître les principaux détails, nous offre un exemple de ce genre. Il présente d'ailleurs un certain nombre d'autres particularités intéressantes.

M. K., né aux Antilles, d'une constitution très-délicate, nerveux et impressionnable au plus haut point, a été atteint de chancre induré en 1868, à l'âge de 29 ans. Parmi les manifestations syphilitiques qui ont suivi, de près ou de loin l'accident primitif, figurent une double iritis extrêmement tenace, des taches (?) sur le front, le psoriasis palmaire, des douleurs rhumatoïdes intenses et prolongées, une anémie profonde et durable, enfin des arthrites subaiguës ayant occupé principalement les articulations tibio-tarsiennes. Un traitement approprié à la situation a été suivi d'une façon à peu près continue pendant six mois environ, et à partir de cette époque, définitivement abandonné.

Tout alla bien jusqu'en 1873. Vers la fin de cette année là, M. K. qui, depuis plusieurs mois, remplissait en Cochinchine des fonctions publiques, fut atteint de la diarrhée du pays, et, par ce fait, profondément débilité. Vers la même époque, il commença à ressentir très-fréquemment, presque habituellement, des douleurs de tête qu'il croyait être des migraines et qui ont persisté, en s'aggravant, jusque dans ces derniers temps.

En mai 1874, six ans environ après le début de la syphilis, bien que la diarrhée se fût un peu amendée depuis quelque temps, M. K., toujours très-affaibli, toujours sujet à ses maux de tête, fut, à la suite d'une discussion vive, saisi tout-à-coup d'un accès d'épilepsie avec perte immé-

(1) Voir le n° 3 du *Progrès médical*.

(2) Ce fait, déjà signalé par Bravais, l'a été plus explicitement encore par M. H. Jackson (*A study on convulsions. In Trans. of the St Andrews medical graduates, Association*, t. III. 1870). Mes propres observations le confirment pleinement.

(3) Sur l'état cachectique et la pâleur terreuse que présentent habituellement les malades atteints de syphilis cérébrale, voir au point de vue du diagnostic les remarques intéressantes de M. Buzzard. (*Loc. cit.*, p. 83.)

diate de la conscience, convulsions généralisées d'emblée, écume à la bouche, urines involontaires, etc. L'invasion, je le répète, paraît avoir été littéralement soudaine, inopinée, et le malade ne connaît l'attaque que d'après ce qui lui en a été dit par les assistants.

A la suite de cet accident il fut décidé, qu'en raison de l'état depuis longtemps fort délabré de sa santé, M. K. prendrait un congé illimité et rentrerait en France. Sur le paquebot, pendant la traversée, un nouvel accès se produisit, en tout semblable au premier; puis, quelques jours après un autre encore, mais fort différent celui-là des précédents. Cette fois, en effet, le malade avait senti d'abord sa main gauche se fermer convulsivement et le bras correspondant se raidir, après quoi, par suite d'un mouvement de torsion du cou, sa face s'était portée vers l'épaule gauche. Enfin comme attiré par une force invincible vers la gauche, il était tombé sur ce côté et c'est à ce moment seulement, c'est-à-dire plusieurs secondes après le début de l'accès que la perte de connaissance était survenue. Le véritable caractère des accidents convulsifs venait ainsi de se révéler: à partir de là, les accès ne se sont plus présentés jamais que sous forme d'épilepsie partielle ou hémiplégique, tantôt avec perte de connaissance, tantôt, le plus souvent peut-être, sans perte de connaissance.

Depuis le 9 juillet, époque du débarquement à Marseille, jusqu'à la fin d'octobre, autrement dit durant une période de près de quatre mois, ils n'ont pas cessé de se reproduire tous les cinq ou six jours, et quelquefois même plusieurs fois par jour.

Pendant les trois premiers mois, à part la céphalalgie à peu près toujours présente, et localisée comme je le dirai, sur un espace circonscrit dans la région du pariétal droit, les intervalles des accès étaient restés libre de tout accident persistant; mais dans les premiers jours d'octobre la contracture commença à s'emparer du membre supérieur gauche, de la main surtout, et à l'occuper d'une façon persistante de manière à la tenir, en permanence, dans la demi-flexion. Elle envahit même, bien qu'à un degré moindre le membre inférieur correspondant. Il faut ajouter que la main et l'avant-bras contracturés étaient devenus dans le même temps, le siége de fourmillements incommodes et aussi d'une hyperesthésie exquise : le malade redoutait au plus haut point qu'on heurtât ce membre ou même qu'on le touchât légèrement, et, si cela arrivait quelquefois par hasard, il poussait des cris violents. Il assurait que, plusieurs fois, un ébranlement communiqué à sa main douloureuse avait été l'occasion du développement d'une de ses attaques convulsives (1).

Il ne sera peut-être pas hors de propos de vous présenter la description des principaux phénomènes qui marquaient ces accès, telle à peu près que je l'ai recueillie de la bouche d'une personne fort intelligente, témoin des principales phases de la maladie de M. K. J'utiliserai d'ailleurs, dans mon récit, les observations, faites par le malade lui-même pendant le cours de celles de ses crises dans lesquelles la connaissance persistait.

Le début des convulsions est constamment annoncé par une exaspération de la céphalalgie localisée, comme il a été dit, sur un point de la région pariétale droite. La douleur, à ce moment, prend le caractère pulsatif, et, au bout de quelques minutes, elle semble se répandre sur la moitié de la face et du cou du même côté. Averti par ces phénomènes prémonitoires, le malade a presque toujours le temps de gagner son lit et de s'y étendre. Alors, on voit le membre supérieur gauche se fléchir à l'excès au niveau des articulations du poignet et du coude, et prendre en même temps l'attitude de la pronation forcée; quelques secondes après surviennent les secousses rhythmiques qui l'ébranlent dans toute son étendue. La tête bientôt se porte vers l'épaule gauche et est agitée elle aussi par ces mêmes secousses; en même temps se produisent dans le côté gauche de la face, des grimaces qui se succèdent rapidement. A son tour le membre inférieur gauche est envahi : il se raidit dans l'extension forcée, s'élève au dessus du plan du lit, puis quelques secondes après il est pris de trépidation. Enfin, dans certains accès, la rigidité et les convulsions rhythmiques gagnent les parties du côté opposé du corps. Lorsque la perte de connaissance se produit, c'est à ce moment qu'elle survient. Je dois ajouter que plusieurs fois, après avoir éprouvé la sensation d'être attiré vers la gauche, le malade a subi pendant l'accès un véritable mouvement de rotation, s'opérant de droite à gauche, suivant l'axe longitudinal du corps, et s'est trouvé à la fin de la crise couché sur le ventre (1).

Tel est l'ordre régulier et constant de la succession des phénomènes convulsifs. Je crois devoir vous faire remarquer incidemment que le mode d'invasion se fait ici conformément à la règle établie par les ingénieuses études de M. H. Jackson. Vous n'avez pas oublié, en effet, que d'après ce médecin distingué — plus d'une fois j'ai pu vérifier l'exactitude de ses assertions à cet égard — lorsque les convulsions, dans l'épilepsie partielle débutant par le membre supérieur, tendent à se généraliser, elles n'envahissent le membre inférieur qu'après avoir, au préalable, gagné la face. Si, au contraire, il s'agit d'un cas où la face est affectée tout d'abord, c'est, après elle, le tour du membre supérieur, et en dernier lieu celui du membre inférieur. Si enfin, comme cela se présentait dans les deux premières observations que j'ai rapportées, les convulsions attaquent premièrement le membre inférieur, elles se répandent successivement sur le membre supérieur d'abord, puis sur la face. Cet ordre ne paraît être presque jamais interverti : fait non-seulement curieux, mais propre encore, on le comprend, à éclairer diverses questions appartenant au domaine de la physiologie pathologique.

Encore au point de vue de l'interprétation physiologique je relèverai que la céphalalgie dont l'exaspération annonçait chez M. K., le développement de l'accès, occupait un espace circonscrit sur la région du pariétal droit, tandis que les convulsions portaient, chez lui, sur les parties du côté gauche. Cette disposition alterne des convulsions et de la douleur de tête, ainsi que la localisation de celle-ci sur un point de la région pariétale, se trouvent plus ou moins explicitement signalées dans un certain nombre d'observations d'épilepsie partielle d'origine syphilitique (2) ou indépendante de la syphilis; et peut-être, la relation dont il s'agit sera-t-elle, en pareille circonstance, plus souvent mentionnée à l'avenir lorsqu'on s'attachera mieux à la rechercher. Quoi qu'il en soit, il y a là un fait digne d'intérêt lorsque l'on sait que les parties de la surface des hémisphères cérébraux qui sont en rapport avec la région pariétale du crâne, et plus particulièrement les circonvolutions qui bordent le sillon de Rolando (circonvolutions pariétale et frontale ascendantes) sont désignées, par les travaux récents comme représentant la *zône motrice*, ou, autrement dit, comme la seule région de l'écorce cérébrale dont l'irritation peut déterminer, sur le côté opposé du corps, la

(1) Il n'est pas sans exemple, on le sait, que les accès d'épilepsie partielle d'origine cérébrale puissent être provoqués par certaines manœuvres. Chez une femme de mon service, la nommée P..., présentant une contracture des membres supérieur et inférieur du côté gauche, permanente à un certain degré, mais s'exaspérant considérablement pendant la station debout et la marche, les accès *spontanés*, commencent par le membre inférieur. Celui ci alors, se raidit à l'excès, dans l'extension, le pied prenant l'attitude du pied bot équin spasmodique, et bientôt survient la trépidation. Le membre supérieur, puis la face, sont ensuite envahis successivement et la perte de connaissance survient dans certains cas. Lorsque les accès ne se sont pas produits depuis quelque temps, il est toujours possible d'en provoquer artificiellement le développement en relevant brusquement la pointe du pied gauche; la trépidation se manifeste, en conséquence, presque à coup sûr, et tous les autres phénomènes de l'accès s'en suivent.

(1) Il est remarquable, que chez M. K., les accès survenaient à peu près toujours entre cinq et six heures du soir. M. Lagneau, fils (*Maladies syphilitiques du système nerveux*, Paris, 1860, p. 125), a réuni plusieurs exemples d'épilepsie syphilitique dans lesquels les accès se montraient de préférence le soir ou la nuit.

(2) Voir entre autres les observations du Dr Todd ; *Clinical lecture on paralysis*, etc. London, 1856. — Lect. XVII. *On a case of syphilitic disease of the Dura-Mater*, p. 391.

production des phénomènes d'épilepsie partielle. Vous ne devez pas vous attendre toutefois à renconter toujours une répartition des convulsions et de la céphalalgie aussi exactement conforme à la théorie. Vous avez vu, en effet, dans notre première observation, la douleur de tête prémonitoire et les convulsions initiales occuper le même côté; je pourrais citer quelques autres exemples du même genre (1).

Mais il est temps d'en revenir au cas particulier de M. K. Durant une longue période de quatre mois, des pratiques hydrothérapiques mal réglées, des doses insignifiantes de bromure de potassium avaient été les seuls moyens opposés aux progrès du mal. Aussi la situation allait-elle empirant chaque jour, et vers le milieu d'octobre, elle était devenue des plus inquiétantes. Les accès sévissaient de plus belle. Il était survenu de l'amnésie, de l'hébétude, une véritable déchéance intellectuelle : la diarrhée, un instant conjurée, avait reparu. La faiblesse était à son comble; le malade, depuis plusieurs semaines, déjà confiné dans sa chambre se trouvait dans l'impossibilité absolue de quitter son lit.

Les choses en étaient à ce point lorsque MM. les docteurs Cornuel, Picard et moi nous nous réunîmes en consultation auprès de M. K. Il fut convenu que l'on agirait aussi énergiquement que le permettait l'état général du malade (2). On prescrivit la diète lactée et le nitrate d'argent sous forme de pilules; en même temps, on pratiquerait les frictions hydrargyriques et l'iodure de potassium serait administré sous forme de lavements à la dose de 3 à 5 grammes pour les 24 heures.

Grâce au concours intelligent de parents dévoués, nos prescriptions furent suivies pour ainsi dire au pied de la lettre. Les résultats obtenus furent immédiatement des plus encourageants. Au bout de huit jours seulement, il était devenu évident déjà, que le mal n'était pas au-dessus des ressources de l'art; un seul accès nouveau s'était produit le 30 octobre; la contracture permanente avait disparu comme par enchantement, l'état général, enfin, s'était notablement amélioré. Huit jours plus tard, le malade avait pu quitter son lit et faire quelques pas dans sa chambre.

Au commencement de décembre il était devenu capable de sortir de chez lui et de faire en voiture d'assez longues promenades; à la fin de ce mois, il s'était plusieurs fois, promené à pied en plein air, pendant plus d'une heure. Depuis le 30 octobre, les accidents nerveux n'avaient plus reparu.

Malheureusement, durant le cours des six premiers mois de l'année 1875, la diarrhée, contractée en Cochinchine, se manifesta de rechef à divers intervalles, et, en conséquence, la reprise projetée du *traitement mixte à interruptions* ne put pas être mise à exécution d'une façon régulière. Trois ou quatre fois, durant cette période, il se produisit des rechutes de l'affection cérébrale, marquées par des accès épileptiformes, moins intenses toutefois, et beaucoup plus rares que précédemment. Mais enfin, pendant un séjour de plusieurs mois à Amélie-les-Bains, l'état de l'intestin s'étant modifié de la façon la plus heureuse, le traitement de l'affection convulsive put être repris sérieusement et prolongé pendant un laps de temps suffisant; à la suite de ce traitement, les accidents nerveux disparurent définitivement.

M. K... est venu me rendre visite à la fin de 1876; depuis près de 14 mois, il n'avait plus éprouvé d'attaques; sa santé d'ailleurs s'était tout-à-fait raffermie. Il était sur le point de partir pour nos colonies d'Amérique où il comptait reprendre immédiatement ses anciennes fonctions.

Ce serait s'abuser sans doute que de compter toujours sur des résultats aussi heureux que ceux qui ont été obtenus dans les trois observations qui précèdent, et je n'ignore pas qu'il serait aisé de citer nombre de faits de syphilis cérébrale avec épilepsie partielle ou malgré l'assistance d'un zèle éclairé les choses ont mal tourné. Je ne puis m'empêcher de croire, cependant, que dans les cas où la nature des accidents nerveux étant reconnue à temps, le plan de traitement proposé pourra être mis à exécution, l'insuccès sera l'exception (1).

Les lésions de la *pachyméningite gommeuse* circonscrite, avec participation des membranes subjacentes, paraissent être le substratum anatomique le plus habituel de l'épilepsie partielle syphilitique. On les trouve déjà décrites avec une certaine précision, dans une observation relative

(1) Dans plusieurs cas d'épilepsie partielle que j'ai observés, la douleur de tête prémonitoire des accès était localisée sur deux points à la fois; l'un siégeant dans la région pariétale d'un côté, l'autre sur la région temporale de l'autre côté. La douleur pariétale occupait toujours, dans ces cas, le coté opposé au siége des convulsions.

(2) Les bons effets des préparations mercurielles contre l'état cachectique qui relève de la syphilis tertiaire ont été parfaitement mis en relief par le Dr T. Reade (de Belfast), dans un passage intéressant de son livre : *Syphilitic affections of the nervous System*. London 1867, p. 18.

(1) La paralysie motrice transitoire d'un membre, survenant tout-à-coup, sans être précédée de contracture ou de convulsions toniques et se reproduisant à plusieurs reprises, à des intervalles plus ou moins éloignés, doit être placée, à côté de l'épilepsie partielle, parmi les manifestations si variées de la syphilis cérébrale.

En septembre 1872, je fus consulté par M. A., officier dans un régiment de cavalerie, pour une céphalalgie à peu près permanente datant de six semaines environ et qui déjà à plusieurs reprises s'était montrée dans le courant de l'année. En outre de la douleur de tête, il y avait des troubles dyspeptiques très-accentués, souvent des vomissements, une grande prostration des forces, de l'amaigrissement, une anémie profonde. Le siége de la céphalalgie ne se trouve malheureusement pas précisé dans la note que j'ai conservée.

M. A. avait contracté un chancre induré 15 ans auparavant et depuis cette époque jusque dans ces derniers temps, il n'avait pas cessé d'être soumis de temps à autre, pour ainsi dire chaque année, à l'emploi de préparations mercurielles, d'iodure de potassium principalement, dans le but de combattre divers accidents qui toujours étaient rattachés, à tort ou à raison, par les médecins consultés à l'influence de la syphilis.

Sous l'influence de je ne sais quelles préoccupations, je méconnus, je dois l'avouer, pendant près d'un mois, le véritable caractère de la céphalalgie et des autres phénomènes qui l'accompagnaient. Aussi les accidents allaient-ils toujours s'aggravant.

Un jour on m'apprit que, depuis quelque temps, M. A. éprouvait de temps à autre, ce qu'on appelait des *absences*. Il s'arrêtait soudain, l'œil fixe, au milieu d'une conversation, pâlissait et au sortir de ces sortes d'accès, qui duraient à peine quelques secondes, il restait pendant un certain temps comme hébété. D'ailleurs rien qui ressemblât à de l'aphasie; pas traces de convulsions sur aucun point au début de la crise. Le malade n'avait, lui, aucune connaissance de ces absences, dont il était du reste assez disposé à nier l'existence.

Un soir, vers sept heures, on vint me chercher en toute hâte. M. A. avait été frappé, deux heures auparavant, pendant une absence dont la durée n'avait pas dépassé le terme ordinaire, d'une paralysie subite affectant le membre supérieur gauche. En revenant à lui, il avait trouvé ce membre absolument inerte, flasque, pendant le long du corps. Je constatai que la paralysie était limitée au membre supérieur gauche qu'elle occupait dans toute son étendue, et qu'elle n'intéressait ni la face, ni le membre inférieur du côté correspondant. Les personnes présentes m'assurèrent qu'à aucun moment il ne s'était produit rien qui ressemblât à des convulsions. Il n'existait d'ailleurs aucun trouble de la sensibilité dans la partie paralysée; ni anesthésie, ni analgésie, ni fourmillement. La monoplégie s'amenda progressivement, pendant la soirée, d'une façon très-rapide. Le lendemain matin il n'en existait plus de traces.

Les diverses circonstances qui viennent d'être relatées me frappèrent très-vivement : l'influence de la syphilis ne me paraissait plus méconnaissable et j'étais désireux de regagner au plus vite le temps perdu; j'instituai immédiatement le traitement mixte, suivant la méthode dont il a été plusieurs fois question dans le courant de la présente leçon.

Un nouvel accès de monoplégie brachiale gauche en tout semblable au précédent et dont la durée ne dépassa pas 4 ou 5 heures se produisit 3 ou 4 jours après le commencement du traitement : ce fut le dernier. La céphalalgie, l'anémie, la prostration des forces disparurent, elles aussi, avec une rapidité merveilleuse et de façon à montrer aux plus incrédules que cette fois j'avais touché juste. Le traitement fut continué avec les interruptions recommandées pendant près de trois mois.

J'ai reçu il y a 5 ou 6 mois des nouvelles de M. A. J'ai été heureux d'apprendre que depuis l'époque où je l'avais perdu de vue aucun accident n'avait reparu.

à cette affection publiée par Todd. en 1851 (1). Deux planches chromo-lithographiées annexées à l'ouvrage de M. G. Echeverria (2) et qui donnent de ces lésions qu'on n'a pas l'occasion fréquente de rencontrer dans les autopsies, une représentation fidèle, concernent également un cas d'épilepsie partielle. Il en est de même d'une figure dessinée par Lackerbauer et publiée par M. Lancereaux dans son traité de la syphilis (3). Malheureusement les faits cliniques que ces figures sont destinées à illustrer laissent beaucoup à désirer.

En dehors de l'épilepsie partielle, des formes cliniques très-diverses de la syphilis cérébrale peuvent relever encore de la pachyméningite gommeuse. Il n'est plus guère douteux aujourd'hui que ces différences souvent si prononcées dans l'expression symptomatique d'une même altération organique, dépendent surtout du mode de localisation de celle-ci à la surface des hémisphères. Suivant la théorie fondée sur les travaux récents, les plaques gommeuses dans l'épilepsie partielle devront siéger à la surface des circonvolutions frontale ou pariétale ascendante ou, tout au moins, dans leur voisinage immédiat; la réalité du fait n'a pas encore été régulièrement vérifiée que je sache, quant à présent, mais elle ne tardera pas sans doute à l'être; en attendant, je puis faire remarquer que dans la planche d'Echeverria déjà mentionnée tout-à-l'heure, il est aisé de reconnaître que les lésions gommeuses de la pie-mère occupaient le voisinage immédiat du sillon de Rolando, en arrière de lui, non loin de la scissure médiane, c'est-à-dire une région appartenant, pour une part, au domaine de la zone motrice corticale.

Tant que l'épilepsie partielle syphilitique n'est pas invétérée, tant que les accès qui la constituent cliniquement restent séparés par des intervalles libres de tout symptôme permanent, la substance grise cérébrale, au contact de la pie-mère altérée, n'a subi encore, tout porte à le croire, que des lésions du genre de celles qu'on a quelquefois appelées dynamiques, lésions transitoires en tout cas, et non désorganisatrices. Il se produirait, en pareil cas, suivant H. Jackson, dans la substance nerveuse, en conséquence d'un processus irritatif déterminé par voisinage, une sorte d'emmagasinement, d'accumulation de force dont la dépense se ferait de temps à autre, sous l'influence des causes les plus banales et souvent inaperçues, par une sorte d'explosion d'actes moteurs désordonnés, convulsifs, soudains, portant sur le côté du corps opposé au siége de la lésion méningée. La décharge serait suivie d'un épuisement momentané dont la traduction clinique est la paralysie temporaire, avec flaccidité qui s'observe en réalité très-fréquemment à la suite des accès d'épilepsie partielle, dans les parties mêmes, qui ont été le siége principal des convulsions. Si ce n'est pas là, à proprement parler, une théorie régulière, c'est tout au moins une manière ingénieuse de grouper les faits.

A la longue, par suite de la répétition de ces actes, ou par le fait de l'extension progressive des lésions méningées à la substance nerveuse, celle-ci s'altère à son tour profondément; alors en même temps que se produisent les dégénérations secondaires descendantes, l'hémiplégie permanente et indélébile peut survenir (4).

Ces considérations anatomo-pathologiques et physiologiques concourent, vous le voyez, à faire ressortir, une fois de plus, l'importance des décisions promptes et énergiques en matière d'épilepsie partielle d'origine syphilitique.

(1) *Medical Gazette*, January 1851, et *Clinical Lectures*, *loc. cit.*
(2) *On Epilepsy*, New-York, 1870. Pl. III et IV.
(3) Paris 1866. Pl. II, fig. VI.
(4) Sur la production des dégénérations secondaires à la suite des lésions de la zône motrice corticale, voir: Charcot. *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau*, p. 160. Paris 1876. — M. Hanot a présenté il y a 4 ou 5 ans, à la Société anatomique, un exemple recueilli dans mon service, de dégénération descendante, avec hémiplégie permanente, consécutive à une lésion gommeuse cérébrale.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Diagnostic des tumeurs du testicule.

Leçon recueillie par LETULLE ET A. CARTAZ (1).

J'ai entendu plusieurs d'entre vous prononcer le mot d'*hématocèle* et on a paru regretter, dans l'examen que je faisais au lit du malade, que je ne me sois pas arrêté un peu à cette idée. Le premier malade accusait, en effet, un développement assez rapide de sa tumeur; mais tout en tenant grand compte des renseignements fournis par les malades, il faut savoir, Messieurs, discerner un peu dans leurs appréciations. Ils sont en général mauvais observateurs; ils ne s'inquiètent que lorsque la tumeur a pris un développement prononcé, et alors la question n'a pas grande importance dans leur histoire pathologique.

Il est rare, je le dis tout de suite, qu'il y ait lieu de faire une confusion avec un néoplasme; l'hématocèle est une tumeur d'apparition plus soudaine, plus rapide et pour laquelle la contusion, le traumatisme jouent un rôle réel. Vous verrez presque tous les malades rapporter le début de leur affection testiculaire, à un froissement, à un coup; les femmes attribuent de même une grande partie de leurs maladies du sein à une origine traumatique. Il faut vous défier un peu de ces contusions qui n'existent souvent que dans l'imagination du malade; c'est une cause vraie quelquefois, mais à laquelle vous ne devez pas faire une part trop large; dans l'hématocèle toutefois, elle est fondée. Cependant, le plus souvent, elle produira un simple épanchement sanguin sous-cutané des bourses, une ecchymose scrotale plutôt qu'une véritable hématocèle.

Ce sera toute autre chose si la contusion se produit chez un sujet prédisposé par une affection ancienne, par une vaginalite antérieure. Dans ce cas, si vous avez affaire à un malade intelligent qui vous raconte que primitivement il a été atteint de blennorrhagie, avec orchite concomitante, ou plus simplement qu'il a été opéré d'une hydrocèle, que plus tard, quelques mois, quelques années après, à la suite d'un froissement violent du testicule, comme dans les exercices d'équitation, il est survenu en très-peu de temps une tumeur du testicule alors qu'il n'existait rien auparavant, dans ce cas, vous pouvez avoir la présomption qu'il s'agit d'une hématocèle. Mais il vous faudra distinguer entre deux variétés, l'une rare, *hématocèle intra-testiculaire*, l'autre de beaucoup plus fréquente, *hématocèle vaginale*.

L'hématocèle testiculaire est, je le répète, très-rare, et presque toujours elle se forme dans une tumeur préexistante, mais qui a passé jusqu'alors inaperçue, telle qu'une hydrocèle enkystée du testicule; la plupart des faits rapportés par A. Cooper, Curling, témoignent de cette origine. La tumeur, dans ce cas, est exactement limitée au testicule; l'épididyme en est quelquefois bien distinct et le diagnostic ne peut guère s'établir que par à peu près.

L'hématocèle vaginale peut se comprendre de deux façons: on peut concevoir que cette membrane soit fortement contuse, qu'il y ait rupture accidentelle de quelque vaisseau sanguin et par suite un épanchement sanguin immédiat; cette forme est très-rare et le diagnostic en est facile, car le gonflement des bourses est subit par suite de l'accumulation du sang dans la cavité vaginale. M. Gosselin, par ses recherches, a établi que même dans ces cas, il s'agissait le plus souvent de la variété décrite par Bérard sous le nom d'hématocèle pariétale.

La seconde forme, qu'on peut regarder comme de règle ordinaire, est consécutive à une vaginalite et mieux à des vaginalites, à une série d'inflammations répétées; par suite de lésions antérieures (varicocèle, blennorrhagie, ponction d'hydrocèle avec inflammation consécutive), la tunique vaginale est dans un état qui l'expose à saigner; elle présente tout un appareil de vascularisation de nou-

(1) Voir le n° 3.

velle formation au milieu de bourgeons épaissis. Le moindre traumatisme suffit alors pour produire un épanchement sanguin. Vous pouvez dès lors prévoir ce qui arrivera : sous l'influence du repos ou de différents moyens l'hémorrhagie s'arrête; la partie liquide se résorbe, le caillot reste dans la cavité vaginale ; il adhère à la paroi, et par un véritable travail d'organisation lente, mais continue, il se forme une couche pseudo-membraneuse qui s'organise, et se vascularise. Une nouvelle hémorrhagie entraîne la formation d'une nouvelle couche de caillots et ainsi de suite se développe une paroi de plus en plus épaisse, qui double intérieurement la vaginale.

Les caractères de cette tumeur sont assez tranchés; le testicule, est en arrière comme dans l'hydrocèle, à moins que l'hématocèle ne soit très-ancienne; dans ce cas, le testicule est à peu près complétement atrophié et la tumeur ne forme qu'une masse compacte, mais sans lobules, sans irrégularités notables.

Ceux d'entre vous qui ont suivi le service dans les derniers mois de 1875 ont pu voir un malade que j'opérai d'une tumeur de ce genre; en vous rappelant un détail curieux qu'il présentait, vous vous en souviendrez certainement.

Cet homme était venu primitivement nous consulter pour des troubles de la vision; après examen, nous reconnûmes chez lui une lésion des plus intéressantes, assez rare, un synchysis étincelant; incidemment notre attention fut appelée par le malade sur sa tumeur des bourses et c'est sur le conseil que nous lui donnâmes de faire enlever cette tumeur volumineuse et gênante qu'il était entré dans le service.

Je vous avais fait constater, au moment de l'opération, cet épaississement de la vaginale, cette stratification des caillots à la périphérie, enveloppant une masse de sang noirâtre plus ou moins solidifié, transformé en masses fibrineuses en voie d'organisation. C'était le type de cette forme d'hématocèle consécutive à une vaginalite.

L'étude comparative de ces tumeurs, étude que je ne peux développer ici davantage, vous donne-t-elle les moyens d'établir sans hésitation le diagnostic et d'instituer par suite le traitement approprié? Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Il est certain que nous n'avons pour aucun de nos malades une preuve péremptoire, nette, décisive ; ce ne sera pas un diagnostic comme celui d'une simple hydrocèle ; où l'examen le plus superficiel permet l'affirmation ; mais nous aurons un diagnostic par exclusion, diagnostic à peu près aussi certain, mais qui nous aura demandé plus de temps et plus de réflexions.

Essayez en effet, Messieurs, d'établir pour l'un de ces trois hommes qu'il s'agit des tumeurs dont nous venons de parler ; vous n'y parviendrez pas. Chez le malade du n° 19, non plus que celui du n° 17, vous ne penserez ni à une orchite chronique, ni à des tubercules; la tumeur n'en offre aucun caractère; ce n'est pas non plus une hématocèle, vous n'avez qu'à les interroger sur le début, sur la marche pour écarter cette idée.

Chez le malade du n° 1 la question est plus délicate ; son histoire est complexe et demande à être analysée avec plus de soins. Il nous a dit, vous vous en souvenez, que le testicule gauche avait été, dans le bas âge, le siége d'un traumatisme et d'un gonflement indolent ; que plus tard il avait été réformé pour une affection des testicules, et qu'enfin à un long intervalle, 25 ans, il avait constaté l'apparition d'une tumeur. Si on s'attache à ces accidents anciens, à la cause de cette réforme, on diagnostique une tumeur à évolution lente, simple et la seule chose qui y correspond étant l'hématocèle, on est tenté de la soupçonner ici. Mais faites bien attention que l'histoire de l'évolution de cette tumeur n'est pas continue ; cet homme établit des intervalles où il n'accuse rien du côté des bourses; avant et surtout après le moment de la réforme, il a passé un long temps où il ne parle de rien. L'hypothèse d'une hématocèle jure un peu avec le jeune âge du sujet au moment du premier accident; à cette période de la vie, la vaginale est si polie, si intacte qu'elle fait écarter ce diagnostic. Il y a donc eu là en réalité deux tumeurs, et l'histoire de son affection actuelle ne remonte qu'à huit ans. Quant à la tumeur testiculaire qui l'a fait reconnaître impropre au service militaire, il est vraisemblable qu'il s'agissait d'un varicocèle.

Au sujet de ce même malade, on avait émis autour de moi l'opinion qu'il pouvait s'agir d'un *testicule syphilitique* et c'est pour répondre à ce diagnostic que j'ai institué pendant une quinzaine de jours le traitement mixte avec prédominance de l'usage de l'iodure de potassium. Les chirurgiens fort distingués, aux vœux desquels j'avais ainsi satisfait, avaient, je dois le dire, quelques raisons pour soupçonner une tumeur de ce genre tout au moins pour administrer un traitement qui servît de pierre de touche. Le malade accusait des antécédents douteux, un chancre, etc.; de plus, et c'était là surtout le point fondamental qui engendrait ces doutes, le testicule du côté droit était malade, tuméfié, l'épididyme était légèrement bosselé; malgré ces données judicieuses, j'inclinais vers un avis contraire; il est rare, sans qu'il y ait rien d'absolu à cet égard, il est rare de voir la syphilis rester à l'état latent pendant la conception de quatorze enfants pour se révéler de longues années après par un accident aussi sérieux. Cependant, pour plus de sûreté, je soumis ce malade au traitement spécifique; voici quinze jours qu'il le prend et rien n'est changé dans son état; c'est une confirmation de mon diagnostic, car, malgré ce peu de temps, on aurait déjà des indices de diminution, s'il s'agissait véritablement de syphilis; les lésions anciennes, les vieilles gourmes ressentent très-rapidement les effets de l'iodure de potassium.

Par voie d'exclusion, nous sommes arrivés à une classe de tumeurs dont le pronostic est singulièrement plus grave; ce sont les néoplasmes et par ce mot pris dans un sens large j'entends les tumeurs avec tendance à la récidive, à l'envahissement, à la généralisation. On peut les ranger d'une façon générale sous deux chapitre principaux : d'une part l'*enchondrome*; — d'autre part, le *sarcome*, l'*épithéliome* et le *carcinome*.

En classant dans un même chapitre ces différentes tumeurs, ce n'est pas que je soutienne qu'on ne puisse quelquefois en faire le diagnostic ; mais la chose est rare, car elles se confondent dans bien des cas, comme marche, comme symptômes et cette confusion est surtout facile, quand elles sont encore peu développées.

Chez le malade du n° 1 (c'est toujours celui qui a prêté à plus de discussion, en raison des particularités de son histoire), chez ce malade on aurait pu songer un instant à l'enchondrome mais l'enchondrome date de la vraie jeunesse, de l'adolescence; il n'apparait pas à un âge où les tissus ne se développent plus; comment croire que ce malade, d'ailleurs intelligent, eût porté depuis cette époque et sans s'en être aperçu, une tumeur qui, malgré son volume moyen, se révèle par sa dureté. Il serait à souhaiter pour lui que ce diagnostic fut vrai, car les enchondromes sont, d'une façon générale, moins graves que la seconde catégorie de néoplasmes, quoique pourtant ils puissent subir des généralisations et parfois même très-rapides.

Ces trois tumeurs sont donc constituées par un néoplasme; le diagnostic raisonné et méthodique nous y a conduits par exclusion, mais il s'arrête là. Il n'est pas possible en effet d'aller plus loin; on ne peut avoir que des présomptions. Si chez le premier malade, en raison de son âge, de l'évolution et de l'aspect de la tumeur, je soupçonne un sarcome du testicule, je vous en fournirais moins facilement la preuve incontestable.

Chez le second, en tenant compte de l'essai infructueux du traitement spécifique, essai qui écarte l'idée de testicule syphilitique et malgré les antécédents dont la parfaite interprétation est difficile, je crois que le diagnostic sarcome est encore celui qui offre les plus grandes probabilités. C'est celui qui explique le mieux la lenteur de l'évolution et d'autre part les bosselures et les irrégularités de la tumeur. Cependant, ce diagnostic doit être réservé; il ne repose pas sur des données claires et d'où jaillisse l'évidence. Un fait reste, c'est que nous sommes en présence d'une tumeur progressive et qu'il y a lieu d'en arrêter la marche.

Notre troisième malade est très-probablement porteur d'un carcinome vrai du testicule. Son âge, le début insidieux de la tumeur, son rapide accroissement dans les derniers temps, sa consistance, l'état du cordon nous permettent ici d'être plus affirmatifs.

Pour me résumer, je dirai que dans l'état actuel de la science, on peut formuler presqu'à coup sûr le diagnostic de beaucoup de tumeurs du testicule : kystes, tubercules, hématocèle, hydrocèles diverses ; on peut reconnaître encore l'existence des néoplasmes glandulaires, soupçonner parfois leur nature anatomique, mais le plus souvent il est impossible de préciser cliniquement les différences qui séparent entre eux les divers néoplasmes. Le diagnostic précoce n'a pas d'éléments ; le diagnostic tardif, alors qu'il y a des ulcérations, des invasions ganglionnaires, pour être plus facile, n'en est souvent pas plus certain. Toutes sont des tumeurs dures, envahissantes, toutes sont susceptibles de généralisation et ce n'est pas du plus ou moins de rapidité de l'évolution que vous pourrez tirer une conclusion certaine. Songez du reste qu'histologiquement ces tumeurs empiètent les unes sur les autres, se mélangent, fusionnent en quelque sorte, vous aurez des enchondromes avec points sarcomateux (enchondro-sarcome) vous aurez des sarcomes avec de l'épithéliome, etc..., vous devez dès-lors comprendre que si microscopiquement ces tumeurs ne sont pas nettement séparées, c'est-à-dire, si dans le même sein, le même testicule opéré, vous pouvez trouver des caractères histologiques mixtes, il est impossible de vous prononcer avant l'opération. Aussi, je le répète, vous pouvez formuler le diagnostic de néoplasmes, de tumeur maligne ; ce diagnostic vous dicte la conduite appropriée, mais c'est tout ; une distinction plus subtile est simplement hypothétique.

Dans l'impossibilité où nous étions de suivre les malades, M. Trélat, a bien voulu, sur notre demande, rédiger la note suivante qui complète les observations et fixe un point de diagnostic fort délicat : CARTAZ.

Chez ces trois malades la castration a été pratiquée et tous trois ont guéri de l'opération. Pour deux d'entre eux, le diagnostic a été confirmé par l'examen histologique. Le premier et le dernier malade étaient bien atteints l'un d'un sarcome, l'autre d'un carcinome. Le sarcomateux a été revu à plusieurs reprises ; il est et reste bien portant sans traces de récidive plus de dix mois après l'opération ; le carcinomateux semble aussi bien guéri, mais la dernière fois que nous l'avons vu, six mois après sa sortie de l'hôpital, on pouvait constater chez lui une certaine intumescence légère au niveau du canal inguinal. Il y a lieu de craindre pour lui une récidive dans le cordon ou dans les ganglions iliaques.

Quant au dernier malade, celui pour lequel j'avais émis avec réserve le diagnostic sarcome, son cas offre un grand intérêt. Disons d'abord qu'il y a une erreur de diagnostic ; que cette erreur était très-difficile, mais non impossible à éviter et que l'erreur de diagnostic nous a conduit à une opération inutile pour le moins.

Voici les faits : la tumeur enlevée et fendue en deux présentait une texture homogène, une consistance moyenne et une coloration d'un gris rougeâtre. Nous ne fîmes aucune difficulté pour reconnaître dans ces caractères la confirmation de notre diagnostic. Elle fut présentée sous le nom de sarcome à la Société anatomique par M. Letulle, interne du service. (Voir *Progrès médical*, 1876, p. 394).

La plaie opératoire marcha à souhait et en moins de trois semaines l'opéré fut en état de réintégrer son domicile. Cependant, au moment de la sortie, nous constations que le testicule droit, le seul désormais, dont le gonflement était à peine perceptible un mois auparavant, avait manifestement augmenté de volume. En même temps notre homme portait au côté gauche du front à la partie antérieure de la région temporale une toute petite tumeur aplatie que nous avions prise pour un lipome et qui elle aussi semblait grossir. Néanmoins le malade était enchanté de son état ; il nous quitta plein d'entrain et de reconnaissance.

De temps à autre il venait nous voir dans le service et quoiqu'il restât bien portant, nous avions le chagrin de constater que le testicule droit grossissait toujours, lentement, mais sans arrêt et que d'autres tumeurs se montraient en avant et à droite du front, et encore à la région sternale.

Pendant le cours de ces fâcheuses observations le microscope avait donné sa réponse. La tumeur était un lympho-sarcome. Nous assistions à une généralisation métastatique dont le dénouement n'était que trop facile à prévoir.

Le pauvre malade rentra à l'hôpital pendant les dernières vacances (1876) et il succomba dans le marasme. De nouvelles tumeurs s'étaient montrées sur les clavicules, au cou, à la face et avaient subi un développement rapide. A l'autopsie on reconnut une généralisation ganglionnaire, viscérale et osseuse du lympho-sarcome. Les pièces furent remises à M. Malassez qui se propose de publier les détails histologiques relatifs à ce cas remarquable.

Notre opération a donc été inutile. Je ne crois pas qu'elle ait avancé le terme fatal ; en tout cas elle ne l'a pas retardé et n'a donné en somme au malade qu'une satisfaction morale d'assez courte durée.

Certes si j'avais pu établir le diagnostic, je n'eusse point fait la castration, mais ce diagnostic était-il possible ? — Possible, oui ; mais très-difficile assurément et il faudra du temps avant que les chirurgiens ne prennent le flair de ces insidieux lympho-sarcomes.

Voici comment aurait dû être fait le diagnostic : la tumeur n'étant évidemment ni une hématocèle, ni un enchondrome, ni une orchite syphilitique nous avions à examiner successivement les néoplasmes les plus communs mais il fallait mieux tenir compte que je ne l'ai fait de tous les caractères. La bosselure frontale et le léger gonflement du testicule sain auraient dû être mieux considérés qu'ils ne l'ont été. Alors j'aurais pensé que le sarcome se propage, mais qu'il se généralise bien rarement ; alors aussi j'aurais dit que lorsque le carcinome se montre par foyers éloignés et multiples, la cachexie est vivement caractérisée ; alors encore j'eusse été amené à cette insidieuse et redoutable maladie où la généralisation la plus étendue peut se faire sans cachexie au commencement du moins, sans ulcération des tumeurs et j'eusse posé le doigt juste sur le diagnostic.

Mais c'est précisément cette absence totale de cachexie qui trompe. Vous êtes en présence d'un malade vigoureux qui vous consulte pour une tumeur bien circonscrite et si par hasard vous lui trouvez sur un autre point du corps quelque autre petite grosseur, vous apprenez qu'elle n'a ni histoire ni manifestations. Le malade ne s'en doute pour ainsi dire pas ; elle ne lui fait ni mal, ni gêne et elle est si petite ! Quelqu'obscur petit lipome sans doute. Vous passez outre et votre diagnostic est perdu.

Ce n'est pas ainsi qu'il faut faire et comme c'est la seconde fois que je me laisse prendre, j'espère que la troisième n'arrivera pas et j'insiste sur le principe que je formulais avec timidité à la Société de chirurgie en lui présentant un cas de lympho-sarcome du cou où le diagnostic, le pronostic avaient présenté les mêmes difficultés et où, faute d'un vrai diagnostic, j'avais méconnu la véritable indication qui était l'abstention (*Bull. Soc. chirurg.*, 1872, p. 232 et 395). Ce principe, le voici : quand on est en présence d'une tumeur néoplasique dont les caractères sont mal tranchés, qu'on ne peut franchement rattacher à aucun des types habituels et fréquents ; épithéliome, sarcome, carcinome, s'il existe en un autre point quelconque du corps des tumeurs si petites, ignorées et indolentes qu'elles soient, il faut *examiner avec soin l'hypothèse du lympho-sarcome*, étudier le sang, au besoin enlever, pour en faire l'analyse histologique, une des petites tumeurs et si le microscope répond lympho-sarcome ou lymphadénome malin et généralisé, ce qui est tout un, *s'abstenir absolument de toute opération ultérieure*, car, malgré l'absence apparente de cachexie, la généralisation est faite, et votre opération ne remplirait plus aucune indication. Vous n'enlèverez qu'une tumeur en laissant toutes les autres qui grossissent et

vont se développer dans les ganglions, le mésentère, la rate, le foie, les os, etc.

Vous voyez, Messieurs, qu'il y a là un point de pratique appuyé sur une notion de doctrine de haute valeur. Nous sommes sur les confins du diagnostic possible et du diagnostic encore ignoré. Si, comme moi, vous avez été frappés par cet exemple remarquable, si j'ai eu le bonheur de vous faire comprendre par quelles voies on peut éviter l'erreur de pratique, en accroissant la portée et la finesse du diagnostic dans les faits qui nous occupent, nous aurons, l'un et les autres, bien mis à profit l'étude comparative que je viens de dérouler devant vous.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Projet de reconstruction et d'agrandissement de l'Ecole de médecine.

Dans sa séance du 23 janvier, le Conseil municipal de Paris a voté avec une légère modification les conclusions du rapport que lui avait présenté M. Viollet Le Duc, dans la séance du 20 janvier, sur le projet de reconstruction et d'agrandissement de l'Ecole de médecine. Ces conclusions consistent à autoriser dans la limite d'une dépense de 3.992.413 fr. l'exécution des travaux indiqués aux plans et devis susvisés, et ayant pour objet la reconstruction et l'agrandissement de l'Ecole de médecine, le Conseil se réservant toutefois d'examiner à nouveau les plans, jusqu'alors incomplets, des diverses façades de l'Ecole, surtout celle de boulevart Saint-Germain.

Afin de mettre d'une façon précise nos lecteurs au courant des constructions qui se préparent et doivent être faites à bref délai, nous allons donner une analyse détaillée du rapport très-intéressant de M. Viollet Le Duc, et de la discussion dont ce rapport a été l'objet.

L'exécution du projet actuel est la conséquence des votes émis naguère par le Conseil: 1° Sur l'agrandissement de l'Ecole pratique ; 2° Sur une convention relative au règlement d'une avance de 9.400.000 fr. faite par le Trésor à la ville de Paris (20 juin 1871), et d'après laquelle six millions doivent être prélevés sur ladite somme de 9.400.000 fr. pour l'amélioration et l'agrandissement de l'Ecole de médecine. Cette décision n'était peut-être pas exempte de critiques et, pour nous, nous estimons qu'il eût été de beaucoup préférable de transporter l'Ecole de médecine sur un terrain libre et d'une étendue suffisante pour faire face, sans grandes dépenses, aux nécessités de l'avenir. Toute récrimination serait aujourd'hui superflue. Mieux vaut donc examiner la situation telle qu'elle est et pour laquelle le Ministre de l'Instruction publique réclamait une prompte solution.

L'Ecole actuelle n'occupe qu'une superficie de 2.485 mètres, dont 1,575 sont construits. Le projet comprend une surface totale de 6.930 mètres, dont 5.395 de construction. Différence de la surface bâtie, 3.820 mètres. Le nouvel emplacement de la Faculté est limité par la rue de l'Ecole-de-Médecine (ou plutôt rue des Ecoles prolongée), par la rue Larrey, le boulevart Saint-Germain et enfin la rue Hautefeuille. Tous les médecins ont une idée générale des conditions que doit réaliser un programme imposé pour l'établissement d'une Faculté de médecine; aussi n'en rappellerons-nous pas les détails.

Dans son premier projet, dit M. Viollet Le Duc, l'architecte avait satisfait rigoureusement aux données de ce programme en conservant, des bâtiments actuels, les parties qui présentent de la valeur ; mais, sur les observations de MM. les professeurs, le nombre des amphithéâtres a été porté de quatre à six. Les salles d'examen et de thèses ont été portées de six à huit. Le laboratoire de chimie a reçu une beaucoup plus grande étendue et est disposé à mi-sous-sol en occupant la partie inférieure de la cour voisine. Le vestiaire a été rapproché de la cour des examens ; les fenêtres de l'entre-sol ont été agrandies, et l'étage entre-solé a été élevé à 3 mètres entre planchers sur la demande expresse de MM. les professeurs.

Nous avons appris avec une véritable satisfaction que nos maîtres avaient soigneusement étudié les plans de la future Faculté. Sachant leur responsabilité sérieusement engagée, ils n'ont pas hésité à critiquer certaines dispositions adoptées par l'architecte et, grâce à leur intervention, celui-ci a dû modifier ses plans primitifs. Les différents services sont groupés autour de quatre cours : la *cour de l'administration*, la *cour d'honneur* (celle qui existe aujourd'hui), la *cour des examens* et la *cour de chimie* : c'est de ces quatre cours et des anciens bâtiments dont nous nous servirons comme points de repère dans la description qui va suivre.

On pénétrera dans la cour de l'administration par une porte donnant sur la rue Larrey. Au rez-de-chaussée se trouveront, sur la rue Larrey, à gauche, le logement du concierge ; à droite le cabinet du doyen ; au premier étage, les appartements du doyen. Dans la cour, le rez-de-chaussée du corps de bâtiment, répondant au boulevard Saint-Germain, sera occupé par une salle de conférences et une partie de la salle du conseil. Le rez-de-chaussée du bâtiment placé le long de la rue de l'Ecole-de-Médecine servira aux bureaux et le premier étage au logement du secrétaire. Au fond de la cour, il y aura une remise et une écurie.

Cette cour de l'administration, et par conséquent les services qui la circonscrivent, dit M. le rapporteur, seront mis en communication avec la grande cour d'honneur par des galeries, de telle sorte que les élèves puissent se rendre de la partie réservée à l'enseignement dans les services administratifs sans sortir de l'établissement.

Par cette galerie, nous nous rendons dans la cour d'honneur qui ne semble pas devoir être modifiée. La bibliothèque actuelle sera divisée en deux salles : l'une, plus grande, pour les thèses ; l'autre, plus petite pour les examens. Ces salles donneront sur la cour d'honneur, et, du côté de la cour de l'administration (c'est-à-dire au-dessus des remises), on fera une salle dite des délibérations et des cabinets pour deux professeurs. Il y aura deux amphithéâtres au rez-de-chaussée. Rien de changé non plus pour le grand amphithéâtre. — Le Musée Orfila conserve les locaux qu'il occupe sur la rue de l'Ecole-de-Médecine et s'agrandira des salles en retour sur la cour d'honneur, servant aujourd'hui aux examens. Les bureaux actuels, le vestiaire des professeurs, etc., seront transformés en une salle d'attente pour les étudiants. La salle des thèses sera transformée en un vestibule donnant accès dans les deux Grands Amphithéâtres, l'ancien et le nouveau.

Entre le corps de bâtiment, occupé aujourd'hui par les bureaux, le vestiaire, la portion en retour du Musée Orfila, etc., et celui qui sera édifié sur la rue Hautefeuille, il y aura, au centre, un amphithéâtre carré, pouvant contenir aisément 2,000 auditeurs, et de chaque côté, une cour. La cour située entre le grand amphithéâtre nouveau et la rue de l'Ecole-de-Médecine s'appellera *cour des examens* ; ceux-ci, en effet, auront lieu dans six salles placées au rez-de-chaussée, trois depuis la loge actuelle du concierge jusqu'au coin de la rue Hautefeuille, une au coin même et deux autres sur la rue Hautefeuille. Au premier étage, au-

dessus de la loge du concierge jusqu'au coin de la rue Hautefeuille, existera une grande salle pour les collections.

Le corps de bâtiment, sis le long de la rue Hautefeuille, comprendra, en outre des deux salles d'examen, indiquées déjà, une salle pour la préparation des cours s'ouvrant sur le grand amphithéâtre nouveau, le laboratoire de chimie (qui donnera sur la cour placée entre le nouvel amphithéâtre et le boulevard Saint-Germain, et désignée sous le nom de *cour de chimie*), enfin, au coin du boulevard, un amphithéâtre pour la pharmacologie. Ajoutons enfin, qu'il y aura, disséminées çà et là au rez-de-chaussée six petites salles pour les professeurs. Au premier étage, on mettra le laboratoire, l'amphithéâtre et le cabinet de physique.

Le rez-de-chaussée du grand corps de bâtiment du boulevard Saint-Germain sera occupé, à part les angles dont nous avons indiqué la destination, par les vestiaires, des salles isolées pour les professeurs, un vestibule correspondant à une entrée sur le boulevard Saint-Germain, une salle de conférences, puis la Salle du Conseil qui se prolonge sur la cour d'administration. Le premier étage est destiné à la Bibliothèque ; à son extrémité vers la rue Hautefeuille, il y aura une salle pour le bibliothécaire et une salle de lecture pour les professeurs ; à l'extrémité vers la rue Larrey, c'est-à-dire auprès des appartements du doyen, une salle pour les sous-bibliothécaires ; les greniers serviront de magasins pour les livres. Voici maintenant, les remarques que ces plans ont suggérées à la Commission municipale et à son rapporteur :

Relativement à la disposition et au nombre des services indiqués au plan adopté en dernier lieu par la Faculté et en présence de cette approbation, votre commission ne croit pas devoir faire à cet égard d'observations; mais elle pense que sans se préoccuper des questions de symétrie qui paraissent s'être imposées à l'architecte, il serait convenable d'éclairer les salles qui occupent toute la hauteur d'un rez de-chaussée non entre-solé, telles, par exemple, que l'amphithéâtre situé à l'angle du boulevard et de la rue Hautefeuille, et les salles d'examen, par des jours en rapport avec l'étendue et la dimension en hauteur de ces pièces, sans prétendre répéter, pour ces salles, et uniquement en vue de satisfaire à un besoin puéril de symétrie, le fenêtrage adopté dans les parties entre-solées. La façade sur le boulevard Saint-Germain est assez longue pour qu'une certaine variété dans la disposition des jours aux deux extrémités ne puisse choquer les yeux, et d'ailleurs il y a une question dominante, c'est que les fenêtres pour éclairer une loge de concierge (angle droit), ne peuvent convenir à l'éclairage d'un amphithéâtre (côté gauche) et *vice versa*.

Puisque les services intérieurs sont si différents, il est naturel d'accuser cette différence à l'extérieur, d'autant que ces concessions aux lois de la symétrie qui ne sont guère appréciables que sur le papier, surtout lorsqu'il s'agit de façades présentant un aussi grand développement, sont absolument contraires à la bonne disposition des services intérieurs. Il est certain, par exemple, que l'amphithéâtre situé à l'angle de la rue Hautefeuille et du boulevard avec sa double rangée de fenêtres, les inférieures étant à la hauteur des yeux des assistants, serait, au point de vue de l'éclairage, dans les plus mauvaises conditions. Et cela pourquoi ? Pour la satisfaction des passants qui seraient charmés de trouver une longue façade répétant exactement à gauche ce qui est à droite (en admettant qu'ils veuillent s'en préoccuper).

La discussion a porté principalement sur les avantages qu'il y aurait à mettre le projet d'agrandissement de l'École de médecine au concours et sur les futures façades de l'École. Relativement au premier point, il est évident que le concours aurait eu des avantages ; mais, en présence de plans établis avec soin, étudiés depuis longtemps, et dans lesquels on doit tenir compte de bâtiments bien connus de l'architecte de l'École, la demande de concours venait un peu tard. C'est dès l'origine de cette affaire que la question aurait dû être posée. Malgré une chaleureuse défense par M. Lefèvre, le concours pour la totalité du projet a été rejeté. C'est alors qu'est intervenu un amendement demandant que les projets de façades fussent mis au concours. Cet amendement, qui pourrait paraître singulier au premier abord, se justifiait pourtant dans une certaine mesure, par quelques-uns des passages du Rapport :

Le caractère général, écrit en effet M. Viollet Le Duc, adopté dans ces projets, est d'ailleurs assez sobre ; mais votre commission est d'avis que l'architecte s'est peut-être trop préoccupé de se rattacher au style de l'Ecole de médecine actuelle. Que ce style ait son mérite nous ne jugeons pas la question ; mais peut-être serait-il préférable de se préoccuper de satisfaire exactement aux données nouvelles imposées par les services de l'école de médecine, que de se raccorder à un style d'architecture qui n'a nul rapport avec ces services.

Ainsi la partie principale de la façade sur le boulevard Saint-Germain est certainement la bibliothèque. Or, à l'extérieur, l'architecture adoptée paraîtrait plutôt convenir à une grande salle de fêtes qu'à une bibliothèque.

Ces arcades basses relativement à l'élévation du plafond, donneraient un jour insuffisant dans les parties hautes de la salle, qui devront être évidemment pourvues d'une galerie. Et, ainsi les écoinçons de ces arcs et l'entablement monumental qui couronne l'ordre ionique, forment un obstacle à l'émission de la lumière extérieure, là précisément où cette lumière fournirait le meilleur éclairage.

Ces observations ayant été faites à l'architecte ainsi qu'au directeur des travaux de Paris, il a été entendu que dans les projets définitifs on y aurait égard ; c'est-à-dire que les baies des amphithéâtres seront mises en rapport avec l'étendue de ces locaux, que le plafond de la bibliothèque sera abaissé et que l'étude des constructions sera faite en vue des services auxquels on doit satisfaire.

L'éminent rapporteur, tout en reconnaissant les imperfections des façades, déclarait qu'il ne lui semblait pas possible d'accepter l'organisation intérieure telle que la proposait l'architecte de l'Ecole, et de mettre au concours les façades seules, de chercher en somme une sorte d'habilleur, de décorateur.

Pourquoi d'ailleurs tant insister sur cette partie de l'Ecole ? Trop de nos monuments déjà ont été faits à peu près exclusivement pour l'œil des flâneurs, sans le moindre souci de leur organisation intérieure, pour qu'on en augmente le nombre. Tel est le nouveau Louvre. Ses façades attirent le regard ; ses salles sont des salles à tout faire (musées, bibliothèques, etc.), mais mal appropriées à tout. Ces arguments ont paru péremptoires et l'amendement a été repoussé.

Quelques-uns de nos amis ont paru regretter ce vote, soutenant qu'il serait possible de réunir à la fois et l'excellence des dispositions intérieures et la beauté des façades. Ce sont là assurément des dispositions généreuses. Toutefois, ils oubliaient que, quand les bâtiments et les façades seront terminés, il y aura des dépenses sérieuses à faire pour l'aménagement de l'Ecole, et qu'il est bien plus utile de conserver pour cet aménagement l'argent que l'on serait disposé à consacrer aux façades. Qu'importent des façades monumentales si la bibliothèque est mal tenue, si ses livres sont toujours « chez le relieur, » si les employés ne sont pas assez nombreux, si les livres et les journaux ne sont pas au jour le jour à la disposition des étudiants ! Nous terminerons en disant avec M. Viollet Le Duc : « Il est sage d'élever nos édifices urbains, en vue surtout des besoins auxquels ils doivent satisfaire et d'après une étude attentive et raisonnée de ces besoins ; de ne plus songer, tout d'abord, à faire des façades sans nous préoccuper de ce que ces monuments doivent contenir et de ce qu'il doit y avoir derrière ces façades (1). »

(1) L'observation capitale que nous avons faite au début de cet article sur l'insuffisance de l'emplacement de la Faculté nous dispense d'un grand nombre de critiques secondaires. Pourtant, nous devons signaler trois d'entre elles : Il est regrettable que deux des amphithéâtres soient superposés, qu'on ait mis une salle (la salle de lecture des professeurs) au-dessus de l'amphithéâtre de pharmacologie. Disons enfin que la cour de chimie et la cour des examens sont très-petites et qu'il n'était pas indispensable de loger le Doyen, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. LÉPINE.

M. CHARCOT revient sur sa dernière communication. Trousseau regardait la réapparition de la sensibilité chez les hémianesthésiques hystériques, par l'application des métaux sur la peau, comme un élément de diagnostic; cela n'est pas exact, car, dans deux cas d'hémianesthésie produite par des lésions cérébrales, l'action du métal a fait revenir la sensibilité qui a même persisté plus longtemps que chez les hystériques.

M. ONIMUS croit que ces phénomènes sont dus à des courants électriques développés par l'application du métal sur la peau. Il rappelle que déjà M. Richet a démontré que les hystériques manifestent des sensations douloureuses dans les parties anesthésiées, lorsqu'on leur applique des courants. La production de l'électricité, d'après les expériences physiques, doit même être assez considérable: on sait que, lorsque deux liquides de nature différente sont séparés par une membrane, il se forme un courant électrique très-notable qui s'accuse encore si on place une lame de métal dans un des fluides : le sang et les liquides qui circulent dans les papilles constituent le premier liquide, l'épiderme est la membrane interposée, les sécrétions cutanées fournissent le second liquide, le métal appliqué à la surface de la peau oriente le courant et en favorise le développement.

M. HAYEM demande si, en raison des phénomènes électro-chimiques qui doivent exister d'après les explications fournies par M. Onimus, la peau ne manifeste point une tendance à s'escharifier.

M. CHARCOT. Au moment où la sensibilité réapparait, la circulation devient plus active, on observe une vascularisation plus accentuée au niveau de la pièce d'or; la température s'élève dans le membre, ce qui est établi par l'élévation d'un thermomètre placé dans la main; enfin, la malade accuse certains phénomènes précurseurs tels que de l'engourdissement, des fourmillements.

M. RABUTEAU pense que ces phénomènes sont analogues à ceux qui ont été décrits par Perkins au siècle dernier. Ce physicien mettait sur la peau deux plaques de métal différent et obtenait des effets semblables à ceux qui viennent d'être indiqués. Par l'application d'un seul métal, absolument pur, on n'obtiendrait aucun résultat. Mais les pièces d'or sont composées d'or et de cuivre : on a donc là les éléments de la formation d'un courant.

M. GUBLER attribue le retour de la sensibilité aux phénomènes congestifs qui se passent du côté des capillaires.

M. DUMONT-PALLIER fait remarquer que le fait suivant reste jusqu'à présent inexpliqué : c'est la réaction différente des malades sous l'influence des métaux divers.

M. A. ROBIN rapporte des expériences ayant pour but d'établir que, par l'emploi de l'acide salicylique dans la fièvre typhoïde, on observe une diminution de la sécrétion urinaire en même temps qu'une augmentation dans les proportions de l'urée. M. GUBLER fait observer que dans la fièvre typhoïde, les tissus et les vaisseaux sont encombrés des produits des déchets organiques. Il est probable que l'acide salicylique s'empare de ces produits et forme avec eux un composé qui est éliminé sous la forme d'acide salicylurique.

M. ONIMUS expose que, dans une série d'expériences, il a pratiqué l'ablation complète des hémisphères cérébraux chez les animaux inférieurs. Il a constaté quelques phénomènes nouveaux et intéressants.

M. BERT a fait de nouvelles expériences sur les virus charbonneux. Elles démontrent que leur nature chimique est analogue à celle des diastases. La partie active au point de vue physiologique parait être indépendante des bactéries et autres éléments figurés.

M. HAYEM. La virulence peut être indépendante de la présence de ces corps organiques. C'est ce qu'il a constaté sur une pustule maligne enlevée récemment par M. Dolbeau : ni le sang, ni le liquide de la pustule ne renfermait de bactéries. — M. JOFFROY n'a pas trouvé non plus de bactéries dans le sang d'un individu auquel il avait enlevé une pustule maligne, mais il y en avait dans la pustule. Il a inoculé de ce sang à des cobayes qui ont succombé très-rapidement. Avec le sang de ces cobayes, il a fait une deuxième série d'inoculations, puis une troisième, et ce n'est que chez cette 3e série qu'il a vu des bactéries dans le sang.

M. TRASBOT fait observer que chez les animaux, en pleine manifestation charbonneuse, on ne trouve pas de bactéries dans le sang; elles apparaissent seulement après la mort.

M. BERT relate une nouvelle expérience sur la transmission des courants nerveux.

M. GELLÉ essaie d'établir, à l'aide d'une expérimentation ingénieuse, que, lorsqu'on obture légèrement le conduit auditif externe, la cause de la transmission, à l'appareil auditif, des vibrations d'un diapason appliqué sur les os du crâne, est indépendante des oscillations de la membrane du tympan : cette transmission se fait directement à l'oreille interne.

M. MORAT a fait, en son nom et au nom de M. Toussaint, une communication sur l'*Etat électrotonique des nerfs dans le cas d'excitation unipolaire*. La méthode d'excitation unipolaire, introduite par M. Chauveau en physiologie, consiste à mettre un des deux pôles de la pile sur le nerf et l'autre sur une région éloignée du corps. Au point de vue de la contraction musculaire, l'action des courants électriques est très-différente de ce qu'on voit avec les anciennes méthodes. En est-il de même des modifications du courant propre sous l'influence du courant continu appliqué dans ces conditions? D'abord ces modifications sont beaucoup plus faibles; elles paraissent de sens contraire à celles que produisent les courants continus avec l'ancienne méthode. Le courant propre du nerf est augmenté quand le pôle négatif est sur lui (phase positive) il est diminué quand c'est le pôle positif (phase négative). Ces modifications sont positives ou négatives aux deux bouts du nerf, et produisent simultanément aux deux extrémités ou une augmentation ou une diminution du courant propre.

Ces résultats, en apparence discordants, peuvent néanmoins se concilier si on admet que le courant de la pile se diffusant dans toutes les directions à partir de son point d'application tout en s'affaiblissant extrêmement vite suit le nerf dans ses deux directions; divergent, quand le pôle positif est sur le nerf et par conséquent opposé dans les deux bouts, au courant propre (phase négative); convergent quand le pôle négatif est sur le nerf, de même sens alors que le courant propre (phase positive). La méthode unipolaire permettra de comparer plus facilement qu'on a pu le faire jusqu'ici, le travail physiologique du nerf (contractions musculaires) avec les modifications de son état électrique.

IS. BESSON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 janvier 1877. — Présidence de M. BOULEY.

M. TARNIER présente deux nouveaux forceps, construits sur ses indications, par M. Collin. Ces instruments ont sur le forceps ordinaire les avantages suivants: ils permettent à l'opérateur de pouvoir toujours tirer suivant l'axe du bassin, même lorsque la tête fœtale est arrêtée au niveau du détroit supérieur, et, par suite, ils épargnent aux tissus maternels les compressions inutiles et dangereuses qu'ils subissent avec le forceps ordinaire. Ils laissent à la tête du fœtus une mobilité suffisante pour qu'elle puisse suivre la courbure de la filière pelvienne presque aussi librement que dans un accouchement naturel. Ils sont enfin munis d'une aiguille indicatrice qui fonctionne automatiquement et montre à l'accoucheur dans quel sens il doit diriger ses tractions pour qu'elles soient irréprochables. — M. Tarnier se borne à signaler les indications heureuses que peuvent donner ses instruments, il se propose, d'entrer bientôt dans de plus amples détails.

M. DEPAUL donne lecture d'un fort intéressant rapport sur un mémoire de M. le professeur *Herrgott* (de Nancy), intitulé le *spondylizème* (ou affaissement vertébral) cause nouvelle d'altération pelvienne, comparé à la *spondylisthésis* (ou glissement vertébral). Voici les conclusions formulées par M. Herrgott: 1° Les maladies de la colonne lombaire et du sacrum peuvent entraîner deux déformations essentiellement différentes selon

que la carie atteint le corps ou l'arc de la vertèbre. 2° Dans la première ou est détruit le corps de la vertèbre qui est le soutien de la colonne, celle-ci s'affaisse sur elle-même et s'incline: cette inclinaison peut entraîner une projection en avant si considérable qu'elle couvre le détroit supérieur et empêche l'engagement fœtal dans le canal ; c'est cette lésion qu'il a appelée spondylizème (affaissement vertébral). — 3° Dans la seconde où est altéré l'arc vertébral qui maintient la colonne par ses articulations intervertébrales et les apophyses qui donnent attache aux ligaments et aux muscles de la région, la colonne, obéissant aux lois de la pesanteur, glisse en avant dans la cavité pelvienne et l'obstrue ; c'est cette lésion à laquelle Kilian a donné le nom de *spondylisthésis* (glissement vertébral). — 4° Dans le *spondylizème* le diamètre sacro-pubien conserve sa longueur normale; il peut même être augmenté en raison de la diminution de la hauteur de la base du sacrum mais le détroit à franchir par le fœtus est reporté plus haut : il est représenté par une ligne qui, du pubis s'étend au corps d'une des vertèbres lombaires ou dorsales, rapproché du pubis par l'inclinaison en avant de la colonne.

5° Dans la *spondylisthésis* le diamètre sacro-pubien est rétréci par l'interposition du corps des vertèbres lombaires entre le sacrum et le pubis, par suite de leur glissement dans le canal pelvien, au-devant du sacrum. — 6° Les conséquences de ce dernier mode de lésion sont, pour le bassin, plus graves que celles du premier ; mais, ces deux résultats pathologiques peuvent, ainsi que le démontrent les faits, conduire aux nécessités les plus douloureuses de la médecine opératoire obstétricale.

M. J. Guérin pense qu'on ne doit pas se contenter de signaler une malformation ; il conviendrait, pour être complet, de remonter à la maladie qui a causé l'altération osseuse. — A la suite de quelques observations échangées sur ce point entre MM. J. Guérin, Depaul et Blot, la séance est levée à cinq heures. Albert Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 20 octobre 1876. — Présidence de M. Charcot.

Hémiplégie gauche incomplète; Troubles de langage; Eschare au talon droit ; — Ramollissement cortical gauche. — Lésions multiples de l'hémisphère droit ; par M. Sabourin, interne des hôpitaux.

Liard Caroline, 76 ans, entrée à la Salpêtrière salle Sainte-Anne n° 16, (service de M. Luys) le 9 septembre 1876. Impossible de rien obtenir de précis sur l'époque d'apparition de la maladie.

Etat actuel. — 1° *Face.* — Commissure labiale droite tirée en haut, langue visiblement déviée à gauche; sensibilité intacte à la face et à la langue qui ne présente aucun tremblement.

2° *Membre supérieur.* — Le bras droit jouit de tous ses mouvements, sa sensibilité est intacte; le bras gauche est encore soulevé par la malade, mais avec beaucoup de peine ; les doigts s'étendent et se ferment avec peine ; pas de contracture. Sensibilité à la piqûre, au pincement notablement diminuée au bras et à l'avant-bras gauche ; la diminution est moins sensible à la main. La malade serre à peine avec la main gauche. Elle peut encore serrer avec assez de force avec la main droite.

3° *Membre inférieur.* — La malade semble mouvoir aussi facilement sa jambe gauche que la droite : la sensibilité y est intacte des deux côtés.

4° *Vue et Ouïe.* — La malade fait comprendre qu'elle voit moins bien de l'œil gauche que du droit. (Pas de lésions apparente des milieux transparents de l'œil; pas de strabisme ni de diplopie). L'ouïe est assez mauvaise, mais il est difficile de dire si une oreille est meilleure que l'autre.

5° *Langage.* — Parole saccadée, difficile, et pendant qu'elle s'exerce, la déviation des traits s'accentue. Il y a surtout impossibilité de trouver les mots pour désigner les choses. Son vocabulaire se compose d'une série de mots qu'elle emploie surtout : *oui, non, madame* (elle dit très-rarement *Monsieur*) *femme*; et des moitiés de mots, *frette, toto.* Le médecin, elle l'appelle *Madame* ; son mari, elle l'appelle *une femme.* Généralement elle emploie, ou plutôt fait comprendre qu'elle veut employer une périphrase ; elle dit : *pour manger, pour boire, pour écrire,* quand on lui montre une cuiller, un verre, un crayon, et encore hésite-t-elle souvent avant de prononcer ces mots n'ayant aucun rapport avec l'objet : on lui montre un doigt, elle dit : *une femme*; quelquefois : *ça c'est une femme*; outre qu'elle ne trouve pas les mots, il lui est souvent impossible de les répéter quand on les prononce devant elle ; on nomme une fourchette, un couteau : elle répète *frette, toto* : puis, on la voit appliquer ces mêmes expressions aux objets suivants qu'on lui montre ; ou bien même, elle ne répète pas du tout le mot qu'on lui a dit. — Parmi les lambeaux de phrases qui lui reviennent le mieux, elle peut citer : *Il y a longtemps : par une révolution avec une femme* (son mari ou ses enfants). — Elle a conservé la mémoire de certains chiffres, et les applique quelquefois assez bien : Si on lui montre successivement les doigts de la main, elle compte plus ou moins régulièrement 1, 2, 3, 4, 5. Si on pousse plus loin, elle s'arrête si l'on saute de 1 à 4, elle ne sait plus : après beaucoup d'efforts, elle dira parfois juste le nombre de doigts qu'on lui présente d'un seul coup.

Quant aux faits passés, elle en sait peu de chose : ignorant l'époque et les circonstances du début de sa maladie, elle répond invariablement : *Il y a longtemps*, ou bien *par une révolution*, etc... On essaye de trouver des dates, en lui en répétant quelques-unes; mais elle dit *oui* ou *non* avec de telles variantes à quelques minutes d'intervalle, que l'on ne peut tenir aucun compte de ces données. D'ailleurs elle n'a pas cet air si ennuyé qu'on voit chez certains aphasiques, quand ils ne peuvent dire ce qu'ils veulent. Elle n'a pas beaucoup conscience de ses erreurs de langage, et semble trouver tout naturel d'appeler un litre *une femme.*

6° *Lecture.* — Impossible de lui faire nommer juste une seule lettre : elle dit A pour B, et ainsi de suite : ou elle applique à une lettre un mot quelconque comme *pied, frette, femme.* Par hasard elle a appelé un I par son nom; quelques minutes après elle l'appelait *pied.* Cependant elle prétend qu'elle lisait très-bien avant sa paralysie.

7° *Ecriture.* — De même, elle fait comprendre qu'elle écrivait parfaitement : elle tient très-bien son crayon de la main droite. On lui dit d'écrire son nom. Elle réfléchit longtemps pour se le rappeler, prononce le mot *Coroline*, pour (Caroline), puis elle écrit des jambages qui ne ressemblent à rien. Tout d'un coup, comme prise d'inspiration, elle écrit tant bien que mal le nom de son mari qui s'appelle *Cohadon* ; elle écrit : *Madame Adon*; puis elle l'écrit à la suite plusieurs fois, une fois entre autres : *Madame Coadon*; enfin elle écrit Madame Load (elle s'appelle Liard). L'examen du cœur montre un souffle mitral avec de grandes irrégularités dans les battements.

Quelques jours après son entrée, on voit se former au *talon droit*, une phlyctène rapidement purulente, sur une large plaque rouge. Au-dessous on trouve une eschare profonde, molle, large comme une pièce de 5 francs, qui s'agrandit un peu les jours suivants : la sensibilité est intacte autour de l'eschare, la malade n'y accuse aucune douleur : les artères du membre battent parfaitement.

Le 13 octobre, la malade est prise d'un frisson violent avec chaleur et sueur abondante, frisson qui se renouvelle le 15. au matin, et le 17 après la visite ; la mort a lieu à 10 heures dans un état de sidération complète.

Autopsie 24 heures après la mort. Les régions fessières sont violacées, avec quelques pustules, mais sans eschare proprement dit.

Cœur : Insuffisance mitrale ; cœur rempli de caillots noirs.

Poumons. Les deux, mais surtout le gauche, sont infiltrés de sérosité noirâtre, sans traces d'induration. — *Rate.* Réduite en bouillie noire qui s'écoule par l'incision. — *Reins.* Néphrite interstitielle; kyste du rein droit. — *Encéphale :* Rien dans les méninges.

1° *Hémisphère gauche.* — Ramollissement ocreux cortical ayant détruit : La 1re et la 2e circonvolutions temporales : en haut et en avant la lésion s'arrête juste au sillon qui sépare

l'insula du lobe sphénoïdal; en arrière elle contourne l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius, laisse intacte toute la 3e circonvolution frontale, mais remonte sur le pli courbe dont elle détruit la plus grande partie : réouvert un peu plus haut, jusque dans le sillon qui sépare le lobule pariétal supérieur du lobule pariétal inférieur : sur le lobe occipital elle pénètre un peu dans le sillon pariéto-occipital, détruit une partie de la face externe du lobe cunéiforme, et une partie de la face interne. Quant aux portions les plus inférieures du lobe occipital (partie postérieure des lobes *lingual* et *fusiformes*), elles sont intactes.

Sur toute l'étendue de ce vaste ramollissement, on voit des artères blanchâtres, vides de sang. — A la coupe de l'hémisphère gauche on trouve : 1° Une petite lacune blanche, à parois très-nettes, dans la substance blanche, correspondant à la jonction de la 1re temporale avec le lobule du pli courbe.

2° Un très-petit foyer à parois jaunâtres dans la partie postérieure de la couche optique. — *Hémisphère droit.* Rien à la superficie. A la coupe :

1° Deux lacunes pisiformes, à parois blanchâtres très-nettes, accolées l'une à l'autre, dans la substance blanche, au-dessus de la capsule interne, à un demi-centimètre de la base des circonvolutions correspondantes.

2° Dans le noyau lenticulaire, un foyer jaunâtre, allongé d'avant en arrière, juste sur la limite de ce noyau et de la capsule externe, foyer s'étendant jusqu'à la partie la plus reculée du noyau lenticulaire.

3° Juste au centre de la couche optique, une lacune jaunâtre grosse comme un grain de chénevis.

Protubérance annulaire. Dans le côté droit, au-dessus du gros faisceau inférieur, un petit foyer brunâtre, transversal, très-aplati de haut en bas, large de 5 millimètres, long de 1 centimètre d'avant en arrière. Rien dans le *cervelet* et dans le *bulbe*.

M. Charcot. Il s'est produit chez cette malade une escharre rapide au talon droit : le fait concorde assez exactement avec ceux qu'a publiés M. Joffroy pour établir un rapport entre les lésions des parties postérieures de l'encéphale et le développement précoce des escharres.

Hernie ombilicale étranglée; opération; pansement de Lister; mort sans péritonite; par M. Régnier, interne des hôpitaux.

La femme Farquel..., âgée de 50 ans, entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Désormeaux, le 22 novembre à 6 heures pour une hernie ombilicale de moyen volume, étranglée depuis cinq jours. La malade présentait comme symptômes, les vomissements fécaloïdes, ballonnement du ventre, figure grippée, voix éteinte, mais, de plus, une petitesse remarquable du pouls, refroidissement des extrémités, crampes dans les jambes, c'est-à-dire les symptômes cholériformes qu'on note dans certains cas de hernie. En présence de cet état alarmant, qui ne laissait aucun espoir pour la malade, M. Campenon se décida à l'opérer immédiatement. Une incision verticale longue de dix centimètres environ permet d'arriver sur la hernie. On rencontra tout d'abord une couche épaisse d'épiploon, couche adhérente au sac en plusieurs points. Au milieu de la masse épiploïque une anse intestinale complète et repliée sur elle-même. Le débridement fait en haut en deux points différents fut facile; il n'en fut pas de même de la réduction de l'intestin. Il restait en effet vers le bord mésentérique une sorte de plaque de teine noirâtre, dure, épaisse, et qui semblait provenir d'un travail morbide déjà ancien.

L'intestin fut seul réduit; l'épiploon étant laissé tel qu'on l'avait trouvé, on ne chercha pas à le réduire, se proposant de s'en servir pour obstruer l'orifice herniaire. A cet effet deux fils à suture profonde furent passés à travers l'épiploon au niveau même du collet du sac, et allèrent se terminer à droite et à gauche à de petites plaques de plomb placées à 3 cent. environ en dehors de l'incision cutanée. Un drain reposait sur ces fils au milieu même de la masse épiploïque, et venait sortir à l'angle inférieur de la plaie. Les téguments sont réunis par des points de suture métallique en nombre suffisant. Seul, l'angle inférieur, resta libre pour l'écoulement des liquides et le passage du drain. — L'opération et le pansement ont été faits par la méthode dite de Lister.

23 *octobre*. Le lendemain matin, la malade n'avait pas de douleur dans le ventre, qu'on pouvait presser sans en éveiller; les vomissements s'étaient arrêtés depuis l'opération. La malade avait eu une selle abondante. Le pouls était encore très-petit, difficile à trouver, nombre de pulsations 80. La voix encore cassée, mais moins éteinte que la veille. Mais la malade était dans un état de stupeur prononcée, et malgré les boules d'eau chaude les extrémités étaient froides, le thermomètre dans l'aisselle ne s'éleva qu'à 36°, 5. Les crampes ne se produisaient plus.

Soir. On change le pansement; on constate l'absence de toute réaction inflammatoire, l'accollement complet des surfaces suturées, et l'écoulement facile de liquide sanguinolent par les tubes à drainage mais si l'état local est bon, l'état général s'est peu amélioré depuis le matin. Le pouls est très-petit, fréquent; La température est à 36°, 3. La stupeur est la même.

24 *octobre*. Même état général. T. 36°,1 — On a inutilement continué à relever la température soit par les boules d'eau chaude, soit par l'eau-de-vie que la malade prend à l'intérieur depuis l'opération. Quelques crampes dans les jambes.

Soir. L'affaiblissement a fait des progrès, et le soir à 6 heures la malade mourait dans un *état véritable de collapsus cholériforme*.

A l'autopsie, on trouva que l'anse intestinale étranglée n'offrait aucune perforation ni ulcération; le péritoine était sain; il n'y avait pas de liquide dans sa cavité, pas d'arborescence vasculaire, pas d'état poisseux. Il en était de même de l'épiploon intra-abdominal qui ne présentait aucune trace de travail phlegmasique, tandis que la portion fixée dans le sac était vascularisée et épaissie. L'orifice herniaire était oblitéré par le pédicule épiploïque qui lui adhérait et formait un bouchon complet entre la cavité abdominale, et la plaie extérieure.

Ajoutons que celle-ci était réunie par *première intention* dans une grande étendue, comme tendait à le prouver l'effort assez marqué qu'il était nécessaire de faire pour détacher l'une de l'autre ses deux lèvres.

Réflexions. En somme, si on tient compte de ce fait que, pendant la vie les symptômes locaux après l'opération avaient été nuls, et qu'on avait noté l'absence de douleurs abdominales, la cessation des vomissements, le retour des selles, la diminution du ventre; que, d'autre part, à l'autopsie, il n'y avait non seulement aucune trace de péritonite, mais que l'on avait obtenu la réunion immédiate, on peut dire que les résultats même de l'opération avaient été aussi satisfaisants que possible, et que la malade était morte guérie de sa hernie, mais n'ayant pas eu la force de réagir contre cet état de collapsus profond dans lequel on l'avait opérée.

De plus, cette observation semble démontrer (ainsi que l'avait pensé notre excellent collègue Campenon), qu'en ne réduisant pas l'épiploon hernié, qu'en fixant son pédicule à l'orifice du sac au moyen de sutures profondes, on peut obtenir l'occlusion rapide de la cavité abdominale, c'est-à-dire éviter la cause la plus fréquente de la péritonite à la suite de l'opération de la hernie étranglée, la chute, dans la cavité abdominale, des liquides dont là, au contraire, l'écoulement se fera au dehors au moyen de drains convenablement placés.

M. Moutard-Martin. Ce cas présente quelque analogie avec un fait que j'ai communiqué à la Société; un malade opéré de hernie ombilicale étranglée conserva jusqu'à la mort un abaissement notable de température, malgré l'existence d'une péritonite.

M. Desprès. L'opération de la hernie ombilicale présente bien peu de chances de succès; je ne connais, dans les hôpitaux, depuis trente ans, que deux guérisons. J'ajouterai qu'il me paraît peu prudent de placer des points de suture profonde dans l'espoir d'obtenir la réunion par première intention. Lorsqu'on opère, comme je l'ai fait, des hernies inguinales en laissant l'épiploon au dehors, on voit que celui-ci s'imprègne et se laisse distendre par le pus qu'un drain ne saurait faire écouler au dehors.

M. Lucas-Championnière. Je ne sais sur quelles années repose la statistique de M. Després, mais je crois pouvoir affirmer que le nombre des succès est plus considérable qu'il n'a été dit; j'en puis citer un exemple qui s'est produit dans le service de M. Foucher, à Saint-Antoine, en 1867.

L'opération de la hernie ombilicale est un des plus beaux succès du pansement de Lister ; les drains, lorsqu'ils sont bien appliqués donnent un écoulement parfait et la réunion immédiate profonde est possible.

M. Campenon. En faisant la suture profonde j'ai cru répondre à un désideratum signalé par M. Gosselin qui attribue de graves accidents à la pénétration du pus dans la cavité péritonéale ; je ferai remarquer que, dans le cas actuel, toute trace de péritonite faisait défaut.

Séance du 27 octobre 1876.—Présidence de M. Charcot.

Epithélioma cicatriciel de la face; par M. Baraduc, interne provisoire.

M. Després. Je désire à propos de cette pièce qui a été recueillie dans mon service, faire observer combien cette forme d'épithélioma à évolution lente (il datait de 10 ans) et susceptible de se cicatriser par places, peut offrir de difficultés diagnostiques. Le malade avait été considéré comme atteint de syphilis ou de scrofulide ulcéreuse. La véritable nature du cas s'est révélée lorsque parut, il y a quatre mois, un épithélioma lingual qui entraîna la mort par œdème de la glotte.

Parmi les caractères que présentait la lésion, il en est un qui me paraît avoir une grande valeur, c'est l'absence de croûtes sur les ulcérations grisâtres et presque sèches ; ce seul fait doit toujours faire songer au cancroïde.

M. Rendu. M. Cornil a montré à la Société un épithélioma de la région vulvaire qui, longtemps aussi avait été considéré comme une scrofulide ou un esthiomène, l'examen histologique lui a démontré qu'il s'agissait en réalité d'un épithéliome. J'ai vu à Saint-Louis une femme de 40 ans qui présentait deux petits boutons qui furent reconnus, après excision partielle, pour des cancroïdes, et qui tous deux se cicatrisèrent d'une façon complète. Les ulcérations étaient recouvertes de croûtes, et l'analogie avec des syphilides était en apparence complète. Depuis, une nouvelle lésion s'est développée à la face avec tous les caractères d'une syphilide et une ulcération manifestement cancroïdale s'est produite au cou.

M. Moutard-Martin. J'ai pu suivre dans le service de M. Lailler la malade dont parle M. Rendu, et constater que la cicatrisation a été complète.

M. Malassez. J'ai examiné les pièces et puis affirme qu'il s'agissait d'un épithéliome pavimenteux.

M. Duret. Un cas analogue peut s'observer actuellement dans le service de M. Duplay ; comme pour les malades dont il vient d'être question, les diagnostics de syphilide ou de scrofulide ont été successivement portés à St-Louis; il est certain maintenant qu'il s'agit d'une véritable épithéliome cicatriciel.

Absence du rein, de l'uretère, du canal déférent et de la vésicule séminale du côté gauche; par M. Mayor, interne des hôpitaux.

Pl..., 81 ans, atteint d'apoplexie cérébrale, est apporté le 22 octobre dans le service de M. Bouchard, à Bicêtre. — Deux jours après il meurt. — A l'autopsie, outre l'existence d'un foyer d'hémorrhagie cérébrale, on constate les particularités suivantes:

Le rein gauche fait complétement défaut. — Dans la région qu'il devrait occuper se trouve une sorte d'atmosphère adipeuse ne contenant aucune trace de rein. — L'uretère fait aussi défaut. — Aucune artère ne naît de l'aorte qui puisse représenter une artère rénale. — La capsule surrénale est en place. Elle reçoit une artère plus volumineuse qu'habituellement de la diaphragmatique inférieure.

Le rein droit est à sa place normale. — Une artère volumineuse lui arrive de l'aorte en présentant la situation et les rapports habituels de la rénale droite.

En ouvrant la vessie on reconnaît que l'uretère droit s'aboucher à l'angle correspondant du trigone. — Mais aucun pertuis ne s'observe du côté gauche.

Enfin en disséquant la pièce on constate que la vésicule séminale et le canal déférent du côté gauche font aussi absolument défaut. — Un petit amas de tissu cellulaire plus dense, pris d'abord pour un rudiment de vésicule n'a décidément aucun des caractères de cet organe.

Le testicule droit est normal. — Le testicule gauche est descendu dans les bourses. — A sa partie antéro-supérieure se voit un petit organe absolument semblable à une tête de l'épidydime. Mais il n'y a pas de queue de cet organe, et pas de canal déférent. — Les vaisseaux présentent la disposition habituelle. Un cas absolument semblable a déjà été présenté en 1870 à la Société anatomique par M. le docteur Reverdin.

Cette anomalie (défaut simultané d'un rein et du canal déférent du même côté) semble indiquer une relation intime dans le développement des deux organes. Et cependant d'après les idées généralement admises aujourd'hui, on ferait naître le rein et l'uretère d'un cul-de-sac développé aux dépens de la paroi postérieure de l'allantoïde, tandis que le canal déférent et la vésicule tireraient leur origine du canal excréteur du corps de Wolff ou d'un filament placé à son côté externe. — Ces deux sortes d'organes n'auraient donc de relations que par le fait de leur abouchement commun dans la partie de l'allantoïde qui formera plus tard la vessie. — Dans notre cas, celle-ci est bien développée, l'anomalie ne porte point sur elle. — On ne comprend dès lors que difficilement l'absence du rein et du canal déférent du même côté.

Hétérotopie du rein gauche; par M. Cottin, interne des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie sur le cadavre d'un vieillard de 71 ans, mort dans le service de M. Th. Anger, à Bicêtre.

Le rein était situé dans l'excavation du petit bassin, au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche, un peu au-dessous de la bifurcation de l'aorte, à laquelle il se trouvait relié comme nous le dirons tout-à-l'heure. Complétement enveloppé par une couche cellulo-graisseuse dépendant du tissu cellulaire sous-péritonéal, il était placé en arrière de la vessie, à gauche du rectum, qui était un peu refoulé en dehors de la ligne médiane.

Il est irrégulièrement triangulaire. La face antérieure est légèrement convexe ; elle est parcourue par une large scissure, qui, commençant en pointe un peu au-dessus de sa partie moyenne, se dirige d'abord verticalement en bas dans une étendue de 2 centimètres à peu près, s'élargit ensuite et se coude à angle obtus pour aller se terminer sur le bord gauche de l'organe au niveau de son quart inférieur, par une échancrure profonde et large. Cette scissure est remplie de graisse et représente vaguement le hile ; de sa partie moyenne, on voit se détacher l'uretère qui fait suite à une espèce de canal, lequel se divise en deux branches pour s'enfoncer dans le parenchyme de l'organe. A la partie externe de la scissure, une branche artérielle venue de l'hypogastrique gauche, se divise en deux rameaux qui ne tardent pas à pénétrer dans la partie correspondante de l'organe, après un centimètre de trajet.

La face postérieure est plane ou plutôt légèrement convexe. Au niveau de son quart inférieur, et plus près du bord gauche que du bord droit, on voit s'enfoncer une artère venue de l'origine de la honteuse interne gauche. A côté sort une veine qui va bientôt se jeter dans l'iliaque primitive gauche. Le bord droit légèrement convexe ne présente rien de particulier à noter.

Le bord gauche représente plutôt une face qu'un véritable bord, il est surtout épais à sa partie moyenne et diminue d'épaisseur en se rapprochant des extrémités. Il est remarquable par la présence à son quart inférieur de la terminaison de la scissure que j'ai indiquée tout-à-l'heure.

L'extrémité supérieure se termine en pointe. Elle est pénétrée juste à son sommet par une courte artère, de 2 centimètres de long, à peu près, artère née de l'iliaque primitive droite à son origine. Au même point sort une veine qui s'écarte un peu de l'artère pour aller se terminer dans l'iliaque primitive gauche près de sa terminaison.

Un peu à droite, à l'union du sommet de l'organe avec le bord droit, on voit pénétrer une autre artère un peu plus longue, venue aussi de l'iliaque primitive droite, à un centi-

mètre de distance de la précédente. Quant à l'extrémité inférieure, elle est plus large mais moins épaisse que la supérieure. D'après la description qui précède, on voit que plusieurs artères se rendent au rein de sources très-différentes.

Deux arrivent de l'iliaque primitive droite près de son origine et se rendent l'une après un court trajet au sommet même de l'organe, l'autre un peu à droite de celle-ci sur le bord correspondant.

Une autre née de l'hypogastrique gauche, de 6 centimètres d'étendue environ, va se terminer en se bifurquant à la partie externe de la scissure.

Enfin, une quatrième, née de la honteuse interne gauche, se rend à la face postérieure dans son quart inférieur. Les veines sorties au point d'entrée des artères, se jettent dans les gros troncs voisins. L'uretère court ne présente rien de particulier à sa terminaison.

Pour le rein droit, il était parfaitement normal sous tous les rapports. Le rein gauche ainsi déplacé congénitalement, a donc surtout de remarquable, sa forme et sa distribution vasculaire.

En effet dans les auteurs, dans les atlas, on trouve assez d'exemples analogues pour ce qui concerne la situation anormale. Dans l'atlas de Rayer en particulier, on voit à la planche XXXVIII, fig. I, un rein déplacé congénitalement, offrant la même situation que celui-ci. Mais la forme est parfaitement normale, de plus il existe une artère rénale, une veine rénale et un uretère disposés de la même façon que sur tout rein normal. Il n'en est pas de même pour celui que je présente.

Cancer du fémur; fracture et incurvation de l'os; *Rapport sur la candidature de* M. Dreyfus; par A. Heydenreich.

Parmi les nombreuses communications que M. Dreyfus a faites à la Société anatomique, nous désirerions appeler spécialement l'attention sur une observation de cancer secondaire de fémur.

Il s'agit d'une femme de 48 ans, chez qui la première localisation de cancer fut le sein gauche. La marche progressive du squirrhe de la mamelle avait pu être arrêtée par des cautérisations répétées, lorsque se produisirent des douleurs vives, lancinantes dans le fémur gauche. Peu de temps après la malade, sans cause appréciable ressentit au même point une douleur de cassure et le membre inférieur subit un notable raccourcissement. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, on put par la crépitation, diagnostiquer une fracture spontanée du fémur. En même temps l'attention se portait sur une incurvation et une déformation de l'os que rien ne pouvait expliquer, plus tard on put observer du côté du membre inférieur droit des symptômes d'hémiparaplégie douloureuse. La malade succomba à une bronchite intercurrente.

A l'autopsie on constata la généralisation du cancer à presque tous les viscères. Les symptômes qu'avait présentés le membre inférieur droit s'expliquèrent par l'existence dans le canal vertébral d'une masse cancéreuse comprimant au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, la moelle dans sa moitié droite. Aucune lésion des vertèbres, fait anormal que nous nous bornerons à signaler.

Quant aux lésions du fémur gauche, elles étaient, ainsi que l'avait fait prévoir l'examen clinique, très-multiple quoique relevant de la même cause, l'envahissement de l'os par le cancer. Il existait à un centimètre au-dessous du grand trochanter une fracture complète, sans traces de consolidation. L'extrémité supérieure de l'os était très-déformée : raccourcissement du col, élargissement du grand trochanter, aplatissement de la tête. En outre, à un centimètre au-dessous de la fracture, le fémur présentait une incurvation très-nette à angle saillant en dehors; à la coupe on trouva deux masses cancéreuses, l'une au milieu du grand trochanter, l'autre au-dessous du point incurvé. Bien que le canal médullaire fût considérablement élargi, et rempli d'une masse molle, rougeâtre, bien que les trabécules osseuses eussent subi une atrophie notable, la consistance de l'os était normale : cependant le fémur était plus léger qu'à l'état sain.

En résumé, cancer secondaire avec ostéoporose du fémur ayant eu pour conséquence une fracture et une incurvation de la diaphyse dans sa partie supérieure.

Nous n'insisterons pas sur la fracture spontanée sans trace de consolidation, conséquence si fréquente du cancer osseux. C'est sans doute consécutivement à la fracture que s'est produite la déformation de l'extrémité supérieure de l'os. Le poids du corps portant constamment sur le trochanter déjà envahi et ramolli par le cancer on s'explique aisément l'élargissement de cette éminence osseuse ainsi que le raccourcissement du col et l'aplatissement de la tête fémorale. Quant à l'incurvation de la diaphyse, elle relève sans doute des mêmes causes que dans l'ostéomalacie. Elle peut être attribuée à l'action spasmodique des muscles sur un segment d'os isolé par la fracture et dont le tissu singulièrement raréfié présentait les caractères de l'osteoporose.

Cependant ce changement de courbure est loin d'être fréquent dans le cancer. Les auteurs classiques français, sont muets à cet égard et nous ne relevons dans les recueils de la Société anatomique aucun exemple net de pareille déformation. Dans la littérature scientifique allemande, nous trouvons quelques travaux où sont relatés des faits que nous rapprocherons de l'observation de M. Dreyfus.

C'est ainsi que Forster (Würzb. med. Zeitschr. 1861), décrit une forme de cancer des os qui donnerait lieu à des déformations analogues. Mais cette affection toujours primitive serait étendue à une grande partie du squelette : de plus les os, véritablement malaciques, seraient assez ramollis pour pouvoir être coupés avec le couteau, assez élastiques pour prendre l'empreinte du doigt.

Volkmann (arch. fur. path. anat. et Handbuch der allgem. und. speciel. Chir. Bd. II), reprenant le même sujet, se rallie aux conclusions de Forster et donne à cette variété de cancer des os le nom d'ostéite carcinomateuse diffuse. Généralement primitive, elle peut cependant être secondaire, ainsi que le prouve une observation qui présente avec celle qui nous occupe une remarquable analogie à plusieurs égards, à en juger par le dessin que renferme l'article de Volkmann, les déformations du fémur, fracture et incurvation, étaient identique à celles qu'il présentait dans l'observation de M. Dreyfus. Mais l'os était très élastique, se ramollissant comme du caoutchouc et les altérations s'étendaient à une grande partie du squelette.

Enfin, signalons la description de Rindfleisch qui admet l'existence d'un carcinome diffus du bassin et des vertèbres lombaires avec tous les symptômes cliniques de l'ostéomalacie : carcinome mou caractérisé par une dégénérescence médullaire disséminée en un nombre infini de petits foyers.

Tous ces faits, qu'il est intéressant de rapprocher de l'observation de M. Dreyfus, en diffèrent, on le voit, à plusieurs égards. Mais tous ils prouvent que sous l'influence du cancer les os peuvent présenter des changements de forme analogues à ceux que produit l'ostéomalacie. Aussi a-t-on pu prétendre que certains cas incomplétement étudiés d'ostéomalacie devaient être considérés comme des carcinomes diffus des os. Rappelons en outre que certains auteurs ont fait intervenir le cancer dans l'étiologie de l'ostéomalacie.

Séance du 3 novembre 1876. — Présidence de M. Charcot.

1. Mucocèle de l'appendice iléo-cœcal; par M. Féré, interne provisoire.

Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'un homme de 55 ans, mort des suites d'une affection chirurgicale des voies urinaires.

L'appendice iléo-cœcal est considérablement modifié dans sa forme et ses dimensions : il est contourné en sigma, la concavité tournée vers la gauche, et au lieu de présenter l'aspect d'un cordon cylindrique, il est fusiforme, très-dilaté dans sa partie moyenne, où il présente une circonférence de 9 centimètres; il offre seulement 4 centimètres de tour à l'insertion cœcale. La longueur, en tenant compte de la courbure, est de 10 cent. 1/2. Il est complétement libre dans la cavité abdominale, il n'est fixé par aucun repli séreux normal ni par aucune adhérence pathologique. La surface est parfaitement lisse et présente la même coloration que le reste de l'intestin.

Dans l'intérieur du cœcum, au point où devrait se trouver l'orifice de l'appendice, on voit une tumeur du volume d'une

grosse noisette soulevant la muqueuse qui est d'une coloration rougeâtre, presque ecchymotique à ce niveau. Cette tumeur est élastique et, par la pression, on reconnaît que son contenu reflue en partie dans la cavité de l'appendice qui présente la même consistance; les deux cavités sont séparées par un rétrécissement qui correspond à l'insertion cœcale de l'appendice. La surface de cette saillie est lisse dans toute son étendue sauf sur le sommet et un peu vers la gauche, où on remarque une petite dépression linéaire en croissant, dont la concavité est tournée en dedans. Ce petit sillon paraît être la trace de l'orifice cœcal de l'appendice oblitéré par l'accollement des deux feuillets muqueux, précédé sans doute d'une ulcération superficielle du pourtour.

Lorsqu'on incise la paroi de l'appendice qui ne paraît point épaissie, on voit que sa cavité est remplie par une masse gélatineuse incolore semblable à de l'amidon cuit, adhérant peu à la surface interne. A l'examen microscopique, cette bouillie est constituée par de la mucine, quelques granulations et de rares cellules déformées et granuleuses. Si on prolonge l'incision en haut sur la tumeur intra-cœcale, on remarque que la paroi de cette dernière ne présente point la même épaisseur que celle de l'appendice. Elle est formée seulement par l'accolement de deux muqueuses qui n'adhèrent entre elles par leur face choriale qu'au niveau de la petite cicatrice linéaire que nous avons signalé sur le sommet de la saillie.

Cette particularité permet d'expliquer la formation de la tumeur de la façon suivante : A la suite d'une exulcération de la muqueuse au pourtour de l'orifice de l'appendice, il s'est produit une oblitération de cet orifice. Le liquide sécrété par les glandes de l'appendice, s'est accumulé dans sa cavité et a fini par la distendre, mais comme l'orifice musculaire avait conservé ses dimensions, le suc muqueux a pu le franchir et continuer à se développer dans la cavité du cœcum et former dans cet intestin une tumeur dont la paroi est constituée par la muqueuse de l'appendice distendue et par la muqueuse du cœcum refoulée.

Cette lésion ne paraît point avoir déterminé de symptômes et n'avait point été soupçonnée pendant la vie; mais on comprend que la distension excessive de ce sac bilobé aurait pu déterminer des accidents, soit par la rupture de l'appendice dans la cavité péritonéale, soit par la saillie d'une tumeur considérable dans le cœcum.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

Eloge de Giraldès, ancien président de la Société de chirurgie, chirurgien honoraire de l'hôpital des Enfants malades, membre de l'Académie de médecine, de la Société de biologie, de la Société anatomique, officier de la Légion d'honneur, prononcé devant la Société de chirurgie de Paris, le 17 janvier 1877, par M. FÉLIX GUYON, secrétaire général.

Messieurs,

Joachim-Albin-Cardozo-Cazado Giraldès, est né à Porto, royaume de Portugal, le 24 avril 1808. A cette époque, son père, Joachin-Pierre-Cardozo-Cazado Giraldès, était colonel au service de Sa Majesté très-fidèle. Sa mère, Marie-Albina-Maxima Nogueira, appartenait comme son mari à une noble famille portugaise.

Le colonel Giraldès était à la fois un militaire distingué et un homme de science, auteur d'un traité complet de cosmographie et de géographie historique. Chargé par son gouvernement d'une mission scientifique qui nécessitait un assez long séjour à Madère, il y emmena sa famille, et plaça ses trois fils dans un collége militaire.

C'est là que notre futur collègue commença son éducation; les études qu'il fit dans cette première étape de la vie sérieuse furent solides, son aptitude et son application remarquées de ses maîtres. Dès cette époque, l'écolier militaire justifiait par son ardeur dans l'étude, la maxime favorite qu'il aimait à répéter, qui lui a servi de guide, et qui pourrait le caractériser. « Le savoir, disait-il souvent, le savoir ne tient pas de place... »

Après quelques années passées à Madère, le colonel Giraldès fut nommé consul au Havre. C'est à cette époque qu'il envoya ses trois fils à Paris pour y compléter leurs études; il les recommandait à Portal qui les accueillit avec la plus grande bonté.

L'aîné, José, étudia la médecine, et se rendit au Brésil dès qu'il eut obtenu le titre de docteur, pour y exercer son art. Il mourut avant d'avoir atteint l'âge de trente ans. Le second fils, Antoine, se fit militaire, il avait déjà un grade élevé dans l'armée portugaise, lorsqu'il mourut encore fort jeune.

Le troisième fils suivit l'exemple de l'aîné, et choisit aussi la carrière médicale. ...De l'instruction première reçue à Madère, Joachim Giraldès avait, il est vrai, conservé un penchant très-vif pour tout ce qui est art militaire ; ceux qui ont vécu dans son intimité, savent qu'il parlait avec compétence sur les questions relatives à l'artillerie. Mais il avait, avant tout, le goût de l'étude et l'amour de la science ; en embrassant la carrière médicale il leur assurait les plus complètes satisfactions.

Abordant à Paris l'étude de la médecine, il pouvait encore se laisser séduire par la solide variété des études, par l'éclat du renom des maîtres, par la laborieuse émulation des élèves que sollicite et soutient sans relâche, la libérale institution des concours.

Notre profession est largement ouverte, les hommes de bonne volonté peuvent l'aborder avec confiance, ils y rencontrent la considération, car le travail soutenu est la seule force qui permette de figurer avec honneur, dans les rangs de ceux qu'elle a mis en évidence.

Giraldès devait trouver dans la carrière médicale, plus encore qu'un avenir honorable, il lui a dû une patrie nouvelle. Le sol de la France est, il est vrai, particulièrement favorable à l'acclimatation. L'étranger y est aussi bien accueilli par les habitants que par le climat. Tout l'attire et tout le convie, on semble même s'appliquer quelquefois à lui démontrer qu'il a fait erreur en naissant sur un autre point de notre globe terrestre. Mais ceux-là seuls deviennent véritablement nôtres, qui, subissent les épreuves qui nous sont imposées et conquèrent par le labeur de chaque jour la situation qu'ils méritent.

Giraldès fut bien de ceux qui savent se donner tout entier, le strict accomplissement de ses devoirs scientifiques et professionnels, le dévouement absolu pendant les périodes tourmentées et douloureuses dont il fut le témoin, l'avaient si bien assimilé à tout ce qui est notre patrie, que vous devez presque être surpris, de m'entendre aujourd'hui rappeler l'origine étrangère de notre collègue.

La mère patrie ne perd cependant jamais ses droits. Le Portugal allait être le théâtre d'un fléau qui souvent ravage la partie la plus voisine de la péninsule Ibérique. La guerre civile y était menaçante et fut bientôt inévitable. Dona Maria revendiquait la couronne de Portugal, et venait soutenir contre son oncle don Miguel des droits qu'il avait méconnus, malgré sa double qualité de Régent du royaume et de fiancé de la reine. Dona Maria trouva le gouvernement français favorable à sa cause. Il lui fut permis de lever en France, comme on le faisait en Angleterre, des volontaires disposés à se ranger sous sa bannière, et sous celle de don Pedro qui avait quitté le Brésil pour soutenir les droits de sa fille.

Ces événements se passaient en 1831. Giraldès était alors interne des hôpitaux, il avait conquis ce titre l'année précédente, et le concours lui avait donné le huitième rang. Abandonner à ce moment ses études médicales pouvait gravement compromettre son avenir. Rien ne prévalut cependant contre ce qu'il considérait être son devoir de patriote. Il s'enrôla et bientôt figurait dans les rangs de l'armée des prétendants avec la qualité de cadet d'artillerie. Sa naissance et son éducation militaire, lui donnaient droit à cette prérogative, et il allait d'ailleurs combattre sous les ordres d'un général qui était son oncle paternel.

Le courage ne fit pas défaut au jeune volontaire, il prit la part la plus active à la lutte et ne sut pas toujours se mettre à l'abri des périls les plus menaçants. Le dévouement de notre collègue à une cause qu'il avait faite sienne, parce qu'il la croyait juste, fut récompensé par le triomphe de son parti. Giraldès ne songea dès lors qu'à revenir prendre à l'hôpital et en France la place qu'il ne devait plus quitter.

Du temps passé au service de son pays, il garda toujours le réconfortant souvenir. Bien des fois, le récit des aventures de sa jeunesse guerrière vint colorer de ses chauds rayons les graves réalités, que toujours apporte la succession des années et les inévitables déceptions de la vie. Heureux encore, ceux qui ont le droit de reposer et de rasséréner leur esprit, en évoquant une jeunesse tout au travail, généreusement sacrifiée aux intérêts de la famille, ou au service du pays, et qui se rappellent qu'ils envisageaient alors l'avenir avec confiance, puisqu'ils lui donnaient pour gage l'accomplissement de tous les devoirs.

Giraldès allait désormais combattre pour assurer cet avenir auquel lui permettaient de prétendre les ressources de son intelligence et son aptitude au travail. La chirurgie l'avait déjà attiré. Il avait été externe de Dupuytren, et les leçons de Roux, de Dubois, de Boyer, n'avaient pas d'auditeur plus assidu. Sa physionomie originale lui avait valu de ce dernier, le surnom de petit Piccolo, sous lequel on désignait à la clinique de la Charité, le jeune étudiant portugais. Mais son goût l'entraînait plus encore vers les sciences naturelles; les éloquentes leçons d'anatomie comparée et de zoologie professées à la Faculté des sciences par de Blainville, l'avaient entièrement séduit.

L'anatomie de l'homme était d'ailleurs dès cette époque, sa science de prédilection. Aussi, lorsqu'il fut devenu prosecteur de l'Ecole d'anatomie des hôpitaux en 1834, se mit-il à l'œuvre, afin de consacrer par un travail original le résultat de ses études.

Sous le titre d'*Etudes anatomiques* ou *Recherches sur l'organisation de l'œil considéré chez l'homme et dans quelques animaux*, Giraldès se proposa de vérifier par lui-même, le scalpel à la main, ce qui était enseigné et publié sur l'anatomie si délicate de l'organe de la vision. Mais il ne voulait pas

borner son étude à l'œil humain. Partisan déclaré de Blainville, il gardait comme prouvée la série animale niée par Cuvier et si brillamment démontrée par son maître. Il considérait que pour éclairer l'étude de la physiologie et de l'anatomie humaine, il fallait examiner et étudier les animaux ; pour lui, comme pour son maître, la série animale forme un ensemble continu, depuis l'homme jusqu'aux animaux les plus inférieurs. Ayant d'ailleurs pour principe, qu'on ne sait jamais bien que ce qu'on fait soit même, il tint à donner dans son mémoire le résultat de ses recherches personnelles.

Ce travail publié en 1836, lui donna le titre de docteur en médecine. Il fut remarqué et méritait de l'être ; il reflétait les tendances scientifiques de l'époque et les affirmait, donnait une description étendue et aussi complète qu'elle pouvait l'être alors de l'organe de la vision, indiquait des faits nouveaux que l'observation ultérieure a confirmés.

La continuité de la sclérotique avec la cornée qui ne forme qu'une seule et même membrane, la nature réelle des fibres de l'iris, sont affirmés dans le travail de Giraldès. Il soutient que les fibres de l'iris sont de nature musculaire: malgré leur ressemblance avec les fibres du tissu cellulaire, et il ajoute : « C'est là un fait important en anatomie, en ce qu'il dévoile la force de l'organisme et le rôle que le tissu cellulaire est chargé de remplir. Il fallait des mouvements, le tissu cellulaire est devenu contractile. Ce fait, et beaucoup d'autres nous montrent, qu'il n'y a dans l'organisme qu'un seul tissu, c'est le tissu cellulaire; tous les autres sont des modifications dépendantes de l'usage qu'ils sont appelés à remplir. » Sans discuter cet aperçu original, et sa lointaine ressemblance avec les théories qu'a remuées l'histologie moderne, nous nous contenterons de dire que grâce à elle, le fait particulier avancé par Giraldès, touchant la nature des fibres contractiles de l'iris, est entièrement confirmé. Dans la membrane de Jacob, notre auteur ne voit qu'une dépendance de la rétine, ce qui est encore conforme aux notions actuelles.

Nous avons insisté sur ce premier travail de Giraldès, non-seulement en raison de son importance, mais parce que c'est peut-être celui qui reflète le mieux les tendances et les véritables aptitudes de son intelligence. La voie anatomique où il n'a cessé de marcher, et dans laquelle les circonstances l'ont empêché de se complétement maintenir, était celle qu'aurait le plus amplement fécondée la nature particulière de cet esprit original et ardent, passionné pour les recherches, amoureux des découvertes et qui plus tard, reporta tout entier sur l'érudition, ce besoin de poursuivre la vérité qu'il ne put continuer à satisfaire dans l'amphithéâtre et dans le laboratoire, lorsque l'état de sa santé l'empêcha de se définitivement consacrer à l'anatomie.

Dans ce même travail, se retrouve aussi le mathématicien. Il faut, s'écrie-t-il en cherchant à définir la tâche de l'anatomiste : « il faut qu'il mette l'organisme en équation et qu'il en dégage les inconnues ».... Il s'arrête d'ailleurs à temps dans cette voie qui avait conduit Capuron à démontrer mathématiquement que la rupture centrale du périnée pendant l'accouchement devait être impossible, et se range dans le camp des naturalistes. Mais il veut pour la science : une marche philosophique telle que l'anatomie et la physiologie arrivent à un degré de supériorité, qui les placent à côté des plus belles théories de la physique et de l'astronomie.

Il invoque à l'appui des opinions qu'il embrasse l'opinion de Laplace qui avec Lavoisier, a donné à la physiologie moderne l'indispensable appui des sciences physio-chimiques. Les mains puissantes de Magendie et du plus illustre de ses continuateurs (1) ont su relier à l'anatomie et à la médecine elle-même, ces forces scientifiques; et fournir à l'édifice que veulent élever la médecine et la chirurgie modernes, le terrain où devra se réaliser le parfait accord de la physiologie normale et de la physiologie pathologique.

En s'engageant dans la voie si large que l'anatomie et la physiologie ouvrent à la science moderne, Giraldès ne pouvait négliger ce que nous apporte le résultat de l'expérience de nos devanciers et de notre propre pratique. Il admet même avec Kant : que nulle connaissance réelle ne précède en nous l'expérience, et que tout commence avec elle.

Aussi, se préoccupait-il dès cette époque, de perfectionner les connaissances cliniques à l'aide desquelles il pourrait aborder les concours des hôpitaux. Il trouvait à cet égard ample satisfaction près des maîtres de la chirurgie et suivait en particulier l'enseignement de Gerdy et de Velpeau.

Poursuivant néanmoins ses travaux anatomiques, il donnait, en 1839, au *Bulletin de la Société anatomique* un mémoire sur la *Terminaison des bronches*, faisait insérer dans les comptes rendus de l'Académie des sciences pour 1841 des recherches sur l'*existence des glandes tégumentaires chargées de sécréter la sueur*. Le procédé anatomique imaginé par Giraldès facilitait l'étude de ces glandes: il permettait de rendre évidente leur présence souvent contestée malgré la découverte de Breschet. Il commençait en 1838 les études qu'il devait si complétement poursuivre sur *le sinus maxillaire*. L'Académie des sciences récompensait par un prix Monthyon ce mémoire qui déterminait avec précision, plusieurs points mal définis de l'anatomie de cette région : telle que l'ouverture de communication du sinus avec les fosses nasales et la structure de la membrane muqueuse qui le tapisse. Il donnait à la Société philomatique le résultat de différentes recherches anatomiques et entre autres sur la *Disposition croisée des fibres de la rétine chez les céphalopodes et en particulier chez le sépia officinalis* (1845).

Il prenait part, en 1846, au concours pour la place de professeur d'anatomie à la Faculté de médecine, il écrivait à cette occasion une thèse intitulée : *Du degré d'utilité de l'étude de l'anatomie comparée, dans l'étude de l'anatomie humaine.*

En 1847, c'était un concours pour la place de chef des travaux anatomiques qui le faisait encore entrer dans la lice.

Ces luttes n'étaient pas les seules auxquelles Giraldès avait pris part. En 1844, il devenait agrégé en chirurgie, et en décembre 1848, il obtenait la place de chirurgien du bureau central des hôpitaux. Il était de ceux qui n'ont jamais désespéré des concours, et nous le voyons en 1851 figurer au nombre des compétiteurs pour la place de professeur de clinique chirurgicale qui devait échoir à Nélaton.

Giraldès n'aurait même pas renoncé à une nouvelle compétition, s'il n'avait pas été victime d'un accident grave qui l'atteignit au moment même où la place de chef des travaux anatomiques était de nouveau vacante en 1854.

Il remplaçait à la Charité le professeur Gerdy et faisait l'autopsie d'un sujet qui présentait une ossification du larynx. L'élève chargé d'inciser le cartilage thyroïde, cherchait à le diviser avec des ciseaux. Tout à coup, une des branches de l'instrument se rompt, et vient frapper avec force l'œil droit du chef de service. Les soins les plus assidus ne devaient point remédier à cette blessure et les complications qui en furent le résultat entraînèrent la perte de l'œil.

Pendant la longue durée de la période inflammatoire, Giraldès eut à son chevet l'un de ses élèves, dont le dévoûment ne se démentit pas un instant ; toujours présent, infatigable dans ses soins, il multipliait les moyens qui pouvaient conjurer le mal ou atténuer la douleur. Cet élève, qui venait ainsi remplir les modestes fonctions de garde-malade, était l'un des plus brillants internes de cette période. Etranger à la France, il était déjà l'un des nôtres, il nous était venu de l'autre extrémité de l'Europe. Il était de nationalité russe et s'appelait Axenfeld.

Quel est celui de nous qui ne se sent profondément ému en entendant nommer cet homme de bien ; en se rappelant ce caractère aussi élevé que droit ; inflexible dans le bien, incapable de transaction ; ce cœur aimant et généreux, dévoué jusqu'à l'abnégation ; ce savant dont l'esprit était sérieux et orné, brillant et enjoué; la mémoire impeccable, qui a été l'honneur de notre faculté et auquel il n'a manqué que de vivre pour en devenir la gloire. Un semblable malheur entrava longtemps la carrière de Giraldès, mais il n'ébranla pas son amour du travail. Il ne s'arrêta même pas devant les douleurs sympathiques et menaçantes qui souvent retentirent dans l'œil gauche. Il fit moins d'anatomie; mais se garda bien d'abandonner toutes ses recherches; il ne renonça pas davantage à l'exercice de la chirurgie et se livra plus que jamais à la bibliographie.

Il nous suffira de rappeler, pour l'anatomie, ses *Recherches sur le corps innominé* qu'il publia en 1861 dans le *Journal de physiologie de l'homme et des animaux*, et qui furent couronnés par l'Institut. Ce mémoire était consacré à l'étude d'un organe jusqu'alors inconnu et que l'on trouve dans l'épaisseur du cordon spermatique à toutes les époques de la vie. Son analogie avec les corps de Rosenmuller formé comme lui par les restes du corps de Wolf, était démontrée par l'auteur, qui explique par la dilatation des tubes qui le constituent l'origine des hydrocèles enkystées du cordon.

(A suivre.)

Séance du 24 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. VERNEUIL a reçu de M. Albert (de Vienne), membre correspondant de la Société, la notification de deux cas de kystes huileux de l'orbite, mentionnés déjà par cet auteur dans un traité de pathologie externe.

M. DUMÉNIL (de Rouen) lit un travail intitulé : *Faits pour servir à l'étude de la commotion cérébrale.*

M. GAILLET (de Lyon) communique à la Société les résultats qu'il a obtenus par la cautérisation ignée de la cornée dans les affections ulcéreuses chroniques de cette membrane, particulièrement dans les cas d'abcès multiples, d'ulcères atoniques et de kératites panneuses. Ces résultats sont encore incomplets ; mais dès aujourd'hui M. Gaillet croit pouvoir affirmer que la méthode qu'il a employée est appelée à rendre de grands services, car la cautérisation ignée, contrairement à l'idée qu'on pourrait s'en faire, est très-peu douloureuse, elle provoque une réparation très-rapide, et elle ne laisse à sa suite aucune opacité.

M PERRIN tout en reconnaissent les avantages de cette méthode, ne voudrait pas qu'elle remplaçât absolument la méthode de Samisch qui depuis longtemps a fait ses preuves dans le traitement des ulcères serpigineux de la cornée avec hypopyon. MM. GIRAUD-TEULON, TERRIER, PERRIN, TRÉLAT prennent part à la discussion.

M. NICAISE communique à la Société un cas de hernie ombilicale étranglée.

M. DE SAINT-GERMAIN présente un appareil orthopédique destiné à faire fonctionner tous les muscles qui président à tous les mouvements de la cuisse dans le traitement consécutif de la coxalgie.— M. ANGER communique un cas d'enchondrome de la glande sous-maxillaire. E. B.

(1) Claude Bernard.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de la diphthérie; par A. Sanné, avec 4 planches; chez G. Masson.

C'est là un excellent livre de science et de pratique dans lequel les questions de doctrine aussi bien que chacun des faits particuliers sont traités avec autant de soin que de compétence. Après un historique qu'on ne pourrait trouver plus complet, M. Sanné étudie les lésions multiples de la diphthérie. La lésion maîtresse, celle qui prime toutes les autres, la fausse membrane, est l'objet de développements analytiques et critiques portant sur ses caractères physiques, chimiques et histologiques, sur son évolution et ses supports.

La lésion caractérique étant bien établie, l'auteur passe en revue, appareil par appareil, chacune des altérations qu'apporte avec elle la diphthérie, maladie générale, spécifique, infectieuse s'il en fût.

A l'anatomie pathologique fait suite une description générale de la diphthérie envisagée dans chacune de ses formes, bénigne, légère et maligne. Le Dr Sanné analyse, l'un après l'autre, chacun des symptômes parmi lesquels, deux des plus importants, la fièvre et l'albuminurie sont l'objet d'une étude attentive. Une fois la maladie bien connue dans ses manifestations générales, chacune de ses localisations devait être envisagée en elle-même; c'est ce qu'a fait l'auteur, qui, tout en n'omettant aucune des manifestations locales, a traité, tant au point de vue de la maladie actuelle que des complications possibles, l'angine diphthéritique et le croup avec tout le soin que comportent leur gravité et leur fréquence.

Tout un chapitre est ensuite consacré au diagnostic des diverses localisations, diagnostic parfois assez épineux pour que les maîtres eux-mêmes aient pu être victimes de leurs propres hésitations.

Une des parties les plus intéressantes est, sans contredit, celle que le Dr Sanné a consacré à l'étiologie et dans laquelle il établit, à propos des principales épidémies qui ont régné en France et à l'étranger depuis 1862, leur origine et leur développement. On trouvera discutés dans ces pages les divers modes de transmission de la diphthérie, on y trouvera aussi rapportées les tentatives d'inoculation.

La question de nature de la maladie est ensuite abordée et l'auteur conclut que la diphthérie est une maladie générale toxique dont le germe morbifique nous est encore inconnu en dépit des travaux de Letzerich qui, comme on le sait, voulait voir dans un champignon le principe spécifique de la diphthérie.

Un bon tiers de l'ouvrage est consacré au traitement, envisagé d'abord dans ses indications générales qui doivent être réglées non sur la maladies mais sur le malade, puis dans les indications afférentes à chacune des localisations.

Parmi les localisations, il ne s'en trouve peut-être qu'une seule, le croup, qui devienne réellement la source d'indications spéciales : en effet, ne guérissant pas plus la diphthérie en détruisant les fausses membranes qu'il ne guérit la variole en faisant avorter les pustules, le médecin qui, dans la laryngite diphthéritique, s'attaque d'emblée à la fausse membrane, s'attaque simplement à un corps étranger qui menace d'obstruer les voies aériennes.

Le traitement dirigé contre la fausse membrane laryngée sera d'abord médical, mais cédera le pas à la trachéotomie, dès qu'il y aura menace d'asphyxie. L'auteur nous donne, sur cette opération, sur son historique, sur sa généralisation, sur son emploi, sur les résultats enfin qu'elle a produits, en France et à l'étranger, les renseignements les plus complets [les plus instructifs. Les indications, les contre-indications de la trachéotomie, la manière de la pratiquer, l'outillage indispensable pour la mener à bien, tout cela se trouve indiqué avec autant de détails que de précision. A ce chapitre qu'il faut lire et relire tout entier, fait suite une étude sur les accidents de la trachéotomie qu'on doit bien connaître afin d'y remédier le plus vite possible.

L'obstacle laryngé ayant été *tourné* par la trachéotomie, le croup n'existant plus, il s'en faut que la tâche du médecin soit terminée. Cette tâche est parfois rude et périlleuse, et cela, du fait de la diphthérie qui continue à évoluer ou de maints accidents soit immédiats, soit consécutifs dépendant de la plaie des téguments ou de la plaie trachéale. L'étude du croup après la trachéotomie, l'étude de son évolution normale, des soins consécutifs, des complications, est traitée avec une compétence toute spéciale que l'auteur doit à des études et à une expérience personnelles.

Cette analyse suffira, nous l'espérons, à montrer toute l'étendue du travail de M. Sanné ; elle indiquera au lecteur l'importance capitale d'un ouvrage qui a sa place marquée dans la bibliothèque de tous les médecins. L. Landouzy.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De la place que doivent occuper les Dragées Dominique dans la thérapeutique moderne; par M. le docteur Baron.

Cette préparation médicamenteuse a fait son chemin dans la thérapeutique des maladies pour le traitement desquelles sont indiqués les éléments chimiques des Eaux minérales de la source Dominique. Il n'en devait pas être autrement : l'idée de recueillir les dépôts de cette source rare, d'extraire de ceux-ci des agents les plus actifs, et de ce choix, méthodiquement fait, composer un médicament sous forme de bonbon qui le rende facile à administrer chez tous les malades, cette idée devait être bien venue auprès du médecin. C'est aussi ce qui a eu lieu. Aujourd'hui les Dragées de la Dominique, sont entrées dans la pratique médicale et y rendent les services que l'on peut attendre d'un médicament qui a fait ses preuves.

Il n'est pas inutile, croyons-nous, pour les médecins qui aiment à se rendre compte de ce qu'ils font d'après la constitution des agents qu'ils ordonnent, de revenir sur la composition élémentaire des Dragées Dominique et d'en faire apprécier la synthèse.

On sait d'abord que dans la minéralisation puissante de la source Dominique, la chimie a distingué en première ligne les sels de fer, d'arsenic et de phosphore, dont chacun connaît les propriétés et l'emploi qu'en fait la médecine rationnelle de nos jours.

L'élément ferreux s'y présente sous la forme de sulfate basique de fer dont la formule chimique est celle-ci $(Fe^2O^3)\,SO^3 =$ 25 gr. pour 100 de minéralisation totale.

L'élément arsénical, sous la forme d'arséniate basique de fer dont la formule est $(Fe^2O^3)\ 2AsO^5 =$ 13 gr. 50 pour 100. L'élément phosphoré sous la forme de phosphate basique de fer dont la formule est $(Fe^2O^3)\ PhO^5 =$ 7 gr. 50 pour 100. Puis encore de l'oxyde de fer en excès, marquant 35,06 sur les cent grammes de minéralisation de l'eau elle-même.

Telle est la richesse des éléments de la source Dominique de Vals et telle doit être sans contredit la richesse de la matière que déposent les eaux de cette source sur le terrain où on la recueille avec soin pour en préparer les Dragées médicamenteuses qui font ici l'objet de notre étude.

Nous ne dirons pas les travaux d'aménagement méthodique qui ont été faits par l'Administration des Eaux de Vals pour que rien ne fût perdu dans ces dépôts naturels, mais encore pour qu'on pût les conserver sur place, et les en retirer à propos, lorsque le moment de les prendre pour en faire la préparation des Dragées, est venu. Du reste, l'analyse de la matière prise dans ces dépôts a été faite par M. Frédéric Wurtz, chef du laboratoire de la Pharmacie centrale de France, et l'épreuve a démontré, jusqu'à une fraction près, que la minéralisation de l'eau y est bien intégralement comprise.

Ainsi aucun doute ne reste possible à cet égard : il est constant et avéré que les agents thérapeutiques qui font la richesse de la source Dominique, si estimée pour l'excellence de sa composition médicamenteuse, se trouvent bien dans les Dragées, et y sont incorporés avec tout l'art dont on dispose dans le laboratoire que nous venons de nommer.

Il resterait à faire ressortir encore la préférence que méritent les substances de matière médicale, lorsqu'elles proviennent du grand laboratoire de la nature, sur celles qui sont le

résultat des travaux de la chimie; mais les médecins auxquels s'adresserait cette remarque ne nous dispensent pas de ce soin : ils savent par expérience qu'en fait de médicament, les produits de l'art chimique, même perfectionnés, sont inférieurs de propriétés curatives et d'activité aux produits naturels quand on peut les recueillir dans toute leur intégrité, comme on le fait pour les Dragées de la Dominique.

Constatons donc avant tout qu'il y aura avantage, dans les cas nombreux où le praticien sera mis à même d'ordonner le Fer, l'Arsenic et le Phosphore à ses malades, d'avoir recours à cette préparation facile et agréable, et d'en prescrire les Dragées avec la confiance d'en obtenir les meilleurs effets curatifs.

Cela posé pour la connaissance intime de cette préparation qui se recommande par elle-même, on sera maintenant de notre avis quand nous dirons qu'elle est bien venue en son temps, c'est-à-dire à une époque où elle pouvait remplir son objet et répondre à un besoin actuel de la médecine. Expliquons-nous à cet égard, quoique nos confrères comprennent d'avance ce que nous allons dire. Il est certain que le médecin de notre temps a deux grandes préoccupations qui dominent sa pratique, et cela, soit qu'il exerce son art dans la clinique des hôpitaux, soit qu'il l'exerce dans la clientèle privée. La première de ses préoccupations se rapporte à l'espèce des médicaments, la seconde se rapporte à l'espèce des maladies. Il en a été ainsi de tout temps: il y a eu toujours une maladie régnante qui a captivé l'attention des médecins, et cette maladie a provoqué la vogue du médicament qui la guérit.

La maladie qui, de nos jours, captive l'attention du médecin est l'anémie; c'est-à-dire une constitution organique qui laisse à désirer du côté de la circulation et des propriétés vitales du sang. Cette constitution organique n'est pas seulement une maladie par elle-même, elle est encore le fonds de la plupart des maladies qui atteignent notre génération actuelle.

Toutes les affections nerveuses aujourd'hui sont grevées d'anémie ; toutes les fièvres sont anémiques au fond. Les enfants sont généralement anémiques ou lymphatiques; les vieillards sont tributaires de l'anémie. Les femmes surtout sont anémiques et pèchent par l'activité circulatoire et la vitalité du sang.

Le sang se compose de globules qui en sont les éléments principaux, mais les globules qui devraient être rouges pour avoir toute leur vigueur deviennent pâles ou blanc et diminuent de nombre dans le liquide où ils nagent, ce qui est le caractère fondamental de l'anémie et ce qu'on appelait autrefois le lymphatisme ou la décomposition sanguine.

Toutes les faiblesses de constitution, soit dans l'état de santé ordinaire, soit dans l'état de souffrance et de maladie, sont réputées aujourd'hui de nature anémique, et peuvent y avoir leur cause quand elles n'en sont pas les effets. De telle sorte que lorsqu'on est malade de nos jours, il doit paraître rationnel aux médecins d'avoir recours aux médicaments qui ont pour effet de relever l'organisme de l'état de cette faiblesse générale, et dans les cas où la maladie réclame un autre agent d'action, comme dans les fièvres intermittentes, il est encore bon et utile d'associer au médicament antifébrile le médicament qui porte son action sur le manque d'activité circulatoire ou sanguine qui accompagne la maladie principale. Il reste à se demander quel est, dans la matière médicale, l'agent que l'expérience de tous les siècles a reconnu comme le plus efficace pour ramener le ton voulu dans la circulation, en même temps que pour rétablir dans sa vigueur normale les globules sanguins, desquelles dépendent en quelque sorte la force et la santé de l'homme?

Ainsi posé la question, la réponse suit d'elle-même dans la pensée du médecin. Cet agent est le Fer, le premier des martiaux, ainsi que le désignaient les Anciens, pour dire le plus puissant des médicaments à employer contre toutes les débilités organiques. La suite de cet article démontrera que le fer, pris dans les dépôts de la source Dominique de Vals, doit avoir des propriétés spéciales à raison de cette provenance. Nous verrons ensuite les effets qu'on doit attendre de l'arsenic et du phosphore associés naturellement au fer dans cette minéralisation.

FORMULES

8. Fissure à l'anus. — Glycéré d'oxyde de zinc (ROLLET).

Glycérine	16	grammes.
Amidon	8	—
Oxyde de zinc	4	—

Mêlez la glycérine et l'amidon, chauffez doucement dans une capsule de porcelaine, en remuant jusqu'à ce que la masse se prenne en gelée, et ajoutez l'oxyde de zinc.

Ce glycéré est conseillé par M. Rollet, pour panser les plaies en forme de fissures ou rhagades, qui existent quelquefois dans les plis radiés de l'anus, chez les personnes qui ont eu des chancres. Ces fissures se cicatrisent très-lentement, à cause du contact fréquemment répété des matières fécales. C'est pour ce motif qu'on les cautérise de temps en temps avec le nitrate d'argent, et qu'on les panse ensuite avec le glycéré d'oxyde de zinc.

9. Pilules antigastralgiques (H. GREEN).

Extrait de belladone	50	centigr.
Sulfate de quinine	4	grammes.

F. s. a. 30 pilules. — Trois par jour, dans le traitement de la gastralgie.

10. Pilules antigastralgiques (SAUCEROTTE).

Sulfate d'alumine et de potasse	4	grammes.
Extrait d'opium	20	centigr.
Conserve de cynorrhodon	8	grammes.

F. s. a. 40 pilules.

Quatre à six par jour, aux personnes qui éprouvent des douleurs au creux épigastrique pendant la digestion. — Embrocations narcotiques, sur la région douloureuse. (*Douze cents formules, etc.*)

VARIA

Réunion des médecins législateurs.

Séance du 24 janvier 1877.

Le président, M. Laussedat, rend compte de la mission des délégués de la réunion auprès de M. le Ministre de l'Intérieur, concernant les retards apportés à l'exécution des lois relatives à la protection de l'enfance.

Il résulte de cette entrevue que le comité supérieur institué par cette loi sera prochainement mis à même de fonctionner, le Conseil d'État devant statuer dans un bref délai sur le rapport que vient de déposer la section consultée. Diverses propositions de la compétence de la réunion et actuellement soumises aux délibérations de la Chambre des Députés, sont successivement l'objet de discussions entre différents membres.

1° Le projet de loi concernant les *services hospitaliers de l'armée*, au sujet duquel une entente complète s'est produite hier entre les deux Ministres de l'Intérieur et de la Guerre et la Commission.

2° Les propositions sur *l'assistance publique dans les campagnes*, à propos desquelles un contre-projet, déposé récemment par M. Estignard, a été renvoyé à la Commission. MM. Chevandier, Laussedat, Roussel, Liouville, Bernard-Lavergne, Soye, Tiersot, prennent part à la discussion.

3° Le projet de M. Roger-Marvaise sur les conditions *d'exercice de la médecine en France pour les gradués des Universités étrangères*.

Les bureaux de la Chambre ont choisi, hier, la Commission appelée à étudier ce projet de loi pris en considération. Parmi les membres de la réunion, se trouvent MM. Roussel, Liouville, Lemonnier, Laussedat, Grosgurin, Couturier, Thomas. De nouveaux renseignements concernant cette question sont apportés par MM. Cornil et Mollien. Ils seront transmis à la Commission parlementaire qui est convoquée pour vendredi, à Versailles.

Le secrétaire : LIOUVILLE.

Société de médecine légale.

La circulaire suivante vient d'être adressée aux membres de la Société de médecine légale. Nos lecteurs comprendront l'importance des documents que la savante compagnie se propose de recueillir et de mettre en ordre. Comme ces renseignements intéressent tout le corps médical, nous invitons nos confrères, même ceux qui ne font pas partie de la Société, à lui envoyer le texte des jugements ou arrêts qu'ils pourront se procurer sur toutes les questions afférentes à la médecine légale.

Monsieur et honoré collègue,

La Société de médecine légale vient de nommer une commission de jurisprudence, dont la mission est de réunir, en vue d'une publication méthodique, les décisions judiciaires qui se rattachent à la spécialité de la Société et qui, jusqu'à ce jour, n'ont été l'objet d'aucun travail centralisé. La Commission fait appel à votre utile concours et vous prie de vouloir bien, autant que vos occupations et vos convenances personnelles vous le permettront, vous tenir au courant des débats qui pourraient se produire devant les tribunaux civils ou criminels et devant la Cour dans le ressort desquels vous vous trouvez, et de lui faire parvenir les renseignements que vous aurez pu vous procurer.

Il importe surtout d'obtenir le texte exact des jugements et des arrêts rendus ; d'indiquer dans une notice sommaire, dans quelles circonstances de fait

le procès s'est produit ; de faire connaitre, autant que possible, les systèmes plaidés par les avocats, ainsi que les conclusions du ministère public. Dans le cas où l'on aurait fait usage soit de mémoires rédigés par les conseils des parties, soit de rapports d'experts ou de consultations d'avocats, ces pièces devront, s'il est possible, être réunies et adressées à la Commission.

La commission n'attache aucun prix à ces résumés de jugements ou d'arrêts que les journaux politiques ou littéraires publient trop souvent et qui appartiennent bien plus au domaine de la fantaisie qu'à celui de la vérité. Elle vous demande, avant tout, le texte officiel des décisions rendues : vous pourrez utiliser à cet égard les journaux spéciaux et recourir à l'obligeance des avocats, des avoués et des greffiers. Nous pensons qu'une demande formulée avec discrétion et dans un but rigoureusement scientifique aura toujours les plus grandes chances d'être accueillie. Il faut enfin indiquer à la suite des décisions le nom du tribunal ou de la cour qui a statué, la date de la décision, les noms du président, du rapporteur, si l'affaire a été jugée sur rapport, du magistrat du ministère public qui a conclu, des avocats ou des avoués plaidants.

Enfin, il serait utile de joindre à ces renseignements, lorsque cela sera possible, l'indication des précédents en jurisprudence et en doctrine qui ont quelque analogie avec la question résolue par la décision obtenue et peuvent être invoqués à l'occasion de cette question. Il vous suffira d'ailleurs de jeter les yeux sur les recueils périodiques de jurisprudence générale pour apprécier l'esprit qui préside au travail de la commission et donner à votre collaboration tous les avantages pratiques qu'elle doit comporter. Les communications devront être adressées au secrétaire de la commission : M. Emile Horteloup, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, rue d'Antin, 21.

Académie de médecine de Belgique.

Programme des questions mises au concours. 1875-1877. — « Quels sont les rapports entre l'émigration des globules du sang et l'inflammation ? » La réponse doit être basée sur de nouvelles expériences, et, au besoin, sur de nouvelles démonstrations. — *Prix :* Une médaille de 1,000 fr. — Clôture du concours : 1er mars 1877.

« Indiquer la valeur relative des amputations et des résections dans les tumeurs blanches, exposer les indications et les contre-indications. » — *Prix :* Une médaille de 1.000 fr. — Clôture du concours : 1er juillet 1877.

1875-1878. — « De la détermination des principales maladies endémiques qui règnent en Belgique, mises en rapport avec la constitution géologique des lieux où elles sévissent. » — *Prix :* Une médaille de 1.500 fr. — Clôture du concours : 1er juillet 1878.

1877-1879. — « Déterminer la nature des lésions anatomo-pathologiques des différentes maladies des centres encéphalo-rachidiens et des nerfs, y compris celle des affections désignées sous les dénominations de névroses et de névralgies. » — Prix : Une médaille de 1,000 fr. — Clôture du concours : 1er février 1879.

« Déterminer expérimentalement l'influence que la dessiccation, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal. » — *Prix :* Une médaille de 600 fr. — Clôture du concours : 1er février 1879.

« Faire une étude comparative du rachitisme, de l'ostéomalacie et de la cachexie ossifrage — étiologie, symptomatologie, nature et traitement — chez les animaux domestiques, et joindre, autant que possible, à la réponse, des pièces d'anatomie pathologique, à l'appui des opinions qui seront établies. » — *Prix :* Une médaille de 800 fr. — Clôture du concours : 1er février 1879.

L'Académie se réserve, en outre, de décerner, chaque année, deux prix de 300 fr. chacun aux auteurs des deux mémoires manuscrits relatifs aux sciences médicales, qu'elle jugera dignes de ces récompenses. — *N.-B.* Les médecins belges de naissance ou par naturalisation sont seuls admis à participer à cette faveur. L'anonymie exigée pour les concours n'est point requise dans la présentation de ces mémoires.

Conditions du concours. — Les mémoires écrits lisiblement en latin, en français ou en flamand, seront seuls admis à concourir ; ils devront être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles. Les planches jointes aux mémoires doivent être également manuscrites. L'Académie exigeant la plus grande exactitude dans les citations, les auteurs sont tenus d'indiquer les éditions et les pages des livres qu'ils citeront.

Les auteurs ne mettront point leur nom à leur ouvrage, mais seulement une devise qu'ils répéteront à l'extérieur d'une enveloppe cachetée, renfermant leur nom et leur adresse. Les billets attachés aux écrits non couronnés ne seront ouverts que sur la demande des auteurs. Les mémoires dont les auteurs se seront fait connaître directement ou indirectement ; ceux qui auront déjà été publiés ou présentés à un autre corps savant, et ceux qui parviendront au secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée, ne seront pas admis à concourir.

Les manuscrits des mémoires jugés par la Compagnie deviennent sa propriété ; ils sont déposés dans ses archives ; toutefois les auteurs peuvent en faire prendre des copies à leurs frais, en s'adressant, à cet effet, au secrétaire de l'Académie. Lorsque l'Académie aura voté l'impression d'un mémoire de concours, cinquante exemplaires de ce travail seront remis gratuitement à l'auteur, qui aura, en outre, la faculté d'en faire tirer un plus grand nombre à ses frais.

Les membres honoraires et titulaires de l'Académie ne peuvent prendre part aux concours.

Société clinique de Paris.

Nous venons de recevoir le règlement d'une nouvelle *Société de médecine*. Nous nous empressons de le mettre sous les yeux de nos lecteurs, tout en regrettant l'absence de renseignements sur le nombre des membres et sur la séance dans laquelle le bureau a été nommé.

Constitution but et composition de la Société. ART. 1. — La Société clinique de Paris, fondée le 19 janvier 1877, a pour but l'étude des maladies, au point de vue de la pathogénie, des lésions organiques, de la séméiologie et du traitement, en s'inspirant des grandes traditions médicales, et en s'astreignant à la rigueur des procédés scientifiques contemporains.

ART. 2. — La Société se compose de membres honoraires, de membres titulaires et de membres correspondants.

ART. 3. — Le nombre des membres honoraires est de 20, celui des membres titulaires est de 60.

ART. 4. — Le nombre des membres correspondants est illimité.

Composition du Bureau et du Comité. ART. 5. — Le bureau est composé : 1° D'un président d'honneur ; M. Barth ; 2° d'un président ; M. Peter ; 3° De deux vice-présidents : MM. Bucquoy et Ledentu ; 4° D'un secrétaire général ; M. Dieulafoy ; 5° De deux secrétaires des séances ; MM. Labadie-Lagrane et Huchard ; 6° D'un trésorier : M. Carrière ; 7° D'un archiviste : M. Krishaber.

Pediculi pubis, siégeant sur le bord libre des paupières et ayant occasionné une blépharo-conjonctivite ; par le Dr DALLAS.

Une petite fille de 3 ans, d'un tempérament lymphatique, fut prise de démangeaisons très-vives à l'œil droit qui la poussaient à se frotter sans cesse les paupières. M. Dallas constata d'abord une rougeur considérable de la conjonctive oculo-palpébrale et crut avoir simplement affaire à une de ces blépharo-conjonctivites si fréquentes chez les enfants scrofuleux. Toutefois, un examen plus attentif lui fit découvrir sur les bords ciliaires de la paupière supérieure deux petites granulations. Leur aspect singulier le conduisit à les regarder à la loupe : il s'aperçut alors que ces granulations n'étaient autres que des *pediculi pubis*. L'enquête à laquelle il se livra lui apprit que la bonne de l'enfant était porteuse d'un nombre considérable de ces parasites. Le traitement consista à enlever les parasites et à faire quelques frictions mercurielles. (*Revue de médecine et de pharmacie*, n° 3, 1877.)

Exposition des sciences anthropologiques.

La galerie de l'Histoire du travail, qui a eu tant de succès en 1867, sera bien dépassée à l'Exposition universelle de 1878. La Société d'anthropologie s'en occupe activement. Un grand nombre d'adhésions, en France et à l'étranger, ont déjà été recueillies et son comité d'organisation est ainsi constitué : MM. de Ranse, président de la Société ; Broca, secrétaire général ; Girard et Rialle, secrétaires annuels ; Topinard, conservateur des collections ; Leguay, trésorier ; S. de Mortillet, ancien président ; de Quatrefages, ancien président ; Bertillon, ancien président ; Henri Martin, député ; Wilson, député ; Cernuschi.

Cette Exposition aurait lieu au palais du Trocadéro et porterait le titre d'*Exposition universelle des sciences anthropologiques*. Elle se diviserait en quatre sections : 1° L'anthropologie proprement dite et la crâniologie ; 2° L'ethnographie de la France et des autres pays, surtout dss pays sauvages ; 3° L'archéologie préhistorique ; 4° La linguistique. Ce sera une Exposition sans précédent : l'histoire de l'homme dans le présent et dans le passé. (*Union méd.*)

Hygiène publique : appareils de chauffage et de ventilation.

Nous avons annoncé dernièrement, d'après les journaux allemands, qu'une exposition d'un genre spécial, exposition d'appareils de chauffage et de ventilation, devait avoir lieu prochainement à Cassel. Les envois, ont été, paraît-il, si nombreux que la salle du musée industriel, où devait avoir lieu l'exposition, a été jugée insuffisante, et que plusieurs salles du château récemment restauré, vont être abandonnées pour cette destination. L'exposition ouverte au public aura lieu du 1er avril au 1er septembre. En attendant, des expériences se font déjà sur les appareils envoyés.

La *Gazette d'Augsbourg*, annonce que des gouvernements et des municipalités de l'étranger ont chargé des ingénieurs d'aller étudier cette exposition, où les architectes et les particuliers ayant des bâtiments à construire et à faire construire trouveront peut-être des applications utiles. Les objets seront exposés dans deux salles, formant l'extrémité d'une grande rotonde. L'une de ces pièces sera consacrée aux grands appareils de chauffage, l'autre recevra les poêles de faïence et ceux en fer, ainsi que les appareils et foyers pour l'industrie. Dans la rotonde seront exposés les divers combustibles formant amas au milieu de la salle, tandis que le pourtour sera occupé par les cheminées envoyées au concours. (*Journal officiel.*)

Enseignement médical libre.

Cours complet d'anatomie de la tête, du cou et des centres nerveux. — M. Fort, professeur libre d'anatomie, commencera ce cours le vendredi 26 janvier 1877 ; le cours se composera de 75 leçons. Programme ; os, articulations, muscles, vaisseaux de la tête, encéphale (localisations cérébrales),

moelle épinière, nerfs crâniens, organes des sens, région du cou. — On s'inscrit pour ce cours chez M. Fort, 21, rue Jacob, le matin de 9 à 10 heures et le soir de 5 à 6 heures.

Cours d'accouchements : MM. Budin et Pinard, ont commencé le lundi 15 janvier un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties : 1° Anatomie, physiologie, grossesse ; 2° Eutocie ; 3° Dystocie ; 4° Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Mortalité a Paris : 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 25 janvier 1877 on a constaté 988 décès : fièvre typhoïde, 30; — rougeole, 15; — scarlatine, 1; — variole, 10; — croup, 35; — angine couenneuse, 34; — bronchite aiguë, 53; — pneumonie, 59; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3; — *choléra nostras*, •; — dysenterie, 2; — affections puerpérales, 8; — érysipèle, 4; — autres affections aiguës, 244; — affections chroniques, 436, dont 168 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 41; — causes accidentelles, 13.

Faculté de médecine de paris. *Cours de pathologie médicale.* — M. le professeur Jaccoud commencera son cours le mercredi 31 janvier à 3 heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Faculté de médecine de Lyon. — Le conseil municipal dans la séance du 16 janvier a voté le budget de la Faculté de médecine fixé à 322.500 fr.— Dans le prochain numéro nous donnerons les détails du projet d'organisation définitive. (*Lyon médical.*)

Bonne mesure prise par les pharmaciens. — Les pharmaciens de Constantine ont prévenu leurs clientèles, qu'à partir du 15 décembre, les pharmacies de la ville divisées en deux séries, seront fermées alternativement les dimanches et jours de fêtes, à partir de midi. Une affiche placée sur la porte de toute pharmacie fermée fera connaître chaque fois les noms des officines ouvertes. (*Journal de médecine et de pharmacie de l'Algérie*).

Hospice civil d'Elbeuf. — Par suite de la retraite de M. le docteur Nicolle et de son remplacement comme chirurgien en chef par M. le docteur Mathorel, son ancien suppléant, le service chirurgical de l'hospice civil, d'Elbeuf doit être complété. En conséquence, la Commission administrative invite MM. les médecins qui désireraient se présenter pour remplir les fonctions de chirurgien-adjoint, à faire parvenir leurs titres du 15 janvier au 1er mars prochain. Ces pièces devront être adressées au secrétariat de la Commission, enclave de l'Hôtel-de-Ville. (*Union médicale.*)

Nouveau journal. — Nous venons de recevoir le n° 1 du *Bulletin mensuel de la clinique ophthalmologique* du dr Badal. 3 fr. par an, chez A. Delahaye.

AVIS DIVERS ET RENSEIGNEMENTS.

Chronique des hôpitaux.

Hotel-Dieu. — Service de M. Germain Sée. Salle Ste-Jeanne : 1, 4, 6, 10, 18, 27, 34 *bis*, 36, 38 *bis*, affections cardiaques ; 13, 17, 19, 20, 26, 34, dothiénentérie ; 3, 5, 21, 28, affections saturnines ; 22, ictère ; 7, 11, 39, rhumatisme articulaire ; 37, pneumonie ; 14, 30, maladie de Bright ; 9, Sclérose rénale ; 15, hémiplégie, aphasie ; 38, dyspepsie.

Hopital de la Charité. — *Clinique médicale de la Faculté*: M. le professeur Hardy. Leçons cliniques mardi et samedi. — Salle St-Charles H. : 7 *bis*, paralysie générale ; 14, colique hépatique ; 21, pleurésie interlobaire. — Salle Ste-Anne, F. : 15, insuffisance rétro-mitrale ; 16, cirrhose hypertrophique consécutive à des coliques hépatiques ; 17, zona.

Service de M. le professeur Vulpian. Visite à 8 h. 1/2. — Salle St-Jean-de-Dieu, H. : 1, fièvre typhoïde à forme thoracique ; 3, cancer du foie ; 5, atrophie musculaire consécutive à une méningite rhumatismale ; 6, leucocythémie. — Salle Ste-Madeleine (F) : 9, syphilis secondaire ; 13, insuffisance mitrale, asystolie ; 17 *bis*, méningo-myélite avec phénomènes croisés.

Service de M. Bernutz. Clinique sur les maladies des femmes, le jeudi à 9 h. 1/2. Visite de malades à 8 h. 1/2. Salles Saint-Ferdinand et Saint-Joseph.

Clinique chirurgicale. — Service de M. le professeur Gosselin. Leçons cliniques le lundi, mercredi, vendredi à 10 h. Visite des malades à 8 h. — Salle Ste-Vierge (H.) : 14, ostéite du frontal, atrophie limitée de la rétine ; 19, épididymite et vaginalite suppurées ; 26, épididymite subaiguë et déférentite ; 15, kérato-conjonctivite avec hypopyon ; 37, double hydrocèle ; 48, occlusion intestinale, double hernie, étranglement, anémie.— Salle Ste-Catherine, F. : 11, gomme ulcérée de la parotide, fistule salivaire ; 15, cyrco-sarcôme de l'ovaire.

Service de M. le dr Trélat. Salle St-Jean, H. : 1, fistule ossifluente consécutive à une plaie de guerre ; 2, fistule purulente de la paroi abdominale consécutive à une pérityphlite ; 5, sarcome mélanique : 8, abcès de la paroi thoracique ; 10, iridochoroïdite ; 12, ostéite du temporal consécutive à un polype de la caisse ; 15, corps étranger de l'urèthre, uréthrotomie externe ; 16, rétrécissement de l'urèthre ; 18, épilepsie réflexe ; 19, orchite traumatique. — Salle Ste-Rose (F.) : 1 kyste hydatique du foie ; 2, division congénitale du voile du palais, opération prochaine ; 10, troubles trophiques et contracture hystérique de la jambe ; 11, Iridochoroïdite, 12, phlegmon suppuré suite de contusion ; 13, lymphadénôme récidivé, opération prochaine.

Hopital Saint-Louis. — *Médecine :* Maladies de la peau. Service de M. le dr Hillairet. Visite à 9 h. Consultations le mardi, leçons au lit du malade le jeudi. Pavillon Gabrielle : 5, pemphigus généralisé ; 21, lèpre tuberculeuse. — Salle Saint-Louis : 16, mycosis fongoïde ; 76, sycosis parasitaire.

Service de M. le dr Lailler. Consultation le mercredi. Leçon au lit du malade le vendredi. Samedi, leçon sur les teignes. Spéculum lundi, visite à 8 h. 1/2. — Salle Ste-Foy : 2, lymphadénie cutanée ; 9, éruption scarlatiniforme ; 19, chancre induré du nez. — Salle St-Mathieu : 44, rétrécissement syphilitique du larynx ; 60, épithélioma du pied ; 53, pemphigus.

Service de M. le dr Guibout. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le vendredi. Lundi, spéculum et leçon sur les maladies des femmes.—Salle St-Charles : 24, lupus du pavillon de l'oreille ; 58, syphilide papulo-crustacée.

Service de M. le dr Vidal. Visite à 9 h. Consultations le jeudi. Vendredi, leçon au lit des malades. Lundi, leçon sur les maladies de la peau. Samedi, spéculum.—Salle St-Ferdinand : Accouchements. — Salle St-Jean : 3, chéloïde ; 36, syphilide ulcéreuse serpigineuse ; 39, encéphalopathie saturnine ; épithéliome de la lèvre ; 60, pachydermie et icthyose de la jambe.

Service de M. le dr Besnier. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le lundi. Mardi et samedi, leçon et examen des malades. Vendredi, spéculum. — Salle St-Thomas : 62, psoriasis généralisé. — Salle St-Léon : 31, syphilide maligne précoce ; 58, acné.

Service de M. le dr Fournier. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le samedi. Cours complémentaire des maladies syphilitiques le mardi et le vendredi à 9 h. — Salle St-Thomas : Cachexie syphilitique ; 5, chancres indurés multiples ; 7, syphilis cérébrale ; 26, syphilide gommeuse sèche. — Salle St-Louis : 21, ataxie syphilitique ; 34, rhumatisme blennorrhagique ; 37, chancre du menton.

Chirurgie : Service de M. le dr Pean. Visite à 9 h. Consultation lundi, mercredi, vendredi. Leçon et opérations le samedi à 9 h. 1/2 Spéculum le mardi. — Salle St-Augustin : 1, cancer du voile du palais ; 4, nécrose du fémur. — Salle Ste-Marthe : 1, tumeurs ganglionnaires multiples ; 30, éléphantiasis ; 38, kyste à grains riziformes du poignet ; 55, luxation ischiatique ancienne.

Service de M. le dr Duplay. Visite à 8 h. 1/2. Consultation mardi, jeudi et samedi. Leçon et opérations le jeudi. Examen des yeux et oreilles le lundi. Spéculum le vendredi. — Salle St-Augustin : 13, plaie pénétrante de l'articulation métacarpo phalangieuse ; 17, restauration de l'aile du nez.— Salle Ste-Marthe : 68, rétrécissement syphilitique de l'isthme du gosier.

Hopital du Midi. — M. Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera ses conférences cliniques le dimanche 28 janvier, à 9 heures 1/2 et les continuera les dimanches suivants. — Visite des malades à neuf heures.

Hopital de Lourcine. — M. L. Martineau, commencera ses conférences cliniques sur les maladies des femmes, le mercredi 24 janvier 1877, à neuf heures du matin. Le mardi, à neuf heures, consultation et traitement externe. Les mercredis et samedis, à neuf heures, conférences cliniques et examen des malades. A partir du mois d'avril, leçons à l'amphithéâtre. MM. les étudiants en médecine qui désirent suivre ces conférences devront demander à M. le directeur de l'hôpital de Lourcine une carte qui leur sera délivrée sur la présentation de leur carte d'étudiant.

Hopital Saint-Antoine. — *Médecine* : Service de M. Brouardel. Salle St-Augustin (H.) : 2, endocardite ulcéreuse ; 4, diabète sucré ; 16, insuffisance tricuspide ; 33, tumeur cérébrale ; 43, ulcère rond. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 4, phlegmon du ligament large ; 9, cancer des ovaires ; 14, kyste de l'ovaire ; 15, hystérie à 60 ans ; 20, albuminurie aiguë.

Service de M. Mesnet. Salle St-Hilaire (H.) : 4, broncho-pneumonie ; 15, ataxie à 16 ans ; 16, cystite aiguë ; 24, rhumatisme articulaire généralisé ; 38, insuffisance aortique, ramollissement cérébral. — Salle Ste-Cécile (F.) : 4, ischurie hystérique ; 16, emphysème pulmonaire ; 17, fièvre typhoïde ; 26, hémianesthésie et hémi-tremblement hystérique.

Service de M. Constantin Paul. Salle St-Eloi et St-Etienne (H.) : 10, granulie ; 12, gangrène symétrique des extrémités ; 22, empoisonnement par

le sulfure de carbone; 25, 33, ataxie; 35, mal de Pott. — Salle Ste-Jeanne (F.): 5, cancer de la fosse iliaque; 7, albuminurie; 17, hystéro-épilepsie; 22, gomme ulcérée de la jambe.

Service de M. Lancereaux. Salle St-Antoine (F.): 5, atrophie musculaire; 15, 18, 33, paralysie saturnine. — Salle Ste-Adélaïde (F.): 9, endocardite rhumatismale; 15, hystérie; 16, chlorose; 20, syphilis.

Service de M. Baumetz. Salle St-Lazare (H.) : 1, fièvre typhoïde; 7, rhumatisme articulaire aigu; 17, pleurésie purulente; 18, cancer du larynx, trachéotomie; 24, hémianesthésie posthémorrhagique. — Salle Ste-Agathe : 8, hématocèle péri-utérine; 10, caverne pulmonaire; 14, hémianesthésie hystérique. — Salle Ste-Marie (nourrices): 4, angine couenneuse; 8, pneumonie.

Chirurgie. Service de M. B. Anger. Salle St-Barnabé (H.): 31, fracture de la colonne vertébrale; 32, fracture du sternum; 36, abcès périnéphrétique; 47, fracture de côtes, emphysème généralisé; 43, plaie de la main. — Salle Ste-Marthe (F.): 2, sarcome du rectum; 10, abcès de la région parotidienne.

Service de M. Gillette. Salle St-Christophe (H.): 25, mal perforant; 27, rétraction de l'aponévrose palmaire; 80, hypertrophie de la prostate. — Salle Ste-Marguerite, pavillon II (F.): 2, abcès de la fosse iliaque; 12, phlegmon de la fosse iliaque; 15, dacryocystite aiguë.

Le gérant : BOURNEVILLE

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 5. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 3 FÉVRIER 1877.

Le Progrès Médical

MALADIES DES ENFANTS

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES — M. ARCHAMBAULT.

De l'allaitement (1).

Leçons recueillies par M. E. DECAUDIN, interne du service.

Messieurs,

Dans la précédente conférence nous nous sommes occupés de certaines qualités pour ainsi dire locales que doivent posséder la nourrice mère ou la nourrice mercenaire. Aujourd'hui, nous envisagerons la question au point de vue de la santé générale de la nourrice et pour vous résumer ma pensée à cet égard, je vous dirai : Autant vous devez être exigeant quand il s'agit de choisir une nourrice à gages, autant vous devrez être peu difficiles quand il s'agira d'autoriser une mère à nourrir son propre enfant. La femme la plus délicate peut s'acquitter de cette tâche au moins pendant un temps suffisant, pour préparer l'enfant à recevoir le lait d'un animal; et, quoiqu'on en dise, le plus grand nombre des mères de nos villes pourraient allaiter leurs enfants. Les raisons qui les empêchent de le faire ne viennent pas de leur insuffisance; j'ai souvent vu des femmes frêles, délicates avoir de fort beaux nourrissons, sans en souffrir elles-mêmes; au contraire, l'allaitement semblait compléter leur développement; et les spécialistes vous diront que ces femmes qui ont rempli jusqu'au bout les devoirs de la maternité sont, moins que d'autres, exposées aux affections utérines. J'ai été heureux de voir que les résultats avantageux obtenus de l'allaitement par des nourrices peu robustes se trouvaient d'accord avec les données scientifiques sur la composition du lait.

Ainsi, on a trouvé que le lait, chez les nourrices de constitution robuste, contenait 22 gr. d'eau de plus que la moyenne, et 22 grammes de parties solides en moins; diminution qui porte surtout sur le sucre et la caséine, tandis que le lait était à peu près normal chez les nourrices de constitution faible. Si l'on se pressait de conclure, la conséquence de ce que je vous dis serait qu'il faut préférer les nourrices délicates à celles qui sont robustes, mais il y a d'autres considérations dont on doit tenir compte, les dernières fournissent une plus grande quantité de lait et peuvent le faire longtemps sans se fatiguer. Toutefois, retenez ceci, c'est qu'une mère délicate, anémique, peut parfaitement nourrir son enfant, surtout si elle s'aide, comme je vous apprendrai qu'elle peut le faire, avec tout avantage, dans un grand nombre de cas. Mais, si vous savez ou croyez savoir par les commémoratifs, ou par quelques caractères subjectifs qu'une femme est menacée de tuberculose, de scrofule, d'herpétisme ou de rhumatisme, l'autoriserez-vous à nourrir ? S'il s'agit d'une mère devant nourrir son enfant, vous n'hésiterez pas à donner l'autorisation. La fonction naturelle de la lactation ne peut lui être préjudiciable, au moins dans les premiers mois où la quantité de lait fournie n'est pas assez considérable pour être une cause d'épuisement; plus tard, vous pourrez permettre à la mère de s'aider par l'alimentation mixte, sans inconvénient pour l'enfant qui, même dans ces conditions, est encore mieux entre les mains de sa mère qu'entre celles d'une nourrice salariée. Quand il s'agit de cette dernière vous ne pouvez être trop difficiles dans le choix et toute femme suspecte d'une de ces diathèses doit être refusée. Mais, s'il existe des manifestations actuelles de l'une ou l'autre des diathèses que nous avons mentionnées convient-il de conseiller l'allaitement? il y aurait ici des distinctions à faire : un simple engorgement ganglionnaire accusant la scrofule ne serait pas suffisant pour empêcher une mère de nourrir son enfant. Mais, comme dans toutes les circonstances où les manifestations diathésiques sont actives, l'allaitement peut être préjudiciable à la nourrice et au nourrisson, il est préférable de ne pas permettre aux femmes qui s'y trouvent de donner le sein. Est-ce à dire que le lait puisse transmettre à l'enfant la diathèse dont est atteinte la femme qui le fournit? Je n'en crois rien. Sans doute, les diathèses se transmettent au produit de la conception par le sang de la mère ; et comme le lait provient du sang on pourrait supposer qu'il a quelques-unes des propriétés nocives de ce dernier; mais le lait, produit de sécrétion, est déjà bien loin du liquide dont il provient; de plus, il doit être soumis, dans l'estomac, au travail de la digestion avant d'être absorbé. S'il arrive aux enfants qui ont de telles nourrices de ne pas prospérer, c'est qu'ils ne reçoivent pas assez de lait ou que celui-ci s'éloigne des conditions physiologiques, mais on n'est pas en droit de supposer qu'il contienne un agent spécial. Vous devez croire modérément à toutes les transmissions dont chacun parle sans rien prouver. L'enfant d'une femme tuberculeuse aurait plus de chance de devenir tuberculeux s'il était nourri par elle, non pas qu'il reçut une nouvelle contamination par le lait maternel mais parce qu'il serait moins bien nourri que par une femme saine ayant du lait plus riche et plus abondant. Certaines maladies devenues constitutionnelles, mais acquises par une sorte d'intoxication, comme l'empoisonnement saturnin, mercuriel, l'impaludisme, etc., sont-elles de nature à empêcher une femme de nourrir ? Non: pas d'une manière absolue, s'il s'agit de la mère devant nourrir son enfant et n'ayant de choix qu'entre son sein et l'allaitement artificiel. — Il n'y a pas même lieu de renvoyer une nourrice parce qu'elle a des accès de fièvre intermittente.

Parmi les maladies transmissibles, le syphilis doit surtout fixer votre attention. Nous admettrons en principe que la syphilis ne se transmet pas plus par le lait qu'elle ne le fait par les autres secrétions. C'est une doctrine née de l'observation des faits, et adoptée par les syphiliographes les plus compétents. Le sang, au contraire, sert souvent de véhicule à l'agent de transmission, et c'est lui qui peut expliquer, le plus souvent, les transmissions qui ont lieu de la nourrice à l'enfant et réciproquement, toutes les fois qu'il n'y a pas inoculation directe, par une manifestation syphilitique, comme dans le cas que je vous ai montré dans la salle Sainte-Geneviève. La femme, que vous avez vue là, a pris un nourrisson qui, peu de temps après sa naissance, avait eu des boutons à l'anus et, au moment où elle l'allaitait, avait aux commissures des lèvres des boutons semblables à ceux de l'anus. Cette femme eut au sein un mal qui persista longtemps, puis une éruption syphilitique dont vous avez fait le diagnostic. Enfin, dans ces derniers temps, son propre enfant, en tétant, a contracté la syphilis qui s'est manifestée d'abord par des plaques muqueuses à la commissure des lèvres. Est-ce le lait de sa mère devenu syphilitique qui l'a infecté ? Nullement, il aura eu une perte d'épithélium, une petite érosion à la commissure labiale et, par cette porte ouverte, le virus est passé du sein malade dans son organisme. Tous les faits de transmission ne sont point aussi faciles à interpréter, mais il s'y passe toujours quelque chose d'analogue. La preuve de la transmission par le lait est encore à faire, et l'on peut dire que si l'on était certain qu'une nourrice syphylitique ne pourra transmettre sa maladie autrement que par son lait, on pourrait la laisser nourrir un enfant sain. Mais, pour être pratique, nous devons envisager la question telle qu'elle se peut présenter dans différentes circonstances.

D'après la connaissance de l'état de santé du père que

(1) Voir le *Progrès médical*, n° 1,

vous savez avoir eu la syphilis, ou bien parce que la mère a fait plusieurs fausses couches attribuables à la syphilis, ou mieux encore, a eu antérieurement un enfant contaminé, vous avez des raisons de supposer qu'un enfant qui vient de naître aura plus tard la syphilis, que devez-vous faire? Incontestablement vous devez user de toute votre autorité pour déterminer la mère à nourrir elle-même; mais si elle ne le veut ou ne le peut pas, il ne vous reste qu'à recourir à l'aillaitement artificiel ou à confier l'enfant à une nourrice. Vous pouvez prendre ce dernier parti, puisqu'après tout, il n'est point certain que la syphilis se développera chez l'enfant. Pourtant, il serait mieux de prévenir la nourrice, et, dans tous les cas, vous devrez inspecter souvent le nourrisson.

Il est rare que l'enfant contaminé ait des manifestations syphilitiques dès la naissance, mais le fait peut se présenter peu de temps après, et, dans ce cas, c'est un devoir impérieux pour la mère de nourrir elle-même son enfant. Le mettre à l'allaitement artificiel, c'est ajouter une cause de mort à celle qui existe déjà. Vous ne pouvez le confier à une nourrice sans la prévenir très-explicitement du danger auquel elle s'expose. Il n'y aurait qu'une nourrice ayant eu déjà la syphilis qui pût se charger sans crainte d'un pareil enfant. Dans ce cas encore vous pouvez avoir une nourrice, et même deux, s'il s'agit d'une famille riche, dans le but d'avoir du lait à donner à la cuiller. Ces nourrices gardent leur enfant pour se faire téter, et fournissent du lait pour alimenter le nouveau-né. Il y a des nourrices dont le lait jaillit facilement et qui savent se traire. C'est celles-ci qu'il faut choisir en pareil cas. Pendant qu'on nourrit ainsi l'enfant, on lui donne, trois fois par jour, cinq gouttes de liqueur de Van Swiéten dans une cuillerée de lait. On lave les manifestations syphilitiques, pemphigus ou plaques muqueuses, avec la même liqueur étendue d'eau, et on donne un bain chaque jour avec 1 gramme de sublimé. L'enfant prend ainsi des forces, et on peut compléter l'alimentation avec du lait d'ânesse, ou même le confier à une nourrice, si, sous l'influence du traitement, que l'on continuera, les accidents se sont suffisamment atténués. Quand un enfant au sein a la syphilis et qu'il est nourri par sa mère, celle-ci doit-elle suivre un traitement mercuriel? Si elle a elle-même des manifestations syphilitiques, la chose va de soi. Lors même qu'elle en est exempte bien des médecins conseillent de la traiter pour agir sur l'enfant par l'intermédiaire de son lait. Je ne conteste pas qu'on puisse arriver à un résultat, mais le traitement direct du nourrisson est si simple, si exempt d'inconvénients et si efficace, quand l'alimentation est bonne, que je ne vois pas d'utilité ni de sécurité à employer le mercure par cette voie détournée et peu sûre. Je vous engage donc à ne traiter que les nourrices ayant des manifestations actuelles, bien qu'il n'y ait pas de grands inconvénients à le faire pour les autres.

Un enfant, au cours de l'allaitement, et sans que rien eût pu faire prévoir qu'il en serait ainsi, vient à présenter des accidents syphilitiques, que devez-vous faire? S'il est nourri par sa mère, vous n'avez rien à changer à la situation, vous laissez téter l'enfant et le traitez comme je vous le dirai quand il sera question de la syphilis infantile. Si vous n'observez aucun accident spécifique chez la mère, vous n'en pouvez conclure qu'elle est indemne, mais vous n'aurez de motif de la traiter que dans le but d'agir, comme je viens de le dire, sur l'enfant par l'intermédiaire du lait. Les investigations à faire en pareil cas sont délicates et, même lorsqu'on peut s'y livrer, on n'arrive pas toujours à un résultat. Je fus demandé, il y a peu de temps, pour un enfant de trois mois, très-beau d'ailleurs, qui avait des plaques muqueuses manifestes. Nous commençâmes avec le confrère qui me faisait l'honneur de me consulter un traitement direct. Le père interrogé et examiné, non-seulement n'avait rien actuellement de syphilitique, mais, s'il disait la vérité; paraissait n'avoir jamais rien eu. La mère fut interrogée avec ménagements et nous n'apprîmes rien. L'enfant, sous l'influence du traitement, allait très-bien, était même fort beau lorsque sa mère, qui le nourrisait toujours, se plaignit d'une douleur au niveau de l'olécrâne, où existait une exostose manifeste: la douleur avait surtout lieu la nuit et cette dame nous dit qu'elle avait eu des accidents semblables il y avait 18 mois; c'est-à-dire avant son mariage. Elle avait été vue par M. Behier et un autre médecin qui lui avaient fait toutes sortes de questions quelle n'avait pas comprises, et l'avaient guérie avec de l'iodure de potassium.

Je vous dis ce fait, en passant, parce qu'il est un exemple de la difficulté de trouver la vérité en pareil cas, et qu'il tend à prouver, contrairement à l'opinion émise autrefois par Deville, qu'une femme avec des accidents tertiaires, peut infecter son enfant, et que celui-ci peut avoir des accidents dits secondaires alors que sa mère a des accidents tertiaires.

Mais, si on a confié à une nourrice un enfant que l'on croyait sain, et que celui-ci ait plus tard des manifestations syphilitiques, que convient-il de faire? Si l'enfant est très-jeune, ce qui est le plus souvent le cas, on expose sa vie en le privant de sa nourrice; si on conserve celle-ci on l'expose à contracter la syphilis. Il ne faut du côté de la nourrice qu'une légère érosion du mamelon, et de celui de l'enfant qu'une ulcération des lèvres, ou même qu'un léger suintement de sang pour que la contagion ait lieu. Il suffit de ces deux surfaces saignantes pour qu'elle se produise directement. La transmission de la syphilis par le sang, en cas d'accidents secondaires, n'est plus douteux aujourd'hui. Il faut donc si vous voulez garder la nourrice, et sous peine d'encourir une responsabilité effective, la prévenir du danger auquel elle est exposée. Après quoi, si elle accepte de rester, vous traiterez immédiatement l'enfant, et le ferez téter, s'il a la bouche suspecte, sur un bout de sein; au cas où il consentira à le prendre. Autrement, force vous sera de recourir à l'allaitement artificiel qui le plus souvent, en pareil cas, échoue.

L'inverse peut avoir lieu, mais très-exceptionnellement, c'est-à-dire que pendant l'allaitement, la nourrice que l'on croyait saine, qu'on avait choisie avec soin, comme telle, peut présenter des accidents syphilitiques non douteux; si c'est la mère; il n'y a rien à changer. Il est peu probable qu'elle soit seule malade. A moins que l'enfant ne soit en âge d'être sevré, il faut le laisser téter. Il n'est vraiment pas très-exposé à la contagion : par le lait, nous avons dit qu'elle ne se faisait pas. Mais si le bout du sein devenait malade, l'inoculation pourrait avoir lieu par les lèvres, il faudrait en pareil cas, tout en prescrivant un traitement intérieur, faire lotionner le mamelon avec de la liqueur de Van Swiéten étendue, et user du bout de sein. Mais, le fait d'une mère présentant des accidents secondaires pendant que son enfant est sain doit être excessivement rare. Dans le cas où il s'agirait d'une nourrice mercenaire, il faudrait la congédier aussitôt après une pareille découverte faite, pour en prendre une autre, ou passer à l'allaitement au biberon. Bien, je le répète, que les chances de transmission soient minimes, il ne faut à aucun prix y exposer l'enfant.

C'en est assez sur ce sujet qui nous a entraîné à bien des digressions, revenons à l'allaitement proprement dit.

La tâche de décider une jeune mère à nourrir son enfant ne serait pas difficile, si cette femme n'obéissait qu'à ses sentiments propres. Mais elle le devient extrêmement, grâce aux influences de l'entourage.

Dans les classes aisées, presque toutes les personnes qui ont de l'influence sur la jeune mère travaillent à la détourner d'un devoir qui assurerait la santé de sa progéniture, sans qu'il fut besoin de recourir à ce trafic odieux, quand il n'est pas impérieusement nécessaire, en vertu duquel on prive, au péril de sa vie, un autre pauvre enfant du sein qui devait le nourrir. La mère, la belle-mère de la jeune accouchée, par un sentiment de tendresse déraisonnable, la dissuadent de nourrir, le mari partage et exprime la même manière de voir; la garde qui redoute les ennuis de l'éducation de la jeune femme, à faire, comme nourrice, pousse de toute la force de sa dialectique inté-

ressée à l'introduction d'une nourrice, à laquelle elle passera le poupon. Après quoi tout le monde dormira tranquille. Le médecin lui-même qui trouve bien sa jeune cliente un peu délicate, redoute pour elle les engorgements du sein, les crevasses, voire même les abcès, et n'oublie peut-être pas assez que ces inconvénients seront pour lui une source féconde de dérangements et de tracas, ne lutte que faiblement contre le courant. La nourrice est introduite dans la place et tout le monde est content ; par le fait il y a de quoi, car les résultats sont généralement satisfaisants. Le seul qui ne soit pas content, c'est le petit enfant qui retourne au village sans sa mère.

Je suppose que vous avez triomphé des difficultés en respectant les nécessités et que la mère soit décidée à nourrir ; quels conseils allez-vous lui donner ?

L'enfant qui vient de naître peut vivre d'un peu d'eau sucrée pendant un couple de jours. Rien ne presserait donc de le mettre au sein. Pourtant, je vous engage à l'y présenter après que la mère aura pris un peu de repos, et de façon à ne pas la forcer à s'asseoir, ce qui la fatigue. Dans les premières tetées, l'enfant ne prend que quelques gouttes de colostrum, chaque fois ; mais il s'exerce, fait le bout de sein et accélère la montée du lait. Il prend le peu de lait qui est sécrété et empêche l'engorgement de devenir plus considérable. Si vous attendez que la montée du lait soit complète, il arrivera que l'enfant ne pourra plus saisir le bout du sein, dans les premiers moments ; il faudra pour qu'il puisse bien téter que la fluxion du premier moment ait en partie disparu. Pour peu qu'il y ait de difficulté un peu prolongée, de la part de l'enfant, à bien téter, il est bon de lui donner un peu d'eau sucrée coupée d'un tiers, ou au plus de moitié de lait. Mais, il ne faut pas trop en donner sans quoi l'enfant ne ferait aucun effort de succion pour avoir du lait du sein de sa mère. Ces premiers moments passés, on voit souvent naître d'autres difficultés qui viennent des crevasses, des érosions du sein et auxquelles il faut parer à l'aide des bouts de sein, de liniments astringents, etc. Je ne puis insister sur toutes ces particularités qui regardent plus la mère encore que l'enfant et c'est de celui-ci que je m'occupe. Toutes les fois que se présentent des difficultés d'allaitement, il y a une question qu'il faut se poser : l'enfant prend-il assez de lait ?

Vous devez écouter pour constater si vous entendez le bruit de la déglutition, regarder si les angles des lèvres sont humides de lait, si le sein se ramollit après quelques minutes de succion. Mais, jamais vous n'arriverez de cette façon à une certitude. Il n'y a qu'un moyen sûr d'en avoir une, c'est d'employer la balance. Ce moyen si simple a de la peine à se vulgariser, et pourtant, il permet à tout le monde de constater la véritable situation : étant connues quelques données simples. — Il sert à constater d'une manière certaine combien un enfant a pris de lait dans une tetée, et de combien son poids augmente en un temps donné. — Le mode de pesage sera celui que vous voudrez, pourvu que l'instrument soit juste et suffisamment sensible. Voici une balance imaginée par mon excellent confrère le dr Groussin (de Meudon). Il la nomme pèse-bébé.

C'est une balance très-bonne, et propre à toutes les pesées, mais dont l'un des plateaux, est, pour la circonstance remplacé par un petit panier en osier où l'on place l'enfant.

Vous savez tous qu'après sa naissance l'enfant perd de son poids, dans les proportions suivantes : 1er jour 65 grammes ; 2e, 35 grammes : total de perte 100 grammes, à peu près ; il reste stationnaire pendant les trois jours suivants et regagne ensuite ; de façon que, du 7e au 10e jour, il doit être revenu à son poids initial.

Il est inutile de nous étendre sur les causes de ces changements. Leur exactitude avait été établie par Siebold puis par Winckel. M. Bouchard (thèse de Paris, 1870) l'a confirmée de nouveau. Ce dernier a infirmé certaines propositions de Natalis Guillot, qui avait estimé trop haut la quantité de lait prise par un enfant à chaque tetée, et, celle prise dans les 24 heures. L'erreur de cet observateur est venue de ce qu'il n'a pris qu'une seule tetée et a admis que toutes les autres, qu'il supposait avoir lieu toutes les heures, étaient les mêmes. M. Bouchaud, au contraire, s'est astreint à peser les enfants avant et après chacune des tetées, et il a vu quelles différaient les unes des autres comme quantité de lait absorbé. D'après cet observateur la quantité de lait prise en 24 heures serait :

1er jour	15 gr.
2e —	150 —
3e —	450 —
4e —	500 —
Après le 1er mois	650 —
Après le 3e mois	750 —
Après le 4e mois	850 —
De six à neuf mois	950 —

Les enfants observés par M. Bouchaud tétaient de 8 à 10 fois par jour.

L'augmentation en poids d'un enfant qui est bien nourri est en général de 25 à 30 gr. par jour : soit 250 à 300 gr. par dix jours et par mois de 750 à 900 gr. Il y a des accroissements quelquefois bien plus considérables, quand l'enfant d'ailleurs bien portant, passe d'un allaitement insuffisant à une grande abondance de lait ; puis les choses reviennent aux allures normales.

Si un enfant, qui n'est pas malade, n'augmente que de 100 gr. par 10 jours ce n'est plus suffisant, et si le chiffre descend encore plus bas, il y a lieu de s'en inquiéter et de voir à changer ou à compléter son mode d'alimentation.

Vous voyez quelle importance pratique ont ces pesées ; je ne saurais trop y insister, et trop vous engager à les vulgariser. — On peut bien être averti de l'insuffisance de l'alimentation par la diminution comme nombre et comme quantité des garde-robes. Vous savez, aussi, que l'enfant urine, relativement à son poids, trois fois plus que l'adulte, ce qui tient à l'aliment liquide qu'il absorbe ; or, quand cet aliment devient moins abondant, l'urination diminue, et vous avez là des indices que l'enfant ne boit pas assez. Mais les signes rationnels joints à ceux que j'ai déjà mentionnés n'approchent pas, comme précision, des données presque mathématiques que fournit la balance.

Il ne suffit pas que la mère ou la nourrice aient du lait, il faut encore pour que les choses aillent bien, que l'enfant puisse téter.

Il est des enfants qui naissent prématurément, ou n'ont pas la force suffisante pour prendre le sein, et en faire jaillir le lait ; d'autres, bien que venus à terme, sont également trop délicats, trop faibles, pour pouvoir téter. Que faut-il faire en pareil cas ? S'il est possible, avoir une nourrice et son enfant, ou bien réclamer l'assistance d'une parente, d'une amie qui consente à tirer de son lait, et faire boire ce lait à la cuiller pendant un certain nombre de jours. Il peut vous paraître, au premier abord qu'on doit par cet artifice, arriver difficilement à un bon résultat. Eh bien, ne vous découragez pas en pareille circonstance, et vous verrez que le plus souvent vous réussirez. Il suffira de quelques jours pour que le petit avorton, s'il n'est pas venu au monde par trop tôt, prenne de la force et finisse bientôt par pouvoir prendre le sein ; ce que vous devrez tenter de lui faire faire de temps à autre. Surtout, pendant que vous veillez à la nutrition, n'oubliez pas la calorification, et tenez ces petits êtres entourés de coton, et de boules chaudes si la saison est froide.

Je ne vous dirai rien des vices de conformation qui rendent impossible l'action de téter, c'est affaire à la chirurgie.

Il est de gros enfants, robustes en apparence, mais apathiques, somnolents et qui dorment presque toujours ; mis au sein, ils paraissent n'avoir ni appétit, ni instinct : on n'y fait pas trop attention pendant les premiers jours à cause de leur force. Pourtant, il y aurait inconvénient à les laisser sans chercher à les tirer de cette somnolence de marmotte ; il faut les secouer, les fouetter même,

pour les faire crier; leur faire des frictions aromatiques pour les stimuler; de plus il sera bon de les purger avec du sirop de chicorée composé pour débarrasser l'intestin et stimuler l'appétit. A l'aide de ces moyens, on réussit presque toujours.

Il y a pourtant des enfants qu'on ne peut arriver à faire téter et qui paraissent manquer absolument de l'instinct en vertu duquel s'accomplit cet acte de conservation. Dans ces cas, il faut nécessairement alimenter les enfants au verre ou au biberon s'ils veulent le prendre.

On cite des exemples rares d'enfants qui n'ont jamais pu digérer le lait; pour mon compte je n'en ai point encore vu de cette sorte. *(A suivre)*.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Plaie de la cornée avec hernie de l'iris. — Pronostic. — Complications. — Traitement.

Leçon recueillie par E. MAROT, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Il vient d'entrer dans nos salles un malade atteint d'une blessure de l'œil, à propos duquel je désire vous exposer rapidement quelques particularités intéressantes de ce genre de lésions. Cet homme est âgé de 34 ans, d'une excellente santé générale ; il y a 4 jours, l'avant-veille de son entrée à l'hôpital, il s'occupait à fendre un vieux sabot de bois, lorsqu'un éclat de forme anguleuse fut projeté sur son œil gauche, assez violemment pour traverser la cornée.

Dès le premier moment, le malade s'aperçut qu'il se faisait un écoulement notable de liquide séro-sanguinolent : c'était l'humeur aqueuse qui s'échappait. La vue fut troublée de suite. Le médecin qui fut appelé le premier à lui donner des soins, après une exploration superficielle, fit l'extraction d'un éclat de bois qui, d'après les renseignements du malade, occupait un des culs-de-sac de la conjonctive et n'était nullement resté engagé entre les lèvres de la plaie cornéale. L'application de compresses imbibées d'eau froide fut uniquement prescrite : nous verrons plus loin qu'il y avait mieux à faire dans l'intérêt du malade. En effet, les douleurs furent loin de se calmer, et la vue s'obscurcit progressivement jusqu'au moment où le malade se présenta à l'hôpital, deux jours après l'accident.

Au premier examen, nous avons facilement constaté qu'il existait à la cornée gauche, en dehors de son diamètre vertical, une solution de continuité à bords irréguliers, contus, dirigée du limbe cornéal en haut jusqu'au niveau du contour pupillaire inférieurement. Entre les lèvres de cette plaie se trouve une petite masse pulpeuse, brunâtre, que l'on pourrait considérer à première vue comme constituée par les bords, infiltrés de sang, de la plaie cornéale, d'autant plus qu'il existe, en arrière de la cornée, un épanchement de sang véritable. La pupille est considérablement rétrécie, et immobile. Tel est le résultat d'un examen très-superficiel. Mais si, en présence d'une semblable lésion, que vous aurez très-souvent l'occasion d'observer surtout chez les enfants, vous vous borniez à cette exploration légère, vous courriez le risque de méconnaître la véritable nature de la lésion, et votre négligence exposerait le blessé aux accidents les plus sérieux.

Vous devez vous préoccuper avant tout d'établir si la cornée est perforée, si la plaie est pénétrante ; il est facile en général de s'en assurer à l'aide de l'éclairage oblique, au moyen d'une lentille convexe qui vous permet, en même temps, l'examen minutieux de la chambre antérieure, de l'iris, du cristallin.

Chez notre malade, nous y avons eu recours, et nous avons constaté que la cornée est déchirée dans toute son épaisseur, l'iris tiraillé, et la pupille déformée. La partie externe de cette membrane est attirée en avant jusqu'à la rencontre des lèvres de la plaie cornéale entre lesquelles se trouve le corps brunâtre dont je parlais tout à l'heure : ce corps n'est autre qu'une portion de la substance de l'iris, qui fait hernie dans la plaie. L'iris n'est pas atteint dans sa continuité, comme on pourrait le craindre, attendu qu'il n'a pas fourni d'hémorrhagie : l'écoulement de sang provenant de l'iris, se reconnaît, vous le savez, à la présence, à la partie déclive de la chambre antérieure, d'une certaine quantité de sang constituant ce que l'on a nommé l'*hypohœma*. Il n'existe pas non plus de corps étranger dans la chambre antérieure : ces deux circonstances sont favorables.

La seule complication primitive de la plaie cornéale chez notre malade est donc la hernie de l'iris : le mécanisme de cette hernie est facile à saisir. Lorsque la cornée est perforée, l'humeur aqueuse, soumise à l'état normal à une certaine pression, s'écoule brusquement par la voie qui lui est ouverte ; il s'établit un courant qui entraîne avec lui l'iris, voile flottant au milieu de l'humeur aqueuse ; l'iris s'engage donc entre les lèvres de la plaie; il peut ensuite être maintenu dans cette position par le rapprochement des bords de la solution de continuité. Le diagnostic de la hernie de l'iris est des plus simples, mais il en est tout autrement de son pronostic.

La lésion la plus simple en apparence, quand il s'agit de traumatismes subis par le globe oculaire, peut entraîner les suites les plus fâcheuses compromettant la vision non-seulement du côté blessé, mais encore du côté sain par l'intermédiaire de l'ophthalmie sympathique, sur laquelle je n'insisterai pas ici. Sans doute la hernie de l'iris, dans les cas heureux, se réduit peu à peu et la cornée se cicatrise : le malade en est quitte alors avec une altération plus ou moins grave de la vision, par suite de l'irrégularité de courbure de la cornée, de son opacité cicatricielle ou de la déformation papillaire. On peut espérer cette terminaison qui a lieu quelquefois, mais il n'y faut pas trop compter, parce qu'il n'est pas rare de voir le phénomène prendre une autre direction. Je doute qu'il y ait à cet égard des statistiques à invoquer; bien que la preuve numérique fasse défaut, je crois pouvoir affirmer que la guérison sans complications ne survient pas dans plus de la moitié des cas ; il importe donc de passer en revue ces accidents.

En premier lieu, un accident formidable peut suivre de près la violence subie, c'est le phlegmon oculaire, encore nommé ophthalmite, panophthalmie : son développement s'annonce, dès les premiers jours, par l'apparition d'un gonflement et d'une tension considérables du globe qui devient le siége de douleurs intenses : la fièvre et les accidents généraux sont, en général, très-prononcés, jusqu'à la fonte de l'œil qui s'ouvre comme un véritable abcès. Si le malade guérit, ce n'est qu'après l'évacuation du contenu du globe. Cet accident survient principalement chez des individus prédisposés ou chez ceux qui n'ont pas reçu, dès le début, de soins suffisants.

Chez d'autres malades, l'inflammation se développe dans la cornée d'abord : celle-ci présente une infiltration plastique ou purulente dont les produits sont versés dans la chambre antérieure et constituent l'*hypopion* ; il se développe en même temps de l'iritis, annoncée par les douleurs périorbitaires, de l'irido-choroïdite, la pupille se déforme, les membranes profondes se modifient, la cornée reste absolument opaque; le malade perd la vue de ce côté, mais le globe oculaire lui reste. Ce second mode de terminaison, à peu près aussi fâcheux que le précédent, est plus fréquent aussi.

Nous devons encore songer à un autre genre d'accidents, qui est le développement d'une cataracte traumatique dans les cas où le corps vulnérant a déchiré la capsule du cristallin ; le malade souffre à peine, les troubles objectifs sont insignifiants, mais la vision s'altère peu à peu, et l'on arrive à constater l'opacité du cristallin. Notre malade n'est pas à l'abri de cette complication, car il nous est impossible d'affirmer que le cristallin n'a pas été blessé.

Le traumatisme oculaire expose enfin, Messieurs, à un

autre danger, un des plus graves, en ce qu'il est en même temps plus insidieux. Les accidents ont paru assez légers au début, très-légers : après une réaction inflammatoire médiocre, qui paraît avoir cédé, la guérison semble complète, la vue est à peu près normale ; mais peu à peu la vision s'altère, l'iris change de couleur, la forme de la pupille se modifie, puis surviennent des douleurs circumorbitaires annonçant l'existence de l'iritis et l'irido-choroïdite chroniques, dont on ne tarde pas à constater les désordres à l'ophthalmoscope. Enfin, l'œil finit par s'atrophier et la vue par se perdre complétement.

Bien plus, le danger ne menace pas uniquement l'œil atteint par le traumatisme, et l'œil sain lui-même peut être compromis. Le développement de l'iritis et de l'irido-choroïdite, l'irritation du corps ciliaire résultant des tractions continuelles exercées sur l'iris dans les mouvements incessants de cette membrane, peuvent entraîner dans l'autre œil l'apparition de l'ophthalmie sympathique, et par suite la perte de la vue de ce côté, si l'on n'arrête le développement de cette dernière complication par un traitement énergique (iridectomie ou ablation de l'œil).

J'ai eu dernièrement l'occasion de vérifier sur un jeune malade la réalité de ces faits : la cornée avait été perforée et l'iris enclavé dans la plaie ; celle-ci s'était cicatrisée et la guérison paraissait complète mais, malgré mes avis, les parents négligents laissèrent se développer, sans y prendre garde, la série des accidents que je viens de vous signaler. Lorsqu'ils me ramenèrent l'enfant, non-seulement la vue était entièrement perdue, mais encore l'œil sain commençait à être atteint d'ophthalmie sympathique. L'iridectomie suffit à ce moment pour enrayer la marche des accidents.

Ce qui précède est de nature à vous démontrer combien il importe de s'opposer, dès le début, aux accidents dont les suites sont si graves, et comme la hernie de l'iris est la cause de tous ces accidents c'est contre elle que vous devrez agir. Il n'est pas impossible, au premier moment, dans certains cas favorables, d'obtenir la réduction de cette hernie soit par des frictions légères à travers les paupières, soit plus directement au moyen d'un stylet ou d'une curette avec laquelle on repousse la partie herniée de l'iris entre les lèvres de la plaie cornéale.

D'autres moyens moins puissants, mais souvent très-efficaces, peuvent être mis en usage : ils consistent à utiliser, pour la réduction de l'iris, l'action de certains alcaloïdes qui agissent sur les fibres musculaires de l'iris. L'atropine qui attire vers la périphérie la petite circonférence de l'iris et fait contracter les fibres radiées, tend à dégager les portions centrales du diaphragme.

Mais il importe de vous faire remarquer que dans certains cas, l'emploi de l'atropine ou des mydriatiques serait plus nuisible qu'utile. Lorsque la hernie de l'iris siége sur une partie de la membrane voisine de sa grande circonférence, il est facile de concevoir que la contraction des fibres radiées ne peut avoir aucun effet pour dégager la portion herniée et ne pourrait que faciliter la persistance de l'enclavement. Dans ce cas, il faut employer l'ésérine qui fait contracter les fibres circulaires et tire vers le centre la partie marginale de l'iris. Si les tentatives de réduction immédiate ont échoué, il vous sera permis d'exciser avec de fins ciseaux courbes la portion herniée de l'iris, et quelquefois les tentatives qui avaient échoué précédemment pour obtenir la réduction, seront couronnées de succès après cette petite opération.

Je tiens tellement à obtenir ce premier résultat, la réduction de l'iris, et j'estime qu'il est d'une telle importance, que je n'hésite pas à vous conseiller l'emploi du chloroforme surtout chez les enfants qui ne laissent pas facilement examiner l'œil et dont les mouvements gêneraient les manœuvres de réduction. Lorsque vous aurez réussi à vaincre l'enclavement de l'iris, le meilleur traitement consistera dans l'emploi du bandeau compressif qui facilitera la cicatrisation de la plaie de la cornée.

Mais si, comme c'est le cas chez notre malade, vous êtes appelés quelques jours après l'accident, alors que l'inflammation s'est développée, la réduction de l'iris ne doit plus être tentée, car vos efforts resteraient inutiles et pourraient même devenir dangereux. Vous devez mettre tous vos soins à modérer les phénomènes inflammatoires et à prévenir les accidents dont je vous ai parlé. Les mydriatiques seront alors indiqués à cette période à peu près dans tous les cas, mais uniquement pour conserver la pupille dilatée et diminuer la tension intra-oculaire.

PATHOLOGIE EXTERNE

Des mouvements de latéralité dans l'articulation du genou. Etude sur la cause et la valeur de ce signe dans les cas de tumeur blanche ;

Par **R. MOUTARD-MARTIN**, interne des hôpitaux.

Il existe au genou des mouvements de latéralité physiologiques, mais il peut en apparaître de pathologiques qui deviennent pour le chirurgien un élément important du pronostic, et peuvent même diriger le traitement.

Lorsque le chirurgien constate la présence de ces mouvements pathologiques après s'être mis à l'abri de différentes causes d'erreur que les auteurs nous ont tous signalées, il peut affirmer que l'articulation est gravement atteinte, qu'elle présente des lésions profondes. Quelles sont donc les causes de cet état et les altérations des parties constitutives de l'articulation qui ont pu lui donner naissance ? C'est ce que nous allons examiner.

Les mouvements qui nous occupent ont été rapportés *exclusivement* par les auteurs aux modifications de structure ou à la disparition des ligaments périphériques. Aucun ne nous paraît avoir indiqué la disparition des cartilages comme pouvant donner lieu à la mobilité anormale, malgré l'intégrité de ces mêmes ligaments périphériques. Cette explication nous semble cependant applicable dans un très grand nombre de cas : sur quatre examens de genoux atteints de mouvements de latéralité, nous avons pu voir quatre fois que les ligaments périphériques avaient leur solidité normale tandis que les cartilages étaient profondément altérés ou même absolument détruits. Il s'agissait dans un cas d'une arthrite suppurée (1) consécutive à une ostéomyélite, et les trois autres se rapportaient à des tumeurs blanches anciennes du genou.

Dans un seul des quatre faits que nous avons observés, les mouvements de latéralité s'accompagnaient d'un craquement osseux, de telle sorte que, du vivant même du malade, la destruction des cartilages était évidente. L'autopsie nous montra qu'il fallait regarder cette altération des cartilages comme étant la cause des mouvements anormaux. Quant aux altérations ligamenteuses invoquées par les auteurs, il fallait les rejeter au second plan ; en effet, les ligaments antérieur, postérieur et latéraux étaient sains ; les trousseaux fibreux qui constituent le grand surtout de l'articulation étaient seuls envahis par les fongosités.

Dans les trois autres faits, aucun frottement rude ne venait déceler l'altération des surfaces articulaires. Cette impossibilité de percevoir des craquements alors même que les surfaces osseuses sont dépouillées de leur cartilage, se rencontre assez souvent. C'est dans ces cas surtout qu'il serait utile de pouvoir, à l'aide d'un signe, reconnaître l'altération profonde des cartilages. Ce signe nous paraît être la *mobilité latérale*. Ainsi nous avons pu, grâce à lui seul, présumer dans le troisième cas qui s'offrit à notre observation les lésions que l'autopsie vint nous révéler. — De même, une quatrième fois, instruit par les trois premiers faits, nous avons immédiatement rapporté les mouvements anormaux à l'altération des cartilages articulaires ; l'autopsie confirma cette interprétation. Ainsi dans quatre cas la mobilité n'était pas imputable aux altérations des ligaments périphériques, mais bien aux modifications, ou à la destruction des cartilages et fibro-cartilages articulaires.

Quel rôle jouent donc les ligaments auxquels les auteurs ont

(1) Bulletin de la *Société Anatomique* 1876, janvier.

rapporté la cause des mouvements anormaux qui nous occupent? Ce rôle nous parait tout-à-fait secondaire; mais il faut avant tout distinguer les ligaments vrais (antérieur, postérieur et latéraux), et les parties accessoires; capsules, aponévroses surtout et qui viennent les renforcer.

Un examen attentif nous a montré que les parties accessoires peuvent être profondément désorganisées et parfois même détruites par les fongosités sans que nous voyions apparaître des mouvements anormaux de latéralité, et cela grâce à l'intégrité des ligaments vrais qui maintiennent les surfaces articulaires dans leurs rapports normaux, et nous avons remarqué avec les auteurs que si les parties accessoires sont envahies très-rapidement, les ligaments le sont au contraire beaucoup plus tardivement par le produit pathologique. On s'explique alors comment dans les faits que nous avons relatés (1) nous avons pu glisser rapidement sur les lésions des parties accessoires pour nous attacher à relever celles des ligaments. Trois fois, ils étaient tapissés de fongosités à leur face interne; une fois, le ligament latéral interne offrait une éraillure qui faisait communiquer l'articulation avec la synoviale de la patte d'oie devenue également fongueuse. Mais, dans ces quatre cas, les ligaments avaient conservé une force, une épaisseur, une résistance normales; ils n'étaient ni relâchés, ni ramollis. Leurs altérations étaient insuffisantes pour nous expliquer le rôle capital qu'on leur a fait jouer dans la production de la mobilité anormale du genou. Aussi avons-nous recherché ailleurs la cause de cette mobilité, Nous croyons l'avoir trouvée dans les altérations cartilagineuses que nous avons pu constater.

En effet, dans les quatre examens que nous avons eu l'occasion de faire, les cartilages étaient ou profondément altérés ou même complétement détruits; tantôt usés et moins épais, tantôt ramollis, ulcérés, détruits en partie, ils comblaient toujours d'une façon incomplète l'espace, qui, s'ils n'existaient pas, séparerait les surfaces des extrémités osseuses. Dans un cas ils avaient disparu, et en même temps nous ne pouvions retrouver aucune trace des fibro-cartilages.

Ces modifications suffisent croyons-nous à expliquer la production de mouvements de latéralité même en l'absence de toute autre altération articulaire. On conçoit, en effet, que du moment où la seule diminution d'épaisseur des cartilages laisse entre les surfaces osseuses un espace de plusieurs millimètres contenant des liquides épanchés ou du pus, il puisse exister de la mobilité anormale. A plus forte raison s'il y a destruction de ces mêmes cartilages, car alors l'écart des surfaces se traduit à l'extrémité inférieure du tibia par des oscillations de plusieurs centimètres. En outre, les différences de vitalité, de structure et de relations avec les parties voisines qui séparent les cartilages et les ligaments expliquent croyons-nous pourquoi les premiers sont généralement frappés avant les seconds.

Il nous reste à examiner le rôle des ligaments croisés. Nous serons brefs sur ce point, bien que les auteurs leur fassent jouer un grand rôle dans la contention exacte de l'articulation. Nous avons pu constater leur intégrité dans l'obs. II (2) et ce fait a toute la valeur d'une expérience dont l'évolution de la maladie nous avait en quelque sorte ménagé le résultat.

Nous sommes donc disposés à admettre à la suite des faits que nous avons pu observer que, dans les tumeurs blanches, les mouvements de latéralité sont dus, *lorsqu'ils commencent à apparaître*, aux altérations cartilagineuses. Plus tard, on pourrait peut-être invoquer aussi les altérations ligamenteuses pour expliquer leur production. Il resterait à savoir si ces dernières lésions ne sont pas provoquées par les mouvements anormaux préexistants qui affaiblissent, tiraillent et désorganisent les ligaments devenus impuissants à maintenir désormais les surfaces articulaires qui n'affectent plus leurs rapports normaux.

Les cartilages seraient ainsi les principaux agents des mouvements de latéralité, et les ligaments ne joueraient dans leur production qu'un rôle très-secondaire. Aussi pensons-nous que, si de nouvelles autopsies viennent confirmer notre manière de voir, le médecin placé en face d'une tumeur blanche du genou, qui offre des mouvements de latéralité, serait autorisé à dire que les cartilages sont très-profondément altérés, peut-être en partie détruits. Ce symptôme deviendrait alors un signe important, car il ne resterait dans un cas semblable que deux partis à prendre : ou rechercher l'ankylose par tous les moyens possibles, immobilité, cautérisation, etc., ou recourir à l'ablation du membre.

(1) Mai et Juillet 1876.
(2) *Bulletin de la Société anatomique*. Mai 1876.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Ouverture du cours de M. Jaccoud.

Mercredi dernier, à trois heures, le grand amphithéâtre de l'Ecole était littéralement bondé d'étudiants, venus pour entendre la leçon d'ouverture de M. Jaccoud.

C'est avec une aisance complète que le nouveau professeur a pris possession de cette chaire qu'ont illustrée tant d'hommes éminents. Après quelques paroles de regret pour ceux de ses prédécesseurs que la mort a enlevés à notre faculté, Béhier et Axenfeld, M. Jaccoud, avant d'aborder le sujet qu'il se propose de traiter cette année, *les maladies infectieuses*, a' consacré cette première leçon à un coup d'œil sur l'histoire des classifications en pathologie.

Il a montré combien les divisions adoptées par les nosologistes anciens étaient arbitraires et inexactes, comment cette classification des maladies en fièvres, flux, rétentions, etc., avait eu pour résultat fâcheux de rapprocher des choses qui devaient être séparées et de séparer des choses qui devaient être rapprochées. Puis, dans un tableau rapide et saisissant, il a dépeint cette rénovation, cette sorte de Renaissance médicale qui date du commencement de ce siècle, et dont Bichat, Fodéré, Broussais lui-même et Cruveilhier ont été les illustres ouvriers : il a montré comment les recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques avaient permis de modifier les classifications anciennes, de les rendre naturelles, et de faciliter l'étude de la pathologie, en donnant, autant que le permet l'état de la science, le comment et le pourquoi des phénomènes morbides. Il n'a pas négligé de rappeler que cette œuvre dont l'immensité n'est égalée que par la rapidité, a été une œuvre toute française.

Mais il a fait remarquer, en même temps, que cette origine éminemment nationale ne nous dispense pas actuellement de connaître et d'étudier les travaux qui s'accomplissent dans les autres pays, et que ce serait une éducation médicale bien incomplète et parfois bien fausse que celle qui se renfermerait dans les frontières d'une seule nation. Il faut qu'il existe entre tous les travailleurs de tous les pays une communion complète, à condition toutefois, a ajouté M. Jaccoud « que cet échange loyal ne dégénère pas en une ténébreuse contrebande. »

En terminant, M. Jaccoud a fait appel au travail et au contrôle individuels ; la médecine étant une science, quoi qu'en disent encore quelques personnes, chacun a le droit de vérifier ou de contrôler les assertions, même tombées d'une chaire, car, dit le professeur « il n'y a plus de maîtres au sens autocratique du mot » et le libre examen est la condition *sine quâ non* du progrès des sciences médicales.

Le succès de M. Jaccoud a été complet : il est bien l'orateur que faisait pressentir l'écrivain ; sa facile éloquence

et son remarquable talent d'exposition lui ont conquis mercredi et lui conserveront sans doute un nombreux auditoire. L'avenir nous renseignera.

Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris.

Bien des fois nous avons insisté sur la nécessité de modifier les heures pendant lesquelles la bibliothèque de l'Ecole de médecine est ouverte aux étudiants. Nous sommes heureux d'apprendre que M. le Doyen a décidé que, à partir du 1er février, la bibliothèque sera ouverte le jour, de 11 heures à cinq heures (avant elle fermait à 4 heures) et le soir, de 7 heures et demie à 10 heures. Il est à désirer que, dans un avenir prochain, on recule jusqu'à 6 heures la fermeture de la bibliothèque. Cela faisant, M. le Doyen rendra un nouveau service à tous les étudiants laborieux.

Du service des bains dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Frappé depuis longtemps de l'insuffisance actuelle du service des bains dans les hôpitaux et les hospices de Paris, nous avons cru nécessaire d'attirer d'une façon spéciale l'attention de l'administration de l'assistance publique sur cet état de choses et, dans ce but, nous avons déposé au Conseil municipal (séance du 20 décembre) le projet de vœu suivant :

Parmi les services des hôpitaux et des hospices de Paris, il en est un qui, en raison de son importance mérite d'attirer d'une façon sérieuse et d'urgence, l'attention du Conseil municipal et de l'administration. Nous voulons parler du *service des bains* et du *service hydrothérapique*.

Si l'on en excepte quelques hôpitaux qui possèdent une installation convenable et complète, en ce sens qu'ils servent et aux malades de l'hôpital même et aux malades du dehors — tous les autres établissements hospitaliers sont, à cet égard, dans une situation regrettable. C'est ainsi qu'à la Salpêtrière et à Bicêtre, établissements consacrés pour une large part aux maladies chroniques et aux maladies du système nerveux qui nécessitent un usage quotidien des bains et de l'hydrothérapie, les baignoires en nombre insuffisant sont disséminées dans des salles qui presque chaque année nécessitent des réparations durant lesquelles le service est en souffrance. Quant aux installations hydrothérapiques, elles sont *nulles* ou *mauvaises*. Il n'y a pas de salle pour les bains de vapeur, etc.

Ce que nous venons de dire de la Salpêtrière et de Bicêtre, nous pourrions le répéter avec de légères nuances pour l'hôpital de la Pitié, l'hôpital Cochin, etc.

Une autre considération plaide encore en faveur des améliorations que nous demandons. En effet, le jour où nous aurons des installations balnéaires et hydrothérapiques convenables dans nos hôpitaux, nous pourrons y instituer un service pour les malades du dehors, autrement dit un service de bains externes.

Sauf trois ou quatre hôpitaux qui possèdent un service de ce genre, les autres en sont dépourvus. Et, afin de rendre plus précise notre démonstration, nous allons citer un exemple. Il existe sur la rive gauche huit hôpitaux ou hospices d'adultes. Eh bien, un seul, l'hôpital de la Charité, donne des bains aux malades du dehors. Il s'ensuit que les malades qui se présentent soit à la Pitié, soit à Cochin, etc., avec une affection qui nécessite l'emploi des bains — sont obligés, après avoir eu leur consultation dans l'hôpital de leur arrondissement, d'aller à la Charité prendre les bains qui leur sont prescrits. Pour éviter aux malades ces déplacements pénibles et coûteux, il serait donc utile d'organiser dans tous les hôpitaux, où il n'en existe pas, un service balnéaire et hydrothérapique. Une semblable organisation serait un bienfait pour la population ouvrière.

Se fondant sur les considérations qui précèdent, auxquelles il serait facile d'en ajouter d'autres, de l'ordre économique, les soussignés émettent le vœu :

1° Que l'Administration présente au Conseil dans le plus bref délai possible des projets pour la construction de services balnéaires et hydrothérapiques dans tous les établissements hospitaliers où ces services sont insuffisants ;

2° Qu'elle organise, pour les malades du dehors, qui viennent aux consultations des hôpitaux ou qui reçoivent les soins des médecins des Bureaux de bienfaisance, un service d'hydrothérapie.

Ont signé : Bourneville, Asseline, Clavel, Dubois, de Hérédia, Lauth, Métivier, Réty, Thulié, etc.

Dans un tel projet de vœu, nous ne pouvions donner que des renseignements sommaires. Ceux qui précèdent, quelque incomplets qu'ils fussent, ont cependant paru intéresser vivement non-seulement le Conseil mais encore l'Administration. Celle-ci, nous le reconnaissons avec plaisir, a manifesté l'intention d'examiner la situation avec soin. Ce sont là d'heureuses dispositions et nous espérons qu'elles ne demeureront pas sans effet.

Notre intention est de passer successivement en revue les salles de bains et d'hydrothérapie des hôpitaux et hospices de Paris, afin de prouver à tous que nous n'avons nullement chargé le tableau. Et, de suite, à titre d'exemple, nous allons parler de l'hôpital Cochin.

Dans cet établissement, la salle des bains est au rez-de-chaussée même du bâtiment principal. Dans un coin on a disposé un cabinet avec deux baignoires pour les employés. Le reste de la salle contient huit baignoires dont trois servent aux bains sulfureux. Il n'y a ni baignoire spéciale pour les bains de sublimé, ni salle de bains de vapeur, ni installations hydrothérapiques, car nous ne saurions considérer comme telle un de ces appareils qui servent à l'hydrothérapie en chambre et qu'on a placé au milieu de la salle. Nous avons dit plus haut qu'il n'existait pas de bains externes. On voit par là que les salles de bains et d'hydrothérapie sont à refaire complétement à l'hôpital Cochin.

Nous comprenons sans peine que l'administration parisienne soit fière de montrer aux étrangers qui viendront visiter l'exposition de 1878, de belles et larges rues toutes neuves. Mais, nous voudrions, de plus, qu'elle eût à cœur de leur faire voir des écoles saines et bien aménagées, des hôpitaux possédant, nous ne dirons pas des installations luxueuses, mais des installations indispensables au traitement des malades et à l'enseignement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. POUCHET.

A propos du procès-verbal, M. CHARCOT relate quelques nouvelles expériences sur les effets produits par l'application sur la peau des plaques métalliques dans les cas d'hémianesthésie. La sensibilité spéciale paraît influencée de la même manière que la sensibilité générale. Ainsi, une malade atteinte d'hémianesthésie d'origine cérébrale, chez qui une moitié de la langue était complétement insensible avant l'expérience, perçut le goût de la coloquinte, après 4 ou 5 minutes d'application d'une plaque de fer. Mêmes résultats pour l'odorat. Quant aux sens de la vue et de l'ouïe, aucune expérience n'a encore été tentée.

M. ONIMUS rappelle les recherches de M. Becquerel sur les phénomènes électro-capillaires. Chaque fois que deux liquides hétérogènes, deux solutions salines par exemple sont mis en communication par un espace capillaire, il se développe un courant électrique, d'où réduction métallique d'un côté et oxydation de l'autre. Il en est de même lorsqu'on sépare les liquides par des membranes endosmotiques : les phénomènes d'endosmose se produisent dans le même sens que ces courants électro-capillaires et en sont probablement le résultat : Une mince couche d'albumine, d'après M. Onimus, a la même propriété que la membrane endosmotique. On sait de plus qu'entre le jaune et le blanc d'œuf il se produit des courants électriques. Il est probable que ces courants électro-capillaires jouent un grand rôle dans certains phénomènes de la vie (appareil électrique des poissons, absorption cutanée, etc.).

M. DUMONTPALLIER montre à la société les pièces provenant de l'autopsie d'une femme qui, dans le cours d'une fièvre

*

typhoïde, présenta une phlegmatia alba dolens double avec escharre du sacrum très-profonde.

Le sacrum et le coccyx étaient altérés dans une grande étendue. Il existait des coagulations sanguines récentes dans les veines iliaques primitives, externes et crurales: dans les veines du voisinage des parties osseuses malades, qui se jetaient dans l'hypogastrique, on trouva des caillots beaucoup plus anciens, origine des autres coagulations et par suite de la phlegmatia. Cette observation est intéressante à la fois au point de vue clinique, en raison de la rareté de la phlegmatia dans la fièvre typhoïde et au point de vue de la physiologie pathologique. Ici, comme dans certains cas de phlegmatia puerpérale, le point de départ de la coagulation veineuse, fut évidemment les lésions inflammatoires. Ce fait n'avait pas encore été signalé.

M. Hillairet rappelle qu'il a publié une observation de fièvre typhoïde avec coagulation dans les veines caves, émulgentes et altérations brighthiques des reins; l'origine de ces thromboses se trouvait au niveau des ulcérations intestinales.

M. Javal fait une communication sur l'emploi des verres de lunettes colorés. Il commence par indiquer une découverte récente qui permet de fabriquer des verres doublés bleus. M. Javal compare ensuite les verres verts, autrefois employés, aux verres bleus, adoptés aujourd'hui universellement: il se demande même s'il y a utilité à se servir de verres colorés. Il faudrait savoir, avant tout, pour pouvoir se prononcer sur ce sujet, si certaines couleurs sont délétères et s'il y a intérêt à les éteindre. C'est en somme une question à étudier: car les arguments sur lesquels on se fonde pour recommander les verres bleus sont sans valeur.

M. Rabuteau dit que probablement les couleurs qui correspondent à l'amplitude d'onde la plus grande, sont les plus dangereux pour un œil fatigué et que les verres verts qui les éteignent doivent être préférés aux autres.

M. de Sinéty fait une communication sur le développement du mamelon dans plusieurs espèces animales.

M. Hardy donne les résultats de quelques recherches sur le fruit de l'inée.

M. Alb. Robin complète sa récente communication sur l'acide salycilique dans la fièvre typhoïde. Il montre, chiffres en mains, que ce médicament diminue presque constamment la quantité d'urine excrétée: à la suite de son emploi, la quantité d'indican augmente. Son élimination peut-être très-lente, durer sept à huit jours. M. Robin signale enfin un inconvénient que présente le médicament: il produit quelquefois des ulcérations dans l'arrière-gorge et même consécutivement de la laryngite œdémateuse. M. Robin recommande de ne le donner dans la fièvre typhoïde que dans des solutions très-étendues, de peur que la diurèse ne soit trop entravée. Sur une question de M. Charcot, M. Robin dit avoir observé une fois des bourdonnements d'oreille à la suite de l'emploi de l'acide salycilique.

M. Leven ne croit pas que l'on doive recommander cette substance dans la fièvre typhoïde. Sans action à doses faibles, elle peut, à doses élevées, causer du côté de l'appareil digestif de graves désordres particulièrement dangereux dans cette affection.

M. Lépine a vu, comme M. Robin, l'acide salycilique s'éliminer très-lentement. Il produit souvent des bourdonnements d'oreilles, mais d'une manière moins constante et moins intense que le sulfate de quinine. Héroïque dans quelques cas de rhumatisme aigu, il ne rend aucun service dans la fièvre typhoïde. M. Rabuteau déclarant rejeter toutes les conclusions de M. Robin sur les matières colorantes de l'urine, celui-ci énumère les réactions multiples de l'indigose.

M. Badal fait une courte communication sur le chromatisme de l'œil.

M. Balzer présente à la Société des pièces anatomiques provenant d'un individu mort de pleurésie dans le service de M. Lépine. En dehors des signes habituels d'un épanchement considérable, on constatait au sommet de la poitrine en un point limité l'exagération des vibrations thoraciques. On en conclut que derrière le liquide, il y avait une masse solide, caséification ou tumeur du poumon et dès lors on ne crut pas devoir faire la ponction. A l'autopsie, on trouve 2 litres de liquide dans la plèvre: le poumon, baissant dans l'épanchement pleural, était fixé à la paroi costale par des adhérences anciennes, au point même où l'on avait noté l'exagération des vibrations thoraciques: là aussi son tissu était condensé et le son ainsi que les vibrations pouvaient facilement se transmettre des bronches aux parois. Du reste, il n'existait dans les poumons que quelques îlots de pneumonie tuberculeuse.

L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 janvier 1877. — Présidence de M. Bouley.

M. J. Guérin, à l'occasion du procès-verbal et du rapport de M. Depaul montre un certain nombre de planches représentant des lésions de la colonne vertébrale par altération tuberculeuse; et rappelle à l'Académie qu'en 1832 déjà la question en discussion était déjà étudiée par lui. L'orateur reproche à MM. Hergott et Depaul d'avoir laissé de côté, le premier dans son travail, le second dans son rapport, toute l'anatomie pathologique des lésions osseuses, affectant la colonne vertébrale, lésions qui ont pour résultat de produire le spondylisème et le spondylolisthésis.

M. Depaul ne saisit pas bien l'objection que lui fait M. Guérin. M. J. Guérin parle anatomie pathologique, je parle obstétrique, nous ne pourrons jamais nous entendre. Mon rapport tend à montrer la beauté du travail de M. Hergott qui a décrit des causes fort intéressantes de dystocie, ayant pour point de départ une altération de la colonne vertébrale. Il n'y avait pas lieu de traiter la question au point de vue anatomo-pathologique, mais seulement au point de vue pratique.

M. Lefort lit un rapport, au nom d'une commission chargée de rédiger, sur la demande du ministre, une instruction pour une mission scientifique au Japon. Le rapporteur indique dans quel sens doivent être dirigées les recherches des explorateurs qui auront à étudier la Géologie, la Minéralogie, les Volcans, et les eaux minérales du Japon.

M. Larrey demande s'il n'y aurait pas lieu d'appeler l'attention du ministre sur une étude parallèle de la médecine, de l'hygiène et de la thérapeutique japonaises. — L'Académie émettra un vœu dans ce sens.—La séance est levée à 5 heures.

M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de novembre 1876. — Présidence de M. Charcot.

2. Myxome hémorrhagique; par M. Moutard-Martin, interne des hôpitaux.

Blot Eug., 68 ans, journalier, se présente le 27 octobre au matin, à la consultation de la Charité.

M. Gosselin constate qu'il existe une tumeur fluctuante derrière le pilier antérieur gauche du voile du palais qu'elle fait saillir en avant; cette tumeur fait saillie en même temps sur la ligne médiane, et par suite diminue d'une façon très-notable l'isthme du gosier. Il n'existe aucun ganglion et le malade n'a pas de fièvre. Le malade nous dit que la gêne due à la tumeur ne remonte qu'à trois mois: il ne ressentait rien avant cette époque. Sa santé n'est pas altérée. La fluctuation que présente la tumeur engage M. Gosselin à la vider par une incision, de façon à diminuer la gêne éprouvée par le malade. L'incision donne issue à du sang et en même temps le malade crache deux fragments volumineux qui ont l'apparence de caillots gélatineux. Le soir, à 5 heures, le malade avait un peu de difficulté à avaler, et à respirer, mais aucun tirage. Aussi fûmes-nous très-étonnés d'apprendre le lendemain matin qu'il avait été pris d'un étouffement subit vers 8 heures du soir. L'interne de garde avait été appelé, mais le malade était mort avant son arrivée.

A l'ouverture du corps nous avons trouvé un œdème notable de la paroi gauche du pharynx, sans trace de congestion des capillaires de la région. Le repli aryténo-épiglottique de ce côté était légèrement boursouflé. Ces lésions, probablement

beaucoup plus accusées pendant la vie, jointes à l'obstacle apporté à la respiration par la saillie de la tumeur, au niveau de l'isthme du gosier, auront déterminé l'accès auquel le malade a succombé.

Restait à savoir la situation et la nature exacte de la tumeur. Une dissection attentive nous a montré qu'elle était située en dehors de l'amygdale et un peu au-dessous d'elle, accolée à la face profonde du paquet vasculo-nerveux qui contient les carotides et les jugulaires. Elle n'offrait, d'ailleurs, avec ces différents organes que des rapports de voisinage. Facile à énucléer, elle présentait une surface légèrement inégale et bosselée, une consistance molle analogue à celle du lipome, et sa surface externe, lisse, offrait l'apparence d'une coque fibreuse de moyenne épaisseur.

Une coupe, pratiquée au milieu de la tumeur, nous a montré qu'elle était constituée par une série de masses d'apparence colloïde, faciles à isoler de l'enveloppe périphérique. En un point, celui probablement d'où s'étaient détachées les parties rendues par le malade, après l'incision, on voyait un caillot mou, récent, couleur gelée de groseille.

Examen microscopique. Cet examen que j'ai fait avec M. Balzer, nous a fourni les renseignements suivants : Sur des préparations obtenues après durcissement dans la gomme et l'alcool, et colorées par le picro-carminate, on voit de grandes cellules étoilées dont le noyau est fortement coloré par le carmin, tandis que la périphérie est transparante et faiblement colorée. — Ailleurs, on trouve du tissu muqueux en voie de prolifération, on aperçoit des cellules embryonnaires qui forment des îlots assez étendus. Il existe de nombreux espaces entourés de cellules jeunes, rondes ou fusiformes, et remplis de substance muqueuse. En différents points, les cellules sont à moitié détruites, et réduites à l'état de substance muqueuse. Cette particularité se rencontre surtout au niveau des îlots du tissu embryonnaire. Les fibres élastiques se rencontrent dans toutes les parties de la tumeur, tantôt sous forme de faisceaux allongés, tantôt en petits groupes irrégulièrement disposés. En certains points, elles semblent prédominer sur les autres éléments ; çà et là, on trouve des cellules adipeuses, tantôt isolées, tantôt réunies en groupes.

L'enveloppe de la tumeur est formée principalement par des faisceaux de tissu conjonctif serré, au milieu desquels on aperçoit des faisceaux de fibres élastiques formant des couches diversement stratifiées. — Les vaisseaux s'observent surtout à la périphérie de la tumeur ; ils sont presque exclusivement formés par des cellules fusifores ; en différents points, on distingue dans leur paroi des fibres élastiques.

Au milieu de la tumeur, qui est traversée par de larges bandes de tissu conjonctif ramifiées en différentes directions, et supportant de nombreux vaisseaux, on constate la présence d'hémorrhagies qui se sont produites dans les espaces muqueux. Le pigment sanguin persiste en différents endroits.

Remarques. Il s'agit, on le voit, d'une tumeur très-complexe présentant réunies toutes les variétés de myxome que l'on peut rencontrer isolément (myxome fibreux, adipeux, élastique). En outre, cette tumeur était en voie d'accroissement rapide ainsi que le prouve la grande quantité de cellules jeunes accumulées en différents points. Malgré la complication de structure en présence de laquelle nous nous trouvons, l'abondance des hémorrhagies qui occupent le centre de la tumeur me ferait lui donner volontiers le nom de *myxôme hémorrhagique* pour préciser le caractère dominant de ce néoplasme.

Les environs de l'angle de la mâchoire sont assez souvent, d'après M. Virchow (1), le siége de ces productions ; ce seraient assez fréquemment des formes compliquées, notamment avec l'enchondrôme et le chondrôme ostéoïde. La tumeur décrite ci-dessus offre bien une structure compliquée, mais nulle part l'examen microscopique n'a révélé la présence de chondroplastes. — Quant à son point de départ, un examen prolongé ne nous a fourni aucun renseignement particulier, et nous sommes réduit à rappeler avec Virchow que ces productions proviennent le plus souvent « d'endroits où préexistaient d'épaisses couches de graisse ou des masses très-lâches de tissu conjonctif (1). » Ce sont là des conditions qui se trouvent réunies dans la région qu'occupait le néoplasme.

M. Houel. Cette tumeur se rapporte aux tumeurs adénoïdes du voile du palais, bien décrites par M. Nélaton, et tout à fait analogues aux adénoïdes du sein.

3. Cancer mélanique de la conjonctive, opérations; récidives; mélanose généralisée; par M. Bousquet, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Kl. P. 37 ans, gendarme, est évacué de l'hôpital de Bourg, sur le Val-de-Grâce (service de M. le professeur Perrin) le 5 juin 1876. Il porte à la partie interne de l'œil droit une petite tumeur du volume d'un haricot.

Jouissant d'une bonne santé habituelle, cet homme n'a jamais eu que quelques douleurs articulaires après la campagne de 1870. Du côté de sa famille aucun antécédent.

Le 19 décembre 1875, il fut atteint à l'œil droit par une petite branche d'arbre. Sur le moment, la douleur fut très-légère. Quinze jours après environ, Klein s'aperçut de l'existence d'une petite excroissance charnue, qui occupait l'angle interne de l'œil. Cette tumeur était de temps à autre le siége de faibles élancements. Au mois de février la tumeur avait le volume d'un gros pois. Le 8 février le pédicule fut excisé, les douleurs et les élancements disparurent. Pendant l'opération il s'écoula peu de sang. Quatre semaines plus tard, vers le milieu de mars, la tumeur récidivait.

Le 16 juin, elle atteint le volume d'un haricot, les douleurs sont plus vives que la première fois. Implantée largement sur la conjonctive, elle fait proéminer en avant les deux paupières, surtout l'inférieure.

Cette masse morbide est molle, parsemée de points noirâtres analogues à du pigment; si on vient à la toucher avec la pointe d'un stylet, il s'écoule un peu de sang, elle sécrète aussi un peu de pus. Toute la conjonctive est rouge, la cornée saine, la tumeur empiète sur le bord inférieur et interne de cette membrane sans y adhérer.

Acuité visuelle mesurée à 12 pieds.	O.D. = 1/4. O.G. = 1/3.

Le malade souffre peu, et son état général est bon.

La tumeur est enlevée à l'aide de ciseaux et de pinces, la guérison est rapide. Le 23, le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri.

Notons que déjà à ce moment Klein portait dans la région sous-maxillaire du côté de l'œil malade un ganglion du volume d'une amande que M. Perrin ne jugea pas à propos d'enlever.

L'examen histologique de la petite tumeur ne fut pas fait.

Le 14 juillet, au point même d'implantation des anciennes tumeurs, le malade vit paraître un peu de rougeur; le 15, un petit point induré annonçait une récidive certaine.

Entré le 17 à l'hôpital de Belley (Ain), Klein est de nouveau évacué sur le Val-de-Grâce le 7 août.

10 août. — Aspect du malade. L'œil est fermé, les paupières fortement projetées en avant. Si on les entr'ouvre on voit une masse rouge, sur laquelle se détachent finement des houppes vasculaires. A la place de l'ancienne tumeur se voit un point noir de la grosseur d'un pois. L'œil est fortement refoulé en arrière ; ce n'est qu'en écartant les paupières à leur maximum qu'on l'aperçoit entouré d'un kémosis considérable. Le ganglion sous-maxillaire, dont nous avons signalé la légère augmentation de volume lors du départ du malade, est remplacé aujourd'hui par une tumeur du volume du poing, à peine mobile sur les parties profondes ; cette masse s'étend de l'angle de la mâchoire jusque près de la ligne médiane occupant ainsi toute la région sus-hyoïdienne droite et la partie supérieure de la région carotidienne. Elle embrasse la branche droite du maxillaire inférieur dans sa portion horizontale qui y adhère fortement.

Du côté de l'œil, les douleurs ont une intensité assez grande

(1) Pathol. des tumeurs. T. I, p. 418.

(1) Ibid., p. 416.

pour interrompre entièrement le sommeil. L'acuité visuelle à gauche = 1/3.

Du côté droit, il est impossible de la mesurer. Klein prétend que la vision n'a pas sensiblement diminué et de fait, lorsqu'il écarte les paupières avec ses doigts, il distingue assez bien les objets. Cette récidive rapide, l'impossibilité d'explorer la cavité oculaire, partant de connaître les limites du mal, éloignèrent quelque temps M. Chauvel professeur agrégé qui avait alors le service, de toute intervention chirurgicale.

14. *Opération.* Le chirurgien fit le long de la paroi temporale de l'orbite une incision de 0,05 à 0,06 cent. d'étendue prolongeant en dehors l'ouverture palpébrale, puis, par la dissection, il poursuivit le plus loin possible la production morbide.

Autant que possible, on enleva toutes les parties malades. Le globe de l'œil était sain, ainsi que les parois osseuses : pour plus de sécurité M. Chauvel plaça contre la paroi interne un carré de pâte de Canquoin qui fut enlevé dans la soirée.

Pansement : Quelques points de suture en dehors.

Application de compresses fraîches sur l'œil.

15. Gonflement considérable des paupières, un peu de rougeur érysipélateuse. T. M. 37°,2; S. 38°.

17. Etat général assez bon.

28. La plaie conjonctivale commence à se déterger.

28. L'état de l'opéré est excellent; il se lève depuis quatre jours et demande instamment à être débarrassé de sa tumeur sous-maxillaire.

29. *Opération.* — Le malade étant endormi, l'opérateur fait à l'aide du galvano-cautère une incision qui part de la symphyse du menton et arrive jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire. Cette incision comprend uniquement la peau et le peaucier; puis, à l'aide de la spatule et des doigts, le chirurgien commence l'énucléation de la tumeur évitant autant que possible de se servir du bistouri. La dissection en avant et en bas se fait avec facilité et sans perte de sang appréciable : en arrière, elle adhère fortement au maxillaire et aux parties profondes, il faut en plusieurs points la pédiculiser puis tordre et arracher par morceaux. La faciale est ouverte et liée. La masse morbide, enlevée la loge sous-maxillaire est complétement énucléée; au fond de la plaie on voit battre les carotides, et on distingue très-nettement le triangle de l'hypoglosse.

Puis le chirurgien passe au ganglion le plus élevé, celui-ci est en plein au milieu de la parotide, la glande elle-même est malade, et enlevée en partie.

L'opération devenant des plus graves et des plus difficiles dans une région aussi périlleuse, M. Chauvel, après avoir enlevé tous les petits ganglions environnants, s'arrête et pour plus de sécurité applique en ce point une couche de pâte de Canquoin. Les vaisseaux sont liés ou tordus. Le malade se réveille.

Pansement. — Tampons de charpie imbibés d'alcool phéniqué. — Points de suture à l'extrémité supérieure de la plaie.

Immédiatement après l'opération, on constate une légère déviation de la face du côté opposé. Quelques filets du facial ont donc été lésés.

30. Le malade va assez bien. Pas de réaction fébrile.

2 *septembre.* En faisant le pansement, on trouve une assez grande quantité de pus, la fièvre est assez intense, la température oscille entre 39 et 40°.

5. Depuis hier, la température a baissé notablement 37°, 6 et 38°.

7. Le thermomètre accuse une élévation de la température qui atteint 40°. Dans la journée un érysipèle se déclare sur les lèvres de la plaie et envahit la joue pour disparaître le 18.

8 *octobre.* Il se plaint maintenant de douleurs lancinantes dans diverses régions de la poitrine ; on découvre le malade et voici ce que l'on constate : 1° L'articulation sterno-claviculaire droite semble luxée et repoussée en avant par une tumeur qui siége ou dans le médiastin ou dans l'épaisseur du sternum ; 2° Sur la 3e côte droite, près de son articulation chondro-costale, deuxième production morbide du volume d'un œuf de pigeon ; 3° Près des cartilages des fausses côtes gauches, autre petite tumeur. Nous sommes évidemment en présence d'une généralisation totale du carcinome. Ces tumeurs grossissent peu à peu, les forces du malade vont en s'affaiblissant chaque jour et il meurt le 1er novembre dans un état de cachexie considérable.

AUTOPSIE. — La plaie de l'opération est parfaitement cicatrisée. En arrière de l'angle du maxillaire, dans la région carotidienne, se voient deux ganglions qui ont le volume d'une grosse aveline.

Du côté de l'orbite, la tumeur récidive et envahit de nouveau une partie du tissu cellulaire de la loge de Ténon. Les parois orbitaires sont saines en avant. Le globe de l'œil semble sain.

Les foyers dont nous avons signalé l'existence dans la région sternale ont le volume d'un œuf de poule. Les tumeurs proéminent autant en dedans de la cavité pectorale qu'en dehors. Une première masse morbide occupe la première pièce du sternum, les articulations chondro-sternales des 1re et 2e côtes, ainsi que les articulations sterno-claviculaires. Une deuxième tumeur siége sur les 2e et 3e côtes droites près de leurs articulations chondro-costales. Une troisième a envahi l'extrémité inférieure du sternum et les cartilages des 5e et 6e côtes gauches. Les poumons sont entièrement couverts de noyaux dont les plus volumineux ne dépassent pas la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Les ganglions bronchiques sont tous malades et de volume variable.

Péricarde. — Epanchement de sérosité, il s'écoule environ trois cuillerées de liquide. — *Cœur*, sain.

Foie. Sur la face convexe de l'organe, qui a conservé son volume normal, on voit sept à huit noyaux disséminés au centre et surtout sur le bord gauche de l'organe. Le lobe de Spiegel est entièrement envahi par la production. A la coupe, on trouve quelques noyaux disséminés dans la masse du parenchyme : tous présentent un aspect noirâtre absolument semblable à celui des productions mélaniques. L'estomac, les reins, la rate, le pancréas et les ganglions mésentériques sont sains.

Colonne vertébrale. — Les dernières vertèbres cervicales, les trois premières dorsales et les extrémités des premières côtes gauches correspondant à celles-ci sont tuméfiées et se laissent facilement entamer par le couteau. Un noyau cancéreux fait saillie du côté droit, au niveau du disque qui unit les 7e et 8e dorsales.

Crâne. — En enlevant le péricrâne, deux noyaux cancéreux font saillie sur la boîte osseuse. Le premier, le plus volumineux, est situé sur la partie gauche du frontal à 2 centimètres en avant de la suture fronto-pariétale, et près de la ligne médiane. Le second est situé au milieu du pariétal droit. La boîte crânienne se brise avec une facilité remarquable et on voit que le premier noyau a perforé les os, et fait à l'intérieur du crâne une proéminence de 0,02 environ. La dure-mère à ce niveau est déprimée mais saine. En regardant par transparence, on voit dans le diploé plusieurs petits noyaux cancéreux. Le cerveau et la base du crâne sont sains.

L'ablation du cerveau permet de voir que la masse morbide se développe aux dépens du tissu cellulaire de la loge de Ténon, a pénétré dans le crâne par la fente sphénoïdale et détruit la lèvre externe de cette fente.

Quelques cellules renferment du pigment en grande abondance, d'autres sont très-volumineuses et leur contenu est colloïde. Le tissu pulmonaire n'est pas enflammé au voisinage des nodules cancéreux.

Conclusions. — En parcourant les détails de l'autopsie, on a dû être frappé de la prédominance de la production morbide dans le diploé des os. Sur la boîte crânienne, il était facile de suivre pour ainsi dire pas à pas le développement des noyaux cancéreux sur les bords. En effet, dans le diploé, on voyait de petits noyaux noirâtres du volume d'une tête d'épingle, d'autres de plus en plus volumineux disséminés çà et là, amenaient progressivement à celui qui avait perforé les os, et qui, lui aussi, avait débuté par le diploé. Sa forme, sa manière d'être le prouvait assez, il ressemblait à une grosse noisette faisant autant saillie à l'intérieur qu'à l'extérieur du crâne. Sur le sternum même aspect, mais ici, l'os étant plus friable, le développement avait été plus rapide.

Serait-ce par le diploé que la généralisation se serait faite? Nous ne serions pas éloignés de le croire, et la marche de la maladie, ainsi que l'autopsie, semblent confirmer cette manière de voir.

Examen histologique; par M. Laveran, professeur agrégé.

1° *Tumeurs enlevées au mois de septembre.*

Tumeur de la paupière. (Récidive.) Service de M. Chauvel.

Examen histologique. Coupes pratiquées sur la pièce durcie dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool.

La tumeur se compose :

a) D'éléments cellulaires assez régulièrement arrondis présentant 1 à 2 noyaux : ces éléments ont en moyenne une fois et demie à deux fois le volume de leucocytes.

b) D'un stroma fibreux peu abondant; ce stroma est difficile à distinguer sur certains points si bien que la tumeur ressemble à un sarcome encéphaloïde : mais sur d'autres points, en plus grand nombre, l'existence d'un stroma formant des mailles allongées remplies de cellules, ne parait pas douteuse.

Sur certains points, les éléments sont en voie de dégénérescence caséeuse, les cellules sont granuleuses, on ne distingue plus le noyau et les éléments se colorent très-peu par le picrocarminate. Sur quelques points les cellules sont pigmentées. Diagnostic : carcinome encéphaloïde.

Tumeurs du cou. (Envoyées le 29 août.)

Coupes pratiquées sur la plus grosse des tumeurs après durcissement. — On distingue 2 zones bien distinctes :

1° Une partie appartenant à une glande en grappe (parotide, sous-maxillaire?) qui n'est pas envahie par le néoplasme et qui se présente avec des caractères normaux. La glande est séparée de la tumeur proprement dite par une couche assez épaisse de tissu fibreux qui parait être la capsule normale de la glande épaissie. 2° La tumeur proprement dite se compose :

a) D'éléments cellulaires arrondis ou polyédriques assez volumineux (2 à 3 fois le volume de leucocytes en moyenne) possédant 1, 2 ou 3 noyaux et autant de nucléoles. Bon nombre de ces cellules renferment de la matière mélanique, si bien que la tumeur présente en quelques endroits les caractères du cancer mélanique.

b) D'un stroma fibreux très-délicat, à larges mailles remplies d'éléments cellulaires. Sur quelques points, le stroma n'est pas très-net.

Diagnostic. Carcinome encéphaloïde avec tendance à la transformation mélanique.

2° *Pièces recueillies après la mort.*

A. Tumeur du sternum (1). On distingue : 1° Un stroma fibreux peu abondant formant des mailles inégales, en général très-allongées; 2° Des éléments cellulaires arrondis avec un ou deux noyaux, qui remplissent les mailles du stroma. Quelques cellules renferment des granulation pigmentaires.

B. Tumeurs du foie : 1° Stroma très-délicat, difficile à voir sur quelques points, mais très-apparent sur la plupart; — 2° Eléments cellulaires remplissant les mailles du stroma ; bon nombre de cellules sont fortement pigmentées, mélaniques ; 3° Sur les bords de la tumeur cancéreuse, les cellules hépatiques ont subi la dégénérescence graisseuse et le tissu conjonctif est en voie de prolifération. — Rien n'indique que les cellules du foie participent à l'accroissement du cancer; ces cellules paraissent subir, au contraire, une dégénérescence graisseuse qui précède leur disparition complète, à mesure que s'accroissent les tumeurs.

C. Tumeurs du poumon : 1° Stroma peu développé, très-reconnaissable cependant sur la plupart des points ; 2° Eléments cellulaires arrondis remplissant les mailles du stroma.

4. Des monstres du genre janicéps; *rapport sur la candidature de* M. Golay, par M. Raymond, interne des hôpitaux.

Ce genre de monstres, comme on le sait, est caractérisé par la fusion intime de deux fœtus, qui, libres dans leur moitié sous-ombilicale, sont intimement unis au-dessus de l'ombilic commun, et portent une tête unique, (double par sa constitution), complexe, à deux faces directement opposées, l'une antérieure, l'autre postérieure, représentant l'être mythologique connu sous le nom de Janus.

Ce monstre nous a paru intéressant, autant par les questions d'embryogénie qu'il peut soulever ou servir à résoudre plus ou moins complétement, que par le peu d'occasions qu'on a d'observer de tels phénomènes tératologiques.

Les janiceps sont en effet très-rares, puisque d'après Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, il n'y en a que douze exemples connus, soit chez l'homme, soit chez les animaux. Et encore ces douze cas ne sont-ils pas tous des janiceps types, car, sept d'entre eux présentaient des complications graves et diverses, altérant plus ou moins la régularité caractéristique du genre. Dans un cas, la monstruosité était seulement compliquée de l'absence des deux appareils sexuels et du défaut d'anus; dans un autre, d'une exomphale considérable avec absence de sexe et torsion des membres inférieurs; complications au fond peu importantes puisqu'elles ne faisaient que s'ajouter aux caractères de la monstruosité principale sans la modifier. Mais, dans cinq autres cas, les caractères génériques étaient modifiés par la présence d'une monstruosité, tantôt symélique, tantôt anencéphalique, tantôt et le plus souvent rhinocéphalique ou otocéphalique. Les complications de ce genre, n'atteignant ordinairement que l'un des côtés, détruisent nécessairement en partie la symétrie du monstre en rendant ses deux faces inégales.

Le monstre janiceps que M. Golay nous a mis sous les yeux ne présente au contraire aucune des complications que nous venons de signaler. La symétrie, la régularité de ses formes, la conformation de la disposition de ses viscères en font un exemple type et bien rare du genre décrit avec tant de talent par Is. Geoffroy-Saint-Hilaire. On peut s'en assurer en lisant l'observation détaillée de M. Golay que nous ne pouvons que résumer.

Le monstre porte une large tête unique à deux visages complets égaux, l'un antérieur, l'autre postérieur; le tronc unique est pourvu de deux poitrines placées de chaque côté au-dessous des deux faces; à partir de l'ombilic qui est commun, l'abdomen et les membres inférieurs, propres à chaque fœtus, deviennent libres et séparés. Il existe deux colonnes vertébrales opposées l'une à l'autre, deux occiputs normaux et huit membres régulièrement conformés. Telle est, rapidement esquissée, la conformation extérieure du monstre; mais une des parties les plus intéressantes de l'observation de M. Golay, réside dans les détails de l'autopsie qui a été faite avec le plus grand soin.

Nous allons la résumer en quelques lignes. Il existait deux sternums opposés, appartenant chacun pour moitié à chacun des sujets composant et limitant avec la double série de côtes qui venaient s'attacher sur leurs bords, une cage thoracique unique, commune aux deux sujets et comprenant dans son intérieur quatre poumons munis de deux trachées, de deux larynx et de deux os hyoïdes; de telle sorte que chacun des fœtus adhérents, possédait son appareil respiratoire propre. Mais par contre, le pharynx, l'œsophage, l'estomac et la première moitié de l'intestin grêle étaient uniques et communs aux deux fœtus. Ce n'était qu'à partir de la partie moyenne de l'intestin grêle que le tube digestif devenait double, de telle sorte qu'à la suite d'un jejunum encore unique, il existait deux ileums, deux cœcums et deux gros intestins. L'estomac était situé au-dessus d'un pancréas unique et entre deux rates. Enfin, signalons l'existence de deux foies bien séparés, pourvus chacun d'une vésicule biliaire. Il existait aussi quatre reins et quatre testicules.

Entre les quatre poumons, se trouvaient placés deux cœurs normaux, bien séparés et disposés d'une manière symétrique en arrière de chaque sternum. Ils recevaient et donnaient naissance à des vaisseaux normaux, mais dont la distribution par contre était un peu irrégulière. En outre, les deux crosses étaient réunies par une large anastomose, qui rendait les circulations des deux fœtus solidaires l'une de l'autre. Nous croyons que cette anomalie peut facilement s'expliquer, si l'on se rappelle comment se développent les or-

(1) Ces coupes sont faites sur des pièces durcies dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool.

ganes circulatoires chez le fœtus. En effet, il nous paraît assez vraisemblable que ce large vaisseau anastomotique n'était autre chose qu'un arc aortique qui avait persisté et qui s'était soudé à son analogue de l'autre crosse.

Il existait en outre deux encéphales vraisemblablement complets, mais qui ayant été altérés, n'ont malheureusement pas pu être étudiés dans leurs détails par M. Golay.

Tels sont, en résumé, les points les plus saillants de la conformation tant intérieure qu'extérieure de ce monstre janiceps.

Tous les auteurs qui se sont occupés de tératologie, ont cherché à se rendre compte des causes et du mode de formation des monstres doubles et en particulier des janiceps; l'un des groupes tératologiques dont on croyait autrefois l'organisation la plus confuse et la plus complétement inintelligible; l'un de ceux aujourd'hui, dont la conformation éminemment régulière est le plus facile à expliquer dans son mode de production. Toutefois, si nous pouvons nous féliciter de n'en plus être à considérer les monstres comme des êtres prodigieux, remarquables par leur forme bizarre, il existe encore un grand nombre de points sur lesquels la science est bien loin encore d'avoir des connaissances exactes.

Les différentes phases par lesquelles ont successivement passé les opinions qu'on s'est faites sur la formation des monstres doubles, aux différentes époques, sont très-intéressantes à considérer un instant, avant d'arriver à l'examen de l'état actuel de la science sur ce sujet. C'est ce que nous allons faire rapidement.

Les anciens auteurs, imbus des préjugés et des croyances de leur temps, considéraient volontiers les monstres doubles, comme le résultat de rapports impurs, tels que : l'union de l'homme ou de la femme avec un animal, ou encore comme une punition du ciel ou comme l'opération du démon.

Pour Jacobi, qui vivait vers la fin du dix-septième siècle, la monstruosité double était due à ce qu'un œuf s'était trouvé fécondé par plus d'un animalcule spermatique.

Ce fut à peu près à la même époque, que se fit jour une nouvelle doctrine, celle des germes créés primitivement doubles, ou, doctrine des anomalies originelles et préexistant à la fécondation. Suivant cette théorie, qui eut un grand retentissement et beaucoup de défenseurs, l'embryon a en infiniment petit tout ce qu'il aura un jour en grand, avec les mêmes proportions et les mêmes connexions. Ce furent surtout Haller et Winslow, qui défendirent cette doctrine. Mais elle eut aussi, un puissant adversaire en la personne de Lémery, qui, dans de brillantes discussions avec Winslow, soutint que les monstres doubles proviennent de deux germes appartenant à deux vitellus distincts et originairement normaux qui se réunissent dans le cours du développement. Pour ce célèbre physiologiste, la réunion de deux embryons, était principalement l'effet d'une pression qui les appliquait l'un contre l'autre, théorie insoutenable actuellement, des causes fortuites ne pouvant rendre compte de réunions, qui ont toujours lieu sans désordre et se font par des faces similaires et entre des organes analogues.

Vint Valentin. Pour lui, la monstruosité double était l'effet d'une segmentation morbide ou artificielle de l'œuf. Les éléments de l'ovule, doués eux-mêmes d'une existence propre, se développaient isolément par le fait de leur disjonction et donnaient naissance à deux êtres distincts l'un de l'autre.

Ce fut alors que Geoffroy-Saint-Hilaire père, pour expliquer la production et la symétrie des monstres doubles, fit intervenir la tendance que les parties similaires ont à s'unir, ou, comme il l'appelle : l'*affinité de soi pour soi*. Mais quelle est la cause de cette tendance à la symétrie? Cette question restait non résolue.

Ce fut alors que Delpech et Coste émirent dans un mémoire (1832) l'idée ingénieuse que des courants électriques dirigés dans le même sens chez les embryons placés parallèlement et opposés par leurs faces homologues, pouvait peut-être expliquer leur réunion, tandis que des courants dirigés en sens inverse, chez les embryons offrant la disposition contraire, expliqueraient leur isolement.

Ce ne fut qu'en 1849, que Dalton posa en principe, que l'origine des monstres doubles se trouve dans l'existence de deux vésicules germinatives dans un seul vitellus; idée déjà émise peu auparavant par Allen Thomson, comme une possibilité, et que M. Davaine (1) aujourd'hui, d'après ses recherches propres et les travaux de Coste, regarde comme la théorie la plus rationnelle qu'on puisse donner pour expliquer l'origine des monstres doubles, depuis qu'il a été donné à Coste de prouver l'existence possible de deux vésicules germinatives dans un même vitellus. Pour M. Davaine, cette duplicité de la vésicule germinative ne peut dépendre d'une influence extérieure ou d'une cause étrangère à l'ovaire. Il est assez clair, d'après le mode de formation de l'ovule, que la duplicité de la vésicule germinative doit son origine à quelque vice de conformation de la vésicule ovarienne. M. Davaine explique la présence de deux ovules dans un follicule par la fusion de deux follicules en un seul, d'où il résulte la fusion plus ou moins complète de deux vitellus et la présence de deux vésicules dans un seul vitellus. Mais, d'où vient que les monstres doubles sont symétriques et réunis par des parties similaires? M. Davaine l'explique par une orientation virtuelle et primitive du germe. « Si l'axe virtuel du germe, dit-il, possède une direction primordialement déterminée, deux germes distincts, placés sur un même vitellus doivent avoir, l'un et l'autre, une direction semblable; par conséquent, les deux blastodermes qui se développeront, se rencontreront par des parties similaires. Ainsi se produiront des monstres doubles, sensiblement égaux dans leurs deux composants, et symétriques. » Ailleurs il ajoute (2) : « Lorsque la présence de deux vésicules germinatives sur un même vitellus, détermine la formation de deux centres de développement, les deux blastodermes qui se constituent, arrivent plus ou moins rapidement au contact l'un de l'autre, suivant le degré de leur rapprochement, et, comme ils sont composés alors de formations cellulaires de même nature, ils s'unissent sans laisser de traces de leur séparation primitive. Or, dans cette union, chacune des trois lames de l'un des blastodermes, rencontre nécessairement celle qui lui correspond dans l'autre blastoderme, et il n'en peut être autrement. Lors donc que, dans le développement ultérieur, les organes naissent des trois couches superposées, ceux de la vie de relation se rencontrent dans le feuillet superficiel, ceux de la vie organique dans le feuillet profond et les autres dans un feuillet intermédiaire ; ainsi, dans l'intervention de quelque condition nouvelle, le blastoderme double, formé par deux centres distincts, donnera naissance à un embryon double, par une évolution identique avec celle qui donne naissance à un embryon simple. »

Cette théorie donne également la raison du fait que jamais chez les monstres doubles, les membres ne sont exclusivement le siége de l'union, mais que la fusion porte toujours en même temps sur la tête ou sur le tronc, c'est-à-dire sur des parties primitivement contenues dans le plan du blastoderme. Si l'union, chez quelques monstres doubles, porte sur les membres, comme ces parties dans leur développement, procèdent toujours du tronc, la fusion ne peut jamais porter sur l'extrémité de ces membres, sans qu'elle n'atteigne en même temps leur base, c'est-à-dire l'épaule ou le bassin.

Il est dit dans l'observation de M. Golay, que les deux fœtus, constituant par leur réunion le monstre janiceps qui fait le sujet de ce travail, étaient tous deux du sexe masculin. Tout le monde sait que cette identité de sexe, est de règle chez les monstres doubles, et, qu'on ne connaît pas plus chez l'homme que les chez animaux, d'exemple authentique de monstres doubles bisexués.

Est-il possible de donner de ce phénomène bien digne de remarque, une explication suffisante au moyen de l'une ou de l'autre des théories qui ont été émises sur la procréation des sexes ? C'est ce que nous allons voir ; nous croyons qu'il sera suffisant pour cela d'examiner les trois théories principales, autour desquelles se rangent actuellement la plupart des physiologistes.

Une de ces théories, encore admise par quelques auteurs,

(1) Davaine. Anomalies de l'œuf. Mémoires de la Société de Biologie 1860.
(2) Davaine. Dict. encycl. des sciences médicales. Article-monstres

est celle de Millot, qui, à la fin du dernier siècle, a attribué la procréation de tel ou tel sexe à l'influence des ovaires. Suivant cet auteur, l'ovaire droit fournirait des œufs mâles, l'ovaire gauche des œufs femelles. L'identité de sexe des deux fœtus constituant un monstre double, semblerait pouvoir donner de l'appui à cette opinion, puisqu'il est généralement admis actuellement, que les monstres doubles se développent aux dépens de deux vésicules germinatives contenues dans un même vitellus et, par conséquent, dans un même ovaire. Mais cette théorie, quelque séduisante qu'elle soit à ce point de vue, doit tomber devant l'évidence des faits, depuis qu'il est est définitivement acquis à la science, que certaines femmes, accidentellement ou de naissance privées d'un ovaire, ont eu des enfants de l'un et de l'autre sexe.

Une seconde théorie, plus répandue que la précédente, est celle par laquelle quelques auteurs récents, ont cherché à expliquer, la procréation de tel ou tel sexe par la plus ou moins forte proportion de matière qui entre dans la constitution des spermatozoïdes fécondants, par rapport à celle qui entre dans la constitution de l'ovule fécondé. Cette manière de voir ne nous aide pas davantage à expliquer le phénomène de la similitude constante des sexes chez les monstres doubles, car, nous ne saisissons pas pourquoi les deux vésicules germinatives renfermeraient exactement la même proportion de matière, et, pourquoi toutes deux, quelque rapprochées qu'elles puissent être, seraient fécondées par la même proportion de matière spermatique.

Enfin, la troisième théorie que nous désirons examiner, est celle de M. Thury. Pour cet auteur, le sexe dépend du degré de maturité de l'ovule au moment où il est fécondé. L'œuf qui n'a pas atteint un degré donné de maturité, fournit une femelle; quand ce degré de maturité est dépassé, l'œuf fournit un mâle. Cette ingénieuse théorie est basée, du reste, sur des expériences nombreuses, pratiquées sur des sujets de la race bovine et contrôlées par d'autres observateurs. Elles ont consisté, comme on le sait, à faire saillir un certain nombre de vaches au commencement du rut, un certain nombre d'autres à la fin de cette époque ; et, toujours dans le premier cas, M. Thury a obtenu des femelles ; dans le second cas, des mâles. Rien de plus simple, avec cette théorie, que de s'expliquer l'identité constante des sexes chez les deux sujets composant un monstre double, puisque les deux vésicules germinatives contenues dans un même vitellus, sont forcément arrivées au même degré de développement au moment où la fécondation a lieu.

Cette théorie est séduisante, parce qu'elle s'appuie sur des expériences. Cependant, il faut le dire, si la doctrine de M. Thury est vraie pour ce qui concerne la vache, elle n'a pas paru à quelques observateurs pouvoir s'appliquer à l'homme. Suivant eux, on peut citer des exemples de femmes, chez lesquelles le jour de la fécondation et, par conséquent, le degré probable de maturité de l'ovule étant connu, le sexe obtenu n'a pas semblé répondre à la théorie de cet auteur.

Aussi, sommes-nous obligés d'avouer, puisque aucune de ces théories ne donne une explication complètement suffisante de la similitude des sexes chez les monstres doubles, qu'il est préférable d'attendre de nouvelles observations et ne pas vouloir dans l'état actuel de la science, chercher la raison d'un phénomène, qui trouvera vraisemblablement son explication plus tard.

5. Des troubles laryngés et pharyngiens dans l'ataxie locomotrice ; *rapport sur la candidature de* M. Jean, par M. Budin.

Cette observation est remarquable à plus d'un titre. Et d'abord, elle montre les symptômes classiques de l'ataxie locomotrice limités comme cela se rencontre le plus souvent aux membres inférieurs; l'examen, même à l'œil nu, de la moelle a montré que les faisceaux radiculaires postérieurs étaient intéressés seulement à la région dorso-lombaire, tandis qu'à la région cervicale les cordons de Goll seuls étaient envahis par la sclérose, ce qui rentre parfaitement dans les cas observés par MM. Charcot et Pierret.

De plus, cette malade éprouvait une sensation très-pénible de chaleur intérieure, sans que pour cela, il y eût élévation de la température: cette sensation a été mentionnée par M. Charcot dans la paralysie agitante, mais n'a pas encore été indiquée dans l'ataxie locomotrice.

Ce qui fait surtout l'intérêt de cette observation, ce sont les troubles du larynx et du pharynx. Ces symptômes laryngo-pharyngiens sont identiques à ceux que M. le Dr Féréol a décrits à la Société médicale des hôpitaux en 1868. Il a publié cinq observations de malades présentant des accès de toux spasmodique, offrant de grandes ressemblances avec la toux de la coqueluche, dans le cours de l'ataxie locomotrice; mais aucune autopsie ne vient confirmer son opinion. Les mêmes symptômes laryngiens existent chez un malade du service de M. le Dr Oulmont, et dont l'observation nous a été communiquée par M. Michel. C'est un homme de 44 ans, ataxique depuis 1870 ; tous les matins, il est pris de violents accès de toux caractérisée par plusieurs expirations courtes auxquelles succède une inspiration musicale et sifflante. Ces quintes sont au nombre de cinq ou six, pendant lesquelles la face se congestionne et les yeux présentent de l'exophthalmie ; la crise se termine par le rejet de quelques crachats muqueux. Les mêmes troubles laryngiens existent chez une femme de 38 ans, ataxique depuis 4 mois, dans le service de M. le Dr Frémy, à l'Hôtel-Dieu ; cependant la toux aboyante est moins caractérisée que chez le malade précédent.

La seule autopsie d'ataxie laryngée est rapportée dans un mémoire de M. Bourdon, en 1862. Cette observation qui date de 1825, est due à M. Cruveilhier. Nous lui faisons les emprunts suivants : « La conversation fatigue beaucoup la malade ; la parole est promptement entrecoupée, affaiblie, accompagnée de grimaces d'autant plus prononcées que la malade fait plus d'efforts pour maîtriser ses mouvements. Les muscles de la déglutition et de la respiration sont entrepris comme ceux de la face et du larynx ; les mouvements respiratoires sont faibles, saccadés. A l'autopsie, on trouva les cordons médians postérieurs transformés en une bande grise et indurée occupant toute la longueur de la moelle ; supérieusement les cordons transformés s'enfoncent dans l'épaisseur des corps restiformes, se prolongent et cessent au niveau du cervelet.

Dans le cas actuel, nous trouvons également la propagation de la lésion de la moelle à la partie postérieure du bulbe. Les pyramides postérieures sont petites, atrophiées, très-nettement grisâtres ; les corps restiformes sont également indurés. Mais la lésion ne reste pas purement centrale ; l'examen à l'œil nu permet de constater une diminution très-manifeste du volume du pneumo-gastrique et du spinal du côté gauche, qui proviennent des régions bulbaires indurées ; ce fait indique nettement que les noyaux d'origine sont lésés, et que nous avons affaire à des troubles analogues aux phénomènes céphaliques étudiés par M. Pierret, dans le cours de l'ataxie. La lésion centrale, et par suite la lésion du nerf qui en est la conséquence, donneraient naissance à la douleur, à la paralysie et à l'incoordination motrice dans la région innervée par le pneumo-gastrique. Ainsi s'expliqueraient, en partie du moins, ces symptômes laryngés, analogues aux douleurs fulgurantes observées dans les membres.

L'atrophie musculaire deutéropathique n'est pas rare dans le cours de l'ataxie, ainsi qu'il résulte des recherches de M. Charcot. Dans le cas actuel, l'amyotrophie, au lieu d'occuper les muscles des membres, s'est localisée sur le muscle thyro-aryténoïdien, mais c'est toujours en suivant le même processus, et cette atrophie n'est probablement pas étrangère à la production des symptômes laryngés.

Enfin, bien qu'on n'ait pas constaté de lésions des muscles intrinsèques du pharynx, l'altération des filets nerveux du récurrent est suffisante pour rendre compte des mouvements spasmodiques au moment de la déglutition de la salive et des aliments.

6. Des hernies vésicales inguino-scrotales ; *rapport sur la candidature de* M. Marchant, par M. Landouzy.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le mécanisme des hernies de la vessie; nous ne parlons, bien entendu, que de la variété *inguinale* du *cystocèle.* — Les uns admettant une augmentation de volume de la vessie, une paralysie des fibres

musculaires de cet organe, et l'issue possible de sa partie antérieure plus tard suivie de son sommet et de sa face postérieure par l'orifice supérieur du canal inguinal avec lequel elle est venue se mettre en rapport par suite de sa dilatation progressive.

La vessie herniée peut former une tumeur arrondie au niveau de l'orifice inférieur (hernie *directe*) du canal inguinal, ou bien au-devant de l'anneau supérieur, et descendre dans le scrotum. Dans ce dernier cas la paroi postérieure du réservoir vésical s'engage aussi, devient antérieure (par suite de sa réflexion sur l'orifice supérieur du canal inguinal et plus bas sur la branche horizontale du pubis) et celle-ci étant tapissée par le péritoine, il se trouve au-devant de la portion herniée de la vessie, un sac péritonéal prêt à recevoir une anse intestinale ou une portion d'épiploon (Vidal de Cassis).

Boyer (T. des mal. chir. p. 438, T. VI) insiste sur ce fait que la portion herniée de la vessie est toujours située en arrière du canal péritonéal et à sa face interne, mais dans les cas auxquels nous venons de faire allusion la hernie de la vessie est primitive, et l'entérocèle consécutive.

Dans l'observation de M. Marchant, cette étiologie n'est pas admissible; nous trouvons bien le sac herniaire antérieur tel que l'a décrit Boyer, mais ce commémoratif, à savoir que les accidents urinaires ne datent que d'une douzaine d'années, tandis que l'époque d'apparition des hernies remonterait à 40 ans, permet de penser que la hernie intestinale a été ici le phénomène primitif et le déplacement vésical consécutif. — Or deux explications sont possibles: 1° Cette masse intestinale acquérant promptement un volume considérable, le sac herniaire qui est formé aux dépens du péritoine placé derrière l'anneau et se continuant sur le sommet de la vessie, a pu en s'allongeant et se développant entraîner peu à peu le péritoine rétro-vésical, et conséquemment la vessie elle-même.

2° N'est-il pas possible encore que, dans les tentatives de réduction faites à des reprises fréquentes dans une hernie aussi ancienne, le sac n'ait été réduit avec la hernie, que des adhérences se soient produites entre la vessie et le sac irrité, enflammé par ces manœuvres? L'intestin en sortant de nouveau aurait alors entraîné la vessie. Cette hypothèse nous semble peut-être plus acceptable que la première, et trouve un certain degré de créance dans l'existence de ces petits sacs trouvés à l'autopsie, et qui sont le témoignage des réductions fréquentes et de la répétition des déplacements: les adhérences scrotales de la vessie attestent encore un travail inflammatoire. — Quoi qu'il en soit, un fait paraît acquis; c'est que le déplacement vésical a été consécutif, ce qui est possible avec les deux explications.

Mais cette observation indépendamment de son intérêt anatomo-pathologique, offre encore quelques particularités cliniques qui doivent être signalées en raison de leur rareté. Deux conduits adossés sont ici en présence (sac péritonéal, portion de la hernie déplacée) contenus l'un et l'autre dans une troisième poche susceptible d'une distension limitée, le scrotum. La portion inguino-scrotale (de l'intestin hernié était-elle remplie par des gaz et des matières, l'urine ne trouvait qu'un accès difficile dans la partie herniée de la vessie et revêtant la forme d'un bissac. L'intestin, au contraire, était-il revenu sur lui-même, la vessie se laissait facilement distendre par l'urine et celle-ci ne tardait pas à former une poche volumineuse, mate, non plus couverte par l'intestin comme dans le cas précédent.

Ces détails permettent de se rendre compte des phénomènes observés pendant la vie: il existait une sorte de balancement entre la réplétion de la poche naturelle, la vessie et celle du sac herniaire: dans le cas de distension vésicale, il y avait rétention d'urine; l'urine au contraire s'accumulait-elle difficilement dans la vessie, une incontinence d'urine ne tardait pas à s'accuser.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. VERNEUIL dépose sur le bureau la traduction par M. Henri Petit, des *Leçons de clinique chirurgicale*, professées à Londres par sir James Paget. Ce livre est précédé d'une courte introduction de M. Verneuil.

M. DESPRÉS lit le rapport de la commission chargée d'examiner la lettre de M. Péan, provoquée par une communication aggressive de M. Kœberlé, relativement à l'emploi de la forcipressure. Sans vouloir entrer dans le fond du débat, la commission propose de déposer aux archives la lettre de M. Péan. (Le rapport sera imprimé.)

M. LE FORT présente une malade atteinte d'un carcinome du sein droit. Il désire avoir l'avis de ses collègues touchant l'opportunité d'une intervention chirurgicale active, et fait, à ce propos, une communication sur le traitement qu'a subi l'an dernier cette femme entre les mains du comte Charles de Bruc, docteur des Facultés de Paris, Londres, Gênes et Modène, membre de l'Institut médical de Paris, directeur depuis dix ans de la *Gazette médicale des familles*, rédacteur en chef Dr G. Dubourg, journal des malades atteints d'affections rebelles et même qualifiées incurables, inventeur d'un Elixir curatif du cancer, etc., etc... » Effrayé des délabrements considérables que ce traitement avait produits, et mis en garde par l'interminable liste des titres dont ce praticien s'affublait, M. Le Fort fit des recherches qui l'amenèrent à la certitude que M. le comte de Bruc n'avait passé aucun examen à Paris, mais avait été autorisé par Napoléon III à y exercer la médecine! M. Le Fort tient à profiter de cette occasion significative pour s'élever, en montrant tous ses dangers, contre la loi du 19 ventôse an XI qui permet à un ministre de donner de semblables autorisations et d'investir un médecin étranger du droit de vie et de mort sur les malades.

M. DESPRÉS propose un ordre du jour motivé demandant l'abrogation de cette loi. M. Le Fort s'y rallie, on adopte l'ordre du jour suivant de M. Trélat: « La Société, particulièrement intéressée par le travail de M. Le Fort, vote son impression à part et son envoi aux législateurs. »

M. LAILLER présente une malade soumise depuis dix ans à son observation et rapporte en peu de mot son histoire. Cette femme, âgée de 48 ans, est atteinte de lésions ulcéreuses avec induration fibreuse considérable, qui ont siégé successivement ou à la fois à la racine du nez, au front, à l'angle externe de l'œil gauche et à la nuque, se cicatrisant sur plusieurs points pour reparaître en d'autres.

Elles ont offert de grandes difficultés de diagnostic. MM. Féréol et Tillaux crurent tous deux à des tumeurs syphilitiques; M. Bazin, qui partagea d'abord leur opinion, se rattacha plus tard au diagnostic de lésions cancroïdales, qui est celui de M. Lailler, et que l'examen histologique, fait par M. Malassez, est venu confirmer. On aurait affaire ici à une dégénérescence épithéliomateuse des glandes sébacées. La pièce a été montée par M. Baretta.

M. LE DENTU rapporte un cas analogue qu'il a observé chez un jeune homme qui succomba à la suppuration prolongée et à l'hecticité: chez lui, l'affection était aussi localisée dans les glandes cutanées de la face.

M. VERNEUIL, dans le mémoire qu'il fit en 1859 sur les tumeurs des glandes sudoripares, a décrit l'épithélioma sudoripare ou papillome cutané dans lequel l'infiltration épithéliale est très-rare et très-tardive, et qui s'étend difficilement aux tissus voisins.

M. TRÉLAT insiste sur les confusions auxquelles donnent souvent lieu le cancroïde et le lupus. Il croit qu'il s'agit plutôt ici de cette seconde affection, se fondant surtout, pour établir ce diagnostic, sur la longue persistance des lésions et l'absence d'envahissement ganglionnaire. — A 5 heures, sur la demande de quatre membres, la Société forme en comité secret.

Séance du 17 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

Eloge de Giraldès, ancien président de la Société de chirurgie, chirurgien honoraire de l'hôpital des Enfants malades, membre de l'Académie de médecine, de la Société de biologie, de la Société anatomique, officier de la Légion d'honneur, prononcé devant la Société de chirurgie de Paris, le 17 janvier 1877, par M. FÉLIX GUYON, secrétaire général. (*Suite.* — Voir le n° 4).

Les travaux que Giraldès a consacrés à la chirurgie et à la thérapeutique chirurgicale sont tout aussi nombreux que ceux dont nous venons de fournir l'incomplète énumération. Nous ne pourrons tous les citer, mais l'on nous permettra de rappeler les principaux d'entre eux.

Les uns procèdent directement de l'anatomie normale et pathologique, d'autres ont eu pour base l'expérimentation; un plus grand nombre sont purement cliniques; il en est peu de dogmatiques; tous portent la marque de l'esprit chercheur et érudit de leur auteur.

Vous avez publié dans le tome II de vos *Mémoires* un mémoire de Giraldès sur *quelques points de l'anatomie chirurgicale de la région mammaire.* Ce travail fait connaître en particulier le ligament suspenseur de la glande mammaire qui n'avait pas encore été décrit; il montre aussi quelle peut être l'influence de la capsule fibreuse sur la marche des maladies chirurgicales de cette glande. C'est encore dans vos *Mémoires* (t. III) qu'a pris place le beau travail de notre collègue sur les *kystes muqueux du sinus maxillaire.* La connaissance exacte de ces tumeurs est due à Giraldès et devant ses recherches anatomiques et anatomo-pathologiques, s'est complétement évanouie l'histoire des hydropisies du sinus maxillaire, si chère à nos devanciers.

Dès 1851, lors des recherches qu'il faisait pour une thèse de concours sur les maladies du sinus, il avait rencontré sur quelques sujets de nombreux petits kystes miliaires, transparents, faisant saillie dans la cavité maxillaire.

William Adams avait auparavant déposé dans un des musées de Londres quelques exemples de kystes muqueux du sinus, mais il n'avait rien publié sur ce point. Bérard faisant, à la demande de Giraldès, l'examen des sinus maxillaires sur les cadavres qu'il avait entre les mains à l'Ecole pratique, découvrit sur trois sujets différents des kystes muqueux du sinus à divers degrés de développement.

En 1852, reprenant cette question avec les éléments nouveaux qu'il possédait, Giraldès faisait l'histoire complète des kystes muqueux du sinus. Luschka, en 1855, décrit la disposition histologique des glandes de la muqueuse, mais n'ajoute aucun point important à l'étude du chirurgien français.

Enfin, en 1860, Giraldès donne une seconde édition de son mémoire avec quelques développements nouveaux. C'est à cette édition que l'Académie des sciences accorda un prix Monthyon. C'était la troisième fois que les travaux de notre collègue recevaient cette haute sanction de l'illustre Compagnie savante.

Déjà, nous avons rappelé les travaux anatomiques fort originaux de Giraldès sur ce même sinus maxillaire; si nous y ajoutions la description des polypes muqueux de cette cavité et l'exposé des opinions qu'il a défendues devant vous (*Société de chirurgie*, 18 mai 1860, — 24 janvier 1872), sur la pathogénie des exostoses qui s'y développent, nous pourrions conclure, que l'*antre d'Hygmore* avait livré à notre collègue ses plus ténébreux secrets.

A côté de ces travaux procédant si directement de l'anatomie, nous devons citer, comme type de ce travail expérimental, le *Mémoire sur les injections de perchlorure de fer dans les artères.* Ce travail fut fait à Alfort avec la collaboration du professeur Goubaux, et l'on peut dire que c'est aux expériences de ces deux savants, que sont dues les notions précises que la science possède aujourd'hui, sur l'action du perchlorure de fer, sur les artères et sur le sang. Le dosage de la densité du liquide, mal déterminé à l'origine, avait failli compromettre la méthode. L'étude rigoureuse des effets de la solution selon le titre auquel elle est employée, permit de donner droit de domicile dans la thérapeutique à cet agent précieux. Le résumé fort étendu consacré au travail de Giraldès, par l'un de nos plus éminents collègues, dans son beau *Traité des anévrysmes*, permettait à lui seul d'en affirmer la valeur.

L'expérimentation ainsi pratiquée, n'est qu'une des formes de l'enseignement clinique. Après s'être adonné tout entier à l'étude de l'anatomie et des sciences naturelles, Giraldès ne s'était pas livré avec moins de passion à la pratique de la chirurgie. Il ne surgissait pas une question nouvelle, il ne paraissait pas un agent de thérapeutique nouveau digne du titre de médicament, que notre collègue ne s'empressât d'étudier ou d'expérimenter.

En 1857, l'amylène, nouvel agent anesthésique, venait d'être conseillé comme succédané du chloroforme. Giraldès s'empressait d'étudier les propriétés de cette substance, et établissait dans une lecture à l'Académie que l'amylène pur, bouillant, à 29 ou 30° à l'aréomètre de Baumé, est un très-bon anesthésique dans les circonstances où l'on n'a besoin que d'une insensibilité fugace.

Les précieux effets du chloral venaient à peine d'être signalés que déjà Giraldès, après s'en être fait expédier de Berlin, cherchait à démontrer les puissantes propriétés hypnotiques de ce médicament. Les comptes rendus de l'Académie des sciences pour 1863, les actes du congrès médico-chirurgical tenu à Rouen dans la même année, témoignent que le premier en France, Giraldès fit connaître les propriétés thérapeutiques de la Fève de Calabar et la graine de cette légumineuse. Les expériences qu'il a entreprises, confirmaient les résultats de celles de MM. Fraser et Arg. Robertson.

Les résections des grandes articulations ne constituent pas, à proprement parler, un mode thérapeutique nouveau dans la pratique chirurgicale. Mais cette ressource hardie est aujourd'hui revenue à l'ordre du jour de la pratique française. Elle y est revenue comme toutes les questions qu'étudie notre chirurgie, avec le plus brillant ensemble de travaux expérimentaux, de recherches d'érudition et de statistique, d'observations cliniques.

Giraldès a pris activement part à cette partie importante du mouvement chirurgical contemporain. Devant la société de chirurgie, et dans ses leçons cliniques, notre collègue a traité en détail la question des résections du genou et de la hanche, et cherché à bien préciser les avantages que présentent ces opérations, et les résultats que la statistique a permis de formuler.

La résection est encore l'une des ressources que la chirurgie met en œuvre contre la redoutable affection que l'Ecole française a si remarquablement étudié sous le titre de *Périostite phlegmoneuse diffuse.* C'est la résection prématurée des os dénudés par suite de périostite phlegmoneuse diffuse, que Giraldès est venu défendre devant l'Académie de médecine au mois de janvier 1875, après l'avoir préconisée au congrès de Lille l'été précédent. C'est ce même point de thérapeutique chirurgicale, qu'il défendait encore dans cette enceinte, quelques semaines à peine avant sa mort. Giraldès ne faisait dans cette circonstance, qu'affirmer par des exemples cliniques, la conduite chirurgicale conseillée par le professeur Holmes, de l'Hôpital Saint-Georges de Londres. Il continuait, en l'apportant sur ce terrain particulier, l'étude d'une question à laquelle son enseignement hospitalier avait depuis plusieurs années fourni d'importantes contributions.

Les questions nouvelles, ou les questions importées de l'étranger, n'attiraient pas seules l'attention de Giraldès. Sans insister plus longtemps sur ses travaux de détail, il nous suffit pour le montrer, de rappeler un instant à votre attention, les leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants, professées par notre collègue à l'hôpital des Enfants-Malades.....

La carrière hospitalière de Giraldès s'est entièrement partagée, entre l'hôpital des Enfants-Assistés et l'hôpital des Enfants-Malades. C'est dans ce dernier asile, qu'il reprit en l'élargissant, l'enseignement que l'un de nos plus anciens collègues, Paul Guersant, y avait inauguré. Fermement convaincu que la pathologie infantile mérite une étude distincte, et que d'ailleurs en anatomie comme en pathologie tous les degrés de la série naturelle, doivent être étudiés et approfondis avec le même soin, pour constituer à la science les assises sur lesquelles elle s'édifie, le chirurgien de l'hôpital des Enfants, voulut passer en revue dans ses leçons, l'ensemble des affections chirurgicales du jeune âge.

Le livre important qui résume son enseignement, présente un tableau fort instructif. Le lecteur, toujours conduit vers le côté pratique, est cependant tenu par l'auteur au courant du progrès scientifique et des travaux les plus modernes ; il en signale le côté original et nouveau, il recherche surtout leur signification et leur valeur pratique.

La libre allure de l'enseignement clinique, convenait à l'esprit de Giraldès, beaucoup plus disposé à réviser ce qui avait été dit, à le critiquer au besoin, à chercher à introduire dans les questions qu'il abordait de nouveaux aperçus, qu'à traduire sous forme dogmatique un enseignement déjà constitué.

Une courte collaboration au dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, lui a cependant donné l'occasion de montrer par d'importants et très-savants articles, que son esprit et sa vaste érudition savaient au besoin accepter les limites et la régulière ordonnance des articles destinés à l'éducation classique.

Mieux encore que l'hôpital, les sociétés savantes permirent à Giraldès, de complétement affirmer les tendances et la nature de sa personnalité scientifique. Dans ces réunions, où toutes les questions afférentes au but qu'elles poursuivent sont constamment à l'ordre du jour, où l'intérêt des travaux gît à la fois dans leur importance et dans leur imprévu, où il faut connaître de toutes les questions, être prêt aussi bien à donner son avis sur un point de pratique, que sur un fait purement scientifique, où l'érudition peut toujours trouver place, notre collègue vivait dans le milieu le plus approprié.

Aussi, dans toutes les périodes de sa carrière, Giraldès fut-il constamment fidèle aux sociétés savantes auxquelles il appartenait. Les sociétés anatomiques, de biologie, philomatique, l'ont compté au nombre de leurs membres les plus actifs. Devenu membre de l'Académie de médecine, il apporta aux réunions de la célèbre compagnie, l'assiduité dont il avait coutume, et continua à donner les mêmes soins aux réunions où se posent et se discutent chaque jour les questions afférentes à nos études. La Société de chirurgie fut entre toutes l'objet de sa prédilection. Il fut appelé à y siéger dès l'année 1848, par les suffrages unanimes de nos membres fondateurs.

Sa personnalité était déjà affirmée. Son ardeur pour la lutte, son goût de la science exacte, son amour de l'érudition, s'étaient bien des fois réveillés. A cette nature tout en dehors, que nous avons toujours connue ardente, passionnée dans la discussion, la prudence qu'enseigne la vie, apporta peu de modification. Pendant 27 années, il n'a cessé de prendre part aux travaux de la société, sans que jamais un litige qui avait la science pour objet, le laissât indifférent, ou qu'une contradiction le trouvât résigné. C'est bien dans cette enceinte, où il a vécu une si grande part de sa vie chirurgicale, où il a tant de fois exprimé son opinion et ses jugements, qu'il convenait de rendre hommage à sa mémoire.

J'ai eu déjà l'occasion de rappeler les principaux travaux dont il a enrichi nos recueils; les discussions importantes et si nombreuses auxquelles il a pris si activement part, mériteraient d'être rappelées. Je ne puis me laisser entraîner aussi loin, mais je ne saurais passer sous silence les services qu'il nous a si souvent rendus en qualité de rapporteur. C'était toujours pour notre collègue l'occasion de réunir tous les documents relatifs à la question. Sa préoccupation principale était de vous donner le tableau des faits passés inaperçus jusqu'alors, de les grouper autour de ceux qui faisaient l'objet du travail qui avait été soumis à son appréciation. C'est ainsi, qu'il procédait en particulier, lorsqu'il s'agissait d'un point encore peu étudié. C'est, en effet, la recherche bibliographique qui l'attirait le plus vivement. C'est là qu'il a excellé, et c'est à cette tendance qu'il a tout naturellement obéi, lorsqu'il a écrit ou parlé dans cette enceinte.

Toujours tourmenté par le désir d'apprendre, il partageait de plus en plus sa vie entre les bibliothèques et les sociétés savantes. L'âge de la retraite l'avait contraint à quitter le service hospitalier, mais son activité et son zèle scientifiques ne s'étaient pas un instant ralenti. L'érudit prend d'ailleurs place à part, il acquiert une autorité véritable que légitiment les ressources étendues qu'il doit à son persévérant labeur. Il est riche à sa manière et il exerce le prestige de ceux qui possèdent. La situation que lui crée un savoir applicable à toutes les choses relevant de l'objet de ses études, l'impitoyable exactitude de ses renseignements, l'appellent à exercer une sorte de magistrature. Dans la controverse son opinion a presque la valeur d'un arrêt. Il juge en dernier ressort les questions de priorité, qui ne sont après tout que des questions de propriété scientifique. Il est constitué d'office le défenseur de la vérité dans la science.

Au sein d'une société savante, il est l'objet d'un respect et d'une crainte qu'éprouvent quelquefois ceux qui écrivent, mais plus souvent encore ceux que possède l'envie de parler. Il a la bonne fortune de venir en aide aux jeunes talents qui modestement produisent, et n'oseraient, sans son contrôle, rapporter à eux-mêmes, le fruit de leurs méditations et de leurs recherches. Mais plus souvent encore, il est conduit, par la force des choses, à donner aux amours-propres qu'une notion imparfaite de la science écrite égare au delà des limites de leurs propriétés intellectuelles, la réelle et juste mesure de leur avoir scientifique.

Est-ce pour cela qu'il est assez généralement admis, que le caractère d'un érudit laisse parfois à désirer? L'indulgence ne fait pas, dit-on, partie de ses qualités habituelles. Ce n'est pas chez lui qu'il faut chercher cette bienveillance un peu banale, si facilement, si chaudement témoignée à chacun, par ceux dont le succès est bien plutôt le résultat de la connaissance exacte des hommes, que de la connaissance approfondie des livres.

Il y a peut-être une part de vérité dans l'opinion que l'on se fait du caractère de l'érudit. Mais les amis auxquels on peut toujours se confier, sans jamais éprouver dans leur commerce l'apparence même d'un froissement, élèvent et fortifient les belles qualités de l'âme. Et ce même homme qui vit près de ses livres d'affection et apporte à la discussion la même ardeur, la même âpreté, qu'il met au service de la recherche savante, dans ses studieuses poursuites dont l'ardeur ne s'éteint ni le jour ni la nuit; ce même homme, lorsqu'il a quitté son champ de bataille scientifique, devient le plus confiant et le plus abandonné dans ses relations amicales. Il a choisi ses amitiés avec la scrupuleuse attention qu'il met à découvrir un fait ou un texte peu connu. Il ne saurait avoir un instant l'idée d'un retour, et il se donne avec le même abandon à ses amis et à ses livres. Il a en particulier le culte du maître, de celui qui lui a appris les premières choses qu'il a bien sues et lui a fourni le point de départ à l'aide duquel la science a pu lui parler un intelligible langage?

N'est-ce pas ainsi qu'a pensé et vécu notre regretté collègue? N'est-ce pas ainsi qu'il s'est donné tout entier aux de Blainville, aux Boyer, aux Velpeau? n'est-ce pas ainsi qu'il s'identifiait avec son ami et condisciple Gratiollet, quand il venait, devant la Société anatomique, retracer ses luttes et ses souffrances avec une passion si peu contenue, que son éloge ne put prendre place dans les recueils de la jeune et laborieuse compagnie.

Ce ne furent pas seulement les sociétés savantes de Paris qui se partagèrent le temps et les communications scientifiques de Giraldès. Il prenait activement part à ces congrès scientifiques dont l'habitude se fortifie dans notre pays, et qui appellent souvent aussi, dans les grandes villes de l'étranger, les savants de diverses nationalités. Giraldès avait d'ailleurs pour la science étrangère un penchant que l'on a pu trouver trop accusé. L'Angleterre l'attirait surtout. Nous sommes loin du temps où les voyages des savants français en pays étrangers prenaient presque les proportions d'un événement scientifique; nous nous renfermons moins dans nos limites, et nous avons surtout pris l'habitude des excursions journalières dans les littératures voisines.

Dans ses nombreux voyages en Angleterre, Giraldès était reçu avec la plus grande déférence par nos confrères, et c'est avec la plus cordiale libéralité qu'étaient mises à sa disposition les nombreuses et riches collections scientifiques des musées et des bibliothèques, que l'initiative privée a pu si largement et si librement multiplier chez nos voisins.

Ces excursions scientifiques dans nos grandes villes, ces voyages à l'étranger consacrés à l'étude, des réunions intimes, et avant tout la vie de famille dans toute sa plénitude, tels étaient les délassements favoris de notre collègue. Son esprit facile et souvent enjoué abordait les sujets de conversation les plus divers: l'on s'étonnait souvent de lui entendre discuter avec compétence les sujets les plus littéraires et les questions d'art les plus élevées...

Son dévouement aux blessés de 1848 et à ceux, bien plus nombreux encore, de 1870, furent les raisons déterminantes qui lui valurent les nominations de chevalier et d'officier de la Légion d'honneur. La vie modeste était celle qui convenait le mieux à ses goûts studieux, chacun des moments qu'elle laissait à sa libre disposition servit à augmenter sa richesse scientifique. Il jouissait pleinement de l'activité de corps et d'esprit qui le caractérisait, et que lui conservait l'habitude du travail, lorsque commença sa dernière journée. C'était le vendredi 27 novembre 1875.

L'Académie de médecine l'avait écouté avec un vif intérêt le mardi précédent. La discussion sur la myopie lui avait fourni le sujet d'un discours rempli de science et d'esprit. Notre séance du mercredi l'avait trouvé à la place qu'il occupait toujours, et le vendredi ne pouvait s'écouler sans qu'il vînt participer, comme il le faisait fidèlement depuis 1830, aux travaux de la Société anatomique. Il avait pris la parole, et comme toujours avait été écouté par ses jeunes collègues avec la déférence qu'ils aimaient à lui témoigner. Dans la soirée, il s'entretenait gaiement avec les siens, puis il se rendait à la bibliothèque de l'Ecole de médecine, à laquelle il avait coutume de demander les renseignements que ne pouvaient lui fournir ses propres livres.

Il venait de terminer ses recherches, il avait à peine franchi le seuil de la Faculté, lorsqu'un malaise subit l'oblige à demander secours. On s'empresse; on lui vient activement en aide, mais quelques instants après la mort avait fait son œuvre. C'est ainsi, qu'au soir d'une journée bien remplie se termina la laborieuse existence de M. Giraldès.

Messieurs, lorsque nous avons retracé devant vous la vie de nos collègues, nous avons toujours été amené à faire l'éloge du *travail*. Nous l'avons vu plus d'une fois, conduire les nôtres à tous les honneurs de la profession et même à la fortune. Il peut bien plus encore, il suffit à remplir la vie tout entière. Il console de ce qu'il ne fait pas obtenir en élevant l'esprit, en ornant l'intelligence, en donnant le *savoir*. Le savoir qui, en effet, ne tient pas de place, car il grandit sans cesse les facultés intellectuelles et morales de ceux qui consacrent leur vie au travail et ne désespèrent jamais de son bienfaisant pouvoir.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

I. Du drainage de l'œil; par M. de Wecker.

Depuis près d'un an M. de Wecker pratique dans la thérapeutique chirurgicale des maladies des yeux, une opération qui nous paraît répondre à des indications précises de la physiologie : nous voulons parler de l'introduction dans l'œil, entre la rétine décollée et la sclérotique, dans la choroïde, d'une anse métallique qui permet une filtration incessante de la sérosité en excès. La tension intra-oculaire diminue progressivement et avec elle tous les phénomènes d'étranglement disparaissent. Déjà au mois de juin 1876, une élève distinguée (1) de M. de Wecker a publié sur ce sujet une thèse qui établit quelques faits importants consécutifs aux premiers essais, mais nous pensons que tout n'est pas dit encore sur ce sujet que nous nous garderions du reste de vouloir traiter tout au long. Quoi qu'il en soit, cette tentative hardie a démontré : 1° que le fil placé sous la sclérotique était parfaitement toléré, sans symptômes de réaction du côté des parties profondes; 2° que le champ visuel dans plusieurs observations *scrupuleusement enregistrées*, avait regagné en étendue dans des décollements de la rétine après quelques jours de filtration par le séton métallique; ces résultats suffiraient déjà pour établir l'importance de cette méthode de traitement.

Cette opération, avons-nous dit, est physiologique; c'est en effet d'après l'idée que la pupille artificielle était surtout utile par sa cicatrice à exsudation lente, que M. de Wecker a entrepris le drainage. Nos recherches anatomiques sur les décollements de la rétine, et l'action de l'iridectomie, confirment aussi la valeur de ce procédé, et nous semblent même étendre le champ réservé à l'opération. L'anatomie pathologique démontre, en effet, que bien des cas de choroïdite amenant l'énucléation se compliquent d'un décollement rétinien seulement appréciable au microscope (1/10 de mill.), mais qui conduit fatalement à la séparation complète, en champignon, de la membrane nerveuse. Il est donc important de combattre au début cette exsudation rétinienne si fréquente et théoriquement nulle méthode ne paraît plus propre à réaliser ce désidératum que le *drainage*.

Nous pensons aussi que l'iridectomie agit par la filtration à travers la cicatrice, laquelle est souvent compliquée du recoquevillement de la membrane de Descemet; mais, pour nous, le fait essentiel s'est la section d'une large partie de la circonférence du ligament pectiné, et dès lors une vaste communication de l'espace supra-choroïdien avec la chambre antérieure. L'opération de M. de Wecker établit peu à peu cette détente que l'iridectomie réalise par un brusque débridement et quelquefois avec danger, dans les glaucomes hémorrhagiques par exemple.

Sans entrer dans un examen plus approfondi des indications du drainage, nous ferons connaître seulement le mode d'exécution. Voici comment l'auteur lui-même a décrit dans

(1) Mme Ribard, (thèse de Paris, 1876.)

le dernier numéro des Annales d'oculistique les différents temps du manuel opératoire. Pour placer un drain à double-fil d'or dans un cas de décollement de la rétine, M. de Wecker se sert actuellement des instruments suivants :

1° d'une aiguille courbe creuse, longue de trois centimètres (analogue à une canule recourbée d'une seringue de Pravaz) ; — 2° d'un fil d'or vierge replié sur lui-même en anse. Ce fil est introduit du côté replié jusque près de la pointe de l'aiguille creuse, mais sans la dépasser. Les bouts du fil, de longueur égale, qui restent hors de l'aiguille, doivent mesurer aussi environ trois centimètres; — 3° d'un porte-aiguille sous ressort, mais tenant solidement l'aiguille (modèle Wecker). — 4° d'une petite pince à branches entrecroisées (serre-fil); — 5° d'une pince à torsion, à larges branches (modèle particulier à branches transversales).

Voici comment M. de Wecker procède : *Premier temps.* L'écarteur ayant été placé, et l'œil dirigé aussi fortement que possible en haut (car c'est en bas de l'œil qu'on applique généralement le drain), il saisit, près du diamètre diagonal vers la cornée, en bas et en dehors, le tissu conjonctival et sous-conjonctival, à l'aide d'une pince à fixation, afin de forcer encore l'œil à se porter davantage en haut. Il introduit alors l'aiguille entre les muscles droits inférieur et externe, aussi près que possible de l'équateur de l'œil, en prenant sur l'aiguille à peu près un centimètre de sclérotique doublée de la choroïde. Une fois la pointe de l'aiguille ressortie de la conjonctive (qui est parfois soulevée par la pointe, ce qui fait qu'on a quelque peine à la renverser), on dépose la pince à fixation et l'œil se trouve ainsi fixé très-solidement par l'aiguille elle-même.

Sans trop se hâter, on saisit alors la pointe de l'aiguille avec les doigts ou le porte-aiguille, et, en même temps qu'on la retire du globe oculaire, on maintient les extrémités du fil d'or près de l'œil. De cette façon, en tirant davantage sur l'aiguille creuse pour en dégager l'anse du double fil, on laisse celui-ci en place, faisant une égale saillie à partir des points de ponction et de contre-ponction.

Deuxième temps. Evitant autant que possible toute traction malencontreuse sur les fils, on les saisit avec les doigts et on les entrecroise de manière que les double-fils forment au-devant du point scléroticai qu'ils ont traversé, une anse laissant une distance de 1 à 2 millimètres jusqu'à la surface du globe de l'œil. Cet entrecroisement opéré, l'aide place latéralement (1) sur le point où les fils doubles se croisent, la petite pince à ressort qui est alors abandonnée à elle-même.

Troisième temps. Il ne reste plus, pour terminer l'opération qu'à saisir les quatre extrémités des fils, bien réunies les unes à côté des autres, dans les branches de la pince à torsion, et à les entortiller soigneusement, de façon qu'elles forment un cordon unique et très-serré. Cela fait, on retire la pince à torsion et on coupe le cordon à 6 ou 8 millimètres du point d'entrecroisement des fils. On enlève aussi la petite pince à ressort, après avoir replié avec soin le bout entortillé en cordon sur lui-même, pour former un crochet fermé qu'on adapte à un côté de l'anse. C'est alors seulement qu'avec précaution on retire l'écarteur et qu'on s'assure que le crochet s'applique bien au globe de l'œil, sans léser pendant les mouvements des paupières la conjonctive palpébrale.

Lorsqu'il s'agit d'introduire un drain près du bord cornéen, M. de Wecker se sert d'une aiguille creuse droite, plus courte, plus fine et renfermant un double-fil plus fin et moins long. L'introduction du double-fil se fait absolument comme nous l'avons décrit plus haut, mais en ne comprenant pas plus d'un demi-centimètre de cornée. Le double-fil placé, il recourbe l'extrémité constituée par l'anse, pour former un crochet d'un demi-centimètre qu'il attire jusqu'au point de contre-ponction en l'adaptant bien à la surface de l'œil, et, après les avoir bien appliqués, on les coupe à une longueur correspondant à la contre-ponction. On forme ainsi des deux fils un anneau non fermé. On peut engager les extrémités coupées et blessantes sous la partie du double-fil qui forme anse mousse, et dont le crochet a pu être de prime abord solidement replié et régulièrement coapté au globe de l'œil. Une application bien exacte en ce point, où les paupières sont juxtaposées au globe oculaire, ne s'obtient, il faut l'avouer, qu'avec quelque difficulté. Dans tous les cas où l'on pourra remplacer ce drain par un double-fil introduit dans la sclérotique, où il est supporté sans la moindre gêne, il faudra s'empresser de le faire.

(1) M. de Wecker recommande que l'aide ne place pas la petite pince de façon que les branches s'appliquent d'avant en arrière, mais bien de côté, c'est-à-dire de manière que l'une des branches soit en haut et l'autre en bas sur le point d'entrecroisement des doubles fils. *Loc. cit.*, 2° semestre, T. 76.

2. Congrès médical international de Philadelphie

(Section d'ophthalmologie). (4, 5, 6, 7, 8 septembre 1876.)

Le congrès comprenait 9 sections : 1° Médecine, 2° Biologie, 3° Chirurgie, 4° Dermatologie et syphilis. 5° Obstétrique. 6° Ophthalmologie. 7° Otologie, 8° Hygiène. 9° Maladies mentales. Le *Progrès médical* a donné à la fin de 1876 une analyse des travaux de ces sections, sauf en ce qui concerne la section d'ophthalmologie.

La section d'ophthalmologie avait ainsi constitué son bureau. Président : Brudnell Carter (de Londres); vice-présidents Wm. Thomson (de Philadelphie) et H. W. Williams (de Boston.) Secrétaire : John Green (de Saint-Louis).

La session fut inaugurée le 4 septembre par un travail de H. Williams : « Sur la valeur comparative des caustiques et des astringents dans le traitement des maladies de la conjonctive ; de l'emploi de ces médicaments. » L'auteur pense que dans toutes les maladies de la conjonctive, les traitements peu énergiques sont suffisants, et que dans le cas d'origine traumatique, les émollients mêmes suffisent. Dans la conjonctivite phlycténulaire, il donne la préférence au collyre de borax (50 centig. sur 30 gr. d'eau), tout en touchant légèrement la superficie de la paupière supérieure avec un crayon de sulfate de cuivre quand il y a tendance à la forme chronique. Dans la première période de la conjonctivite catarrhale, il commence par faire usage des bains froids locaux et il emploie en même temps les collyres au borax et à l'alun ou le sulfate de cuivre, réservant le nitrate d'argent pour la forme chronique. Pour les tracomes, tout en reconnaissant la nécessité de s'en rapporter aux indications momentanées, il préfère le sulfate de cuivre à la pierre mitigée. Dans la conjonctivite purulente, et principalement blennorrhagique, il conseille les compresses d'eau glacée, en permanence, et revient souvent au collyre de borax et de sulfate de zinc dès que la période chronique paraît devoir s'établir. Dans la conjonctivite des nouveau-nés, les collyres doux employés avec constance lui ont toujours donné les meilleurs résultats.

M. Williams pense que dans la majorité des affections de la conjonctive, dans le ptérygion, et les excroissances, il n'est pas nécessaire de recourir au traitement par les astringents et les caustiques. Quand l'affection est localisée dans une portion de la conjonctive, comme dans la forme phlycténulaire, les stimulants les plus légers sont nécessaires.

Une discussion assez vive s'est engagée sur la nécessité d'un traitement énergique pour la conjonctivite purulente des nouveau-nés par le nitrate d'argent.

Le cinq septembre, le directeur des *Archives of ophthalmology and otology*, Hermann Knapp (de New-York), a donné lecture d'un mémoire sur les *tumeurs du nerf optique.* L'auteur a rapporté trois cas de sa pratique décrits déjà dans les Archives. Il établit que la nature de ces produits anormaux peut varier, mais qu'en somme les résultats de l'opération sont avantageux car si les malades restent aveugles, il est possible cependant de conserver à l'organe sa forme esthétique, et d'éviter l'énucléation. Les observations de Knapp sont dignes du plus grand intérêt et ont été fort écoutées par le Congrès.

M. Agnew (de New-York) a présenté ensuite un mémoire sur « l'hygiène oculaire des écoles avec des statistiques et des observations fournies par Williams (de Cincinnati), Cheatham (de New-York), Dres.-Prout et Matnewson (de Brooklyn). »

Ces documents statistiques avaient été présentés par le Dr Webster à la réunion de l'Association américaine des sciences en 1875. Une discussion assez longue a établi que les causes de la myopie et de son développement étaient en relation avec la fonction accommodative.

Le 6, le Dr Williams (de Cincinnati) a donné lecture d'un mémoire (sur les anévrysmes orbitaires, avec pulsations ophthalmiques, diagnose et traitement. » L'auteur a rapporté plusieurs cas intéressants de sa pratique et en particulier un cas d'exophthalmie traumatique.

Le Dr G. C. Harlan, de Philadelphie, a présenté deux cas analogues dont un fut guéri par la compression soutenue de la carotide. Un troisième se termina par l'inflammation de la tumeur et la formation d'un moignon.

Le 7, la séance fut beaucoup plus animée, grâce à un remarquable travail du Dr Loring, de New-York, sur la question suivante: « La myopie progressive et l'ectasie (staphylome) postérieure, dans les cas de prédisposition héréditaire, avec anomalie de la réfraction, sont-elles déterminées par l'action du muscle ciliaire? » Les opinions de Loring sur l'influence héréditaire de la myopie ne reposaient pas sur une base solide. En comparant les statistiques publiées par Esisman en Russie, Mac Conrad en Allemagne, Desby à New-York, il paraît incontestable que plusieurs cas d'hypermétropie passent à l'état d'émétropie pour finir par la myopie. Cela accepté, il faut reconnaître que parmi les différentes causes de la myopie il en existe une qui occasionnerait aussi l'hypermétropie et que les causes déterminantes de la myopie parviennent à détruire la prédisposition héréditaire de cette même myopie. Le staphyome postérieur s'explique par l'influence héréditaire, mais quant aux causes qui font développer la myopie, elles ne peuvent se déterminer dans l'état actuel de nos connaissances.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

La pratique enseigne que la majorité des enfants myopes ne sont pas nés de pères myopes eux-mêmes; que la myopie se développe en raison directe de la tension de l'œil, qui peut amener un changement dans la réfraction de l'œil sans prédisposition héréditaire. L'hérédité n'est donc dans la myopie ni une cause latente, ni une cause prédisposante.

Green et Thomson intervenant dans la discussion, ont fait remarquer le rôle important qu'il faut accorder à l'astigmatisme dans le cours de la myopie.

Quant au muscle ciliaire, si, joint à un défaut de réfraction, il peut produire la myopie et le staphylome, le professeur Loring pense que son action isolée est à peu près sans influence.

Thomson, Risley et Chakespeare pensent que le staphylome est le résultat de l'action des fibres du muscle ciliaire sur la choroïde : pour eux, il ne faut pas ajouter une grande importance à l'hypérémie qui, produisant une hypersécrétion, finirait par distendre le globe oculaire.

Le docteur Stevens d'Albany a donné lecture d'un intéressant mémoire « sur les relations qui existent entre les affections de la cornée et les défauts de la réfraction. » L'auteur a rapporté deux cas intéressants où les lésions de la réfraction avaient produit une maladie de la fibreuse transparente. Le docteur Strawbridg a présenté un cas de kyste de l'iris.

Le 8, le docteur Risley, de Philadelphie, et S. Chakespeare, ont montré des ophthalmoscopes ophthalmomètres dont les figures ont déjà été publiées l'année dernière dans « *American journal of the medical sciences.* »

Nous donnerons dans un prochain numéro l'analyse du Congrès de New-York, section d'ophthalmologie, les 12, 13, 14 septembre (1).

PONCET (de Cluny).

VARIA

Association des médecins du département de la Seine.

L'assemblée générale annuelle de l'association a eu lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. BARTH, président, le dimanche 28 janvier, à 2 heures très-précises. Cette assemblée avait pour objet : 1° La lecture du compte rendu de l'année 1876 par le secrétaire général ; — 2° Ratification des décisions adoptées par la Commission générale dans sa séance du 5 mai 1876 : *a.* Désormais, en exécution de l'article 6 des Statuts, les noms des membres sortants de la Commission générale ne seront plus placés dans l'urne lors du tirage au sort des membres appelés à les remplacer. — *b.* Tout membre nouvellement admis sera convoqué, pendant l'année courante, aux séances de la Commission générale, et y assistera avec voix consultative.

3° L'élection : D'un président ; De deux vice-présidents ; D'un trésorier. Ont été nommés : *Président* : M. Barth ; — *Vice-présidents* : MM. Béclard et Noël Gueneau de Mussy ; — *Trésorier* : M. Genouville.

(1) Extrait du *Medical Record* de New-York, et de la *Cronica oftalmologica* de Cadix.

Le personnel de la Bibliothèque de l'Ecole de Médecine

Par arrêté de M. le Ministre de l'Instruction publique la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris vient d'être organisée : bibliothécaire, M. Achille Chereau; bibliothécaires adjoints, MM. Hahn et Corlieu ; sous-bibliothécaires, MM. Petit et Thomas.

Nous regrettons vivement que ces nominations se fassent toujours en cachette. Pourquoi ne pas annoncer soit la création de nouvelles places, soit la vacance des places et pourquoi ne pas indiquer un délai pour que tous les candidats puissent faire valoir leurs titres? Nous ne voulons pas discuter les choix actuels; mais l'un des sus-nommés est l'auteur d'un singulier livre qui a été l'objet de curieuses analyses dans l'ancien *Mouvement* (1869) et dans le *Lyon médical* de la même année.

Enseignement médical libre.

Électrologie médicale. — M. le dr A. Tripier commencera le samedi 10 février, à une heure au dispensaire de la rue Christine, n° 3, son cours d'électrologie médicale. Les leçons auront lieu les samedis suivants, à la même heure. Il sera, dans ce semestre, traité de l'électro-physiologie et des procédés d'électrisation. Consultations gratuites et conférences cliniques sur la pathologie nerveuse et la gynécologie les mardis, jeudis et samedis à midi.

11. Liniment camphré composé.

Camphre	23	grammes.
Essence de lavande	1	—
Ammoniaque liquide D. 0,90	43	—
Alcool à 85°	118	—

M. — Stimulant, antirhumatismal ; rubéfiant.

12. Liniment ammoniacal camphré.

Ammoniaque liquide D. 0,90	5	grammes.
Alcool camphré	2	—
Alcoolat de romarin	10	—

M. — Rubéfiant.

13. Essence de Ward. — Liniment ammoniacal de Hawkins.

Alcoolat de lavande	100	grammes.
Ammoniaque liquide D. 0,92	37	—
Camphre	12	—

Mêlez l'alcoolat avec l'ammoniaque liquide ; distillez au bain-marie pour recueillir 187 environ d'alcoolat ammoniacal, ajoutez le camphre. — Stimulant, rubéfiant, antispasmodique ; remède empirique contre la migraine ; en frictions sur le front. — (*Jeannel. Formulaire magistral*).

MORTALITÉ A PARIS. — 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 1er février 1877 on a constaté 1,059 décès, soit 297 décès par mille habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 37 ; — rougeole, 16 ; — scarlatine, 2; — variole, 8; — croup, 37; — angine couenneuse, 26; — bronchite aiguë, 52; — pneumonie, 80; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, »; — *choléra nostras*, »; — dysenterie, 1; — affections puerpérales, 11; — érysipèle, 6; — autres affections aiguës, 285; — affections chroniques, 437, dont 177 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 41; — causes accidentelles, 20.

EPIZOOTIE. Des nouvelles du Caire du 10 de ce mois, parvenues à la *Gazette d'Augsbourg*, annoncent que l'épizootie, qui avait frappé la race chevaline en Egypte, peut être considérée maintenant comme terminée. (*Journal officiel.*)

NÉCROLOGIE. — M. le Dr LELUT, membre de l'Institut, ancien médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, ancien député à la Constituante et à la Législative, vient de mourir à Gy (Haute-Saône), à l'âge de soixante-treize ans. — (*Les Droits de l'Homme*).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÉGE. — CONCOURS. — La Société médico-chirurgicale de Liége accordera un prix de cinq cents francs et le titre de membre correspondant à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet librement choisi de la médecine, de la chirurgie, des accouchements, de la pharmacie, ou de l'art vétérinaire. Le prix peut être divisé. Le mémoire couronné sera publié dans les *Annales* de la Société. Les auteurs ne doivent pas présenter des travaux d'une étendue excédant cinq feuilles d'impression (soit 80 pages format in-8 des *Annales*). Il est interdit aux au-

teurs des mémoires de se faire connaître, soit directement, soit indirectement; le mémoire doit être accompagné d'une devise répétée dans un pli cacheté contenant le nom, les qualités et le domicile de l'auteur. Les travaux devront être remis avant le 1er août 1877 à M. le docteur Davreux, secrétaire général de la Société, rue de la Casquette, 33, à Liége.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Jeannel (Maurice). — Arsenal du Diagnostic médical, mode d'emploi et appréciation des procédés et des instruments d'exploration employés en séméiologie et en thérapeutique, avec ses applications au lit du malade. Paris, 1877, 1 vol. in-8°, XV, 439 pages avec 262 figures. Prix : 7 fr.

Mollière (D.). — Note sur un cas de régénération osseuse. Paris, 1876, in-8°.

Librairie de REINWALD et Cie, 15, rue des Saints-Pères.

Coudereau (C.-A). — Projet d'une fondation municipale pour l'élevage normal de la première enfance. Moyen pratique de prévenir la mortalité excessive des nourrissons. Paris, 1875. In-8° avec planche et devis.

Brébant. — Question des égouts de Reims. Examen impartial du rapport fait à M. Diancourt en 1875 par la commission extra-municipale chargée de l'étude des moyens d'épuration des égouts de Reims. — Impr. de l'*Indépendant Rémois*. Reims, 1876. In-18 de 64 pages.

Chronique des hôpitaux.

Administration de l'assistance publique, a Paris. — *Concours public pour la nomination à trois places de médecins du bureau central*. Ce concours sera ouvert le lundi 26 mars 1877, à 4 h. à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Assistance publique, de midi à 3 heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 22 février 1877, et sera clos définitivement le samedi 10 mars, à 3 heures.

Hôpital des Cliniques. Service de M. Broca (H.) : 7, enchondrome généralisé; 8, épispadias, exotrophie de la vessie; 11, testicule syphilitique; 23, plaie de la jambe (greffe); 25, plaie par arme à feu; 28, testicule tubercu-

leux; 31, phlébartérie du creux poplité. — (F.) : 1, cataracte; 4, fracture de l'humérus (col chirurgical) ; 12, adénie, adénopathie bronchique; 19, mal de Pott, pleurésie, mammite; 20, zona ophthalmique, hystérie; 21, coxalgie hystérique; 22, fistule vésico-vaginale.

Lundi, clinique, opérations. — *Mardi*, consultation, spéculum. — *Jeudi*, consultation. — *Vendredi*, clinique, opérations. — *Samedi*, examen des yeux et des oreilles (opthalmoscopie, otoscopie), consultation.

Hôtel-Dieu. Clinique médicale. Service de M. Germain Sée. *Lundi, mercredi et vendredi*, à 9 h. Visite tous les matins, à 8 h. 1/2. Salle Ste-Anne: 2, angine diphthéritique; 3 *bis*, ulcus simplex; 5, 23, 25, rhumatisme articulaire; 6, rétrécissement mitral; 10, dyspepsie; 11, sclérose en plaques; 17, pleurésie; 21; contractions intermittentes; 24, carcinome gastrique; 26, kyste de l'ovaire; 30, pelvi-péritonite; 31, dothiénentérie; 31 *bis*, lésion bulbaire.

Hopital Saint-Antoine. — M. le d[r] Ball commencera ses conférences cliniques sur *les maladies du système nerveux*, le jeudi 8 février, à dix heures du matin et les continuera les jeudis suivants à la même heure. — Visite des malades à neuf heures du matin, salles Ste-Thérèse et Saint-Louis.

Hôpital Lariboisière. Service de M. Panas. Opérations le samedi; opérations sur les yeux le jeudi; consultations pour les maladies des yeux tous les jours à la salle Helmoltz; consultation chirurgicale le lundi, le mercredi et le vendredi. Salle Saint-Ferdinand (H): 1, hypertrophie de la prostate, rétention d'urine, orchite; 2, nécrose de la partie supérieure du tibia, évidement de l'os; 15, luxation sous-coracoïdienne; 25, fracture du crâne; 32, plaie par instrument tranchant de la région sus-thyroïdienne. — Salle St-Honoré (H.): 1, rhumatisme blennorrhagique; 2, fracture du col du fémur. accidents vésicaux; 5, plaie pénétrante de l'abdomen, péritonite, adhérences persistantes du grand cul-de-sac de l'estomac; 6, rétrécissement de l'urètre; 11, fracture de côtes, pleurésie traumatique: 14, syphilis tertiaire de la voûte palatine, des fosses nasales et des voies lacrymales; 19, épithélioma du rectum; 25, fracture de la rotule; 30, ulcération de la langue; 31, plaie de tête par arme à feu; 33, 34, fracture du col du fémur. — Salle Ste-Marthe (F.): 7, fracture bi-malléolaire; 10, adénite axillaire; 14, pelvi-péritonite; 15, ongle incarné; 17, fistule lacrymale; 23, amputation du gros orteil; 25, ostéo-périostite alvéolo-dentaire; 28, fracture sous-trochantérienne du fémur; 30, fistules à l'anus compliquées; 32, fracture double du poignet; 33, arthrite du genou; 34, coxalgie.

Service de M. Féréol. Consultation le vendredi. Salle St-Vincent (H.):3, rhumatisme articulaire; 4, 11, 29, 30, 34, fièvres typhoïdes; 8, douleurs rhumatoïdes chez un syphilitique; 10, 17, insuffisance mitrale; 12, pneumothorax? 20, hémorrhagie cérébrale, hémiplégie, aphasie passagère; 22, péritonite chronique; 26, cirrhose hépatique. — Salle Ste-Joséphine (F.): 1 *bis*, corps fibreux de l'utérus; 4, érysipèle de la face; 5, rhumatisme chronique; 7, granulie; 14, cirrhose hépatique ? 15 *bis*, coliques hépatiques; 17, cancer du péritoine; 18, syphilis; 19, périmétrite; 29, 30, fièvres typhoïdes, accidents de la convalescence; 34, chorée, hystéro-épilepsie.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

Le Progrès Médical

MALADIES DE LA PEAU

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. LAILLER.**

Des teignes.

Leçons recueillies par LANDOUZY, revues par le professeur (1).

IVe LEÇON. — **Trichophytie du cuir chevelu. — Teigne tondante.**

SOMMAIRE : Forme de trichophytie habituelle et spéciale à l'enfance. — Signes : démangeaisons, plaques de cheveux grisâtres et en broussailles. — Cheveux obèses, cassés courts. — Aspect chagriné des plaques : tonsures. — Fragilité des cheveux malades. — Examen microscopique des cheveux cassés : infiltration de spores de trichophyton. — Durée longue de la tondante. — Guérison sans alopécie. — Diagnostic difficile à la période pityriasique : confusion avec l'eczéma et le pityriasis capitis. — Diagnostic, certain par l'examen microscopique ; aidé, par l'apparition, sur le teigneux ou quelque personne de son entourage, de manifestations trichophytiques. — Traitement : épilation, agents excitants : sel marin, teinture d'iode, croton tiglium.

Messieurs,

La teigne tondante ou tonsurante est la forme la plus commune que revêt la trichophytie, chez l'enfant du moins, car, chez l'adulte on ne l'observe jamais : M. Hardy dit ne l'avoir jamais vue et, pour ma part, je n'ai pas encore observé de sujets de vingt ans porteurs de tondante.

La trichophytie du cuir chevelu est, à Paris surtout, la plus fréquente, la plus rebelle de toutes les teignes ; elle est une véritable calamité pour quelques écoles et certains orphelinats d'où elle est, chaque jour, importée dans les familles.

C'est surtout dans les classes peu aisées de la société où l'hygiène et les soins de propreté sont à peine pratiqués, que se répand la tondante, et, si elle sévit principalemeut dans les villes, cela tient à ce que sa contagion est singulièrement favorisée par les agglomérations que nécessitent l'éducation et l'instruction des enfants. Ce n'est pas à dire que la tondante ne se voie pas dans les campagnes, elle y est moins commune voilà tout et même ce que nous savons de la contagion des affections parasitaires des animaux à l'homme, autorise à penser que la tondante est probablement toute d'importation rurale.

Le premier phénomène par lequel s'annonce la tondante est une démangeaison, c'est là un phénomène subjectif sur lequel insiste avec raison M. Bazin : si, souvent, ce signe passe inaperçu, c'est que les enfants ne se plaignent pas et que l'attention des parents est éveillée alors seulement que se montre sur le cuir chevelu des plaques qui par leur coloration tranchent sur la teinte générale. Le premier phénomène qu'on observe, ce sont des plaques arrondies ou ovales sur lesquelles le cuir chevelu, par le fait d'une production épidermique exagérée, devient pityriasique et prend une apparence crasseuse caractéristique. Dans ces points, les cheveux, à leur émergence même de la peau, sont comme enserrés dans une collerette squameuse ; de plus, les cheveux n'émergent pas du cuir chevelu parallèlement les uns aux autres, ils sont inclinés en tous sens, mêlés et enchevêtrés comme des buissons, ils poussent en broussailles comme vous pouvez le voir très-nettement, surtout en vous servant d'une loupe, chez cette petite fille vierge de tout traitement. Si, Messieurs, vous suiviez, jour par jour, les changements qui vont se faire sur cette plaque aujourd'hui à son début, vous verriez qu'elle s'élèverait un peu au-dessus des parties voisines et que, cependant, ses bords resteraient toujours assez nettement délimités. Bientôt les cheveux clairsemés présenteraient des caractères qu'il faut connaître dans leurs moindres détails, car ces caractères emportent avec eux le diagnostic. En regardant avec un peu d'attention vous verriez, sur la plaque, çà et là des cheveux, courts comme les poils d'une barbe rasée depuis deux ou trois jours, dont la pointe émerge d'un cône formé de squames épidermiques. Ces tronçons de cheveux vous apparaîtraient plus gros que les cheveux sains que vous couperiez au ras du cuir chevelu : cette apparence d'obésité que prend le cheveu malade, il la doit à ce qu'il est farci de spores qui ont dissocié par écartement les fibres qui le constituent. Des préparations microscopiques de cheveux enlevés ce matin même sur l'enfant que vous venez de voir, vous montreront cet état mieux que je ne pourrais vous le décrire et vous prouveront qu'il s'agit là d'une véritable infiltration du cheveu par le trichophyton. Cette infiltration augmentant, le cheveu perd de sa résistance et casse avec une telle facilité que chaque jour les cheveux longs deviennent plus rares, les cheveux courts plus nombreux, si bien, que, à un moment donné, on a sous les yeux une surface arrondie d'une étendue variable ayant l'aspect de la tonsure des ecclésiastiques d'où le nom de teigne tonsurante, expression qui doit être préférée à toute autre, puisqu'elle équivaut presque à une définition. Cette ressemblance qu'offre alors le cuir chevelu avec la tonsure, cet aspect chagriné sont dus, je ne saurais trop vous le répéter, à la saillie des orifices pileux, desquels émergent les cheveux cassés et cela, à une hauteur et en quantité variant avec leur envahissement parasitaire. Ce fait que tous les cheveux d'une plaque ne sont pas atteints en même temps ni avec la même intensité vous expliquent comment une même plaque peut différer d'aspect et présenter des variantes qui rappellent des tonsures ici récentes, là déjà vieilles.

Toutes ces lésions sont bien plus nettes chez les sujets à cheveux noirs que chez les châtains et les blonds, à tel point même que chez ceux-ci une altération des cheveux déjà avancée pourrait échapper à un examen un peu superficiel.

Il arrive parfois, Messieurs, qu'au lieu d'une plaque circonscrite on trouve, au cuir chevelu, une apparence squameuse diffuse, des cheveux un peu ternes, puis, après une recherche longue et attentive, çà et là un cheveu cassé, non encore engainé, ou, quelques cheveux longs mais pliés à angles obtus, ayant perdu leur élasticité et se cassant quand on cherche à les arracher avec la pince. Sous forme soit de vraies tonsures, soit de taches squameuses, l'éruption fait des progrès incessants, les premières plaques grandissent par leur circonférence, il s'en produit de nouvelles et, à la longue, tout le cuir chevelu se trouve envahi par le champignon.

L'aspect si caractéristique des plaques que je viens de vous décrire et que vous avez vu maintes fois sur nos malades, cet aspect est un élément, sinon de certitude, au moins de très-grande probabilité pour le diagnostic d'une tondante. La certitude vous sera donnée, Messieurs, par l'examen des cheveux : ce fait que vous aurez les plus grandes difficultés pour obtenir même un cheveu arraché, ce fait que les cheveux casseront comme du verre entre les mors de la pince, ce fait a, dans l'espèce, une importance capitale car, dans aucune autre teigne, les cheveux ne cassent ainsi. Dans les fragments de cheveux qu'emporte la pince, vous retrouvez l'aspect que je vous décrivais tout à l'heure sur la tonsure, c'est-à-dire que les fragments sont gros, boursouflés et enfarinés, boursouflés par l'infiltration de spores que vous savez, enfarinés par un mélange de spores et de squames épidermiques, conséquence du pityriasis dont je vous ai parlé maintes fois. Je vous engage, Messieurs, à chercher à enlever sur notre petite malade les

(1) Voir les nos 45, 46, 51 et 52, de l'année 1876 et n° 3 : de 1877.

cheveux courts et feutrés qui, sur la région pariétale droite, ont un aspect typique, il faut que vous cherchiez à pratiquer vous-mêmes l'épilation pour avoir la sensation de cassure par saccades, de cassure brusque et facile, de cassure si caractéristique que celle-ci pourrait, à la rigueur, servir à affirmer la tondante. Essayez, Messieurs, dans le cas présent l'épilation et vous vous convaincrez, que, quelque douceur et lenteur que vous mettiez à saisir les petits cheveux vous ne pourrez les entraîner avec leur racine, ou, que si vous y arriviez, vous n'y parviendrez qu'exceptionnellement; pour un cheveu qui viendra entier, dix casseront net dès que votre pince les mordra. Je vous fais passer un de ces cheveux qui a cassé comme du verre. Après imbibition dans l'ammoniaque, il a été placé dans une goutte de glycérine : la préparation des plus nettes peut être considérée comme vous donnant, dans son ensemble et dans ses détails, un type de la tondante.

Rien n'est plus caractéristique d'abord que la cassure en balai que présente ce fragment de cheveu à ses deux extrémités, rien n'est plus net que son infiltration par les spores qui, par places figurent de vrais amas, qui, en d'autres points, s'alignent bout à bout en chapelet. Remarquez que sur cette préparation, pas plus que sur d'autres cheveux que vous pourrez examiner à loisir et qui ont été pris ces jours-ci sur divers malades, vous n'apercevez clairement de tubes de mycélium ; ce fait qui est général, contrairement à l'opinion de M. Mahaux, est très-important car, microscopiquement, il devient un précieux élément de diagnostic pour différencier le favus du trichophyton. Dans l'achorion schœnleinii, vous vous le rappelez, j'ai insisté sur ce point à plusieurs reprises, vous trouverez avec les spores un grand nombre de tubes de mycélium, dans le trichophyton au contraire, abondance de spores, pénurie ou absence de mycélium.

Vous devez, Messieurs, vous familiariser avec ces examens pratiques qui n'offrent aucune difficulté sérieuse et demandent seulement de l'habitude et de la patience. Dans maintes occasions le microscope seul fera cesser l'incertitude de votre diagnostic, dans maintes occasions il vous permettra de remettre en traitement un enfant que l'on croyait guéri ; dans maintes occasions encore il vous permettra de surprendre à ses débuts l'invasion d'une tondante chez un malade que vous traitiez pour un favus ou pour une pelade. C'est de cette façon, il vous en souvient peut-être, que, chez ce comptable de 17 ans, du pavillon Saint-Mathieu, nous avons découvert une tondante commençante à un moment où les signes objectifs et subjectifs étaient trop peu de chose pour mettre à l'abri de l'erreur.

L'extension des plaques de tondante se fait, en général, sans travail inflammatoire, et, s'il survient une éruption secondaire, eczéma, impétigo, ecthyma, c'est presque toujours sous l'influence des grattages ou de l'application de topiques plus ou moins irritants ou encore sous l'influence de l'épilation.

Dans les cas invétérés, presque toujours, du fait même de la marche extensive de la maladie, il se développe des plaques d'érythème ou d'herpès circinés dans les régions voisines, à la face, à la nuque, au cou, quelquefois dans des régions plus éloignées: par exception, ce sont des plaques de la nuque qui paraissent les premières et qui gagnent le cuir chevelu, l'herpès circiné précédant et amenant la tondante.

M. Bazin a observé la trichophytie unguéale qui se caractérise par une disjonction des éléments de l'ongle; c'est une lésion très-rare, bien qu'on puisse trouver sous le bord libre de l'ongle, au milieu des corps étrangers qui s'y insinuent, des spores qui y ont été déposées par le grattage.

Nous avons dit que l'évolution de la tondante était assez rapide : sa durée est considérable et cela, que les malades soient traités ou non.

La durée de la maladie varie suivant une foule de circonstances dont voici les principales: si la tondante est reconnue peu de temps après son début, si une ou deux places bien circonscrites sont atteintes seulement, le traitement commencé de suite avec soin, il y a quelques chances pour que, au bout de deux ou trois mois, la guérison soit obtenue. Mais, si la maladie est ancienne et, par le fait étendue, malgré les soins les mieux dirigés, c'est par six, huit mois et souvent plus qu'il faut compter, surtout chez les enfants des orphelinats souvent entachés de scrofule et dont l'hygiène est fort négligée. S'il s'agit d'un adolescent, de seize à dix-huit ans au moins, on peut espérer que la guérison se fera moins attendre, l'adolescence paraissant, je vous l'ai dit, réfractaire à la trichophytie du cuir chevelu.

Quant à la durée de la tondante abandonnée à elle-même, nul ne la connaît : les auteurs sont muets sur ce sujet qu'il serait pourtant bien intéressant de connaître afin de juger de la valeur comparative des méthodes de traitement: tout ce qu'on peut supposer avec beaucoup de vraisemblance, c'est que, après une durée indéterminée la maladie guérit spontanément et probablement sans entraîner d'alopécie, c'est, du moins, ce que m'a appris une pratique déjà longue. En effet, quand, chez les adultes qui entrent à Saint-Louis pour une affection quelconque, nous trouvons de l'alopécie, toujours, d'après l'apparence de la calvitie et d'après les renseignements fournis par les malades, nous constatons que l'alopécie est la conséquence d'un favus ou d'une pelade, mais, jamais nous ne sommes portés à l'attribuer à une tondante. Cette terminaison par la guérison sans alopécie est une compensation à la tenacité et à la longue durée de la maladie.

Le diagnostic de la tondante, en général, aisé devient très-facile quand la tonsure est produite; il y a cependant des causes d'erreur bien imprévues. A ce propos, je dois vous montrer un malade couché au n° 19 de la salle Saint-Mathieu qui nous en a imposé pendant quelques instants et chez lequel à un examen superficiel on aurait pu très-bien commettre une erreur de diagnostic. Ce garçon portait sur la bosse pariétale gauche, une tonsure de la largeur d'une pièce de cinq francs, tonsure dans laquelle on voyait çà et là des cheveux cassés. A première vue, il y avait là bien des éléments pour diagnostiquer une trichophytie d'autant que cet enfant, d'aspect chétif et scrofuleux, était sale et fort peu soigneux de sa personne. En y regardant de très-près, Messieurs, nous avons pu nous convaincre que, si l'enfant portait une plaque sur laquelle les cheveux étaient rares et cassés, le fond même de la plaque était lisse, uni et n'avait rien de cet aspect chagriné, chair de poule ou pulvérulent qu'on trouve d'ordinaire chez les teigneux ; de plus, les cheveux cassés se laissaient arracher avec la pince et ne présentaient pas, au microscope, trace de parasites. Constatant quelques-uns des caractères d'une tondante manquant de quelques autres, nous hésitions quand nous avons trouvé dans le métier du malade l'explication de cette fausse tondante ou de cette tondante professionnelle. L'enfant, employé chez un raffineur, porte tout le jour, sur l'épaule gauche des pains de sucre, ceux-ci appuient d'une part sur l'épaule, d'autre part sur la partie la plus saillante de la tête, c'est-à-dire sur la bosse pariétale, de là l'usure des cheveux sur la plaque que vous avez tous vue. Cette pathogénie très-vraisemblable a été démontrée vraie par le séjour du malade à l'hôpital pendant lequel les cheveux ont repoussé et la tonsure s'est effacée.

Le diagnostic de la tondante n'est vraiment difficile qu'avant la production de la tonsure; alors la trichophytie doit être distinguée de l'eczéma et du pityriasis. La diffusion de ces deux affections est un signe qui permet le diagnostic *à priori;* ajoutez à cela, que, dans le cas d'eczéma, il y a eu une période de suintement et qu'il n'y a ni cheveux cassés ni cheveux qui cassent.

Quelques cas de psoriasis capitis arrondis et limités pourraient arrêter le diagnostic un instant; témoin le n° 1 de la salle Sainte-Foy, si l'examen des cheveux d'une part, l'examen des coudes et des genoux ne vous permettait de vous tirer assez facilement d'embarras. Le favus est facile à distinguer de la tondante avant tout traitement; en effet, outre l'existence des godets caractéristiques, vous savez

que les cheveux ne cassent pas, que le derme a une rougeur assez intense que vous ne rencontrez pas dans la trichophytie. Mais, le traitement commencé, les cheveux ne vous fourniront plus d'élément de diagnostic; de plus, l'épilation aura, temporairement il est vrai, rougi le derme de vos tonsurants autant que celui de vos faveux. Maintes fois vous avez pu vous convaincre que les difficultés de diagnostic pouvaient être assez grandes pour nous faire hésiter sur celui que nous avions porté nous-même. Disons cependant, qu'avec de l'attention, on arrive toujours à un résultat exact : après l'épilation, le derme du faveux est rouge vernissé, lisse, l'épilation ayant été complète : dans la tondante au contraire l'épilation est incomplète, la plupart des cheveux ayant été cassés et non arrachés; il en résulte une plaque qui se présente avec une teinte gris-bleuâtre, ardoisée d'autant plus nette qu'elle est enfermée dans une zône blanche qui correspond aux parties saines, zône blanche dans laquelle l'intégrité des cheveux a permis leur épilation complète.

Vous ne confondrez pas une plaque de pelade avec une tondante, puisque vous savez la première lisse, unie et luisante comme de l'ivoire.

Je vous rappelle, Messieurs, que l'âge vous sera un bon élément de diagnostic, et que, trouveriez-vous de l'herpès circiné sur un adulte, vous ne devriez pas considérer ses plaques d'alopécie comme causées par la trichophytie du cuir chevelu. Je me suis assez étendu sur cette question pour n'avoir plus à y revenir, toutefois je veux vous dire que mon collègue, M. Vidal a eu l'obligeance de me faire voir un malade adulte atteint d'herpès circiné de la face dont l'affection gagnait le cuir chevelu, mais, sous forme d'herpès avec tendance au sycosis et non sous la forme de teigne tonsurante qu'elle aurait revêtue chez un enfant.

Il semble que le sexe ait une certaine influence sur la fréquence de la tondante : les garçons sont certainement plus souvent atteints que les filles ce que je serais porté à attribuer aux casquettes qui, dans les jeux bruyants des garçons, peuvent beaucoup mieux servir d'agent de contagion que les bonnets de petites filles. (*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. S. DUPLAY.**

Diagnostic d'une tumeur du testicule. — Hématocèle. Sarcome.

Leçon recueillie par E. MAROT, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Vous me verrez tout à l'heure pratiquer la castration sur un malade âgé de 30 ans, couché depuis peu dans nos salles. Cet homme porte une tumeur volumineuse des bourses : le début remonte à deux années. Sans cause connue, le testicule gauche présenta dès cette époque une augmentation graduelle de son volume : c'était bien la glande elle-même, si l'on peut s'en rapporter aux renseignements fournis par le malade, qui grossissait avec rapidité, sans le gêner toutefois autrement que par son poids. En fait, il n'a songé que tout récemment à demander un traitement chirurgical. Nous constatons aujourd'hui la présence d'une tumeur certainement plus volumineuse que les deux poings réunis, qui remplace dans le scrotum le testicule gauche. La forme de cette masse, dont le volume est stationnaire depuis un mois, est allongée verticalement, son extrémité supérieure est plus volumineuse que l'inférieure. Elle est recouverte par les téguments du scrotum qui ont conservé leur intégrité et sont mobiles malgré la distension qu'ils subissent. Tout au plus la circulation veineuse est-elle anormale en certains points de leur épaisseur. Ces téguments glissent sur une tumeur dont la surface est lisse et régulière, la consistance uniformément ferme et élastique : ces caractères généraux contrastent avec deux particularités dont nous aurons à tenir grand compte tout à l'heure; il existe en effet d'une part, en avant et sur un point limité, une portion rénitente où l'on perçoit une apparence de fluctuation, et d'autre part on trouve à la partie postéro-interne quelques inégalités dues à la présence, à la surface de la tumeur, d'une série de petits noyaux irréguliers, très-adhérents à la masse totale, mais d'une consistance différente. Ces noyaux, au nombre de trois, étagés en série longitudinale, ont le volume d'une noisette ; leur consistance est fibro-cartilagineuse.

En outre, la tumeur n'est pas douloureuse, ni spontanément, ni lorsqu'on la comprime ; toutefois en un point limité, à l'extrémité inférieure, la pression développe une légère douleur analogue à celle que produit la compression du testicule resté sain.

Le développement rapide de cette tumeur ne semble pas avoir eu de retentissement sur la santé générale de cet homme qui est encore vigoureux et bien portant; tout au plus a-t-il un peu maigri.

En revanche, l'étude de ses connexions avec les organes de la région devait nous fournir des données importantes. Vous n'ignorez pas, Messieurs, de quelle utilité pour le diagnostic d'une tumeur des bourses, est la notion des rapports qu'elle affecte d'une part avec le cordon testiculaire, de l'autre avec la glande séminale elle-même. Or, cette tumeur est nettement isolée du cordon. Celui-ci est certainement augmenté de volume, mais il ne contient aucun prolongement : la masse se termine brusquement par une surface arrondie à quelque distance de l'anneau inguinal ; les éléments du cordon viennent s'y implanter en quelque sorte perpendiculairement : leur augmentation de volume peut s'expliquer d'ailleurs par le poids de la tumeur et les tiraillements qu'elle leur communique.

Ce premier point établi, nous devions rechercher si le testicule faisait partie de la tumeur, s'il la constituait ou s'il lui était simplement juxtaposé. Vous avez pu vous en convaincre, il est à peu près impossible de déterminer quel point de cette masse régulière et uniforme englobe le testicule : il semble bien à la vérité que, vers la partie inférieure la pression détermine une sensation subjective particulière, mais il n'est permis de rien affirmer à cet égard. Ce ne pourrait être tout au plus qu'une portion de la glande, car il est permis d'affirmer que l'ensemble de la masse est une tumeur testiculaire, ou tout au moins une tumeur en rapport immédiat avec la glande séminale.

Le mode d'évolution, l'indolence persistante, ne permettent pas de penser un seul instant aux différentes affections inflammatoires aiguës ou chroniques du testicule : nous sommes en présence d'une tumeur, dans le sens rigoureux du mot. Cette tumeur est-elle solide ou liquide ?

Les caractères auxquels se reconnaissent la plupart des tumeurs liquides des bourses sont, vous le savez, la rénitence qui exclut plus ou moins la fluctuation, et la transparence ; or, nous ne trouvons ici qu'une élasticité que l'on peut nommer une pseudo-fluctuation, et la transparence fait absolument défaut. Nous ne sommes pas cependant en droit d'éliminer par ce fait seul de la discussion les tumeurs liquides. Vous n'ignorez pas, en effet, Messieurs, que certains hydrocèles à parois épaisses ne fournissent qu'une fluctuation obscure, que d'autres sont opaques en vertu de la coloration de leur liquide. Nous touchons ici au point difficile du diagnostic de certaines tumeurs testiculaires : le défaut de fluctuation et de transparence appartiennent en propre à une de ces tumeurs, constitué cependant par du liquide principalement, je veux parler de l'hématocèle qui succède à la vaginalite chronique par l'intermédiaire d'un traumatisme dans certains cas. L'inflammation chronique de la tunique vaginale, condition première de l'hématocèle, transforme la séreuse en une coque charnue résistante dont l'épaisseur peut atteindre deux centimètres, et dans la composition de laquelle entrent parfois des îlots cartilagineux et même des portions calcifiées : le contenu est un liquide séro-sanguinolent. Vous concevez de reste, Messieurs, que cette tumeur liquide ne présente ni fluctuation ni transparence, et que l'on doive par suite y penser avant d'affirmer

la nature solide d'une production, sur la simple constatation de ces deux caractères négatifs. La ponction exploratrice est alors l'unique ressource.

Dans le cas particulier, je présume qu'il ne s'agit pas d'une hématocèle, en me fondant sur l'absence de douleur qui exclut la vaginalite chronique et sur l'absence du moindre traumatisme, sans lequel on n'observe guère d'hématocèle. — D'ailleurs, la paroi d'une pareille hématocèle serait plus dure et plus résistante que la surface de notre tumeur. En effet, vous vous rappelez que cette tumeur est de consistance élastique, pseudo-fluctuante, charnue en un mot : il semble qu'elle résiste par sa masse, tandis qu'une hématocèle ne résiste que par l'épaisseur de sa coque. Il en résulte à mes yeux ce fait que la pseudo-fluctuation plaide précisément en faveur d'une tumeur solide contre une tumeur à contenu liquide.

La ponction pourrait décider en dernier ressort et il serait téméraire de se prononcer avant d'y avoir eu recours. Or, cette ponction a été faite déjà il y a quinze mois, au dire du malade ; il n'est sorti que quelques gouttes de sang fourni par les vaisseaux traversés. C'était donc une tumeur solide dès le début.

Parmi les tumeurs solides, il en est qui n'atteignent jamais ce volume : le testicule syphilitique en particulier ne saurait nous arrêter un instant. Il en est de même du testicule tuberculeux. En revanche, ce développement rapide et considérable appartient spécialement aux tumeurs malignes du testicule, sarcome et encéphaloïde. Je ne citerai que pour mémoire le squirrhe du testicule, nié par certains auteurs bien qu'il en existe dans la science des exemples irrécusables : mais dans ces cas la tumeur était dure et petite, inégale, de consistance pierreuse.

Ainsi, Messieurs, l'examen se concentre sur la distinction du sarcome et du cancer encéphaloïde. Malheureusement, dans l'état actuel de nos connaissances, on ne dispose d'aucune donnée certaine qui permette cette distinction ; l'histologie est d'ailleurs à cet égard presque aussi dépourvue que la clinique. En effet, les caractères anatomiques attribués spécialement à chacune des deux variétés sont bien peu tranchés : entre la structure du sarcome proprement dit et celle du sarcome encéphaloïde, il y a une foule d'intermédiaires qui semblent autoriser en clinique à ne voir dans le second qu'une variété du premier. Retenez seulement que le mot d'encéphaloïde s'applique à une variété fréquente de sarcome à consistance spéciale.

La consistance de la tumeur que nous avons étudiée sur notre malade, où vous vous rappelez que nous constations une apparence de fluctuation, peut nous porter à admettre cette variété encéphaloïde : mais la même sensation peut être fournie par une autre variété qui est le sarcome *kystique*, sur lequel vous trouverez également les théories histologiques les plus opposées. A l'œil nu, ces tumeurs présentent comme particularités de structure, de nombreuses lacunes kystiques, décrites également dans la composition de certaines tumeurs de l'ovaire. Cette variété a été interprétée en clinique aussi diversement qu'au point de vue histologique : Astley Cooper, en particulier, a eu le tort de la présenter comme bénigne, tandis que l'on sait aujourd'hui qu'elle ne le cède en rien à l'encéphaloïde sous le rapport de la malignité. Cette insuffisance des notions nécessaires à la précision du diagnostic limite de la sorte nos investigations. S'il est permis, comme je le pense, d'affirmer que la tumeur de notre malade est constituée par une dégénérescence maligne du testicule, il est impossible de décider si cette production mérite le nom de sarcome ou celui d'encéphaloïde. Tout au plus peut-on incliner, sans preuve absolue, vers l'idée d'un sarcome kystique en se fondant sur la marche lente de la maladie, sur la forme régulière de la tumeur, sur l'absence de bosselures, sur sa consistance uniforme et sa pseudo-fluctuation, sur l'intégrité absolue des enveloppes du scrotum qui n'offrent aucune adhérence, enfin sur la présence de ces îlots durs, formés par des noyaux cartilagineux que l'on observe plus particulièrement dans les sarcomes kystiques.

L'incertitude, contenue dans ces limites, est d'ailleurs, Messieurs, sans conséquences fâcheuses pour le malade. Le pronostic et par suite les indications du traitement ne seraient nullement modifiés par la notion exacte de la variété de *tumeur maligne solide du testicule*. Cette dénomination me semble propre à vous faire apprécier le degré de gravité de l'affection que nous avons à combattre : elle est comparable à la gravité du cancer de l'œil : comme ce dernier, le cancer du testicule récidive fatalement. Après l'ablation, on ne tarde pas à assister à l'envahissement rapide de la chaîne des ganglions lymphatiques qui s'étendent du pelvis à la partie supérieure du thorax, et la constance de cette terminaison fatale est telle, qu'il est permis de suspecter les rares exemples de guérison que l'on trouve relatés dans les auteurs : l'origine doit en être attribuée, soit à une erreur de diagnostic, soit à l'existence réelle d'une variété spéciale, moins grave, mais absolument indéterminée si toutefois elle existe. Ces faits n'ont pas été rigoureusement mis en regard des cas terminés par la mort, de sorte qu'il n'existe aucune statistique sur laquelle on puisse se fonder pour accepter ou rejeter l'idée de l'intervention. En l'absence de toute contre-indication formelle fournie par des chiffres, je pense que l'excellent état général du malade et l'absence complète d'envahissement ganglionnaire actuel sont encore de nature à légitimer la castration.

Cette opération est pratiquée de suite, par la méthode ordinaire : les vaisseaux du cordon et quelques grosses veines émanées de la tumeur sont fermés par des pinces à pression à mesure qu'ils sont divisés. L'hémorrhagie est insignifiante. La tumeur est un sarcome kystique dont l'examen histologique sera fait par M. Duret.

MALADIES DES YEUX

ÉCOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr **E. LANDOLT**.

Du diagnostic des maladies des yeux.

VIe LEÇON. — **De la Réfraction** (*Suite*) (1).

Leçon recueillie par A. CHARPENTIER.

ACCOMMODATION.

Messieurs,

Comme tout instrument d'optique, l'appareil dioptrique de l'œil ne pourrait fournir d'images nettes que pour des objets situés à une seule et même distance, s'il n'était pas susceptible de modification.

A l'état de repos, chaque œil présente le minimum de force réfringente. (Appelons-le r). Il est par conséquent adapté, comme nous l'avons dit, pour son punctum remotum.

Ainsi, l'œil emmétrope, à l'état de repos, est adapté pour des objets situés à l'infini, et ne peut pas voir nettement des objets rapprochés. Son r est $= o$. L'œil hypermétrope est adapté pour un point situé au-delà de l'infini, c'est-à-dire pour des rayons lumineux convergeant vers son punctum remotum (*négatif*) situé derrière lui, r est négatif (r). L'œil myope, enfin, dont le punctum remotum est situé à une certaine distance en avant de lui est adapté à cette distance. Son r est positif.

La cause pour laquelle l'œil, à l'état de repos, ne voit pas en deçà du punctum remotum est, qu'il a un appareil dioptrique *trop faible* pour réunir sur la rétine les rayons provenant d'un point plus rapproché. Prenons comme exemple un œil emmétrope (*fig. 3*).

Son punctum remotum étant à l'infini, cet œil est adapté aux rayons parallèles. Il ne verra pas plus près, par exemple à la distance du point P. Les rayons venus de P se réuniraient, comme vous voyez, derrière la rétine, en π. Pour les réunir sur la rétine il faut, ou rendre parallèles les rayons venus de P en divergeant, ou bien augmenter la force réfringente de l'œil, de façon qu'il puisse les réunir sur sa rétine en φ'' en non pas en π.

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876 ; nos 1 et 2 de 1877.

Mettons devant l'œil une lentille positive dont le foyer est situé en P, et elle rendra parallèles les rayons venus de P, comme s'ils provenaient de R, c'est-à-dire de l'infinie. L'œil emmétrope verrait donc, à l'aide de cette lentille auxiliaire, aussi bien à la courte distance de P qu'il voit sans lunette à l'infini.

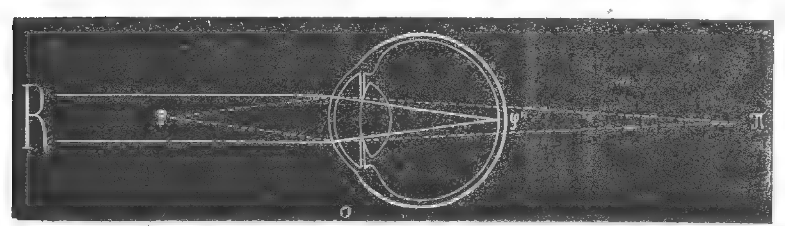


Fig. 3.

Or, sans intermédiaire de lentille convexe, nous voyons de près aussi bien que de loin. Nous remarquons cependant qu'il nous faut un certain espace de temps, court, il est vrai, mais en tout cas appréciable, pour passer de la fixation d'un objet éloigné à celle d'un objet rapproché. Nous sentons même, surtout quand ce changement s'effectue brusquement, que notre œil fait un certain effort.

Or, dans ce minimum de temps, l'effort que nous sentons a ajouté au système dioptrique la convexité nécessaire pour voir de près. L'augmentation de la force réfringente nécessaire pour changer l'adaptation de l'œil de R en P, augmentation qu'avait produite la lentille convexe à l'état de repos, et s'effectue maintenant dans l'œil même. C'est le cristallin qui, vous le savez, subit un changement de forme pour produire l'accommodation de l'œil aux objets rapprochés.

Personne n'ignore, en effet, que l'accommodation est due à une augmentation de convexité du cristallin. Les preuves en sont trop nombreuses et trop connues pour que j'aie besoin de vous les rappeler, et c'est un fait qui n'est plus contestable.

Quant au mode de production de cette augmentation de courbure du cristallin, voici ce que des expériences ont démontré :

L'accommodation s'effectue à l'aide de la contraction du muscle ciliaire. Celui-ci est situé sous et dans le corps ciliaire. Il prend son origine dans le tissu de la choroïde et s'insère au bord du canal de Schlemm (S. *fig. 4*) qui forme le point fixe, quand le muscle se contracte. Par sa contraction, le muscle ciliaire fait avancer le corps ciliaire. La zone de Zinn qui est attachée au corps ciliaire est relâchée, et le cristallin, qui avait été plus ou moins applati par la tension de la zone de Zinn suit son élasticitéet se rapproche davantage de la forme d'une sphère.

Fig. 4. — Les lignes pointillées correspondent à l'état d'accommodation.

C'est surtout la face antérieure du cristallin qui devient plus convexe; la face postérieure, enchâssée dans le corps vitré, conserve presque invariablement sa forme. De cette façon, le cristallin s'ajoute pour ainsi dire un ménisque positif qui a le même effet que la lentille convexe placée devant l'œil, c'est-à-dire d'augmenter la force régente.

S'il existait un muscle qui tendît davantage la zone de Zinn, il aplatirait le cristallin. Dans ce cas, il y aurait diminution de réfraction, ou, en d'autres termes, accommodation pour les objets lointains. Un tel muscle pourrait rendre de très grands services aux myopes, mais malheureusement il n'existe pas, il n'y a pas d'accommodation négative. Quand le cristallin s'aplatit pendant le relâchement de l'accommodation, il ne fait que s'abandonner à l'élasticité de la zone de Zinn. L'action du muscle ciliaire ne pouvant que faire bomber le cristallin, il n'y a accommodation *active* que pour le près.

Le point le plus rapproché pour lequel l'œil puisse s'accommoder s'appelle *punctum proximum.*

La distance entre le punctum remotum et le punctum proximum représente l'*espace de l'accommodation.* C'est l'espace que domine l'œil à l'aide de l'accommodation. La force nécessaire pour changer l'adaptation de l'œil au punctum remotum en adaptation au punctum proximum est l'*amplitude d'accommodation.*

Puisque l'accommodation a le même effet qu'une lentille convexe qui servirait à l'œil dépourvu d'accommodation pour voir à la distance du punctum proximum, on exprime l'accommodation par la lentille qui lui correspond. L'accommodation est donc égale à une lentille convexe qui donnerait aux rayons venant du punctum proximum la même direction que s'ils venaient du punctum remotum. Et quelle sera la force de cette lentille ?

Nous avons dit que pour l'œil emmétrope le foyer de la lentille doit coïncider avec le punctum proximum, puisqu'elle doit rendre parallèles les rayons qui proviennent de ce point. Sa distance focale est donc égale à la distance qui sépare le punctum proximum de l'œil. Soit cette distance 25 cent., la lentille aura une force réfringente de $\frac{100}{25} = 4$ D; l'amplitude d'accommodation a de l'œil sera $= 4$ D.

Toute cette force réfringente sert à adapter l'œil à des points positifs, situés en deçà de l'infini. Nous appelons cette force réfringente positive une fois pour toutes p. Nous pouvons donc mettre pour l'œil emmétrope :

$$a = p \qquad \text{1.)}$$

Pour déterminer l'amplitude d'accommodation d'un œil emmétrope, on n'a donc qu'à chercher la plus petite distance à laquelle il puisse lire des caractères d'imprimerie fins (1). Cette distance est la distance focale correspondant de l'amplitude d'accommodation. Exprimée en centimètres et divisée en 100, elle donne le nombre de dioptries qui, pour l'emmétrope, désigne à la fois l'amplitude d'accommodation a et la force réfringente positive p.

Si vous êtes emmétrope et que vous regardiez au loin à travers un verre concave, vous éprouvez dans votre œil exactement la même fatigue que lorsque vous fixez un objet très-rapproché. En effet, le verre concave fait diverger les rayons parallèles qui semblent alors provenir d'un point très-rapproché, le foyer du verre. Et, pour voir à travers la lentille concave, l'œil doit mettre en jeu la même force accommodative que s'il regardait de près. Son accommodation doit vaincre l'influence de la lentille concave, en augmentant la force réfringente de l'œil précisément de la même quantité que la lentille négative la diminue.

Nous pourrions donc déterminer l'accommodation également à l'aide d'une lentille concave. La plus forte lentille négative à travers laquelle l'œil emmétrope voit encore nettement à l'infini mesure l'amplitude d'accommodation. Un œil emmétrope qui peut vaincre le nº 12 concave, en regardant au loin, a une amplitude d'accommodation de 12 D. et son punctum proximum est situé à $\frac{100}{12} =$ 9 cm, parce que la lentille concave fait diverger les rayons parallèles, de son foyer situé à 9 cm derrière elle.

L'accommodation des hypermétropes. — L'œil hypermétrope représente, à l'état de repos, un déficit de réfraction. Le r qui représente ce déficit est par conséquent négatif. Pour voir à l'infini, pour devenir emmétrope, l'hypermétrope a donc besoin d'une lentille convexe, ou d'un effort d'accommodation, égal à son défaut de réfraction r.

(1) Voir la leçon sur l'acuité visuelle. Optomètre pour déterminer l'acuité visuelle, la réfraction et l'accommodation.

Un hypermétrope qui désire voir à la même distance qu'un emmétrope doit ainsi employer une quantité d'accommodation r de plus que l'emmétrope. Dans l'expression de l'amplitude d'accommodation, la force nécessaire pour adapter l'œil hypermétrope à l'infini vient évidemment s'ajouter à celle qui change l'adaptation à l'infini en adaptation au punctum proximum. Nous écrivons donc pour l'hypermétropie :

$$a = p + r \ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots \quad 2.)$$

Quelle est l'amplitude d'accommodation d'un hypermétrope de 3 D dont le punctum proximum est situé à 20 cm? Il lui a fallu d'abord 3 D $= r$ pour se rendre emmétrope, et de plus l'effort qui adapte l'œil emmétrope à 20 cent. C'est-à-dire $\frac{100}{20} = 5$ D.

L'amplitude d'accommodation est donc :

$$a = 5 + 3 = 8 \text{ D}.$$

Jusqu'à quelle distance pourra lire un hypermétrope de 4 D qui dispose d'un pouvoir accommodateur de 7 D? — De ces 7 D, il lui faut 4 pour voir à l'infini, restent 3 pour voir de près. Son punctum proximum est donc situé à $\frac{100}{3} = 33$ cm.

Notre équation 2 donne en effet $p = a - r$.

Vous voyez, Messieurs, que l'hypermétrope de 4 D quoique disposant de 7 D d'amplitude d'accommodation, ne voit pas plus près qu'un emmétrope qui ne disposerait que de 3. Inversement, si un emmétrope et un hypermétrope voient à la même distance, ce dernier a une amplitude d'accommodation plus grande que le premier. Supposons qu'un hypermétrope de 5 D et un emmétrope aient tous les deux leur punctum proximum à 16 cent. Pour voir à cette distance, l'emmétrope a besoin de $\frac{100}{16} = 6$ D; l'hypermétrope, de $6 + 5 = 11$ D.

L'accommodation des myopes. — Pour voir à la même distance qu'un emmétrope, l'œil myope a besoin de moins d'accommodation, parce que déjà à l'état de repos le myope est adapté à une distance définie pour laquelle l'emmétrope a besoin d'accommodation. Pour trouver l'amplitude d'accommodation du myope, il faut donc soustraire la force réfringente $+ r$ dont celui-ci surpasse l'emmétrope de celle p, qui adapterait l'emmétrope au punctum proximum du myope :

$$a = p - r \ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots \quad 3.)$$

Un myope de 12 D qui voit jusqu'à 6 cm. ($p = \frac{100}{6} = 16$ D) a une amplitude d'accommodation de $16 - 12 = 4$ D; et un myope de 4, 5 D qui dispose de 5,5 D d'amplitude d'accommodation a son punctum proximum à 10 cm., parce que la totalité de sa force réfringente positive se compose non-seulement de son amplitude d'accommodation, mais encore de sa myopie, ce qui donne ensemble $5{,}5 + 4{,}5 = 10$ D, auxquelles correspond une distance focale de 10 cent. ($p = a + r$).

LA CONVERGENCE ET LE STRABISME.

L'accommodation n'est pas le seul facteur qui entre en jeu dans la vision rapprochée, mais il faut encore tenir compte de la *convergence.*

Plus un objet est rapproché, plus l'accommodation et la convergence doivent être fortes pour que la vision nette et binoculaire soit possible. Pour le regard au loin, par contre, les deux efforts musculaires diminuent proportionnellement.

Ces actions simultanées du muscle de l'accommodation et des muscles droits internes, sont devenues si étroitement liées l'une à l'autre, qu'elles ne peuvent presque plus s'effectuer séparément; il est très-difficile de converger sans accommodation et d'accommoder sans convergence. Si l'on pouvait diriger des yeux parallèlement, comme pour voir au loin, et pourtant faire un effort d'accommodation, on réunirait les photographies stéréoscopiques en une seule image à l'œil nu, sans avoir besoin de stéréoscope. Mais cette expérience ne devient possible que par un exercice prolongé, et à un degré donné de convergence correspond ordinairement une quantité proportionelle d'accommodation (1).

C'est pour cela que le punctum proximum pour un seul œil, le *punctum proximum monoculaire* est un peu plus rapproché que le punctum proximum *binoculaire.* Un œil seul arrive à accommoder encore pour ce point rapproché à l'aide d'une convergence exagérée pendant laquelle la ligne visuelle de l'autre œil passe en deçà du point fixé. A cette convergence exagérée correspond une accommodation plus élevée.

C'est grâce à cette relation intime qui relie l'accommodation et la convergence que se produit le plus souvent le *strabisme convergent des hypermétropes* et le *strabisme divergent des myopes.* DONDERS surtout a fait remarquer que la grande majorité des personnes atteintes de strabisme convergent sont hypermétropes, et que pour les degrés élevés d'hypermétropie le strabisme convergent devient presque la règle. DONDERS explique ce fait de la façon suivante : l'hypermétrope a toujours besoin d'accommodation; pour des objets rapprochés, cet effort devient de plus en plus difficile; involontairement, il a alors recours à un excès de convergence parce qu'il parvient ainsi à accommoder pour un point plus rapproché. Mais puisqu'il converge plus que ne le demande l'objet fixé, il ne peut pas le voir des deux yeux à la fois; l'un ou l'autre est dévié en dedans; et voilà le strabisme convergent préparé. Il devient habituel si l'hypermétrope continue à travailler de près sans suppléer à son accommodation par l'emploi des lunettes convexes. Un fait qui parle fortement en faveur de cette explication de l'origine du strabisme convergent, est que l'on arrive à guérir les cas récents par la simple correction de l'hypermétropie.

DONDERS explique d'une façon analogue la tendance au *strabisme divergent* qu'on rencontre chez les *myopes.* L'intérêt du myope exige d'accommoder aussi peu que possible. Or, il arrive plus facilement à relâcher la totalité de son accommodation en évitant autant que possible la convergence. Quand il pousse cette tendance à l'excès, il finit par exclure un œil de la vision, et rend ses lignes visuelles presque parallèles pour regarder de près, divergentes pour voir au loin. Ainsi débute le strabisme divergent qui augmente surtout quand il siége toujours sur le même œil.

Peut-être le strabisme divergent n'est-il autre chose que l'exagération de l'insuffisance des droits internes, dont nous sommes entretenus dans la cinquième conférence, insuffisance qui n'est elle-même que le résultat de la fatigue de ces muscles. *(A suivre.)*

(1) La corrélation entre la convergence et l'accommodation n'est pourtant pas absolue. Les expériences de DONDERS ont prouvé que les deux yeux peuvent voir nettement à la fois un objet à une distance donnée, que l'on se serve ou non de verres légèrement concaves ou convexes. Par conséquent, sans changement de convergence, l'accommodation peut être modifiée. De même, en plaçant un prisme faible devant l'un des yeux, l'angle du prisme étant tourné soit en dedans, soit en dehors, on peut voir binoculairement également bien un objet à la même distance. Ce qui prouve que la convergence peut varier jusqu'à un certain point sans modifier l'accommodation. On appelle cette amplitude de l'accommodation possible pour la même convergence, l'amplitude d'accommodation relative.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de l'envoi de cinquante centimes pour frais de réimpression de bande.*

AVIS A NOS LECTEURS. — *A partir du 1er FÉVRIER 1877 les prix de l'abonnement sont fixés ainsi qu'il suit : pour les NOUVEAUX abonnés : docteurs en médecine,* **vingt francs**; *étudiants en médecine,* **douze francs.** — *Pour l'Union des Postes,* **vingt-et-un francs.** — *Pour les ANCIENS abonnés, les prix d'abonnement ne sont pas changés.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Suppression du Bureau central des hôpitaux.

Nous avons autrefois consacré un article spécial à l'organisation actuelle du Bureau central (25 novembre 1875) et, après un examen attentif des graves inconvénients qu'elle présente, nous avons conclu à sa suppression et indiqué, à notre avis, les mesures qu'il fallait adopter pour remplacer les services qui existent aujourd'hui au Bureau central.

Notre ami, M. P. Dubois, déposa au conseil municipal de Paris (séance du 6 décembre), un projet de vœu demandant également la suppression du bureau (voir le nº 51 du *Progrès médical*, p. 762, 1875). Renvoyé à la commission de l'assistance publique, ce vœu vient d'être l'objet d'un rapport très-intéressant de M. Lafont, rapport qui se terminait par les propositions suivantes :

1° Suppression de l'admission des malades par le bureau central ; — 2° Admission directe des malades dans les hôpitaux ; — 3° Création d'un service de transport pour les malades. Ces conclusions ont été votées après une discussion sur laquelle nous reviendrons prochainement et pour développer une proposition que nous avons faite de la création d'un hôpital ou d'une station maritime pour les phthisiques.

De l'action des métaux sur la sensibilité ou métallo-physiologie.

Dans le compte-rendu des dernières séances de la *Société de biologie*, nous avons résumé les différentes communications faites par M. Charcot, sur les expériences instituées dans son service et sous sa direction, relativement à l'action des métaux sur la sensibilité. Nous reviendrons prochainement, c'est-à-dire dès que les expériences seront complétées, sur cet intéressant sujet. Mais, en attendant, nous appelons l'attention de nos lecteurs sur la communication faite par M. Regnard, dans la séance de samedi de la *Société de Biologie*.

Traitement des abcès par distension de leur cavité avec l'eau phéniquée.

Dans une communication au *Meeting* annuel de la Société médicale de la Grande-Bretagne, le Dr Georges W. Callender, chirurgien de Saint-Bartholomew's Hospital, a fait connaître un nouveau traitement des abcès froids, qui paraît devoir donner d'excellents résultats (1). Il consiste à distendre la cavité purulente par une injection d'eau phéniquée tiède, de manière à en remplir toutes les anfractuosités. S'il n'existe pas de fistule, on fait une incision à la peau, assez grande pour admettre l'extrémité de l'index; après avoir laissé sortir le pus par l'ouverture, on y introduit la canule d'une seringue ordinaire remplie d'eau phéniquée tiède (au $\frac{1}{20}$). Avec les doigts de la main gauche, on maintient les bords de l'ouverture sur le bec de la canule, de manière à empêcher le liquide de s'écouler, et on pousse lentement l'injection. Si une seule seringue n'a pas suffi, il faut obturer l'ouverture avec le doigt; faire remplir la seringue de nouveau et continuer l'injection jusqu'à ce que le sac soit modérément distendu et que l'on soit persuadé que toutes les parties aient été bien baignées par le liquide; on laisse enfin celui-ci s'écouler lentement. On lave ainsi la cavité de l'abcès plusieurs fois : le liquide qui s'en échappe en dernier lieu ne doit plus être souillé de pus. Un tube à drainage, plongé préalablement dans la solution phéniquée, est alors introduit dans la plaie et maintenu par un fil; on fait enfin un pansement phéniqué ordinaire, revêtu d'un tissu imperméable.

Chose remarquable ! Dès le lendemain, il n'est plus sécrété de pus par la cavité de l'abcès ; une faible quantité de liquide séreux suinte seule de ses parois.

Les jours suivants, on ne renouvelle l'injection phéniquée que si l'écoulement est redevenu purulent, ce qui ne survient que lorsqu'il existe une cause d'irritation aiguë, telle qu'une portion d'os nécrosée ou un corps étranger. Les parois de la poche purulente se rétractent assez rapidement : il faut, chaque jour, diminuer la longueur du tube à drainage, afin que, par son extrémité profonde, il n'irrite pas la paroi. Bientôt, il ne reste plus qu'une fistule, qui se tarit à son tour.

Le Dr Callender rapporte trois observations très-remarquables d'abcès traités par ce procédé. Deux abcès lombaires volumineux, d'origine vertébrale, ont été guéris en quelques semaines; même résultat pour un abcès périnéphrétique produit par un calcul du rein. Dans tous ces cas, la suppuration a été très-rapidement suspendue.

On connaît les dangers que font courir aux malades les traitements des abcès froids volumineux, si l'avenir confirmait les espérances du Dr Callender, nous serions en possession d'une méthode de traitement efficace et peu dangereuse. Le savant chirurgien anglais conseille d'employer aussi la distension par les injections phéniquées, après l'opération de l'*empyème*. On préviendrait ainsi le retour de la suppuration dans la plèvre. H. Duret.

(1) In *British Medical Journal*, novembre 1876.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 février 1877. — Présidence de M. Lépine.

M. Regnard a recherché si, comme on le supposait *à priori*, il fallait faire entrer l'influence des courants électriques dans l'explication des phénomènes dits de métallo-thérapie. Le problème qu'il devait résoudre se composait de trois éléments.

1° Existe-t-il des courants et, dans ce cas, quelle est leur intensité? 2° Avec des courants égaux à ceux que produisent les plaques et venant d'une source quelconque, est-il possible de reproduire les effets des plaques métalliques ? 3° A quoi peut tenir l'espèce d'élection qu'ont certains malades pour certains métaux?

La réponse semble avoir été donnée pour les deux premières questions. Et tout d'abord en plaçant une plaque de métal sur la peau et, sur un autre point du corps, une électrode de platine, on voit se développer un courant qui va de l'électroïde en platine à la plaque de métal. L'intensité est en raison de la surface de la plaque, de l'altérabilité du métal et de la distance entre les électrodes.

Dans les conditions, toujours les mêmes, employées dans ses expériences, M. Regnard a vu qu'une pièce d'or monnayé donnait un courant d'environ 2° à 5° d'un galvanomètre à fil fin ayant plusieurs milliers de tours.

Une plaque de cuivre de même dimension donnait un courant de 25 à 40°. Une plaque d'or assez fine ne donnait que 2°. Une plaque recouverte d'or par la galvanoplastie ne donnait lieu à aucune déviation. Elle ne donnait non plus aucun effet phy-

*

siologique. Si la peau est couverte de sueur, les métaux étant attaqués davantage, les courants développés sont plus énergiques.

Au moyen d'une pile très-faible, graduée par un rhéostat et en communication avec le galvanomètre et le malade on a pu reproduire tous les phénomènes que donnaient les plaques en ayant soin de graduer à peu près sur chaque malade le courant de telle sorte qu'il reproduisit à peu près le courant donné par les lames de métal qui avaient auparavant ramené chez elle la sensibilité.

Dans ces conditions, on ramène la sensibilité, la chaleur, l'ouïe, la vision en un quart d'heure environ. En plaçant un des pôles sur le front et l'autre sur le pied du côté anesthésié, on ramène la sensibilité dans le corps entier et cette sensibilité persiste deux ou trois jours. Il y a donc concordance parfaite.

Pour ce qui est de la troisième question, pourquoi tel métal qui développe plus d'électricité que l'or, par exemple, est-il sans action sur une malade chez laquelle l'or ramène la sensibilité? elle ne peut être encore résolue. Pourtant on a vu une malade chez qui un courant de 5° ramenait la sensibilité, tandis qu'un courant de 40° était inactif. L'observation sera poussée plus loin dans ce sens et conduira peut-être à la solution. Ces recherches ont été faites à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot.

M. Cadiat communique à la Société le résultat des recherches qu'il a faites récemment sur le développement de la vésicule allantoïde. — A l'occasion de cette présentation, MM. Bert et M. Duval prennent la parole pour combattre les conclusions du présentateur.

M. Robin a analysé la bile chez les enfants, quelques instants après la mort; il expose rapidement les résultats de ces analyses.

M. Bochefontaine présente à la Société les poumons d'un certain nombre de chiens chez lesquels il avait pratiqué la section intra-crânienne du facial.— La séance s'est terminée par une communication de M. Duret sur laquelle nous reviendrons dans le prochain numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 février 1877. — Présidence de M. Bouley.

M. le président annonce à l'Académie qu'elle vient de perdre deux de ses membres : M. de Kergaradec, membre titulaire, et M. Lélut, membre associé national. — M. Donders, membre correspondant étranger, assiste à la séance.

M. J. Guérin continue la lecture de son mémoire sur les mouvements de la colonne vertébrale. Il étudie aujourd'hui les mouvements de flexion et d'extension, d'inclinaison latérale et de circumduction de la tête. Ce que disent les auteurs modernes sur les mouvements qui se passent dans les articulations vertébro-crâniennes, est exact, si ce n'est pour les mouvements de flexion et d'extension. Ces mouvements ne peuvent se passer dans l'articulation occipito-atloïdienne, parce que les surfaces articulaires ne sont pas situées dans un même plan. Le mouvement d'inclinaison latérale, pour la même raison ne peut pas se faire non plus dans l'articulation occipito-atloïdienne, lorsque la tête est dans la situation normale. Quand la tête est fléchie, au contraire, l'inclinaison latérale peut s'exécuter. Il se passe des mouvements et des phénomènes analogues en trois autres points de la colonne vertébrale, entre la 7e cervicale et la 1re dorsale, entre la 12e dorsale et la 1re lombaire, entre la dernière lombaire et le sacrum. Dans une prochaine séance, M. Guérin traitera de l'intervention des muscles dans les mouvements de la colonne vertébrale.

M. Delthil, de Nogent, lit un mémoire sur l'ulcération diphthéroïde dans la coqueluche. L'ulcération buccale qu'on rencontre dans le cours de la coqueluche est fréquente, elle n'est pas produite par le frottement de la langue sur les dents : 1° parce qu'elle naît avant l'apparition des quintes, et qu'elle disparaît avant la cessation de la toux ; 2° parce qu'on la rencontre chez des enfants dont la première dentition n'est pas effectuée; — elle siége le plus souvent au plancher de la bouche, mais aussi à la lèvre inférieure et au frein; — plus ou moins étendue, plus ou moins profonde, elle a la couleur des plaques diphthéritiques et se termine par une cicatrice rétractile; — elle atteint tous les âges; elle est probablement l'*expression apparente d'une maladie spécifique;* — il faudrait peut-être la rapprocher des fissures que l'on trouve constamment sur la muqueuse de la trachée et des bronches.

Comité secret à 4 heures 1/2.

— A propos de la communication de M. J. Guérin, il s'est élevé entre cet orateur et M. Depaul une discussion des plus pénibles. — Rien n'est plus triste, rien n'est plus déplorable que de semblables scènes dans une enceinte où la science *seule* devrait élever la voix. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 10 novembre 1876. — Présidence de M. Charcot.

7. Atrophie de la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante et du lobule paracentral du côté droit chez un individu amputé du bras gauche depuis cinq ans ; par M. Chuquet, interne des hôpitaux.

Auchine, 30 ans, garçon de place, entré le 4 novembre 1876, service de M. Duguet, hôpital Temporaire, salle Ste-Anne 13, avec tous les signes d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique, y meurt le 6 sans présenter de phénomènes particuliers. Cet homme était cuirassier en 1870 ; il reçut à Reischoffen plusieurs balles dont une lui fracassa le bras gauche et nécessita l'amputation qui fut faite au lieu d'élection, une autre fracture à l'extrémité supérieure de l'humérus droit; le membre ici fut conservé. Quand on apporta le malade à l'hôpital, un peu de pus sortait par un orifice fistuleux situé à la partie externe de l'extrémité supérieure du bras. On nous apprit que, de ce côté, jamais la guérison n'avait été complète ; toutefois il pouvait se servir facilement du membre qui lui restait.

L'Autopsie fut remarquable à plusieurs points de vue ; Hâtons-nous de dire que pour ce qui concernait la fièvre typhoïde, les lésions furent classiques et ne méritent pas d'appeler l'attention. Le bras où fut faite l'amputation présente deux névrômes volumineux. « L'un antérieur est formé par la réunion des nerfs musculo-cutané, médian, brachial cutané, cubital. » L'artère et les veines humérales par leur tunique externe sont accolées à la masse et le tout forme un volume égal à celui d'une petite noix. Un autre névrôme, moins volumineux, est formé par le radial à la partie postérieure.

De l'autre côté, à la partie supérieure de l'humérus existent les traces d'une ancienne fracture du col chirurgical et on voit un canal creusé par la balle présentant un orifice externe, et un orifice interne, l'interne plus évasé (orifice de sortie). Dans la cavité et autour de la fracture, on trouve du tissu lardacé et la fistule conduit à un petit point suppurant. On nous avait dit que la balle n'avait pu être retrouvée. Nous la cherchons longtemps inutilement et nous renoncions à la trouver quand en coupant les lames vertébrales avec le rachitôme, nous divisons un corps dur qui n'était autre que la balle cherchée. Ainsi donc, elle avait traversé l'extrémité supérieure de l'humérus, avait glissé le long de la courbure des côtes et était allée se loger dans la gouttière vertébrale au milieu des muscles spinaux, où elle ne déterminait aucune réaction, aucune sensation douloureuse.

En examinant le cerveau, une chose frappe immédiatement si l'on examine les deux circonvolutions qui forment la scissure de Rolando : c'est une atrophie manifeste de l'une de ces circonvolutions. Elle siége dans le tiers supérieur de la circonvolution pariétale ascendante droite, n'intéressant pas le pli qui unit la circonvolution pariétale ascendante à celle du lobule pariétal supérieur. Voici ce qui caractérise cette atrophie : espace considérable laissé entre la circonvolution qui nous occupe et les voisines, épaisseur moindre de cette circonvolution. Elle n'atteint que le tiers de celle des circonvolutions voisines, de la circonvolution homonyme du côté opposé, ou même de la partie inférieure de la même circonvolution. L'atrophie porte sur une longueur exacte de deux centimètres. Mais voici ce qui rend surtout évidente la diminution de volume de la circonvolution. Si on regarde par la partie

postérieure le cerveau placé à la hauteur de l'œil, on voit que la portion qui nous occupe est pour ainsi dire en sous-sol. Si on place une surface plane sur les deux circonvolutions voisines de celle qui est atrophiée, entre le sommet de celle-ci et la face inférieure de la surface plane, il reste un espace de deux millimètres. De l'autre côté, au contraire, la surface placée au même point de la circonvolution pariétale ascendante oscille d'une façon notable en touchant l'une et l'autre des circonvolutions. Si maintenant avec un compas, nous mesurons la largeur de la circonvolution atrophiée dans son tiers supérieur, nous trouvons 6 millimètres. La largeur est de 9 millimètres dans la partie moyenne. La circonvolution pariétale ascendante droite dans son tiers supérieur est de 9 mm. également. Il y a donc là, sur une étendue de deux centimètres, une atrophie notable tant en hauteur qu'en épaisseur.

Le lobule paracentral droit présente une diminution de volume, mais relativement moins considérable. Pris en masse, il a une longueur inférieure de trois millimètres à celle du lobule paracentral du côté opposé. L'atrophie porte surtout sur la partie de ce lobule correspondant à la circonvolution pariétale.

8. Adhérences et oblitération des trompes. — Hémorrhagie circonscrite dans l'ovaire gauche réduit à une coque fibreuse; par M. Léger, interne des hôpitaux.

Le 24 octobre 1876, entrait dans le service de M. le docteur Bucquoy, à l'hôpital Cochin, une femme âgée de 32 ans, polisseuse en caractères, sous le coup d'une cachexie saturnine très-prononcée. Comme antécédents morbides, elle avait eu l'année précédente, en mai 1875 une affection abdominale dont elle avait été soignée à la Charité. On avait pensé alors à une hématocèle. Depuis, elle avait toujours souffert dans le bas-ventre, et ses règles étaient restées irrégulières et douloureuses. A son entrée à l'hôpital Cochin, elle ne les avait pas eues depuis 2 mois et se croyait enceinte. Mais l'absence de tout signe de grossesse et une perte sanguine de deux jours qui eut lieu dans les premiers temps de son entrée empêchaient de partager cette croyance.

Le toucher vaginal ne faisait percevoir qu'une immobilité assez prononcée de l'utérus. Cette malade succomba aux progrès de sa cachexie et à des symptômes semblant se rattacher à l'urémie.

A l'AUTOPSIE, on n'a trouvé du côté des organes génitaux que des lésions assez anciennes :

L'utérus était un peu reporté en arrière, sa face antérieure sillonnée par quelques traînées celluleuses. Le cul-de-sac antérieur du péritoine était libre de toute adhérence. La face postérieure de l'utérus était fixée vers sa partie supérieure à la face antérieure du rectum par des brides sous lesquelles, après les avoir sectionnées, on retrouvait le cul-de-sac postérieur sain, mais seulement vers la ligne médiane. Sur les côtés de l'utérus partaient, en effet, d'autres cloisons celluleuses verticales formant de chaque côté une loge accessoire, indépendante de la loge médiane rétro-utérine. A droite, on y trouvait l'ovaire, sans aucune autre adhérence qu'à sa partie supérieure, où la trompe vient se perdre en se confondant avec le tissu fibreux organisé qu'on y rencontre.

A gauche, au-dessous de la trompe, après l'avoir dégagée le long de son bord postérieur, on ne trouve plus trace d'ovaire, mais à sa place existe une petite poche à parois minces et fibreuses, remplie par un caillot brun de la grosseur d'une aveline et de consistance mollasse. Un caillot feuilleté, noir, dépendant des parties superficielles du premier, forme à tout l'intérieur de la poche un revêtement d'environ un millimètre d'épaisseur.

Les deux trompes partant des angles latéraux de l'utérus formaient de chaque côté un cordon sinueux fixé à sa partie inférieure, et qui, après s'être recourbé irrégulièrement plusieurs fois sur lui-même, venait se perdre à son extrémité externe dans les adhérences péritonéales masquant à droite l'ovaire et à gauche la poche qui en tenait lieu. Ces adhérences obturaient très-complétement le pavillon des 2 trompes, car une injection d'eau poussée dans l'utérus distendait bien les deux cavités tubaires, mais ne passait aucunement dans le péritoine.

Le caillot, brunâtre, enkysté dans une loge fibreuse tenant place d'ovaire à gauche, venait probablement de l'écoulement sanguin qui accompagne la rupture de chaque vésicule de Graaf, et s'était produit plus abondamment qu'à l'ordinaire. Etait-ce la force avec laquelle le sang s'était échappé qui avait réduit le parenchyme de l'ovaire à cette coque si mince? C'est aussi l'hypothèse la plus plausible. On peut enfin se demander si pareille conséquence eût été observée sans l'oblitération de la trompe.

Si, en effet, le sang qui provient à chaque époque de la rupture de la vésicule reste au niveau même de la déchirure, il s'engagera avec l'ovule dans la trompe appliquée sur l'ovaire, quand sa quantité sera plus considérable que d'habitude. On peut encore remarquer comment le sang s'était enkysté sans rompre l'écorce de l'ovaire, et n'avait pas produit d'hématocèle.

9. Anévrysme de la partie inférieure de l'aorte thoracique; par M. Morisset, interne des hôpitaux.

Le malade a eu, comme maladie antérieure, la dysenterie en 1840 et un léger rhumatisme articulaire en 1870. Il y a huit mois, il commença à ressentir de violentes douleurs, dans les reins, mais il les attribuait à la position qu'il était obligé de prendre pour son métier de tailleur; aussi fut-il obligé de suspendre son état. Avant même ces fortes douleurs il ressentait des fourmillements le long du rachis avec irradiations douloureuses dans toute la moitié gauche de l'abdomen et du thorax en même temps que dans le membre inférieur du même côté; d'ailleurs ces phénomènes douloureux ne revenaient qu'à des intervalles éloignés. Le malade a remarqué aussi que, depuis quelques semaines, il urinait mal et avec quelques souffrances. Entrée à l'hôpital, le 7 août.

Le malade éprouve dans la région dorso-lombaire une douleur lancinante et des fourmillements dans les deux membres inférieurs, surtout dans le gauche, où la douleur suit la direction du nerf sciatique. Depuis 15 jours, il a une dyspnée qui l'empêche de marcher, et il compare son oppression à celle que lui occasionnerait un poids très-lourd reposant sur la partie inférieure du thorax. L'auscultation du poumon dénote une respiration emphysémateuse; les bruits du cœur sont sourds. Il a perdu l'appétit, il est pâle, très-anémique.

Lorsqu'on applique la main sur le thorax au niveau des insertions du diaphragme, on sent très-nettement des battements communiqués par une tumeur du volume d'un œuf de poule qui proémine peu en arrière du thorax. Cette tumeur, située près du rachis, semble correspondre à la huitième vertèbre dorsale. L'auscultation de la tumeur ne révèle aucun bruit de souffle. Application de glace sur la tumeur. Iodure de potassium, 1 gr.

1er *octobre*. — La tumeur s'est accrue progressivement; elle est globuleuse, ovoïde, à grand diamètre un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors; la limite interne est toujours la colonne vertébrale qui, à ce niveau, semble présenter une légère déviation, une sorte d'incurvation à convexité tournée à droite, la concavité répondant à la tumeur. Celle-ci est limitée en dehors (du côté de l'abdomen) par une ligne verticale qui, partant du bord postérieur du creux axillaire, passerait par l'extrémité libre de la dernière fausse côte et viendrait tomber vers la crête iliaque. La pointe de la dernière fausse côte est un peu relevée en dehors. En déprimant un peu la paroi abdominale sous le rebord des fausses côtes on perçoit les battements avec expansion sans que l'auscultation révèle aucun signe sthétoscopique.

Le volume de la partie antérieure de la tumeur pourrait être comparé actuellement à celui d'une noix de coco.

10 *octobre*. — Une ponction capillaire exploratrice, faite il y a quelques jours, à 8 centimètres de profondeur, n'a rien amené.

13 *octobre*. — La saillie de la tumeur augmente encore graduellement. La peau s'amincit beaucoup, devient bleuâtre et sensible en plusieurs points.

La pointe des fausses côtes tend à se renverser en dehors.

15 *octobre*. — Le soir, vive douleur du côté de la tumeur survenue subitement à la suite d'un effort.

Le volume de la tumeur fait des progrès croissants; les côtes sont rejetées en dehors; peau très-rouge.

T. axill. 37°2. Injections de morphine.

17 *octobre*. — La tumeur est toujours très-tendue et douloureuse. La peau est très-rouge. Mesurée dans le sens vertical et transversal en passant par son milieu qui est le point le plus proéminent, on trouve dans ces deux dimensions une largeur de 24 à 25 centimètres. Etat général de plus en plus grave. Amaigrissement, facies cachectique. Ne mange presque plus.

20 *octobre*. — Eschare assez étendue mais encore superficielle sur la partie qui présente le plus de rougeur. Ballonnement du ventre, diarrhée, affaiblissement extrême, somnolence. — *Mort* le 30 octobre 1876.

Autopsie. En ouvrant la cavité thoracique, on constate à gauche un épanchement séro-fibrineux, teinté d'une quantité assez considérable de sang; cet épanchement appartient à une pleurésie à loges multiples dont une très-grande, en avant, est située entre la face antérieure du poumon et le péricarde. En arrière le long de la paroi costale une deuxième loge cloisonnée elle-même par des néo-membranes les unes récentes, les autres anciennes qui ont déterminé l'exsudation sanguine. Après avoir enlevé le poumon, on aperçoit une énorme tumeur laquelle s'est développée au-dessous du poumon, pour venir se loger d'une part entre le diaphragme, la rate et le foie, et d'autre part, le péricarde, la base du poumon gauche et la paroi thoracique. Cette vaste tumeur est elle-même, recouverte de néo-membranes récentes ou anciennes, au-dessous desquelles se trouve une coque fibreuse mamelonnée présentant une fausse fluctuation. On enlève le foie, la rate; un peu de péritonite adhésive au niveau du lobe droit du foie à sa face inférieure. On rabat l'estomac, le pancréas et alors on constate que le produit morbide fait par en bas une saillie assez considérable qui déplace la rate et le foie. Le diaphragme est aminci, les piliers sont comprimés et comme étalés. Le rein a été refoulé en avant et un peu en dedans et en bas. La partie postérieure du diaphragme fait corps avec la tumeur qui s'applique en dedans contre l'aorte. Les capsules surrénales sont restées plus haut que le rein.

Examen de la tumeur anévrysmale. Le sac forme une poche latérale qui s'ouvre à la partie inférieure de l'aorte thoracique. L'orifice est constitué par une large fenêtre parfaitement circulaire à bords lisses, nets, malgré les sinuosités qu'elle décrit, et au niveau de laquelle la paroi interne du vaisseau continue sans ligne de démarcation. En élargissant la fenêtre, on trouve un infundibulum rempli de sang partie liquide, partie gelée de groseille et qui est constitué par une membrane lisse se continuant avec celle de l'aorte, mais moulée sur les os et trouée çà et là par des pointes osseuses. Dans cet infundibulum existent deux orifices: 1° Un, en haut, conduisant dans une loge au fond de laquelle on trouve un os; 2° En bas et à droite, un orifice de la grandeur d'une pièce de 2 francs, conduisant dans une poche pleine de caillots qui se trouve sur la partie latérale droite de la colonne vertébrale; cette poche est de la forme et de la grosseur d'une poire; 3° En bas et à gauche, se trouve un orifice en partie formé par la colonne et conduisant dans une poche latérale gauche.

Autour de la tumeur, pendant la dissection, on remarque une infiltration œdémateuse des muscles et du tissu cellulaire. En ouvrant la poche latérale gauche (grande poche), on voit deux parties distinctes: une masse solide, considérable, précédée d'une sorte d'antichambre dans laquelle se trouve du sang liquide et des caillots gelée de groseille. On voit alors qu'elle est constituée par une stratification extrêmement épaisse et qui est constituée de la façon suivante: à la partie antérieure, couches feuilletées, parfaitement blanches, plus ou moins épaisses, qui sont séparées les unes des autres çà et là par du sang fraîchement coagulé; à la partie postérieure, couches feuilletées séparées par des nappes de sang coagulé.

Après avoir fendu la poche dans toute son épaisseur, on voit que ces infiltrations hémorrhagiques s'étendent jusqu'à l'infundibulum au niveau duquel on voit un petit orifice par lequel le sang avait pénétré dans l'intérieur du caillot.

Le poumon droit est retenu à la plèvre correspondante par des adhérences cellulaires infiltrées de sérosité et très-riches en vaisseaux. Toutes ces néo-membranes forment entre elles des loges remplies d'une sérosité peu abondante. En sectionnant le poumon, on trouve une infiltration œdémateuse de tout le poumon et surtout du lobe supérieur, lequel est le siége d'une pneumonie caséeuse non tuberculeuse, pneumonie lobulaire avec épaississement de parois et transformation caséeuse du continu.

Le poumon gauche est fortement atélectasié sans splénisation. Il a l'aspect d'une masse charnue grise-mollasse qui tombe au fond de l'eau. Le sommet présente des tubercules guéris crétacés. Pas de granulations grises.

Dans le péricarde, sérosité un peu louche; sa surface interne est recouverte de néo-membranes de formation récente, et de plaques laiteuses de formation ancienne. Le cœur est mou, graisseux et pigmenté, plutôt dilaté que revenu sur lui-même.

En ouvrant l'aorte, on trouve un caillot *post mortem* volumineux surtout dans sa partie blanche. Endartérite chronique avec dilatation des vaisseaux. Quelques plaques calcaires mais pas nombreuses. Les vaisseaux qui partent de l'aorte présentent les mêmes altérations.

Foie pâle, d'un aspect graisseux. Reins fermes, durs, pâles décolorés d'aspect semi-transparent. A la coupe, le rein droit est très-congestionné, plus dur et plus ferme que l'autre. Rate un peu molle.

M. Hayem. L'histoire clinique de ce malade a été intéressante à plus d'un titre. Le diagnostic était fort difficile: la tumeur était à la vérité le siége de battements d'expansion très-forts, mais on ne percevait aucun souffle à son niveau; elle est toujours restée dure et l'on a pu se demander s'il ne s'agissait pas d'un anévrysme des os. Au point de vue thérapeutique, ce fait ne mérite pas moins d'être rapporté. J'ai pensé qu'il se prêtait à l'emploi de la méthode de Ciniselli, j'ai donc fait avec un trocart capillaire une ponction à 8 centimètres de profondeur, mais sans trouver de sang liquide. Enfin, on remarquera que de gros caillots denses n'ont pas empêché le développement très-rapide de la tumeur; le sang a pu s'infiltrer entre la surface de ces caillots et la paroi interne du sac. Ce n'est donc pas assez de provoquer la formation de coagulations fibrineuses, puisque l'infiltration sanguine peut se faire encore et déterminer de nouveaux accidents.

10. Otite catarrhale moyenne; par M. le Dr Gellé.

Cette pièce, a été recueillie sur le cadavre d'un enfant, âgé de 5 ans à peu près, sans aucun renseignement sur la pathogénie de l'affection auriculaire; probablement une bronchio-pneumonie a précédé cette détermination catarrhale.

La caisse est complétement remplie de pus; la membrane du tympan intacte laisse voir la teinte jaune rougeâtre opaque de l'abcès intra-tympanique. La muqueuse de la caisse, gonflée, injectée vivement est très-facile à pincer, à arracher de la surface osseuse; elle saigne, et des lambeaux de quelques millimètres peuvent être en partie décollés et attirés. Les cellules mastoïdiennes, ou mieux rétro-tympaniques participent à la lésion. On peut, en outre, remarquer sur cette pièce:

1° Que la *paroi antérieure* osseuse du conduit auditif externe, n'est pas encore complétement ossifiée, il s'en faut encore d'un millimètre carré au moins. C'est l'indice de l'âge de l'enfant;

2° Que *l'apophyse mastoïde*, à cet âge, répond immédiatement au *sinus latéral*; considération de la plus haute importance dans la pratique; enfin, qu'il n'y a pas encore de cellules mastoïdiennes *proprement dites*.

6. Ostéite condensante de nature cancéreuse, siégeant sur les pariétaux; par M. C. Chabrun, externe des hôpitaux.

Marie Gau..., 64 ans, entre le 17 septembre à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot. Elle a un cancer atrophique du sein droit dont le début remonte à vingt ans. L'ulcération située au-dessus et en dehors du mamelon a évolué lentement: elle paraît très-superficielle et offre la largeur du creux de la main: fongueuse, d'un rouge vif, ses bords sont taillés à pic.

Pas de suppuration appréciable. — En même temps, la malade a l'œdème des membres inférieurs et des accès de suffocation. Dans un de ces accès, elle meurt le 27 novembre.

Autopsie. — Le cancer du sein est superficiel : il s'est limité aux téguments; les os et les muscles sous-jacents ont été respectés. *Poumons*. Pas de noyaux cancéreux. A droite, un peu d'œdème. Le poumon gauche est ramassé sur lui-même et présente un très-petit volume. Dilatation des bronches avec raréfaction du tissu pulmonaire.

Pas de cancer dans le *foie* ni dans le *rein* qui sont normaux. *Cœur* sain. *Cerveau* : on trouve un psammome assez volumineux déprimant la première circonvolution frontale du côté droit.

Crâne. Les os sont minces et fragiles. En regardant la voûte crânienne par transparence, on remarque sur les pariétaux cinq à six plaques blanches, transparentes, régulièrement arrondies, à bords très-nets. Leur diamètre varie de 2 millimètres à un centimètre. Le périoste est sain. Nulle part on n'aperçoit de carie de l'os. Les plaques d'un blanc laiteux se dessinent nettement sur l'os. Leur consistance est celle du tissu osseux environnant : elles ne présentent ni saillie ni dépression; les deux tables de l'os ne sont pas amincies; il n'y a pas de bourlet périphérique. — Quand on pratique un trait de scie, on constate que l'os est d'un blanc laiteux : le diploé a disparu et il est remplacé par du tissu compacte qui se continue sans interruption avec les deux tables de l'os.

L'examen histologique sera fait ultérieurement.

M. Charcot. Les plaques blanches que nous voyons sur ce crâne ressemblent à celles que l'on trouve parfois dans la colonne vertébrale. Il y a probablement à leur niveau de l'ostéite condensante. M. Ranvier considère, du reste, cette condensation comme la phase préparatoire de l'envahissement de l'os par le néoplasme.

7. Localisations cérébrales; par M. Pitres, interne des hôpitaux.

M. Pitres présente un psammome qui comprimait très-fortement la première circonvolution frontale, et la séparait presqu'en deux segments, l'un antérieur et l'autre postérieur. Cette tumeur ne s'était révélée par aucun symptôme moteur. Cette symptomatologie négative s'explique par la distance qui la séparait du lobule paracentral et des circonvolutions ascendantes.

Goître kytiques. Développement irrégulier de la tumeur portant sur les lobes latéraux et le lobe médian du corps thyroïde. Ossifications partielles ; par M. Marchant, interne des hôpitaux.

Cette pièce, recueillie sur un homme de 72 ans, mort dans le service de M. Constantin Paul, n'offre pas grand intérêt au point de vue clinique, puisqu'elle n'a donné lieu, pendant la vie, à aucun trouble fonctionnel et que le malade a succombé à une affection (phthisie pulmonaire), n'ayant aucun rapport intime avec la tumeur. Ce goitre datait de la naissance, ou plutôt de la première enfance : le malade est né dans les Vosges, et dans une localité où on n'observe généralement pas de goitre : l'étiologie de cette tumeur ne peut être trouvé ni dans les antécédents héréditaires, ni dans les conditions hygiéniques du milieu dans lequel le malade a vécu, ni dans la nature de l'eau dont il usait; notons la coïncidence ou la coexistence de lésions scrofuleuses (phthisie pulmonaire, mal de Pott, rachitisme.)

Le développement de la tumeur a été progressif sans s'accompagner de troubles fonctionnels. Le malade porte au-devant du cou et dans la région sous-hyoïdienne une tumeur constituée par deux masses latérales régulières à première vue, réunies entre elles par une troisième tumeur, véritable isthme, surmonté verticalement et en haut d'une série de petits kystes globuleux, entassés les uns sur les autres comme les grains d'un chapelet, et présentant des étranglements au niveau de leur soudure. Toute cette masse est mobile avec le larynx et, dans les mouvements de déglutition, on la voit s'élever. La palpation révèle des tumeurs indolentes présentant dans les lobes latéraux des points durs, résistants, comme ossifiés. Les kystes antérieurs, au contraire, sont fluctuants. Pas de battements, ni de bruits de souffle.

L'examen confirme que cette tumeur goîtreuse est constituée par le développement de toutes les parties du corps thyroïde : les saillies latérales répondent aux lobes latéraux; la partie médiane à l'isthme du corps thyroïde et à la pyramide de Lalouette. Les petits kystes de la pyramide de Lalouette sont à l'état de pureté et constitués par une poche fibreuse contenant un liquide visqueux. Une *coupe*, pratiquée sur les tumeurs latérales, montre qu'elles sont constituées par une enveloppe de laquelle partent des prolongements qui, se dirigeant dans l'intérieur de la tumeur, la divisent en autant de loges séparées qui contiennent des substances demi-solides différentes de couleur. C'est sur ces travées qu'on observe des ossifications, constituées par de véritables arêtes, des aiguilles osseuses implantées sur elles.

8. Kyste hydatique de la rate; par M. Brault, interne provisoire.

Jal.... Philippe, 57 ans, imprimeur, entré à l'hôpital Saint-Antoine le 18 octobre 1876 (service de M. Benjamin Anger.) D'après les renseignements qu'il donne le jour de son entrée, son abdomen commença à prendre un certain développement il y a dix ans environ. Depuis, la tuméfaction du ventre s'accrut progressivement, et sans aucune diminution dans l'intervalle. Un mois avant son entrée à Saint-Antoine, il entra à l'hôpital de Saint-Denis, et là à la suite d'une diarrhée, il remarqua une diminution considérable de la tumeur.

Au moment de son entrée, il se présente avec un ventre à peu près uniformément développé comme dans l'ascite. Le développement est tellement considérable que l'ombilic a disparu, et que l'appendice xiphoïde est subluxé en avant.

La *tumeur* est lisse, sans bosselures ni duretés. Fluctuante d'une façon très-manifeste. La matité à la percussion se continue avec celle du foie, mais aussi avec celle de la rate à gauche.

Si l'on percute dans le sens vertical, on trouve que la matité est complète jusqu'à la crête iliaque au niveau de la rate, tandis qu'au niveau de l'ombilic on retrouve la sonorité intestinale; de même, à trois ou quatre centimètres au-dessous. Les caractères physiques de la tumeur, son développement lent firent porter le diagnostic : kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Dix jours après, le 28 *octobre*, il y a eu, par l'intestin, une véritable débâcle, le ventre diminua très-sensiblement de volume, mais la mensuration ne fut pas faite. L'examen des selles ne donna aucun résultat capable de confirmer le diagnostic. Cependant la tumeur avait une matité verticale beaucoup moins considérable au niveau de l'ombilic. La matité au niveau de la rate était la même, et cette persistance de la matité avait fait songer à cette époque à un kyste hydatique de la rate.

Le 5 *novembre*, deuxième débâcle. Depuis le 5 novembre, diarrhée incoercible ; le malade qui était entré dans le service avec un aspect cachectique, s'affaiblit de plus en plus. Des matières liquides sont rejetées continuellement par l'anus; leur examen donne un résultat négatif. Dégoût complet pour les aliments. Douleurs abdominales mais pas de vomissements, aucun signe de péritonite. Mort le 29 novembre.

Autopsie. Vaste *tumeur* située dans l'hypochondre gauche, très-adhérente au diaphragme, très-adhérente aussi au lobe gauche du foie, mais on peut l'en séparer assez facilement; au contraire, la *rate* est complétement incluse dans la paroi gauche de la tumeur. Il est complétement impossible de retrouver la capsule de la rate; le tissu propre de cet organe semble séparé de la cavité du kyste par une membrane de nouvelle formation dont l'examen histologique n'a pas été fait. — A l'ouverture de la tumeur : sérosité louche assez abondante, fausses membranes et grumeaux consistance de mastic (*hydatides dégénérées*). La tumeur est adhérente au côlon transverse mais il est impossible de retrouver l'orifice de communication entre le côlon transverse et la tumeur.

Réflexions. Cette observation présente deux points intéressants :

1° Le fait de son ouverture dans le côlon transverse ayant donné lieu à trois débâcles, suivies de l'affaissement de la tumeur ;

2° Le fait de l'adhérence de la tumeur au foie. On comprend combien grande devait être sur le vivant la difficulté de choisir et de diagnostiquer, soit un kyste de la rate, soit un kyste du foie.

M. Houel fait remarquer que les kystes développés dans le parenchyme de la rate sont excessivement rares, tandis qu'il est ordinaire de voir ces productions naître dans la membrane fibreuse qui l'enveloppe. C'est là une question de siége qui a son intérêt et qui mérite d'être étudiée. Presque toujours les kystes de la rate sont sous-péritonéaux, périspléniques.

9. Cirrhose du foie. Diminution considérable de l'urée rendue par les urines; par Hipp. Martin. interne des hôpitaux.

Marie D..., 44 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 3 novembre 1876 (service de M. Lancereaux). — Cette femme habite à Paris depuis vingt ans; elle est veuve depuis douze ans et n'a eu qu'un seul enfant, il y a quinze ans environ. Son mari, cordonnier, avait un caractère très-violent et est mort fou à Bicêtre, après avoir certainement fait des excès alcooliques. Le même reproche peut-il s'adresser à notre malade? La chose a paru probable d'après la marche de l'affection du foie, quoique la malade ait refusé tout aveu formel à cet égard. Quoi qu'il en soit, elle avait toujours joui d'une fort bonne santé, et elle ne s'est sentie réellement souffrante, qu'un mois environ avant son entrée. Elle constata à cette époque une diminution notable de l'appétit avec une fatigue générale, un amaigrissement rapide et une tuméfaction progressive de l'abdomen; le soir, enfin, après une journée de travail, il y avait un œdème très-prononcé des membres inférieurs. Vu l'augmentation rapide de l'ascite, elle dut bientôt interrompre ses occupations.

Etat à l'entrée. Peau brune et sèche; œdème considérable des membres inférieurs et ascite volumineuse; les veines sous-cutanées abdominales ne sont encore que très-peu développées. La maigreur des membres thoraciques et de la partie supérieure du tronc est extrême. La malade n'accuse du reste aucune douleur, sauf quelques élancements passagères dans la région hépatique. La constipation est habituelle, mais elle a de temps en temps des selles diarrhéiques. Pas d'ictère, rien au cœur ni aux poumons.

Du 10 au 14 *novembre*, rien de nouveau à constater. La malade mange peu et maigrit encore des bras, de la face et du tronc, tandis que l'ascite et la tuméfaction œdémateuse des membres inférieurs augmentent tous les jours. Urines très-rares et très-chargées, selles très-dures et de coloration normale.

Du 15 au 17 *novembre*, elle éprouve des douleurs très-violentes dans tout l'abdomen et particulièrement dans la région hépatique. Il paraît y avoir en ce moment des poussées inflammatoires de la séreuse abdominale, surtout aux environs de l'organe affecté: toutefois une purgation est suivie, le 18, de selles abondantes, et la malade se trouve énormément soulagée. Des mensurations prises à ce moment donnent une circonférence de 0,22 cent. pour le mollet, de 0,40 cent. pour la cuisse, et de 1 m. 17 cent. au niveau de l'abdomen; les membres thoraciques sont, au contraire, d'une maigreur squelettique.

23 *novembre.* La malade a un accès de dyspnée très-inquiétante. Le 24, elle est fatiguée, oppressée et on décide une ponction pour le lendemain.

25 *novembre.* Ponction à la visite du matin. Il s'écoule par la canule 9 litres de liquide citrin sans une seule goutte de sang. Pas d'accident. A la visite du soir, la malade est fort tranquille, très-soulagée et a passé une fort bonne journée. L'abdomen est souple, indolore, sans trace de réaction. — Mais à minuit la malade est prise de douleurs épouvantables dans l'abdomen, de vomissements porracés, et meurt presque subitement à 6 heures du matin. (Notons ici qu'à 11 heures avant midi, dans l'amphithéâtre, où il n'y a pas de feu et qui était d'une température glaciale, on constatait encore une temp. de 37°, 4 dans le vagin. Le soir à la visite, vu l'apparence de santé relativement parfaite, nous n'avions pu constater l'état de la température.)

Autopsie. La *cavité abdominale* contient de 1500 à 1800 gr. de liquide citrin. La surface des intestins a une teinte rouge-rose généralisée tenant à la dilatation des petits vaisseaux. On reconnaît en somme des traces de péritonite tenant à deux périodes inflammatoires successives: d'une part ce sont des adhérences en voie d'organisation, surtout aux environs du cœcum et du côlon transverse; d'autre part la rougeur générale des intestins et quelques flocons purulents qui flottent dans le petit bassin, attestent la péritonite sur-aiguë de la fin, péritonite qu'il est difficile de rattacher à sa véritable cause en l'absence de lésion traumatique sur l'intestin.

Cœur un peu gros et volumineux. *Reins*, légèrement granulés à leur surface. — *Foie*, c'est un cas de cirrhore ordinaire, à petits grains et généralisée. La rétraction de l'organe était loin d'être complète et son poids est encore de 1366 grammes.

Telle est l'histoire rapide de cette malade. J'ajouterai que pendant son séjour à l'hôpital, j'ai fait des dosages de l'urée des urines et les résultats que j'ai obtenus sont tout-à-fait conformes à ceux qu'obtenait M. Brouardel dans ses recherches actuelles. Il a bien voulu me permettre de publier cette observation, quoique la deuxième partie de son mémoire relative aux affections chroniques du foi en'ait pas encore paru dans les *Archives de médecine*.

Voici le tableau de l'examen quotidien des urines:

Novembre.	Densité.	Volume en 24 heures.	Albumine.	Urée en 24 heures.	OBSERVATIONS.
9	1027	300	Traces.	73.11	Dépôt énorme.
10	1028	320	—	8.84	
11	1020	300	—	6.87	
12	1024	500	—	6.57	
13	1024	300	—	11.25	
14	1020	430	—	8.06	Douleurs de péritonite.
15	1023	220	—	5.20	
16	1026	200	—	5.04	
17	1018	400	—	6.52	
18	1024	100	—	0.50	
19	»	»	—	»	Urine mêlée aux selles après un *purgatif*.
20	1023	350	—	7.31	
21	1024	250	—	4.35	
22	1025	350	—	9.55	
23	1025	160	—	4.35	
24	»	»	—	»	A uriné sous elle.
25	1024	500	—	13.05	Le liquide de la ponction ne contient pas trace d'urée.

Cette analyse est d'autant plus intéressante que la malade est morte accidentellement, alors que son foie ne s'était encore que fort peu retracté. On voit néanmoins combien le chiffre de l'urée des 24 heures a été constamment au-dessous de la normale.

10. Tumeur cérébrale de la région occipitale; par M. Léger, interne des hôpitaux.

X..., 33 ans, entré dans le service de M. le docteur Bucquoy, pour une cephalalgie violente, n'a jamais été malade. Il n'a pas eu la syphilis, et malgré sa profession de polisseur en caractères, n'a jamais souffert d'accidents d'intoxication plombique. Il est sans fièvre et dit souffrir de la tête depuis un mois. Ses renseignements sont un peu vagues, difficilement obtenus, et souvent contradictoires d'un moment à l'autre. Ainsi, il dit un soir que depuis un an, il est tombé en attaques de nerfs à 3 ou 4 reprises différentes, et le lendemain il nie tout accident de ce genre. Les recherches du côté du système nerveux ne révèlent du reste ni affaiblissement musculaire, ni anesthésie, ni inégalité pupillaire, ni strabisme. La vue est aussi bonne de l'œil droit que de l'œil gauche.

Une fois, à la visite, le malade s'affaisse sur son oreiller, les paupières ouvertes, les yeux un peu portés en haut, les pupiles égales. Le pouls est plein, régulier, battant à peine 60 à la minute. Cet homme paraît étranger à tout ce qui se

passe autour de lui et revient peu à peu, après être resté environ une minute dans cet état.

Le lendemain matin, il semble se rendre un peu plus compte de la réalité, et demande ce qu'il fait à l'hôpital, paraissant avoir complétement oublié ce qui s'est passé depuis son entrée. Depuis la guerre, dit-il alors, son caractère est devenu bizarre, la mémoire s'est perdue et bientôt il a continuellement souffert de la tête. Cette douleur, siégeant au sommet de la tête, sans avoir jamais empiété plus sur un côté que sur l'autre, paraît céder un jour au bromure de potassium, mais le soir, elle revient plus forte que jamais et dans la nuit, le malade, en faisant un effort pour se remettre au lit, s'affaisse subitement : sa tête tourne de côté, à gauche d'après l'infirmier, et cet homme meurt subitement sans avoir jamais présenté ni paralysie motrice, ni anesthésie, ni phénomènes convulsifs, du moins pendant son séjour à l'hôpital. Les seuls symptômes étaient la céphalalgie violente et continuelle ainsi que l'affaiblissement des facultés intellectuelles, paraissant consister surtout dans la perte de la mémoire.

Autopsie. — On a trouvé une *tumeur* occupant les deux lobes occipitaux et passant de l'un à l'autre à l'aide d'un port assez mince de substance morbide, au niveau de la terminaison postérieure de la circonvolution du corps calleux, au-dessous et en arrière du bourrelet de cet organe. Ce renflement était altéré lui-même dans sa partie inférieure.

La production morbide était limitée dans chaque lobe en avant par le pli qui va former le corps bordant, en arrière par un plan vertical passant par la scissure perpendiculaire interne. En haut et en dehors elle avait envahi dans toute son étendue le plancher du prolongement occipital du ventricule. En bas elle arrivait jusqu'à la substance blanche sous-jacente aux circonvolutions inférieures (partie postérieure des deux circonvolutions spheno-occipitales.

Cette tumeur n'apparaissait donc nullement à l'extérieur, si ce n'est à gauche, où elle se montrait au niveau de la partie postérieure de la circonvolution de l'hippocampe, renflée en ce point sous forme de deux amygdales hypertrophiées. De ce côté, cette circonvolution était encore tuméfiée dans sa partie terminale, au niveau du crochet.

La *coupe* de cette tumeur était gris-rosée, avec quelques îlots verdâtres disséminés. La consistance encore assez ferme à droite était beaucoup moindre à gauche, surtout au niveau du plancher de la corne occipitale devenu presque diffluent. Au *microscope*, on constatait que cette tumeur était constituée par un amas de cellules embryonnaires, toutes égales de volume et régulièrement disposées ; elle était traversée en plusieurs points par des vaisseaux qui s'étaient rompus et avaient formé de petits foyers apoplectiques. Les organes autres que le cerveau n'offraient aucune altération.

11. Examen anatomique des organes génitaux d'une hystérique ; par M. le Dr Sinéty (1).

La jeune fille, qui fait le sujet de cette observation, est morte à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot, au mois de juillet dernier. J'ai dû à l'obligeance de M. le docteur Bourneville l'observation clinique de la malade (2), mais je n'insisterai ici que sur ce qui a trait aux organes génitaux.

La nommée L. âgée de 21 ans, était entrée à la Salpêtrière en 1872. Elle avait eu sa première attaque d'hystérie, l'année précédente, c'est-à-dire à l'âge de 16 ans, à la suite d'une violente émotion, l'écoulement menstruel, qui s'était montré pour la première fois chez elle à 13 ans, était irrégulier. Une ou deux époques manquaient souvent. Les attaques apparaissaient surtout au moment des règles; celles-ci étaient, elles-mêmes, peu abondantes et ne duraient en général qu'un ou deux jours.

A son arrivée à la Salpêtrière, on constata que les attaques, purement hystériques, étaient arrêtées facilement par la compression de l'ovaire droit. La malade présentait en effet de l'hypéresthésie ovarienne du côté droit, ainsi que l'hémianesthésie du même côté du corps. Pendant l'année 1875 cette jeune fille eut 34 attaques, à partir du commencement de 1876 les attaques cessèrent. On commença alors à constater chez elle les signes d'une tuberculisation pulmonaire, aux progrès de laquelle elle succomba le 20 juillet dernier. Au mois d'avril, elle avait eu pour la dernière fois ses règles, qui étaient sur le point de paraître de nouveau, au moment de la mort, ainsi que nous l'a montré l'état de la muqueuse utérine.

Autopsie. — Je passe sans silence tous les détails de l'autopsie, pour ne m'occuper que de ce qui concerne les organes génitaux.

A l'examen *à l'œil nu*, on voit que l'ovaire droit est beaucoup plus éloigné de l'utérus que le gauche. En effet, en mesurant les deux *ligaments utéro-ovariens*, on trouve pour le droit 4 centimètres, tandis que le gauche n'en mesure que deux. La mensuration de l'ovaire droit donne pour le plus grand diamètre (longueur) 30 millimètres. La hauteur est de 20 millimètres et l'épaisseur de 10.

A une distance de 8 millimètres de l'ovaire droit, on trouve un petit corps arrondi, présentant le même aspect que l'ovaire et ayant toute l'apparence d'un *ovaire surnuméraire*. Ce petit corps est situé sur le ligament ovario tubaire, auquel il adhère par sa base. Il mesure de 7 à 8 millimètres de diamètre et présente une forme à peu près hémisphérique.

L'*ovaire gauche*, plus aplati que le droit, mesure 35 millimètres de longueur, 22 millimètres de hauteur et 5 d'épaisseur. — On observe à la surface des deux ovaires des saillies et des dépressions qui ont l'air de correspondre à des cicatrices résultant d'ovalations plus ou moins récentes. Mais l'examen histologique a montré qu'il n'en était rien et que ces irrégularités de la surface résultaient d'un certain état lobulé, que présente quelquefois l'ovaire. On doit avoir fréquemment pris ces dépressions pour des cicatrices de follicules, comme je l'aurais fait moi-même dans ce cas-ci, si l'examen histologique n'était pas venu rectifier mon jugement.

L'*utérus* avait la forme et les dimensions qui correspondent à l'état normal d'une femme, dans les conditions d'âge et de période sexuelle où se trouvait notre sujet. On voyait une légère ulcération, très superficielle, au tour de l'orifice utérin. Les organes génitaux externes ne présentaient rien d'anormal.

Examen histologique. A l'examen histologique, on voit, qu'il n'y a pas de différence appréciable de structure entre l'ovaire droit et l'ovaire gauche. Le stroma est normal, l'épithélium de la surface, conservé sur certains points, a disparu sur d'autres, ce que l'on observe à peu près toujours sur les ovaires recueillis un certain temps après la mort. Sur les points qui correspondent aux dépressions de la surface, on trouve le stroma ovarien normal, sans traces de cicatrices. On voit disséminés dans le stroma, de nombreux follicules primordiaux, avec leur ovule et leur unique rangée de cellules.

Mais dans tout l'ovaire (et j'ai examiné sur des coupes nécessives toute l'étendue des deux ovaires) je n'ai pas trouvé un seul follicule de Graaf. Partout des follicules avec une seule rangée de cellules autour de l'ovule, état que l'on désigne sous le nom de follicule primordial (1).

Cette absence de follicule de Graaf à divers états de développement, chez une jeune fille de cet âge, menstruée, quoique irrégulièrement, et en pleine période d'activité génitale, est très intéressante à noter, un second fait, que l'on observe dans ces ovaires, concorde avec l'état stationnaire des follicules. Sur aucun point je n'ai pu constater de corps jaune de la menstruation, à aucun état de régression. Or, sur l'ovaire d'une femme, longtemps encore après la ménopanse, on

(1) Travail présenté pour obtenir le titre de membre honoraire.

(2) L'observation complète a été publiée dans le premier numéro de l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*.

(1) D'après mes observations, on ne trouve jamais l'ovule isolé dans le stroma ovarien. Il est toujours entouré au moins d'une rangé de cellules, c'est ce qui constitue le follicule primordial. Celui-ci prend le nom de follicule de Graaf, quand on y observe un augmentation du nombre des cellules constituant alors la membrane granuleuse. Dans les cas où on rencontre l'ovule sans son entourage de cellules radiées, on peut s'assurer que cet état résulte d'altérations cadavériques ; l'ovule résistant beaucoup plus à ces altérations que l'épithélium qui l'entoure. Sur ces ovaires, jamais, je le répète, je n'ai rencontré d'ovule sans sa zône épithéliale.

compte un grand nombre de ces corps jaunes de la menstruation, souvent on en observe deux ou trois sur une seule coupe, les uns plus anciens, les autres plus récents.

Nous ne savons pas exactement le temps que met à disparaître le corps jaunes résultant de l'expulsion d'un ovule non fécondé. Mais le nombre considérable de ces productions qu'on rencontre normalement dans tous les ovaires sains, même chez les vieilles femmes, peut en tout cas nous permettre de conclure que la cicatrice met longtemps à s'effacer. C'est donc possible que dans ce cas-ci l'ovulation n'ait jamais existé, ce que, cependant, je me garderais d'affirmer. Mais il est certain que depuis longtemps aucun follicule n'était arrivé à maturité et n'avait expulsé son ovule.

Nous avons néanmoins la preuve que tous les follicules ne sont pas restés à l'état de follicules primordiaux pendant toute la vie de la malade. On trouve en effet sur certains points, des follicules atrésiés, atteignant jusqu'à 1 millimètre. Ces follicules transformés, et disparaissant sans avoir expulsé leur ovule, sont absolument semblables à ceux décrits et figurés par M. Slawianski (1), et sur lesquels j'ai eu l'occasion d'appeler de nouveau l'attention à propos de l'ovaire des nouveau-nés. Sur une ou deux coupes, j'ai constaté, au milieu du tissu muqueux qui occupe la cavité du follicule, cette petite masse réfringente que Slawianski considère comme représentant les restes de l'ovule. Opinion qui me paraît très probable.

Pourrait-on assimiler ces ovaires à des ovaires d'enfant? Oui, certainement, au point de vue du développement folliculaire, quoique même sur ce point il y ait des différences. Ici, on ne trouve que quelques follicules arrivés tous à la période régressive, tandis que chez les enfants, à côté de cet état, on rencontre d'autres follicules de Graaf souvent très-développés et à divers degrés de leur période ascensionnelle. En outre, ici les ovules sont situés dans la couche corticale seulement, comme on l'observe chez l'adulte. Chez les enfants, la couche contenant les ovules est beaucoup moins limitée et plus étendue relativement à la couche dite médullaire. C'est donc dans ce cas-ci un état tout particulier, que je n'ai eu l'occasion d'observer dans aucun ovaire à n'importe quelle période de la vie.

Tumeur développée dans le voisinage de l'ovaire. Cette production, dont j'ai donné déjà les dimensions et la situation exacte, possède un stroma absolument semblable à celui de l'ovaire adulte normal. On observe, sur des points voisins de la périphérie, deux ou trois petites cavités, contenant des corps plus ou moins sphériques, présentant, en somme, l'apparence de jeunes follicules de Graaf contenant un ovule.

Il n'en est rien cependant et tout ici, sauf le stroma, diffère d'un ovaire normal. L'épithélium de la surface se continue vers le centre de l'organe, en formant des espèces de prolongements en doigts de gants qui rappellent beaucoup la disposition des tubes de Pflüger. Mais dans ces prolongements on ne rencontre aucun ovule ni cellules rondes. L'épithélium qui les remplit, ainsi que celui qui revêt la surface de la tumeur, est un épithélium à cils vibratiles et non le petit épithélium ordinaire de la surface ovarique. — Ni dans les tubes, ni sur aucun point de l'organe, je n'ai pu trouver un seul ovule. Les cavités, qui, au premier abord, ou avec un grossissement faible, ont l'aspect d'un follicule de Graaf, sont tapissées d'une seule rangée d'épithélium à cils vibratiles. Les corps sphériques situés dans ces cavités sont formés par de petites masses d'épithélium également vibratile.

Comme on le voit, d'après cette description, il existe de grandes différences entre cette tumeur de l'ovaire, puisque quoiqu'avec un stroma semblable nous n'avons trouvé ici, ni ovules, ni follicules et partout un épithélium vibratile. Ce que nous savons aujourd'hui du mode de développement de l'ovaire et l'existence normale, sur ce point, d'un épithélium vibratile pendant la période embryonnaire (3), rendent très-compréhensible la formation de ce pseudo-ovaire.

(1) *Archives de physiologie 1874.*
(2) *Archives de physiologie 1875.*
(3) Waldeyer, *Eierstock und Ei*, Leipsig 1870, p. 12.

Cavité utérine. La muqueuse utérine est très-augmentée de volume. Les vaisseaux sont en très-grand nombre et gorgés de globules sanguins.

Les glandes sont hypertrophiées et dépourvues à peu près partout de leur épithélium cylindrique que l'ont voit conservé par places sur la surface libre de la muqueuse. Dans la lumière des glandes, on observe un grand nombre de petites cellules rondes présentant les caractères des éléments embryonnaires. En outre tout le tissu interposé entre les glandes est infiltré des mêmes éléments. La couche la plus interne de la muqueuse se colore par le picrocarminate ; et, à un grossissement suffisant, on reconnaît que les éléments de cette couche ont subi la dégénérescence graisseuse. — Cet utérus présente donc tous les caractères de la muqueuse utérine au moment du début de la période menstruelle. — Chez la femme, dans les conditions normales, cet état de la muqueuse utérine, comme j'ai eu l'occasion de l'observer plusieurs fois, après tant d'autres anatomistes, coïncide souvent avec la maturation d'un follicule de Graaf sur le point de se rompre.

Remarques. — Cette observation me paraît importante au point de vue de l'indépendance relative qui peut exister entre ces deux fonctions, menstruation et ovulation. En effet, cette jeune fille, quoiqu'irrégulièrement menstruée, avait eu ses règles trois mois avant sa mort et nous n'avons trouvé dans ses ovaires aucune cicatrice indiquant une ovulation même très-ancienne. — En outre, et c'est-là le point le plus important, l'état de la muqueuse utérine indiquait que l'écoulement menstruel était imminent et sur aucun des deux ovaires il n'y avait de follicule de Graaf à sa période ascensionnelle, non-seulement arrivé à maturité, mais même ayant dépassé l'état de follicule primordial.

Je rapprocherai de ce cas-ci, le fait que j'ai communiqué en 1874 à la Société de biologie. Il s'agissait d'une phthisique qui n'était plus réglée depuis plusieurs mois et chez laquelle, à l'autopsie, je trouvai un grand follicule de Graaf qui s'était rompu ; le premier cas est un exemple de menstruation imminente sans ovulation ; l'autre, d'ovulation malgré l'absence prolongée d'écoulement menstruel.

La coïncidence de l'ovulation et de l'hémorrhagie cataméniale n'en est pas moins, très-probablement, la règle générale. Mais ce fait vient encore à l'appui de l'idée, partagée aujourd'hui par beaucoup de physiologistes, idée sur laquelle j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion d'insister : que les deux fonctions, menstruation et ovulation, peuvent, dans certaines circonstances, se manifester indépendamment l'une de l'autre.

Pouvons-nous, maintenant, établir une relation entre l'hystérie existant chez cette malade et les faits anatomiques constatés du côté de ses organes génitaux ? — C'est ce que l'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas de faire.

Cancer du larynx; par M. Eug. Monod, interne des hôpitaux.

Le nommé Fich... Joseph, cantonnier, âgé de 61 ans, d'une constitution robuste, paraissant avoir des habitudes alcooliques, et ayant des antécédents syphilitiques, qui remonteraient à quarante ans, probables mais non certains, se présente en janvier 1875 à la consultation de médecine de l'hôpital Cochin pour un enrouement qui durait depuis quelques mois. — Cet enrouement persistant et des troubles respiratoires étant survenus, il entre dans le service de M. Bucquoy le 9 octobre 1876. Des pulvérisations dans le larynx avec une solution de nitrate d'argent amenèrent quelque soulagement dans l'état du malade, qui réclama sa sortie dans le courant du mois de novembre ; mais les symptômes ne tardèrent pas à s'aggraver et il rentra dans le service le 18 janvier 1876.

A ce moment, la respiration était très-difficile ; l'inspiration sonore s'accompagnait d'un bruit de cornage qui se transformait parfois en sifflement aigu, l'expiration, au contraire, était facile. La voix était complétement éteinte. L'examen laryngoscopique, pratiqué par M. Krishaber, fit constater une rougeur très-prononcée des cordes vocales supérieures ; celles-ci très-gonflées masquaient en partie les cordes inférieures. — Le diagnostic porté dans le service était celui de laryngite syphilitique.

Le 9 février, la dyspnée augmentant et l'anxiété du malade devenant extrême, M. Després fut appelé pour faire la tra-

chéotomie ; celui-ci, trouvant les tissus épais et indurés au niveau des premiers anneaux de la trachée, dut pratiquer la cricotomie. Un soulagement immédiat succéda à l'opération ; mais quelques jours après, un symptôme nouveau apparut, c'était une difficulté très-grande dans la déglutition des liquides, dont une partie était rejetée par la bouche et les narines, à la suite d'accès de toux. — M. Krishaber revoit le malade un mois après l'opération et l'examen laryngoscopique donne les résultats suivants : les cordes vocales supérieures très-œdématiées masquent presque complétement les inférieures, celles-ci paraissent réunies l'une à l'autre sur la ligne médiane.

Dans le courant du mois de mai, le malade passe dans le service de M. Després. Il ne tarde pas à présenter de fréquents accès de dyspnée causés par l'irruption dans la canule de mucosités sanguinolentes, et qui nécessitent le nettoyage presque journalier de cette dernière. Dès que la canule est retirée, le malade est pris d'un accès de suffocation et si l'on tarde à la remettre en place, l'asphyxie est imminente. De petites hémorrhagies se produisirent de temps en temps par la plaie.

En outre tous les tissus qui entouraient l'ouverture trachéale offraient une dûreté spéciale. En raison de ces symptômes, M. Després pensa à l'existence d'une tumeur cancéreuse du larynx.

Vers la fin de septembre la dysphagie fit des progrès. Le malade ne pouvait plus avaler les solides ; les liquides ne passaient que difficilement, lorsqu'il rejetait fortement la tête en arrière. La dysphagie resta le symptôme dominant pendant tout le mois d'octobre. Il y eut aussi deux ou trois violents accès de dyspnée qui disparurent après le nettoyage de la canule. Dans cet état le malade maigrissait et perdait insensiblement ses forces, mais sans présenter la teinte jaune paille de la cachexie cancéreuse. Il mourut le 14 novembre sans qu'il survînt d'accès de suffocation ; on peut dire qu'il a succombé à l'inanition bien plus qu'à la dyspnée.

Autopsie. En fendant sur la ligne médiane la paroi postérieure du pharynx, et en rabattant de chaque côté les deux lambeaux ainsi formés, on découvre les vestiges de la cavité laryngienne. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'absence complète d'ouverture inférieure : elle se termine en cul-de-sac au niveau des cordes vocales inférieures qui sont elles-mêmes absolument méconnaissables. Il existe là une sorte de diaphragme horizontal, obturant l'orifice inférieur et empêchant toute communication avec la trachée. Les parties constituantes de cette cavité manquent ou ont subi des modifications qui les rendent méconnaissables. Il n'existe pas trace des cordes vocales supérieures ni de replis ary-épiglottiques ; quant aux cordes vocales inférieures, elles ont disparu également ; elles sont probablement englobées dans la masse obturatrice que nous avons signalée.

Il est donc impossible de retrouver le vestibule et les ventricules ; toute la cavité sus-glottique étant transformé en un cul-de-sac uniforme. La surface interne de cette cavité, à l'exception de l'épiglotte qui est saine bien qu'un peu épaissie, est envahie par une ulcération superficielle qui occupe toute la paroi antérieure. L'ulcération est recouverte d'une masse molle, pulpeuse, grisâtre, peu adhérente. Cette pulpe repose sur les cartilages usés et très-amincis.

En fendant longitudinalement l'œsophage, on trouve qu'il est sain. La paroi postérieure du pharynx l'est également. Au point où l'œsophage se continue avec la cavité pharyngienne, il existe une sorte de valvule horizontale, adhérente en avant, libre en arrière, qui proémine dans le conduit et qui obture à la manière d'une soupape flottante l'orifice de communication des deux cavités. Cette luette n'est pas autre chose que la face postérieure du larynx renversée en arrière et qui renferme dans son épaisseur les vestiges des cartilages aryténoïdes complétement atrophiés. Cette disposition explique tout naturellement les symptômes de dysphagie qu'on avait observés pendant la vie du malade.

Sur la face antérieure du larynx, on trouve une ulcération circulaire, large comme une pièce de cinquante centimes, répondant à l'incision cricoïdienne. Cette ouverture permet de voir la face inférieure de la cloison qui établit une séparation entre la cavité du larynx et celle de la trachée. Les bords de l'orifice et la cloison sont revêtus de ce détritus pulpeux, grisâtre dont nous avons signalé la présence sur l'ulcération laryngienne. Sur la paroi postérieure de la trachée, se voit une plaque rouge répondant à la courbure de la canule et produite évidemment par son contact prolongé. La trachée est saine dans le reste de son étendue. Tous les tissus qui sont en rapport avec le larynx (muscles sous-hyoïdiens, tissu cellulaire, corps thyroïde) sont englobés dans une tumeur dure qui relie tous ces organes ensemble et rend leur séparation très-difficile. Les muscles en particulier sont soulevés et dissociés par le tissu morbide groupé en petites masses disséminées. Le lobe droit du corps thyroïde est gros comme une noix, le lobe gauche est moins volumineux. On ne peut distinguer les ganglions, qui font corps avec le tissu nouveau.

Sur une coupe antéro-postérieure du larynx, on trouve une masse blanchâtre, résistante, située entre la face postérieure de la trachée et l'œsophage. Cette tumeur mesure 5 centimètres dans son diamètre vertical ; elle fait saillie dans la cavité œsophagienne au niveau de la soupape formée par le vestige des cartilages aryténoïdes. L'œsophage est simplement accolé à cette tumeur ; on peut aisément l'en séparer. Elle adhère plus intimement à la face postérieure de la trachée ; cependant la muqueuse de ce dernier conduit en est bien distincte et ne présente aucune altération, comme nous l'avons déjà signalé. Il est probable que cette masse refoulait l'extrémité inférieure de la canule contre la paroi antérieure de la trachée, ce qui explique la persistance de la dyspnée, malgré la présence de la canule, pendant les derniers temps de la maladie. L'examen des autres organes ne nous a présenté rien de spécial à noter.

Examen microscopique ; par le Dr Charles Monod. — L'examen a porté sur le larynx et sur les parties voisines. La masse ulcérée qui oblitérait le larynx et avait en se déloppant détruit les cordes vocales ainsi que toutes les parties constituantes de la cavité laryngienne, présente au microscope tous les caractères de l'*épithélioma parimenteux lobulé*. On aperçoit en effet, au milieu d'un stoma formé par du tissu conjonctif en voie de prolifération, de nombreux lobules irréguliers, de forme et de volume variables, constitués par des amas de cellules épithéliales. Celles-ci sont les unes pourvues d'un noyau distinct et finement dentelées sur les bords, en tout semblables à celles du corps muqueux de Malpighi ; les autres plates, cornées, se groupent par places en globes épidermiques.

En aucun point on ne trouve trace de la muqueuse ou des glandes laryngiennes : quelques îlots de tissu cartilagineux, provenant évidemment des cartilages du larynx, rappellent seuls la région où la tumeur s'est développée. L'examen des tissus et organes qui avoisinent le larynx montre que les muscles de la région sous-hyoïdienne dans leur portion laryngienne que le tissu conjonctif qui sépare le larynx du pharynx, que le corps thyroïde lui-même ont subi la même dégénérescence. Des coupes minces pratiquées en ces divers points présentent toutes une apparence analogue ; ce sont toujours des amas de cellules épithéliales dont les plus centrales se colorent fortement en jaune par le picro-carminate d'ammoniaque et offrent l'aspect de cellules épidermiques cornées.

Dans la masse compacte qui englobait le larynx, on n'avait pu par la dissection isoler les ganglions lymphatiques de la région. Un seul ganglion très-petit tout-à-fait indépendant de la tumeur principale, nous a été remis. A l'œil nu, il ne paraissait pas altéré ; il fut de même à l'examen microscopique trouvé parfaitement intact.

En somme, il s'agit évidemment dans ce cas d'un épithélioma pavi-menteux lobulé du larynx, ayant probablement pris origine au niveau des cordes vocales et s'étant propagé par voie de continuité dans les parties voisines, muscles, tissus conjonctifs, corps thyroïde.

Nous appelons spécialement l'attention sur la propagation qui s'est faite du côté du corps thyroïde ; elle a été rarement observée ou du moins rarement décrite avec soin. Au moment de la rédaction de cette note, l'examen de la pièce n'a

pu être poussé assez loin pour établir avec une parfaite certitude le mode suivant lequel la glande est envahie. Il nous paraît cependant dès à présent établi que le développement épithélial se fait dans le tissu conjonctif interposé aux vésicules. On peut, il est vrai, constater par places dans l'intérieur de celle-ci, une multiplication manifeste des éléments épithéliaux qui tapissent leurs parois, et la disparition de la matière colloïde qu'elles contiennent; mais il semble bien qu'il ne s'agisse là que d'un phénomène d'irritation de voisinage. En d'autres points en effet, les vésicules glandulaires sont diminuées de volume et disparaissent peu à peu, comme étouffées par la production cellulaire qui envahit le tissu conjonctif voisin.

Une publication récente de M. Cornil (*Archives de Physiologie*, 1875), donne à ces remarques un intérêt particulier. Il résulte en effet des recherches de cet auteur que, lorsque l'épithélioma du corps thyroïde est *primitif*, ce n'est pas dans le tissu conjonctif inter-folliculaire, mais dans les cavités closes de l'organe, aux dépens des cellules épithéliales qui les tapissent, que se forme le tissu pathologique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 *février* 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Lucas Championnière. Dans une communication récente de M. Terrillon, intitulée *Contribution à l'étude de la trépanation*, il n'a pas été fait mention des travaux antérieurs de M. Lucas-Championnière. M. Proust ne les a pas signalés non plus dans la présentation qu'il a faite à l'Académie de médecine. M. Lucas-Championnière avait pourtant publié une observation qui valait la peine d'être citée. Il s'agissait d'un homme qui, à la suite d'un traumatisme, avait eu des accidents cérébraux *primitifs*, une paralysie du bras droit, avec conservation des mouvements de l'épaule, et une aphasie très-nette, mais sans anesthésie. Le cinquième jour, il eut des accès épileptiformes qui se reproduisirent dans la nuit du 6e au 7e jour. Le huitième jour, on pratiqua la trépanation : or, le malade n'avait ni plaie, ni enfoncement du crâne. On agissait donc un peu à l'aveugle. Quatre jours après l'opération, la paralysie du bras avait disparu et, le quatorzième jour, il n'y avait plus d'aphasie.

Dans des cas semblables à celui que M. Lucas-Championnière vient de rapporter, la première idée qui vient à l'esprit, est de déterminer le siége du traumatisme, et d'opérer en conséquence. Mais, en pratique, ce n'est pas à la détermination d'un point du crâne que l'on doit s'attacher; c'est à la détermination d'une région. En effet, les centres moteurs sont groupés dans un espace relativement restreint, et cet espace est représenté par la région du sillon de Rolando. Le but auquel on devra tendre sera donc de préciser la région du groupement des centres, et de déterminer dans cette région la ligne du sillon. De plus, cette région ne dépassant pas la moitié du pariétal en arrière, et n'arrivant qu'à peine à la suture fronto-pariétale en avant (Turner), il est facile d'acquérir une indication grossière de la région où l'on devra opérer.

Si l'on veut pousser plus loin les choses, il faut s'en rapporter à la topographie crânienne, si complétement étudiée dans ces derniers temps par Broca, Turner, Féré. Pour déterminer le sillon de Rolando, il suffit de tracer une ligne qui corresponde à la direction générale de ce sillon ; ce sera une ligne droite, c'est-à-dire qu'elle ne suivra pas les sinuosités du sillon ; mais elle sera telle néanmoins, que toute couronne de trépan appliquée à cheval sur cette ligne, se trouvera fatalement à cheval sur le sillon de Rolando. Pour tracer la ligne Rolandique, il ne s'agit que de déterminer les deux extrémités. Or, le sommet du sillon est situé à 53 millimètres en arrière du bregma. Quant à son extrémité inférieure, M. Lucas-Championnière la détermine de la manière suivante : sur une ligne *horizontale* passant par l'apophyse orbitaire externe, et à une distance de 7 centimètres de cette apophyse, on élève une perpendiculaire de 3 centimètres de hauteur. C'est le sommet de cette perpendiculaire qui correspond à l'extrémité inférieure du sillon de Rolando. En ce point, la couronne du trépan doit tomber à cheval sur le sillon. La ligne Rolandique étant déterminé, on fera la trépanation soit à son sommet, soit à sa partie moyenne, soit à sa partie inférieure, suivant que l'on aura affaire à des accidents primitifs intéressant le membre inférieur, le membre supérieur ou la face. Mais comme tous ces points d'application du trépan occupent en somme une région assez restreinte, on pourra, dans les cas douteux, opérer simplement dans le milieu de la région motrice.

La détermination préalable de la ligne Rolandique est en elle-même une opération des plus simples. Le point de repère inférieur étant l'apophyse orbitaire externe, on ne peut éprouver la moindre difficulté à le déterminer. Reste le bregma. Or, le bregma est situé exactement sur la ligne médiane au point où elle est croisée par le plan vertical des deux conduits auditifs externes. Il suffira donc de faire passer par les deux ouvertures des conduits auditifs une ligne courbe, embrassant la convexité de la tête, et située dans un plan vertical. En somme, il ne s'agit pas là de procédés de précision, et c'est un fait qui a son importance. La détermination de la ligne Rolandique doit pouvoir être faite par tout le monde, et il faut même qu'elle permette de légères erreurs. D'ailleurs les travaux de Broca et de Féré ont parfaitement démontré que les rapports des circonvolutions et de la boite crâniennes sont sujets à des variations assez communes.

M. Ledentu communique à la Société un cas de corps étranger de l'œsophage qu'il a pu extraire avec la pince de Collin dont les mors s'écartent d'avant en arrière au lieu de s'écarter dans le sens latéral comme dans la pince de Dupuytren. A l'occasion de cette communication, M. Ledentu demande à ses collègues ce qu'ils pensent de la chloroformisation dans les cas de ce genre.

M. Verneuil n'est pas partisan de la chloroformisatian qui peut déterminer des accidents de suffocation. Mais il lui est arrivé de *chloraliser* un malade, dans un cas analogue, et ce procédé a pleinement réussi. M. Le Fort, M. Després, M. Marjolin se prononcent également contre la chloroformisation.

M. Ledentu communique ensuite à la Société un cas de sacro-coxalgie qu'il ne peut rapporter qu'à une blennorrhagie. — M. Tillaux a été témoin d'un fait semblable, l'année dernière, et pense avec M. Ledentu, que la sacro-coxalgie peut être parfaitement imputée à la blennorrhagie. — M. le Dr Pros lit un travail sur l'emploi d'un nouveau forceps.

E. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. **Etude sur le mouvement de désassimilation chez le vieillard;** par le Dr Roche. Adrien Delahaye, éditeur.

I. M. le dr Roche a cherché, dans son travail, une formule représentative du mouvement de désassimilation chez le vieillard. Guidé par M. le dr Bouchard dont les travaux, sur ce sujet, sont si intéressants, l'auteur, d'après un grand nombre d'observations, d'expériences, d'analyses, est arrivé aux conclusions suivantes: Le rapport établi entre les données fixées par M. Bouchard pour le taux moyen de l'urée (0,33) et de l'acide phosphorique (0,038) quotidiennement éliminé par kilogramme de poids du corps de l'adulte, et les valeurs comparatives (0,224 d'urée et 0,035 d'acide phosphorique) qui résultent de nos analyses effectuées sur les urines du vieillard, accuse, chez ce dernier, une diminution d'un tiers pour l'urée et d'un douzième pour l'acide phosphorique. De plus, la quantité absolue d'urine est diminuée; la densité du liquide et la quantité de chlore sont à peine modifiés.

II. **Réflexions sur la pneumonie et sur son traitement à propos d'une épidémie de bronchite et de broncho-pneumonie;** par le Dr Dauvergne. Doin, éditeur.

II. Ce travail a été publié dans le *Bulletin de thérapeutique médicale et chirurgicale*. L'auteur rappelle d'abord quelques principes de pathologie générale: Jamais peut-être ces paroles de Bordeu : « *La maladie n'est pas un être, mais une manière d'être* » n'ont eu une plus juste signification et n'ont mieux expliqué les causes de la maladie, les effets du médicament et du régime, qu'au sujet des bronchites et des pneumonies qui ont régné à Manosque, et généralement dans nos contrées,

pendant l'hiver de 1875. A la suite des observations, et comme conclusions, M. le dr Dauvergne présente les remarques suivantes: 1° Les cas où la saignée est indiquée sont aussi obscurs que rares; 2° les vésicatoires ont des inconvénients que leur utilité dérivative ne pourra pas toujours compenser; 3° la diaphorèse médicamenteuse est un meilleur moyen; 4° la question diéthéique est très-importante; il ne faut pas laisser manger trop tôt les malades et se rappeler cet axiôme de Chossat que toute maladie *est un problème d'alimentation.*

Sur vingt-cinq pneumoniques, M. Dauvergne n'a perdu que quatre malades à organismes déjà épuisés par des maladies chroniques.

Le travail de M. Dauvergne est certainement très-intéressant, mais la pneumonie est une maladie si capricieuse qu'il y a des séries dans lesquelles, sans aucune thérapeutique, il n'y a pas un insuccès: tous les malades guérissent.

III. **Du Silicate de potasse dans le traitement de l'érysipèle;** par le dr P.-F. Costa Alvarenga, professeur à l'Ecole de médecine de Lisbonne, traduit par le dr Bertherand. Lisbonne, Imprimerie nationale.

III. M. Alvarenga n'est pas un inconnu en France; il a publié différents travaux qui ont été bien accueillis du monde médical; ainsi le mémoire sur l'insuffisance des valvules aortiques et considérations générales sur les maladies de cœur; anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune, etc., etc.; dans son nouveau travail, il étudie les propriétés physiologiques et thérapeutiques du silicate de potasse, et l'application de ce médicament au traitement de l'érysipèle. Après avoir fait une judicieuse critique de tous les moyens employés jusqu'à ce jour pour combattre l'érysipèle, l'auteur aborde l'étude du médicament; cette étude est basée sur l'expérimentation physiologique et sur l'expérimentation clinique; de nombreuses expériences sont rapportées; elles tendent à montrer que l'emploi du silicate de potasse dans le traitement de l'érysipèle, dispense de tout autre moyen thérapeutique, tant interne qu'externe; que l'application du médicament n'est jamais accompagnée ni suivie d'accidents regrettables et moins encore préjudiciables; qu'enfin « au point de vue de la curabilité, de la durée de la maladie, des accidents concomitants ou consécutifs, de l'opportunité, de la simplicité et de l'économie, le silicate de potasse a le grand avantage d'être très-supérieur à tous les autres moyens thérapeutiques dans le traitement de l'érysipèle; » c'est la conclusion, qui, généralement est formulée lors de l'emploi de moyens thérapeutiques nouveaux. A l'expérience, reprise par d'autres expérimentateurs, de vérifier.

IV. **Essai sur les signes du diagnostic de l'insuffisance mitrale;** par E. Tridon. Adrien Delahaye, éditeur.

IV. Comme le dit M. Tridon, dans l'introduction à sa thèse inaugurale, « le diagnostic des maladies du cœur est assurément, à notre époque, l'un des points les plus avancés de la science médicale, l'ensemble de nos moyens actuels d'exploration nous permettant souvent, pour peu que les circonstances soient favorables, de déterminer avec une grande rigueur le siége et l'étendue des lésions. » L'auteur, depuis plusieurs années, a fait des recherches dans le but de déterminer, au moyen des appareils enregistreurs, la forme graphique de la pulsation cardiaque dans les maladies du cœur. Son étude est tout entière une étude des signes physiques. Le travail de l'auteur comprend trois chapitres; le premier trace l'historique de la question; le deuxième est consacré à l'étude des procédés d'investigation actuels; le troisième, véritablement nouveau, comprend tous les faits relatifs à la pulsation cardiaque ainsi que les observations sur lesquelles M. Tridon base ses conclusions.

La palpation de la région précordiale, donne souvent des renseignements vagues et difficiles à interpréter; leur donner plus de précision, les écrire à l'aide des moyens graphiques, si perfectionnés aujourd'hui, tel a été le but de l'auteur. On connaît le tracé normal de la pulsation cardiaque tel que M. Marey l'a donné; or les recherches de M. Tridon lui ont montré que dans l'insuffisance mitrale « le cœur met beaucoup plus de temps à atteindre son maximum d'effet; la pointe du sommet qui se produit d'ordinaire presque immédiatement, n'existe plus ou se trouve reportée plus loin. La décontraction elle-même ne s'écrit plus sous la forme d'une ligne droite qui se détache du sommet en formant un angle vif avec lui. Le début est à peine indiqué; souvent même on ne le retrouve pas, et tout cet ensemble *constitue un sommet arrondi*, caractéristique de tous les tracés d'insuffisance mitrale. »

Tous les moyens graphiques ont, certes, une grande valeur pour le diagnostic des affections cardiaques, mais c'est une valeur très-relative et l'on s'exposerait à bien des erreurs de clinique si l'on ne s'en rapportait qu'aux tracés; tant de causes peuvent les faire varier ! Dr F. Raymond.

HYGIÈNE

Des vins fortifiants; par le docteur C. des Barres.

> L'homme peut vivre sain et robuste sans avoir jamais goûté le vin, mais à la condition d'avoir toujours d'excellents aliments, de respirer un air très-pur, d'exercer ses muscles sans les fatiguer, d'être en somme un homme heureux. Mais combien sont rares les êtres de cette trempe.
>
> P. Mantegazza.

Personne n'ignore que le vin, *oivos* des Grecs, est une liqueur alcoolique qu'on obtient par la fermentation du jus de raisin; le moût que donne la pression des grains se réchauffe insensiblement, se décompose, et transforme une partie de son sucre en esprit de vin ou alcool.

Chimiquement, le vin est donc une solution aqueuse et alcoolique de matière sucrée, d'albumine, d'acides malique, tartrique et acétique, de bitartrate de potasse, d'une substance analogue au tannin, d'une matière colorante, et le plus souvent d'une substance aromatique. Cette substance aromatique qui constitue le *bouquet* est due, suivant Liebig et Pelouze, à un principe qu'ils ont isolé et nommé éther œnantique.

Le bouquet qui charme les sens du goût et de l'odorat, doit avoir une utilité hygiénique, car on sait par l'observation de beaucoup d'autres faits, que de très-petites quantités de substances rapides exercent une heureuse influence sur la nutrition. Lorsque les œnophiles ont voulu formuler une classification précise entre les divers vins, ils se sont toujours trouvés en présence de difficultés sérieuses.

La distinction usuelle des vins, en vins rouges et en vins blancs, basée sur la séparation des cépages à raisins rouges et à raisins blancs, n'offre rien de scientifique. Celle que nous établissons dans nos grands festins est tout aussi empirique: après le potage, les vins dits alcooliques (Marsala, Porto, Madère sec); pendant le repas, les vins de haut Bordeaux, alternés avec des vins de haut Bourgogne; au rôti, les vins de Champagne (mousseux); au dessert, les vins de liqueurs (Malaga, Frontignan, Syracuse).

La division proposée par le savant professeur d'hygiène M. Bouchardat, est importante en ce sens qu'elle constate, ou l'harmonie des principes immédiats que l'on trouve dans les vins, ou la prédominance de l'un de ces principes. Partant de là, il reconnaît 5 catégories :

1° Vins alcooliques (secs, sucrés de paille) tels qu'ils existent dans le commerce; ces vins sont suralcoolisés et contiennent 25 0/0 d'alcool, pendant que la fermentation n'en développe que 15. — 2° Vins astringents tanniques (avec sucre et alcool, non sucrés). — 3° Vins acides (avec ou sans bouquet). — 4° Vins mousseux. — 5° Vins mixtes différenciés par la présence ou l'absence du bouquet; d'une part, les vins de Bourgogne et de Bordeaux des grands crûs; de l'autre, les vins de Bourgogne et de Bordeaux ordinaires.

Au point de vue physiologique et thérapeutique, ce qu'il intéresse le plus au médecin hygiéniste de reconnaitre et de parfaitement déterminer, c'est la valeur et l'importance de ces deux agents ou facteurs primordiaux, l'alcool et le tannin.

Pris en petite quantité, l'alcool par son contact avec les mu-

queuses de la bouche, du pharynx et de l'œsophage, active leur sécrétion; arrivé dans l'estomac, il augmente celle du suc gastrique, dissout les graisses en les émulsionnant, et favorise l'acte mécanique de la digestion par le fait de l'augmentation de la contractilité musculaire de l'estomac.

Le tannin forme incontestablement un agent de reconstitution, un moyen d'hygiène utile et précieux dans la série des actes nutritifs; il occupe le second rang dans l'ensemble des éléments qui constituent le produit naturel lui-même.

En rapprochant les considérations qui précèdent, des données qui nous sont fournies tous les jours par l'observation clinique, nous arrivons à cette affirmation formelle de l'efficacité et de la longue portée d'action des vins astringents tanniques.

Si toutes les fois qu'il s'agit de réconforter l'organisme et d'activer le jeu des rouages par trop paresseux des fonctions, les vins tanniques astringents et sucrés doivent avoir constamment le pas sur ceux qui sont simplement alcooliques et sucrés; le vin de Saint-Raphaël que le professeur Bouchardat à inscrit en tête des vins astringents tanniques, mérite à juste titre toutes nos préférences.

C'est donc rendre un éclatant hommage à la vérité et aux résultats acquis, que de recommander en toute confiance comme le vin tonique et fortifiant par excellence, le vin de Saint-Raphaël, avec ses brillants états de services dans les hôpitaux de Paris, sa composition toujours identique, sa conservation irréprochable par les procédés rationnels de M. Pasteur, sa saveur extrêmement agréable au goût, son velouté diffusible qui, à la dose modérée d'un verre à Bordeaux, communique à l'estomac cette douce chaleur qui favorise la digestion et ranime l'énergie des fonctions vitales.

VARIA

Bibliothèque de l'Académie de médecine

La Bibliothèque de l'Académie de médecine est beaucoup plus importante qu'on ne le pensait. Les chiffres suivants sont empruntés à l'inventaire qui vient d'être terminé. Elle compte plus de 92,000 volumes appartenant à 51,000 ouvrages. La bibliothèque de feu M. Daremberg, qui constitue la partie la plus précieuse de cette collection et qui, faute d'espace n'a pu encore être extraite des caisses qui la contiennent, compte 17,000 volumes; sur l'ensemble il y a 30,000 volumes de thèses et 7,000 volumes représentant 910 recueils périodiques. Les langues dans lesquelles sont écrits les ouvrages, sont au nombre de dix-huit. Plusieurs volumes précieux datent des premiers temps de l'imprimerie; il y a dix incunables. Lorsque le moment sera venu, l'Académie s'occupera de faire imprimer le catalogue et de rédiger un règlement destiné à faciliter l'usage de ces richesses et à en assurer la conservation. La bibliothèque de l'Académie a mis moins de cinquante années à se former. — (*Temps*).

Exposition géologique au Havre

A l'occasion de la prochaine réunion, au Havre, du congrès de l'association française pour l'avancement des sciences, la société géologique de Normandie organise, comme on le sait, une exposition de tous les produits géologiques et paléontologiques des cinq départements que comprend notre ancienne province. Cette exposition aura lieu au mois d'août prochain. Elle se tiendra dans le local de l'ancien Palais-de-Justice du Havre, mis à la disposition de la Société par le Conseil municipal. — (*Journal officiel*).

Enseignement dans le Vénézuela.

D'après le dernier message du Président, il y a dans le Vénézuela 1,131 écoles fréquentées par 48,140 élèves. L'année précédente le nombre des élèves n'était que de 844, et celui des disciples d'environ 31,000. Vingt collèges viennent d'être fondés, un dans chacun des chefs-lieux des vingt Etats vénézuéliens. La bibliothèque nationale contient 36,000 volumes. Elle a été inaugurée le 26 octobre 1875. — (*Journal officiel*).

Ouvrages publiés en Allemagne.

En Allemagne le nombre des ouvrages publiés l'année dernière a été de 13,356, soit 840 de plus que dans la période précédente. Dans ce nombre les différentes matières se répartissent ainsi : pédagogie, livres scolaires : 1,629 articles; jurisprudence politique et statistique : 1,329 ; théologie : 1,146 ; belles lettres : 1,070 ; sciences naturelles : 848, etc., etc.

La production littéraire a diminué pour la médecine, la philosophie, l'histoire, la géographie, les mathématiques, la science commerciale, l'architecture, l'économie domestique et agricole. En revanche, la pédagogie a pris un essor remarquable; les ouvrages qui en traitent ont augmenté de 301, soit de 22, 6 pour 100 sur l'année dernière. Il en est à peu près de même pour la littérature juridique et politique. Depuis 1872, la pédagogie a, dit la *Gazette d'Augsbourg*, pris le pas sur la théologie qui, après avoir occupé le premier rang dans la production littéraire, a été reléguée au second (1872 et 1873) et même au troisième (période 1874-1876).

Durant les trois dernières années la production littéraire, suivant le même journal, a augmenté en Allemagne de 2,041 articles, soit 18, 03 pour cent. — (*Journal officiel*).

Alimentation : Viande de cheval.

En 1875, les boucheries chevalines de Paris ont livré à l'alimentation publique, 6,865 chevaux, ânes et mulets; en 1876, elles en ont livré 9,271 qui ont fourni 1,635,470 kilog. de viande nette. A Lyon, le nombre de ces animaux a été de 1,262 en 1875, et de 1,088 en 1876. Il y avait à Paris au 1er janvier, 58 boucheries et seulement 7 à Lyon. Dans sa séance du 9 janvier, le comité de la viande de cheval a décerné une médaille d'argent à M. Chambéry, qui a ouvert la première boucherie chevaline à Lyon en 1867 et une médaille d'or à M. Tétard, qui a neuf boucheries à Paris. — (*Journal officiel*).

14. Solution d'acide salicylique à un centième.

Acide salicylique........	1 gramme.
Alcool à 90 degrés.......	30 —
Eau..................	70 —

Dissolvez l'acide dans l'alcool, ajoutez l'eau et filtrez.

15. Solution d'acide thymique au millième.

Acide thymique.........	1 gramme.
Alcool à 90 degrés.......	4 —

Faites dissoudre et ajoutez :

Eau distillée...........	995 —

Mêlez. (*Répertoire de pharmacie.*)

16. Lotion pour arrêter la chute des cheveux (Piesse et Réveil).

Essence de romarin................	4 litres 5
Alcool rectifié....................	0 — 28
Potasse perlassse (Pearl-ash)..........	28 grammes.

Enseignement médical libre.

M. le dr Dareste, commencera ses conférences *d'embryogénie* et de *tératogénie*, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, le mercredi 14 février, à 4 heures; il les continuera les mercredis et samedis à la même heure, dans le laboratoire d'embryogénie.

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 8 février 1877 on a constaté 944 décès, soit 297 décès par mille habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 38 ; — rougeole, 5 ; — scarlatine, 20; — variole, 4; — croup, 27; — angine couenneuse, 18; — bronchite aiguë, 43; — pneumonie, 69; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5; — *choléra nostras*, »; — dysenterie, 1; — affections puerpérales, 10; — érysipèle, 4; — autres affections aiguës, 250; — affections chroniques, 405, dont 166 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 38 ; — causes accidentelles, 25.

Collége de France. — M. Fouqué, docteur ès-sciences physiques et ès-sciences naturelles, docteur en médecine, vient d'être nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques au collége de France, en remplacement de M. Charles Sainte-Claire Deville, décédé.

Donation Pétrequin. — Nous sommes heureux de pouvoir annoncer une libéralité importante dont l'École de médecine de Lyon vient d'être l'objet. Sûre de remplir ainsi les vues de son chef regretté, la famille du docteur Pétrequin a fait cadeau à l'Ecole de toute sa bibliothèque médicale, ainsi que de ses instruments de chirurgie. Pour ceux qui connaissent, — et qui l'ignore parmi nous ? — l'amour passionné que Pétrequin portait à ses livres et la sûreté de son coup d'œil de bibliophile, ce don est plus qu'un acte de munificence. Dans ces volumes si soigneusement choyés par une main qui excellait à les utiliser, la jeunesse médicale trouvera, avec le plus solide élément pour ses études, le meilleur encouragement à y persévérer avec la ténacité proverbiale du maître dont ils vont consacrer parmi nous la mémoire. (*Lyon Médical*).

Société de médecine légale. — Voici l'ordre du jour de la séance du lundi 12 février (3 h. au Palais de Justice) : Des ecchymoses sous-pleurales. Communication par M. Pinard, candidat à l'une des places des membres titulaires. — Rapport sur un cas de viabilité d'un enfant nouveau-né, par M. Polaillon, — Sur la taxation des expertises médico-légales, par M. Pénard. — Suite de la discussion du rapport de M. Charpentier, sur l'avortement pendant les trois premiers mois de la grossesse. — Rapport de M. Demange, sur les aliénés dangereux.

Faculté de médecine de Lille. — M. Machelaert, pharmacien de première classe, ancien préparateur, est nommé préparateur du cours de chimie minérale. M. Morel, pharmacien de deuxième classe, licencié ès-sciences physiques, est nommé préparateur du cours de chimie organique. M. Ozil, pharmacien de première classe, est chargé des fonctions de bibliothécaire.

— L'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg a célébré avec solennité,

il y a peu de temps, le cent cinquantième anniversaire de sa fondation. — (*Journal officiel*).

Corps de santé militaire. — Le concours d'agrégation en chirurgie, ouvert au Val-de-Grâce, vient de se terminer par la présentation en première ligne de M. Strauss, en deuxième ligne de M. Delorme. — (*Gazette des hôpitaux*).

Nécrologie. — Le *Lyon médical* annonce la mort du dr Pierre-Marie Tallon, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

— On demande un docteur-médecin pour la ville de Saint-Loup-sur-Semouse, chef-lieu de canton de la Haute-Saône. Position exceptionnelle par suite du décès de plusieurs médecins. Très-bonne clientèle. S'adresser au maire. — (*Gazette des hôpitaux*).

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

A. Becquerel. — *Traité élémentaire d'hygiène privée et publique*, 6e édition avec additions et bibliographies, par MM. les docteurs Beaugrand et Hahn. Un très-fort volume grand in-18 de près de 1,000 pages. Prix 10 fr.

Béhier et Hardy, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, etc. — *Traité élémentaire de pathologie interne*, tome 1er, 3e édition, contenant la pathologie générale et la séméiologie. Un fort volume in-8. Prix 12 fr.

Trousseau et Pidoux. — *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, 9e édition, considérablement augmentée, avec la collaboration de M. Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris. Deux très-forts volumes grand in-8, ensemble de 2,350 pages. Prix, 28 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Gresinger. — *Traité des maladies infectieuses*. — Maladies des marais, fièvre jaune, maladies typhoïdes, fièvre pétéchiale, ou typhus des armées, fièvre typhoïde, fièvre récurrente ou à rechutes, typhoïde bilieuse, peste, choléra, par W. Griesinger, traduit par le dr G. Lemaître. — Deuxième édition, revue, corrigée et annotée par le dr E. Vallin, profeseur d'hygiène au Val-de-Grâce. Paris, 1877, 1 vol in-8o, XXXII, 742 pages. Prix 10 fr.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'École-de-Médecine.

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveaux-nés, par J.-H. Depaul, ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Le numéro de *janvier* vient de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *janvier* vient de paraître. Un an : Paris 18 fr. ; Départements, 20 fr.

Jardin. — De l'action balsamique en général et de celle du Buchu en particulier, dans le traitement des maladies des voies urinaires. Paris, 1877. Imp. de Victor Goupy.

Liégeois (Ch. A). — Essai critique sur le rôle généralement attribué à l'excès de la température dans la pathogénie des symptômes de la fièvre typhoïde. Paris, 1877, imp. Parent, in-4o de 88 pages.

Burgraeve. — Manuel de pharmacodynamie dosimétrique avec des tableaux sphygmographiques et thermométriques, ouvrage principalement destiné aux praticiens. Paris à l'institut dosémétrique, Ch. Chanteau et Cie 1876, in-8o de 190 pages.

Adolpho Moreno y Pozo. — Tratado de pathologia quirurgica general. Madrid, 1876, impr. y fundicion de Manuel Tello. 1 vol. grand in-8o de 896 pages.

Chronique des hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — Service de M. Hérard. Visite à 8 h. 1/2. Clinique au lit du malade. — Salle Sainte-Monique : 1, 9, cancer de l'estomac ; 5, rhumatisme noueux ; 11, tænia ; 14, hystéro-épilepsie ; 15, affection mitrale ; 22, myélite ; 24, atrophie musculaire progressive. — Salle Saint-François : 3, 6, dothiénenterie ; 4, affection mitrale. — Salle Saint-Laudry : 24, ataxie ; 26, atrophie musculaire; 28, emphysème pulmonaire ; 30, 35, pleurésie; 31, pneumonie ; 33, broncho-pleuro-pneumonie ; 36, pneumonie caséeuse.

Hôpital de la Charité. — Service de M. Bernutz. Leçons cliniques sur les maladies des femmes, les jeudi à 9 h. 1/2, amphithéâtre du 1er. Visite à 8 h. 1/2. — Salle St-Ferdinand (H.): 6, tuberculose des voies genito-urinaires; 15, rétrécissement cicatriciel de l'œsophage ; 17, tumeur du cervelet. Salle Saint-Joseph (F.): 4, contracture hystérique ; 5, chorée hystérique; 13, toux hystérique ; 18, pelvi-péritonite.

Service de M, le professeur Gosselin. — Salles Sainte-Catherine (F.) ; Sainte-Vierge (H.). Visite à 8 h. Leçons cliniques les lundi, mercredi et vendredi.

Service de M. le professeur Trélat. Visite à 9 h. 1/2. Salle Saint-Jean (H.): 3, cancer de l'orbite, cancer du foie ? ; 4, cancroïde de la lèvre inférieure; 12, cancroïde de la joue ; 21, contusion obscure du coude.

Salle Sainte-Rose (F.) : 2, staphylorarphie; 5, phlegmon du poignet ; 10, contracture hystérique ; 11, iridochoroïdite.

Hôpital Saint-Louis. — *Médecine* : Maladies de la peau. Service de M. le dr Hillairet. Visite à 9 h., consultations le mardi; leçon au lit du malade le jeudi. — Pavillon Gabrielle : 21, lèpre tuberculeuse. — Salle Saint-Louis : 16, mycosis fonoïde ; 76, sycosis parasitaire.

Service de M. le dr Lailler. Consultations le mercredi, leçons au lit du malade le vendredi. Samedi, leçon sur les teignes, spéculum ; lundi, visite à 8 h. 1/2. — Salle Sainte-Foy : 2, papillome de la plante du pied ; 14, molluscum pendulum ; 18, lupus acnéique transformé en épithélioma. — Salle Saint-Mathieu : 28, psoriasis ; 32, tricophytie cutanée, sycosis ; 42, zona.

Service de M. le dr Guibout. Visite à 8 h. 1/2. Consultations le vendredi. Lundi, spéculum et leçon sur les maladies des femmes. — Salle Saint-Charles : 42, dermatite exfoliatrice ; 14, néphrite interstitielle. — Salle Henri IV : 43, kyste hydatique du foie ; 45, végétations non syphilitiques.

Service de M. le dr Vidal. Visite à 9 h. Consultations le jeudi. Vendredi, leçon clinique. Lundi, leçon sur les maladies de la peau ; démonstrations histologiques. Samedi, spéculum. — Salle Saint-Ferdinand : Accouchements. — Salle Saint-Jean : 3, cheloïde ; 7, syphilide maculeuse ; 6, psoriasis de la langue ; 39, encéphalopathie saturnine ; 45, papules syphilitiques de la langue ; 60 pachydermie et icthyose de la jambe.

Service de M. le dr Besnier. — Visite à 8 h. 1/2. Consultations le lundi. Mardi et samedi, leçon clinique et examen des malades. Vendredi, spéculum. — Salle Saint-Thomas : 47, chancre primitif du sein ; 49, chancre induré de la lèvre supérieure ; 56, mycosis fongoïde ; 65, psoriasis suraigu ; 75, syphilide tuberculeuse ; 74, sclérodernie.

Service de M. le dr Fournier. Visite à 8 h. 1/2. Consultations le samedi. Cours complémentaire des maladies syphilitiques le mardi et le vendredi à 9 h. — Salle Saint-Thomas : 6, néphrite syphilitique ; 7, épilepsie syphilitique ; 27, syphilide serpigineuse ; 41, gomme scrofuleuse. — Salle Saint-Louis : 19, chancres indurés multiples ; 35, glossite tertiaire ; 35, chancre du menton.

Service de M. le dr Péan. — Visite à 9 h. Consultations lundi, mercredi, vendredi. Leçon et opération le samedi. Spéculum le mardi. — Salle Saint-Augustin : 4, mammite double chez un jeune homme de 16 ans. — Salle Sainte-Marthe : 23 : lipomes symétriques, 44, sarcome de la paroi abdominale ; 54, restauration de la paupière inférieure.

Service de M. le dr Duplay. Visite à 8 h. 1/2. Consultations mardi, jeudi, samedi. Leçons et opérations le jeudi. Examen des yeux et des oreilles le lundi. Spéculum vendredi. — Salle Saint-Augustin : 13, plaie pénétrante de l'articulation métacarpo-phalangienne. — Salle Ste-Marthe : 68, rétrécissement syphilitique de l'isthme du gosier, trachéotomie préventive.

Hopital de la Pitié. Service de M. Verneuil. Visite à 8 h. 1/2. Clinique et opérations lundi, mercredi et vendredi, à 10 h. Salle St-Augustin (F.): 2, ostéite du grand trochanter; 9, rétrécissement du rectum; 13, périostite rhumatismale; 29, 30, épithélioma utérin. — Salle St-Louis (H.): 1, polype naso-pharyngien ; 2, tumeur mélanique du dos du pied; 14, calcul vésical, lithotritie; 13, hématocèle du scrotum; 25, symblépharon; 29, double luxation coxo-fémorale congénitale.

Service de M. Dumontpallier. Visite à 8 h. 1/2. Salle St-Raphaël (H.): 1, insuffisance aortique; 7, rétrécissement de l'œsophage, épithélioma de la bouche; 15, insuffisance et rétrécissement aortiques ; 27, carcinome de l'estomac; 33, carcinome du poumon et de la plèvre. — Salle Ste-Eugénie (F.): 2, pneumonie; 5, rhumatisme, endocardite; 6, hématocèle péri-utérine; 9, albuminurie; 16, kyste hydatique du foie; 20, fièvre intermittente; 32, pneumonie; 36, rhumatisme.

Service de M. Desnos. Visite à 9 h. 1/4. Salle Ste-Geneviève (F.): 5, insuffisance mitrale; 13, lésion mitrale et aortique, cirrhose; 16, rétrécissement mitral; 19, paralysie générale; 26, double névralgie faciale; 27, hystéro-épilepsie; 35, tumeur de l'isthme de l'encéphale. — Salle Ste-Marthe (H.) : 1, 9, 48, 53, ataxie locomotrice; 2, alcoolisme chronique; 15, mal de Bright; 24, paralysie agitante; 30, cachexie palustre; 35, 40, hydro-pneumothorax, 43, sclérose en plaques.

Service de M. Gallard. Visite à 8 h. 1/2. Salle du Rosaire (F.): 1, métrite post-puerpérale; 3, kyste du foie; 5, chlorose; 7, métrite; 13, phlegmon péri-utérin; 16, hystérie; 34, 39, hématocèle péri-utérine; 37, pelvi-péritonite. — Salle St-Athanase (H.): 1, alcoolisme; 5 affection mitrale; 30, ataxie locomotrice; 35, asystolie; 56, pneumonie du sommet; 44, rhumatisme; 53, paralysie des extenseurs, saturnisme; 29, cirrhose.

Hopital Beaujon. — *Médecine* : Service de M. Gubler. (Tous les matins à 8 h. 1/4.) Salle St-Louis (H.) : 5, alcoolisme, aphasie; 13, affection stomacale, mastite; 21, pleurésie gauche; 22, saturnisme, anesthésie et tremblement; 28, double lésion mitrale, hématurie; 26, 27, 28, saturnisme. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 2, lésion aortique, dilatation de l'aorte; 4, mamelle irritable; 14, aphasie, syphilis.

Service de M. Moutard-Martin (9 h.). Salle St-François (H.): 12, cirrhose hypertrophique; 27, pleurésie double, tubercules. — Salle Ste-Claire (F.): 5, myélite; 24, rétrécissement mitral.

Service de M. Millard. (8 h. 1/2.) : Dyssenterie cholériforme; 4, tumeur cérébrale, syphilis, saturnisme; 5 *bis*, ulcère rond; 6, rhumatisme blennorrhagique; 14, péricardite; 15, fièvre typhoïde, pneumonie double. — Salle Ste-Monique (F.) : 2, pleurésie; 8, myélite; 18, abcès musculaire, convalescence de fièvre typhoïde.

Service de M. GUYOT (8 h.). Salle Saint-Jean : 4, pneumonie avec congestion pulmonaire; 11, rhumatisme articulaire aigu avec péricardite; 22, myélite chronique; 26, gangrène pulmonaire; 30, purpura rhumatismal. — Salle Ste-Pauline : 4, insuffisance mitrale, asystolie; 5, cirrhose cardiaque; 10, pleurésie aiguë, thoracentèse; 12, érysipèle de la face.

Chirurgie. Service de M. DOLBEAU (Opérations les jeudis.). Pavillon I : 17, fracture du rocher, contusion cérébrale; 19, écrasement des annulaire et médius droits; 31, luxation intra-coracoïdienne de l'épaule gauche; 43, lymphangite digitale consécutive à une plaie de la main; 47, épithélioma de la région cervicale gauche; 54, gommes de la langue. — Salle Ste-Clotilde (F.): 3, abcès chronique symptomatique d'une lésion des côtes gauches; 21, vaste abcès sous-mammaire symptomatique d'une lésion des côtes droites; 30, phlegmon de la fosse ischio-rectale symptomatique d'un abcès de la glande vulvo-vaginale; 32, fistule stercorale; 38, chancre mou de l'anus.

Service de M. LEFORT. (Opérations le mercredi). Pavillon II (H.): 10, 50, hydarthrose aiguë, traumatique; 11, coxalgie et albuminurie; 16, fracture de l'acromion; 36, sarcome du 4[e] espace intermétacarpien; 40, rupture de l'urèthre; 57, perforation du globe oculaire; 20, abcès poplité; 24, carie de l'olécrâne; 28, abcès du sinus maxillaire; 34, fracture du conduit auditif externe. — Salle Ste-Agathe (F.): 1, kyste suppuré du foie; 6, abcès profond de la paroi abdominale; 8, cancer de la paroi thoracique.

Le gérant : BOURNEVILLE

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 7. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 17 FÉVRIER 1877.

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE.

COLLÉGE DE FRANCE. — **M. RANVIER.**

Neuvième leçon (*Suite.*) (1).

Recueillie par le docteur J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Spectres de diffraction produits par les réseaux parallèles : La striation transversale de la substance musculaire réalise les conditions optiques d'un réseau. — Spectres des muscles : énoncé des lois qui président à leur production et à leurs variations d'étendue. — Spectres produits par un muscle vivant, à l'état de moyenne extension : variations du spectre pendant la contraction. — Le spectre musculaire est continu pendant le repos, la contraction, le retour à l'état de repos : Son étendue varie seule. — Spectre du muscle contracté-tendu. Description de l'appareil. — Applications à la théorie de la contraction musculaire. L'inversion de la striation au moment de la contraction, et l'effacement de cette striation dans le stade intermédiaire de Merkel n'existent pas. — La contraction peut s'effectuer sans que la striation transversale subisse de modifications appréciables.

Messieurs,

Je me propose de consacrer une partie de cette leçon à l'étude du spectre produit par les muscles striés ; non que cette propriété des muscles soit en anatomie générale d'une importance extrême, mais parce que je pense qu'elle nous pourra fournir des faits intéressants par rapport au mécanisme intime de la contraction. Pour arriver à prendre une bonne idée de la façon dont cette dernière s'exécute, nous ne devons en effet négliger aucune donnée, si minime qu'elle paraisse être au premier abord.

J'ai montré (2) que les stries transversales des faisceaux musculaires agissent sur la lumière blanche pour produire des spectres. J'ajouterai que ce résultat pouvait être prévu théoriquement, car la striation transversale qui résulte, dans un faisceau primitif, de la succession à intervalles égaux et très-minimes, de disques épais et de bandes claires, réalise exactement les conditions de ce que l'on appelle en optique *un réseau*.

Les réseaux des physiciens sont en effet constitués par une série de raies, alternativement opaques et transparentes, très-rapprochées et équidistantes. On les obtient en traçant sur une lame de verre, à la pointe de diamant, des stries fines et parallèles. Un micromètre, par exemple, est un *réseau* dans lequel les intervalles entre deux traits consécutifs représentent des ouvertures dont les bords peuvent devenir le siége de phénomènes de diffraction. Si maintenant l'on vient à regarder, à travers un pareil système, une fente lumineuse parallèle aux stries du réseau, l'on verra se produire, à droite et à gauche de cette fente et successivement : 1° une bande noire ; 2° un spectre d'une pureté très-grande, et dont la partie violette sera orientée du côté de la fente ; 3° une seconde bande obscure plus étroite que la première ; 4° enfin, une série de spectres de plus en plus étalés, de moins en moins lumineux et empiétant les uns sur les autres. J'ajouterai que la largeur des spectres et que celle de la bande obscure qui sépare le premier spectre des bords de la fente sera d'autant plus grande que les stries du réseau seront plus rapprochées les unes des autres. De telle sorte que si nous supposons que dans un réseau donné, les intervalles des traits parallèles viennent à diminuer subitement d'étendue, le spectre s'agrandira, et en même temps il s'éloignera de la fente lumineuse (3).

Vous reconnaitrez bientôt, Messieurs, l'utilité des quelques notions physiques qui précèdent. Actuellement, je dois vous indiquer comment l'on démontre que les muscles striés décomposent la lumière comme les réseaux. Je choisis pour cela le muscle couturier de la grenouille. C'est un muscle mince comme une lanière, dont toutes les fibres sont parallèles, dont l'épaisseur est sensiblement égale aux divers points de sa hauteur, et qui est en outre suffisamment transparent pour permettre l'observation des spectres. Ce muscle rapidement détaché de ses deux insertion extrêmes est porté sur une lame de verre, étalé longitudinalement, tendu à ses deux extrémités pour éviter qu'il ne se forme des plis de rétraction, et recouvert enfin d'une lamelle sans addition d'aucun liquide. Je vous ferai remarquer, Messieurs, que ce muscle est parfaitement vivant, et que soumis à des excitations convenablement dirigées il fournir ait une contraction énergique. En second lieu, vous voyez que je l'ai orienté de telle façon, que sa striation transversale soit dirigée perpendiculairement aux grands côtés du rectangle allongé formé par la lame de verre, de manière que je pourrai facilement disposer à volonté mon réseau musculaire parallèlement à une fente lumineuse quelconque.

Si maintenant je place devant mon œil et très-près de lui, une pareille préparation, de façon à ce que son axe de figure soit perpendiculaire à une fente lumineuse que j'observe à travers le muscle (1), il apparaît de chaque côté de cette fente un spectre assez pur auquel font suite deux ou trois autres spectres à la fois moins éclatants et moins bien définis. Nous vérifions expérimentalement de cette manière l'existence des spectres musculaires, mais il est nécessaire d'aller plus loin et de déterminer les modifications qu'amèneront, dans les spectres de diffraction, l'état de tension ou de relâchement du muscle.

Sur une grenouille immobilisée par la destruction de la moelle épinière, je découvre les muscles de la cuisse et, au moyen de la pince et des ciseaux, je sépare, sans le blesser, le couturier de la masse musculaire crurale après avoir sectionné son insertion inférieure. Le muscle est de la sorte isolé dans toute sa longueur. Je saisis ensuite d'une main la grenouille entière, de l'autre, le chef libre du couturier et j'observe, au travers de ce muscle horizontalement tendu au-devant de mon œil, une fente lumineuse pratiquée dans un écran ou ménagée entre les volets très-légèrement entre-ouverts d'une chambre noire. Supposons maintenant que le muscle soit artificiellement maintenu à l'état de moyenne extension, il donnera des spectres symétriques très-nets dont l'étendue sera facilement déterminable. Si j'augmente alors l'extension, la longueur des spectres diminuera, et simultanément ils se rapprocheront de la fente. Si je laisse, au contraire, le muscle revenir sur lui-même, les spectres deviendront plus étendus; ils se rapprocheront en même temps les unes des autres et s'éloigneront du bord de la fente lumineuse.

Ce premier résultat indique d'une manière certaine que, lorsque l'extension a été portée à son maximum, les traits obscurs du réseau musculaire, formés par les disques épais, se sont éloignés les uns des autres. Que dans le muscle revenu sur lui-même, ces disques se sont au contraire rapprochés. Mais il importe maintenant de voir comment se

(1) Voir les n°s 4, 5, 6, 8, 11, 14, 17, 19, 25 et 30 de 1876 ; n°s 1 et 2 de 1877.

(2) Comptes-rendus de l'Académie des sciences, 1er juin 1874.

(3) Soient, pour deux réseaux donnés, et par rapport à l'observateur, α et α' les angles au sommet des cônes lumineux interceptés par chacun des spectres correspondants. Le nombre des stries n et n' contenu, pour chaque réseau, dans l'unité de longueur, s'exprime en fonction de α et α' de la manière suivante :

$$\frac{n}{n'} = \frac{\sin \alpha}{\sin \alpha'}$$

(1) La manière la plus simple de voir le spectre est de placer la préparation très-près de l'œil droit, le gauche étant fermé, puis de disposer derrière elle soit un écran muni d'une fente verticale, sort plus simplement la main en laissant deux doigts très-légèrement écartés. On peut aussi se placer au fond d'une chambre après avoir fermé les volets de la fenêtre de façon à ne laisser entre eux qu'une étroite fente lumineuse.

comporte le spectre musculaire dans le muscle qui se contracte normalement. Les alternatives d'extension et de relâchement opérées par des moyens mécaniques sur ce muscle, même vivant encore, ne sauraient en effet remplacer la contraction elle-même.

Je vous ai montré déjà, Messieurs, que es muscles striés des batraciens conservent leur contractilité longtemps après avoir été retranchés du corps de l'animal. Nous allons utiliser cette propriété pour l'étude des modifications subies par le spectre musculaire au moment de la contraction. J'ai disposé sur une lame de liége, L, fixée à un support, S, et enduite d'une couche de cire d'Espagne afin d'obtenir une isolation parfaite, une borne B' échancrée à sa partie supérieure et recevant un fil E' communiquant avec le pôle négatif d'un appareil à courants interrompus. Sur une tige métallique, D, peut glisser une borne semblable, B, communiquant avec le pôle positif. Je vais maintenant enlever à une grenouille, avec précaution, le muscle couturier, en ayant soin de le détacher exactement au niveau de ses insertions tendineuses, de telle façon qu'aucun de ses faisceaux primitifs ne soit sectionné dans sa continuité. Je fixe le muscle entre les deux bornes, dans un état de moyenne extension (que j'obtiens facilement en faisant glisser d'un degré convenable la borne mobile sur la barre, D, qui la soutient). Ce muscle est, comme vous le voyez, parfaitement intact ; il est maintenu, dans l'échancrure supérieure de chacune des bornes, par une vis de pression, C, qui ne porte que sur les portions tendineuses de ses deux chefs, et, cela par l'intermédiaire d'un tasseau de liége (*Fig. 5*). Il est donc protégé, sur le point même où il est serré, contre une compression trop inégale telle que celle qui résulterait de l'application immédiate de la pointe de la vis à sa surface.

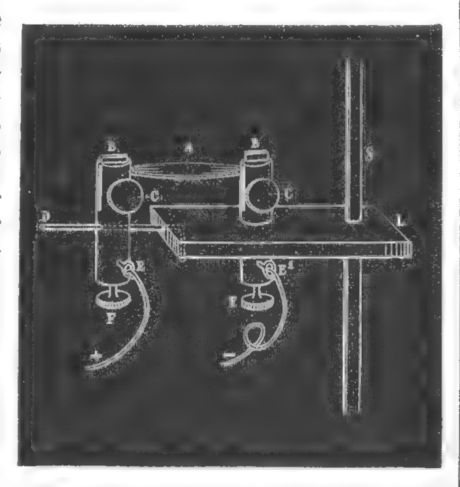


Fig. 5. — Appareil pour l'excitation d'un muscle teudu. S, support. L, lame de liége enduite de cire d'Espagne portant la borne B', qui reçoit le fil négatif E¹ — D. tige de fer portant la seconde borne B, qui reçoit le fil positif, E. A, Muscle couturier de la grenouille tendu entre les deux bornes. F F, vis de pression destinées à fixer les fils E E¹ ; — C C, vis de pression destinées à maintenir les chefs du muscle entre les mors des deux bornes.

Je dispose tout ce système, soutenu par un support, de telle façon que l'axe du couturier soit orienté perpendiculairement à la direction d'une fente lumineuse pratiquée dans un écran ou dans les volets qui ferment une chambre noire. Je me place ensuite derrière l'appareil pour observer, au travers du muscle, la fente lumineuse et les spectres qui la bordent. Vous voyez, Messieurs, qu'à l'aide d'un appareil ainsi disposé je puis non-seulement observer facilement les spectres, mais à volonté faire subir au couturier de la grenouille des excitations qui produiront, soit des secousses d'ouverture ou de rupture du courant, soit la tétanisation du muscle. Une seule secousse suffit pour faire contracter la masse musculaire simplement fixée dans l'état d'extension légère. Il est facile de voir alors le spectre s'élargir et s'éloigner de la fente. Le spectre musculaire existait avant le moment de la contraction. Il existe pendant la durée très-brève de cette dernière, il subsiste encore après que le muscle est revenu au repos. *En aucun moment, il n'a cessé d'être visible, son étendue seule s'est modifiée.*



Fig. 6. — Détails d'une des bornes. A. coupe d'un des chefs du muscle tendu ; — B, tasseau de liége protecteur; C, vis de pression serrant le muscle; D, coupe de la tige métallique ; — E. insertion du fil conducteur.

Parmi les objections nombreuses que l'on peut opposer à la théorie de l'inversion de la striation musculaire, proposé par Merkel, ce fait occupe le premier rang. Vous vous rappelez en effet, Messieurs, que d'après la manière de voir de Merkel, au moment de la contraction, la disposition de la striation transversale de la substance musculaire est absolument changée ; de telle façon que si l'on considère les deux images successives du muscle à l'état de repos et du muscle contracté, ces deux images deviennent inverses l'une de l'autre. Bien plus, entre l'état de repos et l'état de contraction, Merkel admet un état particulier, *le stade intermédiaire* pendant lequel toute striation transversale disparaît. Vous comprendrez facilement que si ce stade existe, la striation disparaissant, le muscle cesse d'être optiquement un réseau parallèle, et qu'il doit cesser en même temps de donner lieu à la production d'un spectre de diffraction. Nous venons de voir, au contraire, que l'existence du spectre est absolument continue, que les dimensions seules de ce dernier sont variables. Ce fait exclut donc nécessairement l'existence du stade intermédiaire admis par Merkel et vient fortement à l'encontre de sa théorie de l'inversion de la striation musculaire. (*Fig. 7*).

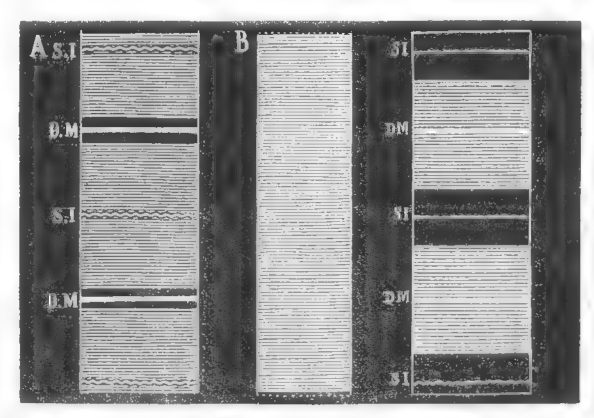


Fig. 7.—Schéma des 3 stades de la contraction d'après Merkel.—A, repos. B, stade intermédiaire — la dernière figure représente le stade d'Inversion. — S. Strie intermédiaire, D M disque mince. — Les hachures parallèles figurent la substance contractile des disques épais.

Nous pouvons même aller plus loin, et démontrer, par l'observation du spectre fourni par les muscles, que la contraction musculaire peut s'effectuer sans qu'il survienne aucun changement dans la striation transversale. Chacun sait, en effet, que les muscles ne se raccourcissent pas toujours lors qu'ils se contractent. J'étends le bras et je place ainsi le biceps dans l'extension complète. Par un effort de volonté, je puis maintenant provoquer une contraction véritable dans ce muscle exactement tendu qui se durcit comme tout muscle contracté sans cependant se raccourcir. Que devient, dans un pareil cas, le spectre musculaire? Il est facile de le déterminer à l'aide du petit appareil qui vient de servir à la précédente expérience. Il nous est, en effet, possible de tendre exactement, sur la lame de liége, le couturier de la grenouille, et de provoquer ensuite sa contraction par une secousse de clôture ou d'ouverture. Observons le spectre dans ces conditions : *Avant, pendant, après la contraction, son étendue reste absolument la même.* Ceci revient à dire que le réseau musculaire est resté identique à lui-même pendant tout ce temps, ou encore que *la striation transversale n'a subi aucune modification appréciable.* Le même résultat est obtenu lorsqu'on fait contracter le

couturier par une seule secousse, ou lorsqu'à l'aide d'excitations réitérées, on l'a tétanisé dans l'état d'extension. La seule conclusion à tirer d'un pareil fait est qu'il n'est nullement nécessaire qu'il survienne dans la striation musculaire, au moment de la contraction, un changement fondamental analogue à ceux imaginés par Merkel dans son *stade intermédiaire* et dans son *stade d'inversion*. L'on n'objectera pas ici que l'action de l'électricité a fatigué le muscle, je l'excite de nouveau et il se contracte, démontrant par cela même la conservation de son énergie et de sa vitalité.

Messieurs, les expériences que je viens de répéter sous vos yeux, auraient un intérêt médiocre si elles étaient simplement destinées à battre en brèche une théorie. Elles ont une importance toute autre ; vous le reconnaîtrez lorsque nous discuterons, dans la leçon prochaine, le mécanisme de la contraction musculaire. Mais avant d'aborder cette importante question je dois vous fournir encore quelques notions de chimie biologique sans lesquelles il vous serait difficile de bien comprendre les faits ultérieurs.

(*A suivre*).

MALADIES DE LA PEAU

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LAILLER.

Des teignes.

Leçons recueillies par LANDOUZY, revues par le professeur (1).

IVe LEÇON. — **Trichophytie du cuir chevelu. — Teigne tondante.**

J'arrive, Messieurs, au traitement : je ne vous parlerai pas de tous les moyens, de tous les agents qu'on a essayé contre la tondante, je vous signalerai seulement les médications éprouvées dont vous devez attendre des résultats sérieux.

Le moyen le meilleur et le plus efficace est assurément l'épilation de la plaque envahie par le parasite, mais, l'emploi de ce moyen est bien autrement difficile que dans la teigne faveuse ; dans la tondante, la fragilité extrême des cheveux fait qu'on a toutes les peines du monde à les arracher, et que, laissant la racine du poil dans le follicule on n'en extrait pas les spores qui les infiltrent. C'est dans l'épilation inévitablement incomplète que doit être cherchée la cause de la durée aussi longue de la tondante. En même temps que l'épilation se propose d'enlever avec les cheveux les spores qui les infiltrent, elle a pour but de faire pénétrer les parasiticides dans les follicules ; les plus employés sont des solutions de sublimé de concentration différente: celles qui sont le plus en usage varient de 1 pour 300 à 1 pour 1,000.

Dans l'intervalle des épilations et des lotions de sublimé, on fait, chaque jour, des onctions avec de la pommade au turbith au trentième. On fait des lotions savonneuses tous les jours ou tous les deux jours. M. Bazin qui a institué ce traitement dans ce service même avait l'habitude de cesser l'épilation après la troisième ou la quatrième séance : j'ai cru, Messieurs, devoir faire plus et répéter les épilations tant que des examens minutieux et rapprochés me montraient quelques cheveux qui cassaient. Cette pratique que je vous recommande m'a été imposée par la rentrée dans nos salles de plusieurs enfants qu'on croyait guéris à en juger par la durée du traitement et le nombre des séances d'épilation. L'exeat de nos petits malades, je vous l'ai déjà dit, est une question fort importante et fort délicate puisque, incomplétement guéris, ils peuvent devenir pour leur famille une source de contagion. Aussi, Messieurs, c'est là une recommandation majeure, ne vous basez pour porter un jugement ni sur la durée de la maladie ni sur le nombre des épilations, l'examen seul du malade et une patiente expectation peuvent vous mettre en garde contre de cuisants déboires : la tondante, vous me l'entendrez répéter souvent, est une maladie dans laquelle il faut aller lentement pour arriver sûrement.

(1) Voir les nos 45, 46, 51 et 52, de l'année 1876 et nos 3 et 6 de 1877.

Souvent vous me voyez, à la consultation, faire raser les cheveux des enfants qui paraissent guéris d'une tondante, cette prescription a pour but de faire pousser les cheveux plus vite et plus vigoureux : à l'hôpital, j'hésite à prescrire la rasure à cause des dangers qu'elle fait courir aux malades, je crains toujours et n'ai que trop de raisons de craindre la promiscuité du rasoir. Je ne puis douter, par exemple, que ce soit par le rasoir qu'ait été propagée la tondante à ce jeune comptable de dix-sept ans dont je vous ai parlé déjà et que je faisais raser deux fois par semaine pour une pelade.

Si j'ai pu vous dire, à propos du favus, qu'il y aurait progrès à substituer une médication efficace à l'épilation, *à fortiori* vous le répéterai-je à propos de la tondante puisque, dans cette teigne, aux inconvénients déjà signalés de l'épilation, viennent s'ajouter des difficultés et des désidérata inhérents à la nature même de la maladie, à la fragilité si grande des cheveux. Si, malgré ces inconvénients, vous nous voyez persévérer dans l'épilation, soyez sûrs que cela tient, à ce que, après bien des essais, après bien des tâtonnements, après bien des recherches, nous avons été forcé de revenir à ce moyen qui, en somme, est encore ce que nous connaissons de meilleur et de moins long. Je ne vous ferai pas l'histoire de tous les parasiticides qu'on a cherché à employer d'emblée et dont l'application sur les plaques malades devaient les pénétrer, enrayer l'affection et l'étouffer sur place. Ce qui, après l'épilation, donne les meilleurs résultats c'est assurément l'inflammation de la peau, que celle-ci ait été provoquée par les grattages des enfants, par une poussée eczémateuse secondaire ou par quelques topiques irritants. Dans ce sens, il vous paraîtra fort logique de chercher à provoquer de la dermite par un des nombreux procédés que chacun s'ingénie à trouver pour remplacer l'épilation et faire mieux et plus vite qu'elle. C'est dans ce sens que vous m'avez vu employer comparativement le perchlorure de fer, l'eau salée et le croton tiglium.

Vous avez pu vous convaincre, Messieurs, que tous nos essais ont été peu encourageants : vous avez vu que dans les rares cas où la guérison est survenue, elle s'est fait attendre plus longtemps que par l'épilation. Vous avez vu que le plus souvent nous avons échoué, vous avez vu aussi que, plus d'une fois, il nous a fallu arrêter et modérer la dermite que nous avions provoquée, cette dermite s'étendant en largeur et en profondeur bien plus loin que de raison : nous avons pu toujours l'arrêter mais, dans quelques cas, il s'en est peu fallu qu'elle ne fût assez intense pour laisser à sa suite des cicatrices et une alopécie définitive, accidents que vous n'aurez jamais à redouter avez l'épilation; c'est là, je vous l'ai dit, une considération très-importante et bien faite pour rendre très-réservé dans la recherche de nouveaux procédés de traitement.

Le malheur est, dans tous les moyens proposés, qu'on n'ait pas encore pu trouver d'agents qui amenassent avec certitude et dans des conditions de même intensité une dermite compatible avec une sorte d'exsudation des cheveux et de leurs champignons, compatible surtout avec la repousse des cheveux. Ces propriétés d'enflammer le derme, de tuer les parasites et de ne point altérer les follicules semblaient, à en croire quelques médecins de marine, exister dans la poudre d'Arraroba; malheureusement les nombreux essais que vous nous avez vu faire tant dans la tondante que dans la pelade, ont montré que si cette poudre est efficace contre l'herpès circiné, ce que je ne puis ni affirmer ni contredire, elle échoue dans le traitement des teiges tonsurante et pelade.

Un topique encore assez souvent employé avec des résultats divers, est la teinture d'iode soit seule, soit mêlée à d'autres substances. Quant à moi j'y ai renoncé pour la teigne tondante après un certain nombre d'essais infructueux.

Dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux le 25 mai 1876, M. le docteur Lespiau (d'Amélie-les-Bains), dit s'être bien trouvé de son emploi dans une endémie de trichophytie céphalique et cutanée qu'il a eu l'occasion d'observer.

Voici sa formule :

Tannin	1 gramme.
Teinture d'iode	10 —
Glycérine	20 —

Je n'ai de cette préparation aucune expérience personnelle.

Je terminerai, Messieurs, ce que j'ai à vous dire du traitement, comme j'ai commencé, je vous engagerai à recourir à l'épilation comme étant aujourd'hui la seule médication éprouvée donnant des résultats relativement satisfaisants : ce n'est pas à dire pourtant que les tentatives faites pour provoquer de la dermite et aboutir à une sorte d'épilation spontanée doivent être abandonnées. Telle n'est pas ma pensée car je crois, je veux l'espérer du moins, l'épilation destinée à disparaître un jour ou l'autre. Le croton tiglium dont je vous parlais tout-à-l'heure aurait donné, entre les mains des médecins de Lyon, des résultats tout autres que ceux dont je vous ai rendus témoins : M. le docteur Ladreit de Lacharrière aurait même obtenu de cette médication des effets tellement satisfaisants qu'il déclare (1) avoir guéri, dans un délai variant de six semaines à deux mois, dix-huit enfants atteints de *tondante* depuis un temps variant de six mois à deux et même cinq ans. J'avoue, Messieurs, que de pareils succès, si constants et si rapides me surprennent : peut-être aurions-nous le droit de demander à notre heureux confrère, ce que sont devenus les enfants et pendant combien de temps il les a suivis pour s'assurer que la guérison était radicale.

Quoi qu'il en soit de ces réserves et de mes essais à moi, je me propose d'employer de nouveau l'huile de croton tiglium et de l'employer exactement comme mon confrère : je vous tiendrai au courant de ces expériences que je reprendrai aux premiers jours.

J'ai à peine besoin, de vous dire que, sitôt que vous aurez diagnostiqué chez un enfant une tondante, vous devrez l'isoler : un manquement à cette nécessité formelle exposerait l'orphelinat, l'école ou la famille de l'enfant à la contagion : non seulement l'enfant doit vivre séparé de ses frères ou de ses camarades, mais les objets de pansement et de toilette ne doivent servir qu'à lui. Vous devez en même temps avertir tous les intéressés et de la facilité et des formes de la contagion afin, que, l'attention de chacun éveillée, les têtes des enfants soient peignées avec soin, les avant-bras, le dos des mains, la figure des grandes personnes soient fréquemment examinés, de cette façon les effets de la contagion seront singulièrement atténués, car une tondante ou de l'herpès circiné viendraient-ils à se montrer, l'intervention médicale pourrait être immédiate et rapidement efficace.

Une partie difficile et délicate du traitement de la tondante est la fin, le moment où l'enfant paraît guéri. Je vous l'ai dit déjà et ne saurais trop vous le répéter, mettez une prudence extrême à prononcer le mot guérison, examinez à plusieurs reprises le cuir chevelu et assurez-vous que nulle part il n'y a de cheveux qui cassent. Vous aurez, dans la pratique, à résister aux sollicitations des parents qui veulent rendre leur enfant à la vie de famille et à la vie d'école, ne vous laissez pas influencer par ces pressions fort respectables, demandez des délais pour formuler votre jugement, réexaminez attentivement pour vous assurer que la guérison ne se dément pas, alors seulement déclarez que l'enfant vous paraît guéri. J'ai la conviction, Messieurs, que si les médecins ne se départissaient pas de cette ligne de conduite, on ariverait à éteindre la tondante qui, dans certaines maisons d'éducation que je pourrais vous citer, pousse et se propage au grand jour. Un autre moyen d'arriver à l'extinction dont je vous parle serait d'exiger, de tout enfant pénétrant dans un établissement public quelconque, asile, ouvroir, école ou atelier, un certificat médical attestant qu'il ne porte aucune affection contagieuse. Ce qui se fait pour la vaccination devrait se faire sans la moindre difficulté pour l'examen du cuir chevelu et de la peau : je voudrais qu'un enfant ne pût pas entrer dans un établissement public porteur d'une teigne ou d'un érythème circiné, je voudrais que l'enfant n'entrât à l'école qu'avec une patente nette. C'est là, Messieurs, quelque chose qui vous paraîtra comme à moi fort utile, indispensable même, mais il en est de cela comme de beaucoup d'autres choses qu'il faut désirer et demander bien longtemps avant de pouvoir les obtenir.

On répond aux nécessités de santé publique que j'invoque par des raisons de liberté individuelle, par des difficultés pratiques sans nombre, on prétend que ce qui est facile pour des cicatrices vaccinales serait difficile, compliqué et contestable pour les affections parasitaires de la peau ? Raisons spécieuses que tout cela, car le jour où ils le voudront, chefs d'institutions, maîtresses d'asiles, directeurs d'orphelinats et patrons pourront s'opposer à l'entrée des teignes dans leurs écoles ou leurs ateliers. C'est à vous, Messieurs, qui allez pénétrer dans les familles, et qui, à des titres divers, serez les défenseurs naturels des intérêts de la santé publique, c'est à vous qu'il appartiendra de plaider cette cause : je ne doute pas, que dans un avenir prochain, vous ne parveniez, sinon à imposer, au moins à faire réclamer la patente nette de tout enfant qui franchira le seuil d'une école ou d'un atelier. (*A suivre.*)

(1) Communication à l'Académie de médecine, 1876. *Bulletin général de thérapeutique*, T: XCI, 15 août 1876, p. 97.

PATHOLOGIE INTERNE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Des dégénérations secondaires de la moelle épinière dans les cas de lésions corticales du cerveau ;

PAR **A. Pitres** (1).

Les lésions destructives de la substance corticale des hémisphères cérébraux déterminent quelquefois des dégénérations secondaires dans le cordon latéral du côté opposé de la moelle épinière (2), mais il n'en est pas toujours ainsi, et dans un bon nombre de cas où l'on rencontre des destructions plus ou moins étendues des circonvolutions cérébrales par d'anciens foyers de ramollissement (plaques jaunes), on ne trouve aucune altération apparente dans les faisceaux latéraux de la moelle. Ludwig Türck avait déjà remarqué cette inconstance des dégénérations secondaires, consécutivement aux lésions de la substance grise corticale et de la substance blanche sous-jacente, et il croyait que ces différences d'effet tenaient à l'étendue plus ou moins grande des altérations. « Des foyers étendus, dit-il, jusqu'à un pouce carré et plus, situés dans la substance blanche des hémisphères cérébraux avec ou sans participation des circonvolutions dans une étendue correspondante, produisent seulement une dégénération du cordon latéral opposé, ou très-légère ou médiocre. Cela ne s'applique pas seulement aux foyers qui atteignent les fibres du corps calleux, mais aussi à ceux qui se trouvent en rapport avec les fibres de la couronne rayonnante. Des foyers jusqu'au volume d'une noisette ne déterminent aucune dégénération secondaire (3). »

M. Charcot (4), traitant ce sujet à son cours de la Fa-

(1) Communication faite à la Société de Biologie (séance du 21 octobre 1876.)

(2) Cette relation entre une lésion corticale du cerveau et une dégénération descendante consécutive, se trouve notée dans plusieurs observations anciennes particulièrement dans un cas étudié par M. Bouchard, dans le service de M. Charcot et rapporté par Trousseau (*Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition, Tome II, p. 604), et dans l'observation VI de la thèse de M. Lépine (*Des localisations dans les maladies cérébrales*, Th. Agrég. Paris, 1875, p. 53.)

(3) Ludwig Türck. — *Ueber secundære Erkrankung einzelner Rückenmarkstrænge und ihres Fortsetzungenbum zum Gehirne* (Kais. akad). der Wissenschaften B. XI, S. 93, p. 10 du tirage à part.

(4) Charcot. — Cours d'anatomie pathologique professé à la Faculté de médecine. Publié in *Progrès médical*, janvier 1876.

culté, enseigna que les dégénérations secondaires de la moelle étaient un résultat constant des lésions destructives de l'écorce des hémisphères cérébraux, lorsque ces lésions siégeaient sur la zone motrice corticale (c'est-à-dire sur les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et sur le lobule paracentral), et qu'inversement les destructions des autres parties de l'écorce cérébrale ne donnaient lieu à aucune altération secondaire de la moelle épinière, quels que fussent leur âge et leur étendue.

Dans le but de multiplier les observations sur lesquelles sont fondées ces propositions, j'ai soumis à un examen attentif, d'après les conseils et sous la direction bienveillante de M. le professeur Charcot, les moelles d'un certain nombre de sujets, sur le cerveau desquels existaient des lésions corticales anciennes, sans altérations concomitantes des noyaux centraux ni des autres parties de l'encéphale. Ces examens ont été faits d'abord à l'œil nu sur les pièces fraîches, puis au microscope sur des coupes, pratiquées après durcissement dans des solutions étendues d'acide chromique, colorées par le carmin, et montées dans le baume du Canada, après avoir été déshydratées par l'alcool absolu et clarifiées par l'essence de térébenthine. Voici le résumé des cinq observations qu'il m'a été donné de recueillir dans le courant de cette année.

Observation I. — Géra..., 76 ans, entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. Charcot) le 5 mai 1876 pour une pneumonie. — Pas d'hémiplégie, mort le 6 mai. A l'autopsie, on trouve sur l'hémisphère droit un large foyer de ramollissement celluleux évidemment fort ancien, ayant détruit la moitié postérieure des circonvolutions du lobule de l'insula, les deux tiers postérieurs du lobule pariétal inférieur y compris le pli courbe et la moitié postérieure de la première et de la deuxième circonvolution temporales. Ce ramollissement n'atteint pas la zone motrice corticale. Corps opto-strié parfaitement sain. — Les pédoncules cérébraux, la protubérance, les pyramides antérieures, la moelle paraissent à l'œil nu, tout-à-fait sains. L'examen microscopique de la moelle, après durcissement, ne révèle aucune altération appréciable; les cordons latéraux, en particulier, ne présentent aucune trace de sclérose.

Observation II. — Chem..., 81 ans, entrée à la Salpêtrière (service de M. Charcot) pour un squirrhe atrophique du sein. Démente, — gâteuse. — Morte le 10 mars 1876 sans avoir jamais été hémiplégique. A l'autopsie, on trouve une oblitération fibreuse du tronc de l'artère cérébrale postérieure gauche, et un vieux foyer de ramollissement celluleux, jaunâtre, long de 7 centimètres, large de 3 centimètres siégeant sur la première et la deuxième circonvolutions sphéno-occipitales. — Corps opto-striés sains. — Comme dans le cas précédent, l'examen le plus attentif, aussi bien à l'état frais que sur des coupes préparées pour l'étude microscopique n'a révélé aucune altération apparente des pédoncules cérébraux, des pyramides antérieures ni des faisceaux latéraux de la moelle.

Observation III (1). — Laul..., 18 ans, hémiplégie infantile gauche consécutive à des convulsions survenues à l'âge de 6 ans, pendant la convalescence d'une rougeole. Epilepsie partielle : contracture des membres du côté gauche. Mort en état de mal épileptique, après une série de 297 accès. A l'autopsie, on trouva une plaque d'atrophie cérébrale, siégeant sur l'hémisphère droit, en avant du sillon de Rolando, et intéressant la circonvolution frontale ascendante et le pied des deux premières circonvolutions frontales, le lobule paracentral était atrophié dans toute son étendue. Noyaux centraux sains. — La capsule interne de ce côté était notablement plus étroite que celle du côté opposé. Il en était de même du pédoncule cérébral droit, de la moitié droite de la protubérance et de la pyramide antérieure droite. Une bande longitudinale de sclérose descendante occupait dans toute la hauteur de la moelle la partie postérieure du cordon latéral du côté gauche. En outre, dans la région cervicale seulement, on trouvait un petit faisceau sclérosé à la partie interne du cordon antérieur droit, ainsi que cela s'observe quelquefois dans les dégénérations secondaires tenant à des lésions des masses centrales.

(1) Cette observation a été communiquée *in extenso* à la *Société de Biologie*, par M. Bourneville, janvier 1876.

Observation IV. — Mull..., 79 ans. Hémiplégie droite datant de 4 ans; contracture des membres paralysés ; sensibilité conservée. A l'autopsie, on trouve un ramollissement cortical jaune, ancien, ayant détruit les deux tiers inférieurs de la circonvolution pariétale ascendante du côté gauche. Les autres parties de l'écorce et les noyaux centraux sont sains. La protubérance est asymétrique : sa moitié gauche est plus petite que la droite.

Atrophie et teinte grisâtre de la pyramide antérieure gauche; cette teinte grise se prolonge sur le cordon latéral droit de la moelle épinière. L'examen microscopique a porté seulement sur le bulbe. Sur toutes les coupes, on constate un aplatissement très-notable de la pyramide antérieure gauche et un îlot losangique de sclérose, très-nettement limitée, et siégeant à la partie antéro-interne de cette pyramide.

Observation V. — Merl..., 10 ans, entrée à la Salpêtrière (service de M. Charcot), le 2 janvier 1876, pour une hémiplégie infantile droite survenue à la suite de convulsions. Epilepsie partielle ; parésie avec contracture des membres du côté droit ; sensibilité conservée. A l'autopsie, on trouve un ramollissement avec atrophie de tout le lobule paracentral du côté gauche, et du tiers antérieur du lobe carré. Ce ramollissement s'étend à peine de 1 centimètre dans l'extrémité supérieure des circonvolutious frontale et pariétale ascendantes. Intégrité complète des noyaux centraux. La moelle a été examinée après durcissements. Sur des coupes, préparées par les procédés ordinaires, on voit qu'il existe dans toute la hauteur de la moelle, une tache de sclérose fasciculée, siégeant à la partie postérieure du cordon latéral du côté droit, ne différant, par aucun de ses caractères histologiques, des scléroses fasciculées secondaires tenant à des lésions des masses centrales.

En résumé, dans les cinq observations qui précèdent et qui se rapportent toutes à des lésions purement corticales, c'est-à-dire à des lésions intéressant seulement la substance grise des circonvolutions et la substance blanche immédiatement sous-jacente sans atteindre les ganglions centraux, nous trouvons la moelle saine dans deux cas et atteinte d'une sclérose latérale secondaire dans trois cas. Dans les deux cas où la moelle était saine, les lésions cérébrales étaient relativement très-étendues, mais elles siégeaient en dehors de la zone motrice corticale, et de même qu'elles n'avaient pas déterminé d'hémiplégie permanente, elles n'avaient donné lieu à aucune dégénération secondaire de la moelle. Dans les trois autres cas, les lésions cérébrales étaient beaucoup moins étendues, mais elles siégeaient sur la zone motrice corticale ; aussi avaient-elles déterminé, en même temps que des troubles permanents de la motricité, une dégénération secondaire de la moelle. Ces faits confirment donc les enseignements de M. le prof. Charcot, et démontrent par une voie indirecte, que les faisceaux de fibres motrices de la moelle, ont des rapports plus immédiats avec certaines parties de l'écorce du cerveau qu'avec les autres, puisque les lésions de toutes les régions de l'écorce ne réagissent pas également sur la moelle épinière. A ce point de vue, on peut formuler les conclusions suivantes :

1° Les lésions destructives, même très-étendues, de l'écorce des hémisphères cérébraux ne déterminent pas de dégénération secondaire de la moelle lorsqu'elles siégent en dehors de la zone motrice corticale.

2° Les lésions destructives, même peu étendues de l'écorce des hémisphères cérébraux, donnent lieu à des dégénérations secondaires de la moelle lorsqu'elles siégent sous la zone motrice corticale ;

3° Les fibres nerveuses des cordons latéraux de la moelle, sont donc en rapport plus immédiat avec les parties de l'écorce du cerveau qui sont affectées à la motricité qu'avec le reste des circonvolutions cérébrales.

BULLETIN DU *PROGRES MÉDICAL.*

Les Médecins étrangers en France

Quand l'année dernière (*Progrès médical*, n° 28) nous avons signalé la présentation par M. Roger-Marvaise d'un projet de loi modifiant les conditions auxquelles peuvent exercer en France les médecins étrangers, nous pensions bien que certains intéressés ne le verraient pas avec plaisir. Il ne faut pas demander aux pirates d'applaudir à l'envoi d'une croisière. Mais nous aurions juré que nulle part au dehors cette réforme si simple, si bien justifiée et empruntée d'ailleurs aux législations voisines, ne soulèverait la moindre opposition. C'était une erreur et nous comptions sans nos hôtes : la presse anglaise nous l'a fait bien voir.

Certes nous admirons, en l'enviant pour notre pays, la jalouse protection dont l'Angleterre couvre partout les intérêts de ses nationaux. Pourtant, on doit reconnaître que cette sollicitude vigilante s'est quelquefois laissé entraîner, par son énergie même, à des excès et à des erreurs. Il est arrivé à la nation britannique, mal informée ou habilement circonvenue, de soutenir les réclamations d'individus peu respectables, de se soulever contre des griefs imaginaires et, dans son ardeur, d'oublier que les autres gouvernements ont aussi le devoir de défendre les intérêts de leurs concitoyens. Nous ignorons jusqu'à quel point l'opinion anglaise s'est émue des affirmations de la presse, mais nous aimons à croire que, s'il existe, à propos du projet Roger-Marvaise, quelque agitation de l'autre côté du détroit, elle cessera dès qu'on y reconnaîtra la vérité jusqu'ici étrangement défigurée.

C'est le *Court Circular* qui s'est le premier élevé, dans son numéro du 23 décembre 1876, contre la proposition Roger-Marvaise. Ensuite la *Pall Mall Gazette* a répété, le 28 décembre, les mêmes doléances, sur la foi d'un correspondant officieux, dont la lettre ressemble singulièrement par le fond à l'article du premier journal : on dirait deux jumeaux. D'après ce personnage, le projet de loi en question, caractéristique de l'esprit d'égoïsme singulièrement mesquin et aveugle des personnages de l'Université d'ici, tend à interdire l'exercice de la médecine en France aux médecins étrangers, quelque éminents qu'ils puissent être. Si la *Pall Mall Gazette* avait demandé des renseignements à son correspondant ordinaire, il lui aurait appris que M. Roger-Marvaise, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, ne tient ni de près ni de loin à l'Université, quelles que soient d'ailleurs la largeur ou l'étroitesse de son esprit, et que sa proposition a pour but unique de traiter les praticiens étrangers résidant en France absolument comme les praticiens français, sans donner aucun privilége aux premiers. Il lui aurait dit aussi qu'il faut avoir perdu l'esprit ou être d'une bien insigne mauvaise foi pour avancer que Jenner ou Paget ne pourraient plus venir en France voir un de leurs clients sans être astreints d'abord à subir cinq examens et à justifier de leur instruction préliminaire. Et peut-être aurait-il insinué que le journal s'était fait tort en ouvrant ses colonnes à des communications renfermant de pareilles énormités qu'un haussement d'épaules suffit à réfuter. L'officieux n'a pas lu le projet de loi; il ne connaît pas davantage nos règlements scolaires. Quoi qu'il en dise, M. Waddington a eu raison de refuser à un élève anglais l'autorisation d'aller après deux années d'études suivre les hôpitaux de Londres, en continuant à prendre ses inscriptions à Paris, parce que cet élève choisissait, pour s'éloigner de nos hôpitaux, le moment précis où le règlement y exigeait sa présence journalière. Le ministre a respecté la règle et nous refusons de croire qu'un professeur en ait manifesté son indignation.

Les autres journaux politiques n'ont guère fait que reproduire sous une forme un peu différente, les mêmes affirmations erronées. Il y a cependant quelques variantes sur l'origine du projet; les uns, comme la *Pall Mall Gazette*, se figurent que l'auteur est un universitaire renforcé; les autres prétendent, comme le *Court circular*, que le projet de loi a été inspiré par la plus indigne et la plus inqualifiable jalousie professionnelle. Quand cela serait, cela ne prouverait rien contre le mérite intrinsèque de ce projet; depuis quand juge-t-on l'arbre à sa racine? Mais cela n'est pas vrai; les médecins français ne sont point jaloux de leurs confrères étrangers; ils demandent seulement la fin d'un régime arbitraire, qui les expose à la concurrence de charlatans de tous pays.

On a le droit de s'étonner que la presse anglaise se laisse ainsi effrayer, sans nulle vérification par un véritable fantôme. Mais si à la rigueur on comprend que les feuilles politiques accueillent un peu hâtivement des renseignements faux, il est plus fâcheux que nos confrères de la presse médicale subissent aussi l'influence de déclamations sans fondement. C'est avec peine que nous voyons la *Lancet* (6 janvier), qualifier le projet de mesure cruelle et déraisonnable, ayant pour but évident d'interdire la résidence en France aux praticiens étrangers qui n'y auront pas fait toutes leurs études, et n'être pas très-éloignée de croire qu'on voudrait empêcher même la consultation ou la visite accidentelle d'une célébrité anglaise. — Le *British medical Journal* ne va pas aussi loin, et il admet que le système actuel d'autorisation ouvre la porte à de nombreux abus; seulement il croit le remède proposé trop héroïque. Ce serait assez, dit-il, « d'établir des garanties suffisantes pour qu'à l'avenir tous les impétrants soient l'objet d'un rapport sérieux de la part des autorités universitaires associées au Ministre de l'Instruction publique, et pour qu'aucune autorisation ne soit accordée sans ce rapport dûment motivé. » Il nous semble que le meilleur rapport motivé possible serait l'attestation par la Faculté, après examen, que le candidat à l'autorisation offre par son instruction, les mêmes sécurités que celles exigées de nos compatriotes. Cet examen, d'ailleurs, par une faveur spéciale que personne ne blâmerait, peut se faire en moins d'une semaine, et n'obligerait nullement le candidat à passer deux ou trois ans à l'école, comme se l'imagine le *British medical Journal*. Il ne manque pas en France et à Paris de médecins anglais qui ont ainsi gagné le droit d'exercice; ils ont mieux aimé le demander aux suffrages de leurs confrères que de le devoir à la bienveillance d'un ministre, et n'ont pas cru pour cela déroger. Ce ne sont ni les moins honorables, ni les moins instruits, et leur exemple est au moins un argument en faveur du projet Roger-Marvaise.

Que propose donc après tout de si monstrueux l'honorable député? Précisément d'adopter la législation an-

glaise. « En Angleterre, dit le *Medical Times and Gazelle*, » nous obligeons un médecin étranger à passer des examens devant le Collége des chirurgiens, ou devant le » Collége des médecins, ou à obtenir un diplôme anglais » quelconque, s'il veut s'établir parmi nous comme pra-ticien légalement reconnu et enregistré. » Le projet attaqué ne demande rien de plus que la loi anglaise ; pourquoi donc les Anglais se plaindraient-ils ? « Notre loi sera modifiée dans un sens plus large et plus libéral, » dit *The Lancet*; fort bien, mais en attendant, convenez, avec le *British medical Journal*, que vous n'aurez pas le droit de vous plaindre des restrictions des lois françaises, tant que vous n'aurez pas exécuté vos bonnes intentions.

Cette déclaration du *British medical Journal* et l'opinion nettement exprimée du *Medical Times*, nous font espérer que la presse politique reviendra bientôt à une plus saine appréciation des faits et se rangera à l'avis des gens compétents. Nos députés pourront ainsi discuter avec calme le projet de loi en lui-même, en dehors de toute préoccupation et sans risquer d'être influencés par des tentatives de pression qui iraient peut-être contre leur but.

Nos confrères anglais croient M. Waddington assez disposé à soumettre la question à une commission internationale; nous ne voyons aucun inconvénient à engager des négociations destinées à établir une équivalence réciproque absolue entre les diplômes français et les grades des Colléges anglais, mais c'est à condition que ces négociations ne retarderont pas d'un jour le vote du projet Roger-Marvaise. Les Colléges qui confèrent le droit légal d'exercice dans le Royaume-Uni sont nombreux et n'ont pas tous la même réputation; s'il en est beaucoup qui marchent de pair avec nos facultés, il en est d'autres aussi pour qui l'assimilation ne se justifierait pas. Lorsqu'il s'agira de faire un choix, la discussion pourra être longue, et nous n'avons pas le temps d'attendre une solution peut-être impossible. Commençons par supprimer la loi de ventôse, par mettre les étrangers sur le même pied que nos nationaux, et nous négocierons ensuite tout à l'aise.

Comme nous nous proposons de rendre compte de la discussion à laquelle donnera lieu la proposition de M. Roger-Marvaise, nous ne ferons que signaler aujourd'hui un amendement de M. Mollien, qui subordonne la dispense de la scolarité, à l'avis favorable de la Faculté de médecine, devant laquelle le gradué étranger doit subir ses examens probatoires et au paiement des frais de scolarité. Et pour notre compte, en renvoyant le mérite de la suggestion au rédacteur du *Court circular*, nous demanderons à nos législateurs s'il ne serait pas convenable de présenter une loi analogue relative aux pharmaciens et droguistes étrangers exerçant en France. E. T.

De la photo-micrographie.

Pouvoir reproduire rapidement et facilement par la photographie, *quel que soit le grossissement*, une préparation microscopique, est un rêve que caressaient depuis longtemps les histologistes ; sans doute, il existait déjà en France, en Allemagne, en Angleterre et en Italie, des essais fort remarquables. Tout le monde savant a pu admirer ici, à Paris, les belles photographies de Duchenne (de Boulogne), sur le bulbe rachidien, de M. Luys, sur le cerveau. Mais, malgré les appareils les mieux construits, il avait toujours été impossible d'obtenir la reproduction de forts grossissements. On remplaçait généralement l'oculaire microscopique par une très-petite chambre noire photographique : on obtenait ainsi une très-petite image, qu'on grandissait ensuite à loisir. Il est aisé de comprendre que ce grandissement ne pouvait multiplier les détails, et qu'on perdait fatalement en netteté ce qu'on gagnait en grandeur. On se privait ainsi des effets de l'oculaire. D'ailleurs, personne n'eût songé à l'utiliser : les lentilles de l'oculaire donnent une image virtuelle, et, comment photographier une image virtuelle ?

La question en était là, lorsque M. le Dr Fayel, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Caen, annonça qu'il pouvait photographier des *grossissements* de 500 diamètres et même davantage ; et que, dans la disposition qu'il avait imaginée, il reproduisait exactement l'image microscopique, *en laissant en place l'oculaire*. Grande fut l'incrédulité, et l'on sourit avec condescendance, de savoir que quelqu'un eût pu s'imaginer de photographier une image virtuelle. Cependant on fut surpris, lorsque M. Fayel, produisit devant la Société de Biologie, ses premières photographies. C'étaient évidemment des essais incomplets (M. Fayel se servait d'un appareil qu'il avait disposé lui-même avec un art digne des âges primitifs ; il s'était fait pour la circonstance menuisier et opticien !), mais on reconnut évidemment que le nouveau procédé, au point de vue des *grossissements*, donnait des résultats inattendus.

Pour répondre aux critiques, M. le Dr Fayel, vient d'exposer dans un excellent journal de médecine qu'il dirige à Caen (1), son procédé, d'une façon aussi limpide que possible. Il est évident qu'il ne photographie pas une image virtuelle, et jamais, plus que d'autres, il n'y eût songé ; mais, utilisant ses souvenirs de physique élémentaire, il s'était dit : qu'après s'être croisés en avant de l'oculaire, les rayons lumineux, se rencontraient de nouveau en dehors de celui-ci, et alors donnaient une image qui pouvait être reçue dans un écran, dans une chambre noire. C'est cette image qu'il reproduit par la photographie. Le *grossissement* est ainsi obtenu directement et tel qu'il serait vu par l'œil : l'image est reproduite sur la plaque sensible disposée dans la chambre noire d'un appareil photographique ordinaire. Comme cette découverte nous paraît destinée, lorsqu'elle sera perfectionnée, à avoir une influence considérable sur la vulgarisation et la constatation des résultats obtenus par les histologistes, nous reproduisons plus loin, (voir p. 130), la théorie de ce procédé, telle qu'elle vient d'être exposée par M. Fayel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 *février* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

M. CHARCOT rappelle un certain nombre de modifications exercées sur les sens spéciaux par les applications métalliques, il ajoute que en ce qui concerne le sens de l'ouïe, M. Gellé va communiquer à la Société les expériences qu'il a entreprises dans son service.

M. GELLÉ déclare que l'application de l'or ou du cuivre, suivant les idiosyncrasies des malades, sur les régions voisines de

(1) L'*Année médicale*, mars 1876 et janvier 1877.

l'oreille qui a perdu la fonction auditive, détermine le retour de cette fonction. En revanche, ajoute-t-il, l'accuité de l'oreille du côté opposé, c'est-à-dire saine, diminue.

M. Duret, dans la dernière séance, avait rapporté l'observation d'un chien, qui, à la suite d'une section du centre ovale de Vieussens, au dessous du gyrus sigmoïde, avait présenté les symptômes suivants : pendant deux jours, une faiblesse des membres du côté opposé, avec tendance à tomber sur le côté ; puis, une véritable paralysie qui s'accuse de plus en plus; enfin, pendant les vingt-cinq jours qu'il vécut, l'animal marcha exclusivement sur le dos du poignet, tellement qu'il s'y forma une eschare, et, à sa chute, l'articulation fut largement ouverte. M. Duret, rappelle qu'on trouve plusieurs observations de ce genre dans son mémoire (Carville et Duret), mais, jamais l'animal n'avait pu être observé aussi longtemps. S'il insiste de nouveau sur ces faits, c'est pour répondre aux affirmations de M. Lewees, qui, dans une critique, publiée récemment dans la *Revue Scientifique*, prétend qu'on peut enlever les hémisphères cérébraux chez les animaux sans paralysie apparente. Ce sont là d'anciennes expériences qu'il ne faudrait plus invoquer, sans les avoir contrôlées par de nouvelles. — M. Duret ajoute qu'on peut discuter encore sur l'excitabilité de la substance grise de l'écorce cérébrale : mais que les expériences d'extirpation sont trop positives, pour qu'on n'en tienne pas compte. Bien plus, il est incompréhensible qu'un physiologiste qui se livre à une critique plus que sévère de la doctrine des localisations, ne fasse pas même mention des observations de paralysies, à la suite de lésions corticales, chez l'homme.

M. Onimus, qui avait demandé la parole dans la séance précédente, la prend aujourd'hui et émet les opinions suivantes: 1° les effets obtenus par l'électrisation de l'écorce sont dus à ce que les vaisseaux, qui occupent surtout le sillon de Rolando, conduisent les courants jusqu'à la base du cerveau. 2° On n'obtient jamais par l'électrisation de l'écorce grise qu'une sorte de secousse dans la patte du côté opposé. 3° A la suite de la destruction des centres corticaux, c'est une sorte de *parésie* qu'on observe ; elle est toujours la même ; elle porte exclusivement sur les muscles extenseurs. 4° Lorsqu'après l'ablation des hémisphères cérébraux, on électrise les caillots sanguins qui recouvrent les pédoncules, on obtient aussi des mouvements localisés et variables selon le point d'application des électrodes.

M. Duret répond : 1° Le chien n'a pas de sillon de Rolando, mais seulement, un très petit sillon crucial qu'entoure le gyrus sigmoïde sur lequel sont situés les centres des membres et qui n'est vascularisé que par des terminaisons artérielles très-délicates. Pourquoi, si la théorie de M. Onimus est vraie, quand on applique les électrodes sur le tronc même de la sylvienne, n'obtient-on plus des effets localisés? Pourquoi encore les électrodes sur le tronc de la cérébrale antérieure, qui elle aussi va vers la base ne donnent-ils aucun résultat ? 2° Comme Ferrier, par l'électrisation de l'écorce à l'aide des courants faibles, nous avons obtenu selon les points (les précautions suffisantes contre la diffusion étant prises) les effets les plus variables : ici, des mouvements de flexion ; là, d'extension ; ailleurs, les yeux se ferment, ou les mâchoires se rapprochent ou enfin la queue de l'animal s'agite et se dresse. Bien plus, les mouvements obtenus diffèrent selon les espèces animales. 3° Les résultats de l'extirpation sont aussi précis : on paralyse avec certitude certains groupes musculaires, les fléchisseurs, les extenseurs... Ce qui fait penser d'abord, qu'il y a une simple parésie, c'est que l'observation clinique de l'abolition d'un groupe musculaire chez le chien, est fort délicate. 4° Enfin, en électrisant les caillots qui recouvrent les pédoncules cérébraux, il n'est pas étonnant d'obtenir des effets semblables à ceux de l'excitation de l'écorce : car les pédoncules cérébraux renferment toutes les fibres qui viennent de cette région.

M. Laborde rappelle qu'en faisant avec une seringue de Pravaz à aiguille fine, des injections interstitielles de sang sous les circonvolutions motrices, dans le cerveau des chiens, en produisant ainsi des hémorrhagies artificielles, il a observé, lui aussi, des paralysies *persistantes*.

M. Dumontpallier relate le cas d'une malade qui a succombé dans son service à une hémorrhagie du lobe droit du cervelet ; ce qui fait l'intérêt de ce cas c'est la présence d'hémorrhagies secondaires dans le poumon droit, le rein et le foie.

M. Grancher fait une communication très-intéressante sur la disposition des lymphatiques dans le poumon. Ses recherches concernent surtout les enfants. De la description des lymphatiques, faite par les auteurs, il ne reste pas une idée bien nette. Son but a été de vérifier les descriptions classiques, et, en second lieu, d'arriver à une conception plus simple. D'une façon générale, on peut considérer le poumon comme composé de deux grands systèmes : le système aérien et le système vasculaire. Le système aérien a son groupe de vaisseaux lymphatiques formant une gaine générale commune, une sorte de lac lymphatique ; de cette gaine parteut des réseaux qui enveloppent les infundibula, puis d'autres réseaux qui enveloppent les alvéoles. L'examen pratiqué du côté de la base pleurale du lobule, montre un cercle lymphatique, répondant au lobule, dans lequel il y a des cercles répondant les uns aux infundibula, les autres plus petits aux alvéoles. Se fondant sur ces faits, il propose de désigner les lymphatiques sous le nom de lymphatiques périlobulaires, périnfundibulaires, et périalvéolaires. Quant à ceux qui entourent les bronches, il les appelle péribronchiques.

En ce qui concerne le système vasculaire, on voit que les artères sont enveloppées par un système de lacunes lymphatiques, formant une gaine discontinue ; même chose autour des grosses veines. Toutefois, on ne peut suivre les gaînes lymphatiques jusqu'aux terminaisons dans les alvéoles. M. Grancher montre à l'appui de sa communication des dessins très-exacts.

M. Bert rapporte de nouvelles expériences qui prouvent que lorsqu'on soumet un animal ou un organisme vivant quelconque, à la compression, sous une cloche, ces combustions sont augmentées au sein des tissus ; il y a plus d'oxygène produit et d'acide carbonique exhalé; l'urée est aussi rejetée en plus grande quantité. — Il a cherché à préciser la *courbe* suivie par cette hyperproduction des matériaux combinés, lorsqu'on élève progressivement les pressions. Or, l'ascension n'est pas continue. A un moment donné, les combustions et les échanges chimiques sont, au contraire, diminués, et cela, pour tous les êtres organisés. Chez l'homme, le maximum est atteint vers 2 à 3 atmosphères. Dans les bains d'air comprimé auxquels on soumet certains malades dans un but thérapeutique, on ne dépasse guère une pression de 50 cent. de mercure. Il résulte de ces expériences que, pour obtenir l'effet maximum, cette pression pourrait être élevée progressivement : jamais elle ne devrait monter au-dessus de 2 atmosphères, car, alors, on irait contre le but qu'on se propose : activer les échanges chimiques dans les tissus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 *février* 1877. — Présidence de M. Bouley.

M. le Président annonce la mort de M. Vernois.

M. Chauffard lit une notice sur M. de Kergaradec, un des membres que l'Académie vient de perdre.

Élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et physiologie. Sont présentés : en première ligne, M. Luys; en deuxième ligne, M. Philippeaux; en troisième ligne ex-æquo, MM. Paulet, Sée, Tillaux.

Nombre des votants, 77. — Ont obtenu : M. Luys, 54 voix ; MM. Philippeaux et Marc Sée, 8 voix ; M. Paulet, 5 voix ; M. Tillaux, 2. En conséquence, M. Luys est proclamé membre titulaire de l'Académie.

M. Panas fait une communication sur plusieurs cas intéressants de paralysies du nerf cubital. 1° Un jeune homme se présente avec tous les signes d'une paralysie motrice et sensible du nerf cubital : il porte en même temps au coude une tumeur dure, osseuse, faisant corps avec le cubitus, et en contact avec le nerf dont les fonctions sont abolies. La paralysie étant attribuée à la compression, l'ablation de la tumeur est décidée. Pendant l'opération, on reconnut que la masse osseuse n'était pas une exostose, mais un petit os sésamoïde développé

au milieu du ligament latéral interne de l'articulation du coude. Il fallut, pour l'enlever, ouvrir l'article. — Des accidents mortels s'étant déclarés à la suite de l'arthrite provoquée par l'opération, le nerf cubital put être examiné : il portait les signes d'une inflammation chronique avec hypertrophie du tissu conjonctif qui entoure les fibres nerveuses. — 2° Fracture de la trochlée, consolidation. — *Douze ans* après, spontanément, une paralysie du cubital se déclare. Le nerf était volumineux, au niveau de l'ancienne fracture ; il existait une névrite hypertrophique. — L'électricité et les douches froides en vinrent facilement à bout.— 3° Un homme, fait de violents efforts pour ramer, il est pris de douleurs vives dans le nerf cubital, puis de paralysie. L'électricité et les douches le guérissent. 4° Chez un individu atteint d'arthrite sèche, l'augmentation inflammatoire des extrémités articulaires détermine une compression du nerf cubital, de la névrite, puis une paralysie. Guérison par les procédés déjà indiqués. Ces quatre faits présentent un certain intérêt médical et chirurgical, et ont été jugés dignes d'être soumis à la connaissance et à l'appréciation de l'Académie.

M. J. Guérin poursuit la lecture de sa communication sur le rôle des agents musculaires dans les mouvements de la colonne vertébrale. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 8 décembre. — Présidence de M. Desprès.

Rétrécissement dysentérique du rectum; par M. Castex, interne des hôpitaux.

Lucie Courb.., journalière, âgée de 33 ans, entre le 10 août dans le service de M. Cusco, à l'Hôtel-Dieu. Elle a subi un certain nombre de maladies dans sa jeunesse : à onze ans, elle est prise de choléra ; à 15 ans, fièvre muqueuse ; à 19 ans, fièvre typhoïde (?) ; à 24 ans, première grossesse, qu'elle ne mène pas à terme. Depuis, quatre autres enfants, tous venus à sept mois, par les pieds. A la suite du dernier accouchement, elle est prise d'une diarrhée qui dure deux mois. Il y a deux ans, dysenterie rebelle qui dure un an. La malade rendait par jour au moins vingt selles sanguinolentes. L'année dernière, la malade s'aperçut que ses matières fécales diminuaient de calibre, la défécation était difficile et douloureuse, les selles analogues à du blanc d'œuf. La malade fut prise en même temps de fièvre intermittente quotidienne, qui fut surtout accusée pendant l'hiver.

Etat actuel à l'entrée. — L'anus est entouré d'excroissances qui paraissent être des hémorrhoïdes flétries. Le rétrécissement est situé au-dessus du sphincter externe et admet seulement la portion unguéale de l'index. Il mesure 3 centimètres de hauteur. Au-dessus du rétrécissement, le doigt explorateur rencontre un certain nombre de saillies végétantes ; l'intestin est dilaté. *Par le toucher vaginal*, on distingue les parois intestinales épaissies. — Etat général très-affaibli. Ne va cependant à la selle que tous les trois ou quatre jours. Pas d'appétit, digestions difficiles.

Huit ou dix jours après son entrée, elle est reprise de fièvre quotidienne et de selles diarrhéiques; les phénomènes ont persisté pendant tout le mois de septembre, durant lequel nous avons perdu de vue la malade.

4 octobre. — Nous la retrouvons un peu plus amaigrie, avec des alternatives de diarrhée et constipation. La fièvre n'a pas cédé. — Prescription : Sulf. quinine, 1 gr.

22 octobre. — Comme préparation à l'opération, M. Cusco prescrit : bromure de potassium, 2 gr. par jour, à prendre pendant trois jours. Sous l'influence de ce médicament, la défécation devient beaucoup plus facile.

25 octobre. Opération. — Au toucher, on trouve le rétrécissement très-élargi. L'index le franchit facilement. On donne du chloroforme. M. Cusco incise la paroi postérieure, en comprenant dans l'incision la bride cicatricielle et le sphincter anal, il cautérise la surface saignante avec le thermo-cautère du docteur Paquelin. Il place dans la plaie une mèche épaisse enduite de cérat. Pas d'accidents. Le soir de l'opération : T. 38°,2 ; Pouls, 104.

26 octobre. — La malade a rendu des selles dures et peu abondantes. T. 37°,2 ; P. 96.

27 octobre. Cauchemars dans la nuit. T. 36°,6 ; P. 92,

28 octobre. Pneumatose intestinale, sensation de chaleur à l'anus. Constipation. La plaie a cependant très-bonne mine.

Depuis cette date, la malade qui avait éprouvé un certain soulagement de l'opération, a vu ses accès fébriles augmenter le soir. Sueurs nocturnes, vomissements, dyspnée, amaigrissement progressif, abattement. A l'auscultation, expiration prolongée et inspiration saccadée. Malgré le traitement employé, la malade est prise vers le 25 *novembre* de dyspnée considérable. La fièvre augmente et ne la quitte plus. A l'auscultation, on perçoit des râles sous-crépitants dans les sommets et un râle crépitant à la base du poumon gauche.—Mort le 30 novembre.

Autopsie. Le *rectum* est très-épaissi dans toute sa moitié inférieure, sur certains points on trouve les plaques saillantes couvertes de petites villosités. L'intestin est peu dilaté, pas de granulations, la plaie opératoire presque cicatrisée.

Le foie est gras, les reins et la rate sans altérations. Le poumon uniformément congestionné est criblé de granulations tuberculeuses, au premier degré. Un fragment de poumon détaché de l'organe, surnage dans un bassin rempli d'eau.

Réflexions. Cette observation que nous opposons à celle de rétrécissement cancéreux qui va suivre, mérite par elle seule de fixer l'attention sur deux points principaux. Le bon effet du bromure de potassium dans les coarctations fibreuses du gros intestin et le genre de mort de la malade : la phthisie aiguë est souvent, en effet, la terminaison des rétrécissements du rectum.

Rétrécissement cancéreux du rectum.

Reine Bourdiau, couturière, âgée de 25 ans, entre le 20 novembre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Cusco. D'un tempérament lymphatique, elle n'a éprouvé dans sa jeunesse que quelques symptômes passagers de chloro-anémie. Vers l'âge de 16 ans, elle se plaignait de céphalalgies, crampes d'estomac, palpitations cardiaques. Elle était cependant bien réglée et ces phénomènes ne persistèrent pas au-delà de trois mois, grâce à l'emploi des ferrugineux. Elle se marie à 21 ans. Il y a deux mois et demi, elle sentit une certaine difficulté pour aller à la selle ; le ventre était tuméfié et douloureux à la pression. Un médecin consulté, prescrivit un purgatif. La malade rendit alors deux ou trois selles sanguinolentes, puis ces accidents s'étant amendés, elle put reprendre son travail après dix jours de repos. Elle n'avait pas de diarrhée, encore moins de débâcles, les garbe-robes n'étaient point teintées de sang. Peu de jours après les douleurs réapparaissent non point à l'anus mais dans l'abdomen ; nouvelle difficulté pour vider son rectum, les matières ne sortent plus qu'avec des lavements poussés à travers une sonde œsophagienne dont l'introduction est d'ailleurs très-facile.

Il y a trois semaines, ayant pris, sur l'avis du médecin, un vomitif, elle vomit pendant trois jours des matières qui avaient le goût et l'odeur des matières fécales.

Etat à l'entrée. — *Toucher rectal.* On trouve à environ un centimètre et demi au-dessus de l'anus une première coarctation. L'index pénètre facilement plus avant et trouve immédiatement au-dessus une petite dilatation, puis une nouvelle coarctation au-dessus de laquelle le rectum est largement dilaté. La masse organique est bosselée, dure, douloureuse à la pression ; pas d'ulcération sensible, saigne peu. Le rectum n'a guère subi de changement de direction.

Toucher vaginal. Sur la paroi postérieure du vagin on rencontre une tumeur dure, allant de la vulve au cul-de-sac postérieur. Ecoulement vaginal blanchâtre. Rien au col de l'utérus.

Etat général. La langue est blanchâtre. La malade n'a pas

perdu l'appétit, mais elle se prive d'aliments pour rendre moins fréquentes les douleurs qu'occasionne la défécation. Le ventre est douloureux, distendu par des gaz, rendant un son clair à la percussion. Les anses intestinales s'y dessinent en certains points. Les selles sont rares. Elle ne rend que des matières liquides. Pas de gaz. Il existe un peu de dyspnée. Le pouls est à 112. Les jambes n'ont jamais été enflées. Pas de céphalalgie. La peau est sèche, présente une coloration jaune paille, marquée surtout aux conjonctives. La malade a été bien réglée jusqu'au mois de septembre dernier.

Elle a été menstruée pour la première fois à l'âge de 14 ans 1/2. N'a jamais eu d'enfants.

Pas d'antécédents de dysenterie, de syphilis (angine simple il y a 9 ans). Pas de traces de cancer chez les parents, ni chez les frères ou sœurs. La malade reste en observation pendant les 3 ou 4 premiers jours de son entrée à l'hôpital.

26 *novembre*. Frictions de camomille sur le ventre, lavement de bromure de potassium 3 grammes.

27 *novembre*, pneumatose intestinale considérable; les anses intestinales forment des reliefs assez marqués. Vomissements. La malade rejette les aliments. Bourdonnements d'oreille, dyspnée considérable. Tous les autres accidents persistent. Pouls 100, irrégulier, toux. Potion éthérée, tisane de camomille, injections sous-cutanées de chlorydate de morphine.

28 *novembre*. Mort dans la nuit à 3 heures, avec connaissance complète.

Autopsie. — L'abdomen est considérablement distendu par des gaz. A peine a-t-on fait l'incision de la paroi abdominale que la masse intestinale fait subitement hernie et se répand sur la table d'autopsie.

Le *rectum* présente une masse dure, blanchâtre, et exulcérée, occupant la moitié inférieure de cet intestin. Au-dessus le calibre du rectum est triplé et l'on trouve des adhérences nombreuses avec la concavité du sacrum. Pas d'ulcérations intestinales. L'intestin grêle est élargi au moins du double. Dans la cavité intestinale, matières liquides, jaunâtres, quoique sans traces de péritonite.

L'utérus et les ligaments larges sont sains. La vessie peu distendue par l'urine. — Un seul ganglion hypertrophié est ramolli dans la cavité du sacrum.

Dans la région inguinale droite, on trouve au-dessous de l'arcade pubienne 4 ou 5 petits ganglions engorgés que l'on percevait pendant la vie. L'estomac est indemne. Le *foie* au contraire est farci de noyaux cancéreux. Les reins et la rate sont absolument sains.

Examen histologique.— Notre collègue, M. Jean, nous a remis la note suivante :

1° *Rectum*. Sur des coupes verticales, allant de la muqueuse, vers les couches musculaires, on trouve des cavités limitées par un stroma conjonctif assez abondant. Ces travées sont plus épaisses à la périphérie que du côté de la muqueuse. Elles limitent des cavités dont les unes sont irrégulières, les autres de forme tubulaire. Sur les parois de ces dernières, on remarque quelques cellules cylindriques mais au centre une masse dégénérée, formée presque exclusivement par des noyaux provenant de la dégénérescence cellulaire. On trouve encore de nombreuses vésicules transparentes et des débris de cellules ayant subi la dégénérescence colloïde et des vésicules adipeuses avec noyaux refoulés sur les bords. Ces dernières sont très-nombreuses dans certaines parties de la préparation et remplissent complètement plusieurs alvéoles. Quelques cavités sont vides. Les fibres conjonctives forment une masse compacte dans les points les plus éloignés de la muqueuse. Les glandes sont hypertrophiées et remplies de cellules dégénérées ;

2° *Foie*. Le durcissement incomplet du foie, empêche de faire des coupes des gros noyaux blancs. En procédant par raclage, on trouve un suc très-abondant dans lequel existent de nombreuses cellules dont les unes sont petites et irrégulières, les autres vésiculeuses et infiltrées de matière colloïde. Enfin on trouve une énorme quantité de détritus celluleux, de granulations et de cellules adipeuses.

Réflexions. — Cette observation nous a paru curieuse à plus d'un titre. Il faut d'abord remarquer l'absence de douleurs spontanées au rectum, l'existence des ganglions engorgés dans l'aine. Mais ce qui en fait principalement l'intérêt c'est la précocité de cette affection ; (cette femme n'avait que 25 ans 1[2) et la rapidité de l'évolution (3 mois avant sa mort elle n'éprouvait aucun accident). Cependant, rien chez les antécédents n'explique cette exception.

Tuberculisation pulmonaire aiguë déterminant de la pneumonie interstitielle et caséeuse. Insuffisance mitrale. Mort subite après deux mois et demi de maladie; par M. Porak, interne des hôpitaux.

Le nommé M..., Henri, charbonnier, âgé de 41 ans, est entré dans le service de M. Moutard-Martin, le 15 septembre 1876 (salle Saint-François, n° 8). Il a servi en Afrique où il a eu des fièvres intermittentes; depuis lors il a de temps à autre des accès de fièvre irréguliers et ne présentant pas le type parfait de l'accès paludéen. Il nie avoir eu des accidents syphilitiques; il nie aussi tout excès alcoolique, cependant les renseignements que nous avons obtenus d'autre part contredisent ce dernier fait. Il est au contraire très-sujet à de fréquents abus de boisson.

Au moment où nous l'examinons, il est agité par un tremblement général du corps et des membres. La peau est modérément chaude, le pouls normal, langue propre, forces conservées. Aux poumons, nous ne trouvons aucun signe sthétoscopique important, qui attire notre attention. D'ailleurs il ne se plaint ni de toux, ni de trouble de la respiration. Un peu d'œdème des malléoles, varices des membres inférieurs. — Le soir même, le malade est pris d'un accès de délire aigu, avec agitation excessive, délire furieux, insomnie, hallucinations. Il vocifère, interpelle des êtres imaginaires; il veut se lever. On est obligé de lui mettre la camisole de force.

Le diagnostic fut : délirium tremens chez un épileptique.

Traitement : potion avec 50 gouttes de teinture de digitale. Le délire persiste pendant trois jours, et ce n'est que le quatrième jour qu'il tomba dans un sommeil profond où il resta plongé pendant toute la journée. — Suppression de la digitale.

A la suite de ces accès, la face reste rouge, les yeux brillants, la chaleur de la peau était élevée, le pouls plus rapide; teinture de digitale 20 gouttes dans une potion.

25 *septembre*. Il se plaint pour la première fois de troubles de la respiration et d'un point de côté. On constate en effet à la base du poumon droit de la matité du souffle, de gros râles humides ; des râles ronflants sont disséminés dans toute la poitrine. Figure rouge, peau chaude, pouls peu précipité, respiration (54), langue n'est pas sale, crachats visqueux et sanguinolents, on diagnostique broncho-pneumonie. Notre attention, qui n'est attirée qu'aujourd'hui sur ces symptômes thoraciques, a probablement été surprise. La maladie existait vraisemblablement depuis plusieurs jours. — Traitement : Ventouses scarifiées, potion de Todd kermétisée.

28 *septembre*. La lésion s'est étendue à tout le poumon droit. La matité est actuellement perçue sur presque toute la partie droite du thorax, le souffle est beaucoup plus étendu, il est intense. Les crachats n'ont été sanguinolents que pendant peu de temps, aujourd'hui ils sont seulement très-visqueux, adynamie très-prononcée. Traitement : Vésicatoire, même potion.

Pendant les jours suivants, nous notons : Voussure thoracique à droite, œgophonie, le souffle prend un timbre chevrotant, résonnance de la voix basse, matité complète et étendue. Nous assistons à la formation d'une pleurésie assez abondante. — Etat général mauvais ; fièvre très-intense, langue sèche et sale, toujours de l'abattement. Respiration toujours très-accélérée (54), le pouls n'est pas rapide (84).

6 *octobre*. Les symptômes sthétoscopiques de la pleurésie deviennent moins nets. Râles très-nombreux et très-fins dans toute l'étendue du poumon droit. — Même traitement. Vésicatoire, extrait thébaïque pour la nuit, potion kermétisée et de Todd.

9 *octobre*. Même état général ; fièvre toujours très-intense. L'épanchement pleurétique se réserve.

13 *octobre*. On remarque pour la première fois que ses crachats qui sont toujours très-visqueux, mais blancs et conto-

nant de l'air lorsqu'il les rejette noircissent à l'air. Même état général, pouls 90, respiration 42, fièvre toujours très-vive. Etat général meilleur. On pense alors que la pneumonie au lieu d'aboutir à la résorption des produits inflammatoires tend à devenir chronique. On suppose donc alors l'existence d'une inflammation interstitielle. L'épanchement n'est pas encore complétement disparu. On n'entend plus d'égophonie, mais il y a encore une légère transsonnance de la voix.

23 *octobre.* Même état. On constate pour la première fois un bruit de souffle à la pointe du cœur et au premier temps. On conclut donc à l'existence d'une endocardite avec insuffisance mitrale. Les râles qu'on entend sont très-gros et comparables à du gargouillement.

3 *novembre.* On constate de la matité au sommet du poumon gauche et des râles. On suppose que le processus inflammatoire s'étend à l'autre poumon. Véritable gargouillement à droite.

20 *novembre.* L'état général est moins mauvais. L'appétit est revenu un peu; le malade mange un degré, la fièvre est beaucoup moins forte, la langue est propre et humide, la respiration n'est pas aussi précipitée. Crachats plus abondants, mais toujours visqueux et noircissant à l'air.

27 *novembre.* Les râles diminuent notablement.

2 *décembre.* Même état, plutôt amélioration. Le malade se préparait à déjeûner, il avait appétit, parlait de se lever dans l'après-midi, lorsqu'il succomba en cinq minutes sans cause appréciable.

En résumé, nous avons vu se développer une maladie à marche progressive et rapide, caractérisée d'abord par les signes de la broncho-pneumonie. Elle se compliqua ensuite d'une pleurésie. Les symptômes ultérieurement observés paraissent justifier le diagnostic de pneumonie chronique s'étendant dans une grande étendue du poumon gauche et se développant dans le sommet du poumon droit. Finalement, nous assistâmes au développement d'une endocardite et d'une insuffisance mitrale. Après deux mois et demi, au moment où les symptômes généraux s'amendaient, où les signes sthétoscopiques semblaient faire espérer une amélioration de l'état local, le malade meurt très-rapidement.

Autopsie, 24 heures après la mort.

Cavité pleurale gauche. Elle contient une quantité peu abondante de liquide séreux. Il y a surtout des adhérences très-étendues, assez faciles à détacher. Les fausses membranes qui les constituent, recouvrent tout le poumon gauche d'une couche continue. Elles ont à la surface un aspect aréolaire; les parties les plus superficielles se détachent facilement. Leur épaisseur est assez considérable et peut être évaluée sur la coupe du poumon à un millimètre au moins. Leur adhérence est très-variable. Tandis, en effet, qu'en certains points on peut facilement les détacher, en d'autres points au contraire cette séparation n'est pas possible. Leur coloration est aussi très-variable. En certains endroits, elles présentent une coloration rouge uniforme; en d'autres, on trouve des stries rougeâtres fines, comme constituées par des trajets vasculaires, mais en général elles sont blanchâtres. Quelque soin que l'on mette à démontrer l'existence de trajets de vaisseaux capillaires on ne peut y arriver. Il est donc impossible de décider si la coloration rouge est ou n'est pas due en totalité à de l'imbibition cadavérique. Mais le point le plus intéressant de cet examen microscopique, c'est que sur la face profonde, appliquée à la surface pulmonaire, des fausses membranes que l'on peut détacher on trouve un semis de granulations demi-transparentes *absolument analogues à des granulations tuberculeuses.*

Ces granulations sont très-petites. On les retrouve sur la face convexe du diaphragme, et en très-grande abondance entre le poumon et le diaphragme que l'on peut séparer assez facilement. Enfin, on ne les voit nulle part aussi nettement que sur le repli de la plèvre qui s'applique au médiastin. En ce point les granulations sont nettement saillantes, dures, demi-transparentes.

Poumon gauche. Il n'est perméable à l'air que dans une très-petite portion de son sommet, et de la lamelle qui constitue son bord antérieur. Il a en général une coloration remarquablement noire; il est partout très-dur; cependant à sa partie postérieure, il est sillonné par des bandelettes blanchâtres, caséeuses qui représentent sur la surface de la coupe des dessins irréguliers et circonscrivent des îlots de tissu pulmonaire absolument noirâtres. Il y a une très-grande différence dans la consistance de ces différentes parties du poumon. Tandis que dans les parties absolument noires le tissu est dur, au contraire il est d'autant plus friable, que les bandelettes blanchâtres sont plus resserrées. En certains points enfin, on trouve de véritables excavations à parois anfractueuses, à forme irrégulière. Dans l'une d'elles nous trouvons un vaisseau à parois épaissies et blanchâtres comme entourée de la matière caséeuse qui constitue les bandelettes blanches.

Le contenu des cavernes est puriforme, grisâtre. Par la pression on fait sourdre des parties noirâtres un liquide noir comparable à un mélange de suie et d'eau. A l'examen microscopique de ce liquide, nous trouvons des cellules épithéliales et du tissu conjonctif infiltrés par des granulations de pigment noirâtre.

Enfin, un point intéressant est que dans les parties dures et noirâtres du poumon, dans un noyau isolé, on remarque sur la coupe des granulations rondes, fines, semi-transparentes, absolument analogues aux granulations tuberculeuses.

Plèvre droite. Elle est le siége d'une inflammation sans épanchement. On trouve sur la surface des fausses membranes beaucoup moins étendues, moins épaisses que celles que nous avons signalées sur la plèvre gauche. En les détachant, on ne les trouve pas parsemées de granulations tuberculeuses.

A la palpation du poumon droit, on sent une induration très-notable de tout le sommet et deux noyaux de même dureté à peu de distance du sommet; pas de crépitation en ces points. De plus, à la surface pleurale où il n'y a pas de fausse membrane, on trouve des vides et des sillons qui rendent irrégulière toute cette partie. Il est bien évident qu'un processus sclérotique est l'origine de cette rétraction et de cette disposition spéciale.

Tout le poumon droit est noirâtre, de même que le poumon gauche, mais on ne rencontre nulle part les tractus blanchâtres, caséeux, que nous avons trouvés sur l'autre poumon.

Dans les parties indurées dont nous avons fait mention, le tissu est résistant et dur. On en fait sourdre par la pression le même liquide noirâtre que nous avons déjà signalé. On trouve sur la coupe les mêmes granulations semi-transparentes qui nous paraissent bien être de nature tuberculeuse.

En somme, nous trouvons que la lésion est surtout constituée par de la pneumonie interstitielle qui a abouti en certains points du poumon gauche à des traînées de pneumonie caséeuse et à des cavernes. Dans certaines parties du poumon où ce processus est le moins avancé, on trouve des granulations tuberculeuses ainsi que dans les fausses membranes dont est recouverte la plèvre.

Examen microscopique, par M. Raymond. Sur des coupes faites dans le tissu noirâtre et dur, on note des traînées de tissu fibreux, ayant remplacé presque partout les alvéoles pulmonaires. On retrouve çà et là quelques noyaux jaunes, qui sont composés de granulations moléculaires et de granulations graisseuses. Les faisceaux de tissu conjonctif sont également infiltrés par le pigment noir; d'ailleurs, à l'œil nu, la plèvre sur le poumon noir et dur, était épaissie et en continuité de tissu avec le tissu fibreux de la carnification pulmonaire. Dans les points où les cavernes étaient en voie de formation, on trouve des masses jaunes ayant la constitution indiquée plus haut (granulations moléculaires, granulations graisseuses). De plus, il y a des globules de pus. En ces points, on ne trouve pas de tubercule. Les alvéoles qui renferment ces masses caséeuses ont leurs cloisons épaissies et en continuité avec le tissu fibreux de la portion de poumon qui les entoure.

Les granulations de la plèvre et celles que l'on a constatées sur le tissu pulmonaire le plus carnifié ont bien la structure des granulations tuberculeuses.

Péricarde. Plaque laiteuse. *Cœur.*—Peu volumineux, ventri-

cule gauche hypertrophié. Endocarde blanchâtre, est le siége d'épaississement très-notable à l'extrémité libre des valvules auriculo-ventriculaires. Ces lésions sont beaucoup plus marquées sur la valvule mitrale que sur la valvule tricuspide.

Lorsque l'on fait jouer ces valvules dans l'eau, d'après la méthode de Duroziez, on constate que la valvule tricuspide est suffisante. Il n'en est pas de même de la valvule mitrale qui est insuffisante, mais non pas rétrécie. Rien aux orifices artériels. — *Aorte*, saine.

Cerveau, sain. *Rate* volumineuse, diffluente. *Foie*. Son volume est normal. On trouve sur la surface trois cicatrices froncées, irrégulières, enfoncées, pénétrant dans l'intérieur du tissu hépatique, sous forme de prolongement triangulaire. L'une d'elles, la plus volumineuse, peut égaler la surface d'une pièce de cinq francs ; les autres sont bien moins étendues. Ces cicatrices ressemblent beaucoup à celles que l'on rapporte aux gommes hépatiques guéries. Cependant, le malade nous avait bien dit n'avoir jamais eu la syphilis. Nous ne trouvons pas sur son corps d'exostose apparente et les taches pigmentées que nous trouvons sur ses jambes, sont expliquées par les varices dont il est atteint. Y a-t-il quelque relation entre cette lésion hépatique et les fièvres intermittentes que le malade a eues en Afrique où il a été soldat; a-t-il contracté là des dysenteries, une hépatite consécutive ; c'est ce que nous ne pouvons pas affirmer.

Estomac et intestins sains. Pas de granulations tuberculeuses.

Reins volumineux, congestionnés. L'urine, examinée pendant les premiers jours de la maladie, ne présentait, d'ailleurs, rien d'anormal.

Si nous faisons valoir la grande quantité de tubercules que l'on observe dans les fausses membranes pleurétiques et surtout dans les points les plus carnifiés du poumon, c'est-à-dire dès le début du processus pathologique qui a abouti à la pneumonie caséeuse et aux excavations, il nous paraît évident que la tuberculisation a été l'origine même de tout ce processus pathologique.

On pourrait cependant faire une autre hypothèse. Nous avions affaire à un charbonnier, qui se trouvait dans des conditions favorables au développement de la pneumonie interstitielle. Que cet homme cachectique, peut-être syphilitique, qui a eu des lésions hépatiques graves, se soit trouvé dans de mauvaises conditions hygiéniques, il a pu faire secondairement des tubercules. Nous croyons bien que cette hypothèse est la moins probable.

Kyste de l'ovaire rompu dans le péritoine pendant le travail. — Présentation de l'épaule ; rétraction de l'utérus. — Embryotomie; par QUENU, interne des hôpitaux. — (Service de M. Polaillon.)

On amène sur un brancard à l'hôpital Cochin, le 26 novembre soir, la dame Ch. G....., âgée de 27 ans, enceinte de 8 mois et demi environ, et en travail depuis plus de trois jours. — (Premier enfant il y a 18 mois.) — La poche des eaux est rompue depuis trois jours, trois tentatives de version ont été faites en ville aujourd'hui même, pas de seigle ergoté, paraît-il. On constate une deuxième présentation de l'épaule gauche, et on essaie sans succès à deux reprises différentes, de faire la version, la rétraction de l'utérus, qui est comme tétanisé, ne permet pas d'arriver jusqu'aux pieds, ni même jusqu'au siége. M. POLAILLON a recours à l'embryotomie. L'enfant pèse 2,700 grammes. Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'état général était déjà grave, le facies altéré, le pouls fréquent, et le ventre d'une sensibilité excessive.

27 novembre, matin. T. 36°,8. Pouls petit, fréquent. Ballonnement du ventre. Vomissements bilieux. — *Soir*. Refroidissement des extrémités. Mort à minuit.

AUTOPSIE. L'estomac et les intestins sont très-distendus par des gaz. Le péritoine, dans ses portions pariétale et viscérale, est injecté, rouge, poisseux, mais non recouvert de fausses membranes récentes. La cavité péritonéale contient environ 1 litre 1/2 d'un liquide louche, sanguinolent, dans lequel l'examen microscopique a révélé la présence de nombreux globules de pus et de gouttelettes graisseuses. L'examen du foie, des reins, des poumons et du cœur n'a révélé rien de particulier.

L'*utérus* étant incisé sur sa face antérieure, on découvre une surface interne parfaitement saine, et ne présentant à l'examen le plus minutieux aucune trace de perforation. En retournant la pièce (tous les organes du petit bassin ont été enlevés en bloc) on aperçoit des fausses membranes assez résistantes, s'étendant de la face postérieure de l'utérus à une tumeur qui remplit le fond du cul-de-sac recto-utérin. Cette tumeur est arrondie, mesure 11 centimètres dans tous les sens, et semble affaissée. On fend cette tumeur par sa partie postérieure; ce n'est qu'une poche vide, ne renfermant qu'un caillot cruorique, gros comme un œuf de poule, et pouvant presque loger le poing. L'épaisseur des parois varie de 5 à 8 millimètres. La surface interne n'est pas lisse, mais mamelonnée, rougeâtre, une comparaison vient de suite à l'esprit en la voyant, c'est celle de la face interne de l'utérus. Dans l'angle droit et à la partie inférieure de la poche, se trouve une petite perforation, qui conduit la sonde cannelée dans le cul-de-sac péritonéal recto-utérin.

Les connexions de la tumeur sont les suivantes :

La face postérieure de l'utérus est en avant de fausses membranes anciennes qui vont de cette face au rectum, qui est en arrière ; une grosse bride épaisse relie l'intestin à la tumeur.

Sur les côtés sont les ligaments utéro-sacrés.

De plus, un cordon ferme, arrondi, s'étend de l'angle gauche et supérieur de la tumeur à l'angle gauche de l'utérus, et immédiatement en dehors et en avant se trouvent la trompe gauche et son aileron, tous deux sains et libres d'adhérences. Nulle part on ne trouve l'ovaire gauche. A droite, le corps de la trompe est recouvert de fausses membranes anciennes qui s'étendent en se recourbant les unes vers la tumeur, les autres vers la face postérieure de l'utérus. Le pavillon est tourné en avant et libre d'adhérences. La cavité de l'organe est libre. Dans la concavité antérieure décrite par la trompe se trouve l'ovaire droit parfaitement sain et contenant le corps jaune de la grossesse.

En incisant les parois du kyste, on trouve dans leur épaisseur, de petits kystes de la grosseur d'un grain de chénevis, contenant un liquide rougeâtre. La consistance des parois est ferme et comme charnue.

RÉFLEXIONS. L'absence de l'ovaire gauche, les connexions du kyste avec l'angle supérieur gauche de l'utérus et avec la trompe du même côté, nous autorisent à considérer la tumeur du cul-de-sac recto-utérin comme ayant son point de départ dans l'ovaire. En outre, il nous paraît permis de penser que ce qui remplissait la poche avant la perforation ne peut être que le liquide trouvé dans le péritoine, c'est-à-dire du pus mélangé à du sang.

La nature du kyste prête à la discussion, on pourrait songer à une grossesse intra-ovarique, ou bien à un kyste dont la surface interne aurait été modifiée par l'inflammation.

Au point de vue clinique, on a le droit de supposer que la présence de cette tumeur n'a pas été sans influence sur la présentation (le bassin était large, bien conformé, l'obliquité utérine était peu prononcée). De plus, il est regrettable qu'un médecin n'ait pas été appelé au début du travail : il eût, sans aucun doute, reconnu l'existence de la tumeur ; constaté son enclavement dans le petit bassin, et tenté d'évacuer le liquide par le vagin, au moyen d'un appareil aspirateur. On eût évité ainsi la rupture du kyste dans le péritoine, rupture qui a dû se produire soit par le fait du simple engagement de la partie fœtale, soit plutôt par suite des manœuvres répétées faites en ville. En tous cas, cette rupture était récente, la présence d'un caillot cruorique dans l'intérieur du kyste, et l'existence de petites fausses membranes molles autour de l'orifice externe de la perforation, en font foi.

EXAMEN MICROSCOPIQUE fait au laboratoire d'histologie du Collége de France, par M. CHAMBARD.

La pièce examinée est un fragment de la paroi du kyste: des coupes transversales en sont faites après durcissement

dans l'alcool, la gomme et l'alcool ; elles sont colorées par le picrocarminate d'ammoniaque et conservées dans la glycérine additionnée de 10 0[0 de cette matière colorante.

1° Examen à un faible grossissement. (Ocul. 2. — ob. 2). A ce grossissement, la surface des coupes paraît formée de 2 zones d'inégale étendue, l'une externe, claire et colorée en rose, offre une largeur de 3 millimètres environ ; l'autre interne, sombre, finement granuleuse n'a que 1 millimètre 5 d'épaisseur. Toutes deux contiennent de nombreux vaisseaux et un examen ultérieur montrera que la première est fibreuse et la seconde formée de tissu embryonnaire.

2° Grossissements plus forts. A. Zone externe. Elle peut être subdivisée en 3 régions. L'une, la plus externe formée de tissu conjonctif peu dense, est mince et limitée en dehors par un bord net sur lequel on ne voit plus aucune trace de couche épithéliale. Cette lamelle conjonctive est pauvre en cellules et ne contient pas de vaisseaux importants.

En dedans de cette couche, le tissu conjonctif devient plus dense et plus riche en cellules plates : les faisceaux sont entremêlés de nombreuses fibres cellules musculaires dont la direction est généralement parallèle à celles des parois kystiques et qui sont les unes isolées, les autres assemblées en minces fascicules. Dans cette couche, on remarque de nombreux vaisseaux artériels et veineux : ces artères renferment un grand nombre de cellules endothéliales desquamées, provenant de leurs parois et les veines des caillots riches en cellules lymphatiques.

Plus en dedans encore, et près de la zone interne embryonnaire, le tissu conjonctif devient encore plus dense, moins riche en cellules platee et tend à se disposer sous la forme de lames parallèles comme s'il eût subi en ce point une compression de dedans en dehors. Dans cette région, on observe quelques fentes lympathiques, et de larges sinus veineux sans parois propres, d'un diamètre moyen de 100 à 125 μ et remplis de sang coagulé.

B. Zone interne. — Séparée assez nettement de la zone externe, celle-ci est essentiellement formée de tissu embryonnaire; on y voit de minces travées de tissu fasciculé fuso-cellulaire croisées en tous sens et dont les intervalles sont remplis par d'innombrables éléments globo-cellulaires. Envisagé isolément ce point de la préparation donne tout-à-fait l'idée d'un sarcome globo-cellulaire et en quelques points fasciculé; en outre, la couche embryonnaire dont l'épaisseur est assez uniforme, et qui se limite du côté de la cavité kystique par un bord net et à peu près rectiligne, est parcourue par de très-nombreux capillaires très-volumineux et dont les parois sont embryonnaires. La direction de ces capillaires semble d'une manière générale perpendiculaire à la surface de la paroi kystique ; ils sont remplis de sang et leur largeur, la faiblesse de leurs parois, le peu de résistance du tissu qui les entoure, ainsi que leur proximité de la surface interne du kyste devraient rendre imminentes les hémorrhagies dans l'intérieur de celui-ci.

En résumé la paroi de ce kyste est formée par une épaisse couche fibreuse doublée d'une couche de tissu embryonnaire ayant tous les caractères du tissu des sarcomes très-vasculaires. La structure de cette dernière couche rappelle celle des parois kystiques ayant végété vers la cavité du kyste de façon à la combler en partie par des masses ayant au point de vue histologique la signification de sarcomes encéphaloïdes. Cette opinion de M. Chambard sur la nature sarcomateuse de la zone embryonnaire des parois du kyste, est complétement partagée par MM. Malassez et de Sinéty. Cette structure des parois eût comporté naturellement un pronostic tout autre que s'il s'agissait d'altérations produites par un processus inflammatoire dans un kyste simple, comme nous l'avions d'abord supposé au seul examen macroscopique.

Tumeur épithéliale de la voûte palatine consécutive à un psoriasis buccal. Résection du maxillaire supérieur; par E. Brissaud, interne des hôpitaux.

Red... Jules, âgé de 45 ans, facteur au télégraphe, entra à l'hôpital des cliniques, dans le service de M. le professeur Broca, le 8 novembre 1876. Cet homme qui, dans son enfance, a joui d'une excellente santé, souffre depuis cinq ou six ans d'une tumeur de la voûte palatine. Au début de la maladie, la lésion consistait dans une petite gerçure, une sorte d'érosion, qui sans cause connue, se produisit à la partie moyenne de la voûte du palais. Les antécédents héréditaires font complétement défaut.

Le malade n'a pas eu la syphilis; mais à l'âge de 35 ans il a été soigné à l'hôpital du Midi, pour un chancre simple, qu'on a traité simplement par des topiques locaux, et qui n'a été suivi d'aucune manifestation diathésique ; depuis l'âge de 25 ans, cet homme fumait beaucoup la pipe, et il y a une quinzaine d'années environ, qu'il est affecté de psoriasis buccal. Les plaques banches caractéristiques du psoriasis ont eu pour siége les joues, la langue, le palais, et aujourd'hui encore on constate la présence de quelques îlots, à la face interne des joues.

Lorsque le malade s'aperçut pour la première fois de l'ulcération qui occupait la voûte palatine, il remarqua en même temps l'existence d'une *peau blanche assez épaisse* sur toute la face inférieure du voile du palais. Le jour où cet homme entra à l'hôpital on constata l'état suivant: La muqueuse palatine dans toute sa moitié droite est remplacée par une masse bourgeonnante, rouge, mollasse, dépassant un peu la ligne médiane vers le côté gauche, terminée du même côté au niveau de l'insertion de la deuxième incisive, et s'arrêtant à droite, un peu en avant de la grosse molaire. Sur la ligne médiane on aperçoit l'orifice d'un petit trajet fistuleux, à travers lequel on peut faire pénétrer un stylet jusque dans la cavité des fosses nasales. Cette tumeur ne saigne pas à proprement parler, mais la sécrétion salivaire est très-abondante et quelquefois légèrement sanguinolente. Les gencives du côté droit sont gonflées et molles.

Les dents parfaitement conservées sont un peu mobiles dans leurs alvéoles, mais au dire du malade, il n'y aurait que cinq à six mois que la tumeur aurait envahie la partie postérieure des arcades dentaires.

Le contact de la lésion n'est pas douloureux, mais il y a simplement un peu de gêne dans les mouvements de déglutition. Enfin, il existe un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire, un ganglion tuméfié, un peu plus volumineux qu'une grosse noisette.

Dans ces derniers temps le malade a beaucoup maigri, la tumeur s'est notablement accrue, et le traitement antisyphilitique n'ayant produit aucune amélioration, M. Brocca se décida à pratiquer la résection du maxillaire supérieur.

L'opération a été faite le 27 novembre 1876 ; toutes les parties malades ont été enlevées, mais le voile du palais a été conservé intact dans toute son étendue. L'examen microscopique de la tumeur a permis de reconnaître qu'il s'agissait bien d'une tumeur maligne, appartenant à la variété des épithéliomes tubulès. La lésion osseuse au niveau du trajet de la fistule consistait dans une ostéite simple, suppurée, sans éléments de nature cancéreuse. Enfin, la muqueuse du plancher des fosses nasales était simplement épaissie, infiltrée, vasculaire, mais on n'y a pas remarqué de productions épithéliales comme dans la partie correspondante de la voûte du palais. Cette observation présente quelque intérêt au point de vue du mode de terminaison du psioriasis buccal ; car la transformation épithéliale étudiée par M. Debove, n'a été signalée que très-rarement encore à la voûte palatine.

Rhumatisme articulaire aigu. — Mort par embolie de l'artère pulmonaire droite; par L. de Beurmann, interne des hôpitaux.

Le nommé Chap... Eugène, maçon, âgé de 21 ans, entre le 27 novembre 1876 dans le service de M. Proust, à l'hôpital Saint-Antoine, pour un rhumatisme articulaire aigu.

Ce jeune homme, vigoureux, n'a aucun antécédent pathologique notable; c'est sa première attaque de rhumatisme. Il y a quelques jours ayant été mouillé à plusieurs reprises par la pluie, il ressentit une assez grande fatigue et quelques douleurs vagues dans les jointures; cependant il put continuer à travailler comme à l'ordinaire jusqu'au 24 novembre.

27 *novembre*. Au moment de son entrée à l'hôpital toutes ses jointures sont tuméfiées et douloureuses. La fluxion porte

surtout sur les grandes articulations, elle est à son maximum sur les genoux, les cou-de-pieds et les poignets. Le malade immobile dans son lit, couvert d'une sueur profuse est presque incapable de faire aucun mouvement. Les battements du cœur sont bien frappés et l'on n'entend aucun bruit anormal de souffle ni de frottement. L'appétit est nul et la fièvre vive. — Soir : T. Ax. 40°.

28 *novembre*. Même état. — Le malade accuse un violent point de côté à gauche ; l'auscultation de la poitrine ne révèle rien de particulier de ce côté. Prescription. Enveloppement des jointures avec la ouate. Chiendent avec bic. de soude, 4 gr.; sulfate quinine, 0,75 centigr. par jour. Lavement purgatif. T. Ax. M. 38°,8 ; Soir, 39°,6.

29 *novembre*. T. Ax. M. 39°,4 ; Soir, 40°.

30 *novembre*. T. Ax. M. 39°,2 ; Soir, 39°,8.

1er *décembre*. Les jointures sont moins douloureuses, le malade peut faire quelques mouvements avec le bras droit. Les articulations du coude et de l'épaule gauche ainsi que les deux genoux sont encore tuméfiés, rouges et douloureux. Les battements du cœur sont un peu sourds mais réguliers.

T. Ax. M. 38°,8 ; Soir, 39°,6.

2 *décembre*. Amélioration notable ; le malade remue facilement les deux bras, il prend quelques potages avec appétit T. ax. M. 38°,2 ; Soir, 39°,8.

3 *décembre*. Eruption de sudamina sur le tronc ; l'amélioration continue du côté des jointures, le malade s'asseoit dans son lit. Rien de particulier à l'auscultation du cœur. T. Ax. M. 39°,4 ; Soir, 39°,6.

4 *décembre*. Matin. — Ch... se trouve beaucoup mieux ; il ne souffre presque plus et demande à manger. Cependant une abondante éruption de sudamina couvre le tronc, le cou et le ventre. Il y a un peu d'oppression et on entend un léger bruit de frottement, à la pointe du cœur les battements semblent faibles et éloignés. Vésicatoire sur la région précordiale.

A 1 h., le malade s'étant assis est pris subitement d'un violent accès de suffocation. La face devient violacée et turgescente, la respiration lui manque et il veut se jeter hors de son lit ; bientôt le râle trachéal survient, il perd connaissance et meurt à trois heures.

Autopsie. Le *péricarde* ne contient que quelques grammes de liquide, mais ses deux feuillets sont injectés de sang et couverts de fausses membranes fibrineuses minces et délicates qui y adhèrent très-fortement en certains points. — L'*endocarde* des deux côtés est dépoli ; il présente une teinte rouge résultant de la macération cadavérique, mais n'offre aucune arborisation vasculaire. Dans le ventricule gauche on trouve un caillot blanc volumineux un peu adhérent aux colonnes charnues et évidemment formé après la mort. Le *ventricule gauche* est rempli par des caillots rouges occupant toute la cavité; de plus on remarque entre les colonnes charnues quelques petits *filaments fibrineux* grisâtres très-probablement formés pendant la vie. Rien de particulier dans les oreillettes ni dans les auricules.

Les deux *poumons* sont extrêmement congestionnés dans toute leur étendue surtout celui du côté droit. Mais on ne trouve dans leur épaisseur aucun noyau apoplectique. Les grosses branches sont remplies d'une écume sanguinolente. Sous la plèvre viscérale, on aperçoit de petites taches ecchymotiques de la largeur d'une lentille exactement semblables à celles qui sont décrites en médecine légale dans la mort violente par asphyxie. Il existe trois de ces taches à la base du poumon droit en arrière. On en trouve neuf à la face inférieure du poumon droit et cinq à la partie postérieure du même lobe.

En ouvrant l'*artère pulmonaire*, on trouve dans sa branche droite au moment où elle se divise en trois rameaux pour fournir aux trois lobes pulmonaires de ce côté un *caillot fibrineux* du volume de l'extrémité du petit doigt ; ce caillot est formé de filaments fibrineux enroulés et enchevêtrés, il est grisâtre et de consistance ferme et nullement adhérent aux parois vasculaires, il remplit complétement le calibre de l'artère.

Les autres organes sont très congestionnés mais d'ailleurs complétement sains.

Réflexions. Il est évident que chez ce malade le caillot arrêté dans l'artère pulmonaire droite a causé la mort rapide par asphyxie ; quant au point où s'est formé cette embolie, il est probable que les coagulations anciennes qui existaient entre les colonnes charnues du ventricule droit indiquent son lieu d'origine. On sait du reste que le rhumatisme aigu est une des maladies dans lesquelles la coagulation du sang hors des vaisseaux est la plus prompte ; il en est de même chaque fois que la température reste très-élevée pendant plusieurs jours; ces deux conditions réunies chez notre malade font comprendre comment la coagulation a pu se produire chez lui spontanément dans l'intérieur du système circulatoire.

Nous appelons aussi l'attention sur les taches ecchymotiques sous-pleurales trouvées à l'autopsie ; leur existence dans ce cas se comprend très-bien puisque le mécanisme de la mort a été en somme analogue à ce qui se passe dans l'asphyxie par submersion ou par strangulation, mais il nous semble important de noter qu'on ne rencontre pas ces lésions uniquement en médecine légale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 février 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Verneuil présente à la société un travail de D. Mollière (de Lyon), relatif à la contusion du tibia.

M. Delens lit un rapport sur un travail de M. Mollière concernant l'ischémie dans les opérations chirurgicales, et sur un autre travail ayant pour sujet la suture des tendons.

M. Nepveu lit un travail intitulé : Contribution à l'étude du lymphangiôme de la langue.

M. Philippe lit un travail relatif à la réduction des hernies étranglées avec le secours des injections sous-cutanées de morphine.

M. Lefort présente une pièce anatomique provenant d'un malade de son service, qu'il a opéré pour une tumeur à marche exceptionnellement rapide, du gros orteil gauche. Cette tumeur qui s'est développée en 18 mois chez un homme de 75 ans, paraît être à première vue un cancer colloïde.

M. Lefort expose ensuite à la Société un nouveau procédé opératoire applicable à la guérison du prolapsus utérin. Cette communication donne lieu à des objections nombreuses de la part de MM. Després, Verneuil, Lucas-Championnière, Anger et Tillaux. E.B.

REVUE MÉDICALE

I. Formveränderungen der rothen Blutkörperchen bei der akuten gelben leberatrophie (*Changements de forme des globules rouges dans l'atrophie jaune aiguë du foie*) : von Dr Matterstoek. (*Wiener med. Wochenschreff*, nos 36 et 37, 1876).

Dans ce travail, fait à la clinique du professeur Gerhardt à Wüsrburg, M. rapporte les résultats de l'examen microscopique du sang de deux malades, fait pendant la vie et avec des précautions minutieuses.

Tous les globules dans le deuxième cas, presque tous dans le premier cas, étaient déformés, ils présentaient des prolongements leur donnant deux aspects différents selon leur longueur ; ils les appelle aspect *stelliforme* et aspect *mûriforme*. Quelques-uns en outre étaient étranglés en bissac.

M. admet que ces changements se sont produits dans l'intervalle entre la piqûre et l'examen du sang, quelque rapidité qu'on y ait mis, et il discute la question de savoir à quelle cause il faut les attribuer. Il rejette l'hypothèse d'une modification d'origine thermique, la température des deux malades n'ayant pas dépassé 38°, et se rattache plutôt à une action chimique peu connue, différente de celle de la bile ou du glycocholate de soude (Kühne), action chimique, démontrée par ce fait qu'une goutte de l'urine n° 2 du malade faisait instantanément subir les changements précités à des globules d'un sang normal.

M... rapproche ces faits de l'observation d'un malade porteur d'un ictère d'origine différente et dont les globules étaient normaux. Enfin, rappelant les travaux de Hueter sur le sang des pyémiques, il se demande si les globules n'auraient pas absorbé des bactéries (?)

II. Beitrag zur genese der dermoïde am kopfe. (*Contribution à la genèse des kystes dermoïdes de la tête*), von Dr J. Mikuliez. (*Wiener med. Wochenschrift*, nos 39, 40, 41, 42 43, 1876.)

Ce travail a été entrepris à l'occasion de l'extirpation d'un kyste dermoïde du maxillaire inférieur par le professeur Billroth. L'examen histologique, fort complet, montra que le kyste renfermait un contenu caséeux, d'aspect nacré, formé de cellules épithéliales desquamées. La paroi comprenait, de dedans en dehors, une couche d'épithélium stratifié, très-aplati, une courbe comparable à la couche de Malpighi, un derme sans papilles et sans productions glandulaires ou pileuses, enfin du tissu conjonctif se continuant avec l'os.

Il serait trop long de suivre l'auteur dans la revue bibliographique à laquelle il se livre, ni dans la critique des différentes théories qu'il discute. Contentons-nous de résumer ses conclusions.

1° Le feuillet externe est un organe *unique*, morphologiquement parlant, dans lequel se produisent ultérieurement des différenciations *typiques* (dents, organes des sens) ou atypiques (kystes dermoïdes) ; 2° Il n'y a pas pour les productions des kystes dermoïdes de tissu spécial, mais des régions spéciales ; 3° Le tissu ambiant réagit sur la nutrition du kyste, d'où les différences d'aspect (tumeurs perlées, kystes pileux, glandulipares, etc).

J. Dave.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale; par M. Bernheim, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, suppléant à la chaire de clinique médicale. 1 vol. Berger-Levrault, 1877.

Lorsque la faculté de Strasbourg fut transférée à Nancy, tous les esprits compétents signalèrent, entre autres conditions défavorables au développement de la nouvelle école, l'insuffisance et la mauvaise disposition des locaux hospitaliers. M. Bernheim vient de prouver que, malgré l'exiguïté des services, on peut faire de la bonne et saine clinique et créer un enseignement utile aux élèves.

Ce n'est pas sans émotion que nous trouvons dans ces leçons les tendances et la méthode scientifique du maitre de M. Bernheim, M. Hirtz; souvenirs du temps passé qui nous sont chers à tant de titres.

Abandonnant au cours de pathologie interne la description complète des maladies, s'attachant à mettre en lumière, à propos des observations suivies par tous les élèves, certains phénomènes morbides intéressants, M. Bernheim fait ressortir les grandes lois de pathologie générale qui fécondent l'enseignement clinique. La thérapeutique a sa grande et légitime place dans ses leçons. Peut-être même pourrait-on reprocher à ces études, qui dénotent tant d'érudition et une connaissance si étendue de la littérature scientifique, de n'être pas assez intimement fondues avec la clinique et de revêtir parfois un cachet trop didactique dans des cours faits, pour ainsi dire, au lit du malade.

Nous ne ferons que signaler d'intéressantes leçons sur des sujets bien connus, tels que la péritonite tuberculeuse, le pneumothorax et surtout les congestions pulmonaires auxquelles M. Bernheim fait jouer un grand rôle dans l'évolution du rhumatisme aigu.

La *pneumonie* fournit à M. Bernheim le sujet de plusieurs leçons où nous avons à relever divers faits intéressants. Adoptant les idées populaires en Allemagne, et défendues par son maitre, à Strasbourg, il range cette affection parmi les pyrexies, en fait une maladie générale localisée dans le poumon. Il la montre souvent précédée pendant plusieurs jours de symptômes généraux typhoïdes ; il insiste sur l'antagonisme qui existe entre la fièvre pneumonique et l'évolution tuberculeuse: car jamais il n'a vu la pneumonie fibrineuse vraie subir la transformation caséeuse, ni se développer chez un phthisique dans le sens clinique du mot. Signalons une étude intéressante de tympanisme et de bruit de pôt fêlé dans la pneumonie et la part tout à fait prépondérante que l'auteur accorde aux dégénérations cardiaques, séniles ou alcooliques, dans la mortalité chez les pneumoniques.

De longues considérations sur les divers agents thérapeutiques employés contre cette maladie amènent M. Bernheim à formuler sur ce point des conclusions réellement pratiques.

Sous ce titre : *troubles fonctionnels graves du cœur sans lésions valvulaires*, l'auteur aborde une des questions les plus contestées de la pathologie. Réagissant contre la tendance actuelle de subordonner presque toutes les affections cardiaques à un obstacle mécanique, siégeant soit aux valvules, soit dans les deux circulations, il examine l'idée de surmènement, de fatigue du cœur, créée par Dacosta, admise par Seitz et Lévy, mais la rejette comme antiphysiologique et peu conforme à l'observation clinique. Mais la physiologie nous apprend que le fonctionnement du cœur peut être troublé par des causes qui agissent, les unes sur l'innervation, d'autres sur la circulation, les autres enfin sur le cœur lui-même, endocarde ou fibre musculaire. La plus fréquente des altérations consécutives aux troubles fonctionnels du cœur est l'hypertrophie. L'hypertrophie simple primitive, ainsi comprise, peut être compatible avec un état général satisfaisant : elle peut donner lieu consécutivement à des lésions valvulaires, légères du reste. A l'appui de ces conclusions, nous trouvons un grand nombre d'observations personnelles qui permettent aussi à M. Bernheim de formuler les indications et les contre-indications de *la digitale* dans les maladies du cœur, en s'appuyant à la fois sur les faits cliniques, et sur les recherches expérimentales.

Vient ensuite une série d'études cliniques et thérapeutiques sur la *fièvre typhoïde*. Après avoir sommairement exposé l'évolution thermométrique normale, il étudie la température pendant la convalescence.

En dehors des récidives, en dehors de la *febris carnis*, il se présente souvent, dit M. Bernheim, pendant la convalescence, de nouveaux accès fébriles, sans qu'aucune lésion organique, aucune cause connue ne puisse en rendre compte, alors souvent que la température est déjà tombée après plusieurs jours. Cette « fièvre de retour », fréquemment méconnue, peut rendre compte de cette anémie, de cette cachexie souvent disproportionnée à la gravité de l'affection. Si les faits nombreux apportés par l'auteur à l'appui de cette description ne permettent pas d'en contester l'exactitude, peut-être fera-t-on des réserves sur l'explication qu'il en donne. La cause efficiente en est, pour lui, une habitude acquise du système nerveux : alors que l'appareil régulateur de la fièvre a été réglé pendant plusieurs semaines à une température élevée, la moindre perturbation peut donner lieu à une ascension thermique souvent notable.

Nous ne pouvons ici analyser les nombreuses leçons consacrées par l'auteur aux divers agents thérapeutiques dans la fièvre typhoïde. Signalons toutefois ses conclusions sur l'évolution de cette affection modifiée par la digitalisation, conclusions à peu près conformes à celles de Traube, Thomas, de M. Hirtz, etc. On lira aussi avec intérêt ses recherches sur les lésions parenchymateuses dues à la fièvre, qui légitiment et expliquent l'action des antipyrétiques et l'intervention du meilleur d'entre eux, la digitale. Quant aux bains froids, M. Bernheim, sans partager l'enthousiasme de certains médecins d'Outre-Rhin, leur reconnait « une très-grande utilité dans les fièvres typhoïdes à température élevée et à symptômes nerveux graves. » En terminant cette rapide analyse, disons que l'élégante clarté du style et la précision des conclusions ajoutent encore à la valeur de ces essais cliniques.

L. Dreyfus-Brisac.

VARIA

Appareil pour la photo-micrographie, par Fayel.

Jetons un coup d'œil sur la planche que j'ai dessinée dans l'espoir qu'en me payant le luxe d'une image, je trancherais mieux la difficulté, que ma plume est inhabile à vaincre (*Fig. 8*). Qu'y voit-on? Trois figures : 1° mon appareil prêt à fonctionner (n° III) ; 2° le même dont j'ai enlevé la chambre noire pour montrer la disposition du tube collecteur dans lequel une lentille joue à l'aide d'une crémaillère (n° II); 3° enfin

(n° I) la marche des rayons émanés d'un objet placé sur la platine, à travers le tube du microscope et la chambre noire, pour aller s'imprimer sur la glace sensible. Commençons par cette dernière figure.

A B représente un objet mis au point par la vis micrométrique du microscope. Conformément aux lois de l'optique, les rayons partant de A et de B, après avoir traversé l'objectif L I, en se réfractant, vont se croiser en O: puis continuant leur route, rencontrent la lentille du champ M située à l'extrémité inférieure de l'oculaire. Là les rayons se réfractent à nouveau pour se diriger vers la lentille supérieure N de l'oculaire. — Or, ces deux lentilles M et N sont disposées de telle sorte que l'image se forme en avant de la lentille N et l'oculistique apprend que cette image est agrandie

Fig. 8.

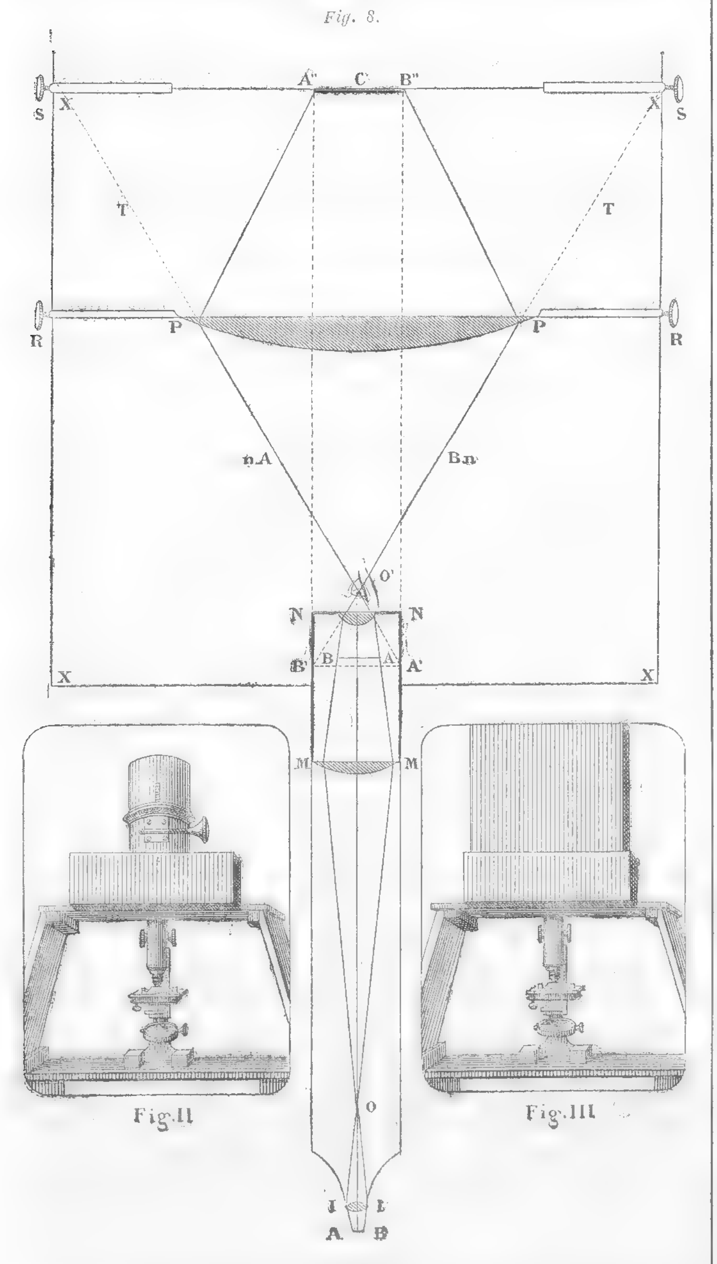


Fig. II
Fig. III

et renversée. Représentons donc la par B A. Cette image est envoyée à travers la lentille M jusqu'à l'œil qui la perçoit, alors, non en B A, mais, d'après le mécanisme des loupes, suivant la direction prolongée du plan d'incidence des rayons émanés de B et A, lorsqu'ils ont été réfractés en NN, c'est-à-dire en B' A'. Voilà la théorie exacte du microscope composé. L'image B A est l'image réelle, et B' A' l'image virtuelle. C'est incontestable.

Or, je n'ai jamais eu la prétention de photographier cette image virtuelle. Seulement, au lieu de mon œil placé à l'oculaire pour la percevoir, j'ai placé sur le tout une chambre noire, et dans cette chambre noire une nouvelle lentille P munie d'une vis qui la rapproche ou l'éloigne de mon verre dépoli G. — Que se passe-t-il, alors ? Les rayons émanés de A B, qui ont produit l'image agrandie réelle et renversée B A, continuent tout simplement leur trajet dans la chambre noire, en se croisant une seconde fois en O', c'est-à-dire là où la rétine les recevait, quitte à les reporter en B' A' sous forme d'image virtuelle. Ils tombent alors sur ma lentille P de la chambre noire, s'y réfractent et vont former sur la glace dépolie G une image réelle A" B" redressée. Donc, si vous substituez à la glace dépolie une plaque sensible, vous aurez une impression, puisque l'image A" B" est réelle, quoique ayant traversé l'oculaire laissé en place.

Maintenant, reportez-vous à mes descriptions antérieures. Qu'ai-je toujours dit? En agissant comme je l'indique, c'est-à-dire en laissant l'oculaire en place, on transforme aisément l'image virtuelle en une image réelle, et alors, non-seulement on peut photographier tout ce qui est sur la platine sans toucher au microscope, sans rien déranger, mais on peut le photographier directement. Eh bien, est-ce vrai tout cela? Qu'y pouvais-je ajouter et est-ce ma faute si *les gens à qui l'optique est familière s'en sont étonnés à bon droit?*

Mais continuons. La figure que je décris prouve non-seulement que c'est bien une image réelle qui, après avoir traversé l'oculaire, va frapper la glace dépolie de ma chambre noire, mais encore que cette image est directe, et, de plus, redressée, mathématiquement égale à celle que l'œil perçoit comme image virtuelle quand il la regarde à l'oculaire. — En effet, la lentille P, jouant à volonté par le bouton R, est placée de telle sorte que les rayons B A, redressés par leur entrecroisement en O', s'y réfractent sous un angle qui les reporte en A" B" sur la plaque G, absolument égale à la grandeur que j'ai donnée à l'image virtuelle B' A'. — Cette image virtuelle est-elle plus grande que le tube du microscope, et elle l'est, en effet, je n'ai, pour l'obtenir réelle sur ma plaque G, en lui donnant la dimension identiquement semblable à la vraie B' A", qu'à manœuvrer ma lentille P avec la vis R, ou mon châssis à l'aide de la vis S. De la sorte, j'ai alors d'une façon exacte le grossissement que l'œil a perçu à l'oculaire, et je l'ai sans rien toucher au microscope; je l'ai directe, et de plus redressée, c'est-à-dire comme elle est en réalité sur la platine. Je l'ai enfin, sans aucun agrandissement factice, mathématiquement égale comme étendue et comme grossissement à celle que donne le microscope.

Ce n'est pas plus difficile que cela, et il n'y a pas de mystère. Il s'agissait seulement de le trouver, et cela rappelle l'œuf de Christophe Colomb. — Mais ne quittons pas encore cette figure 8, I. On y voit, suivant les lignes ponctuées TT, la continuation des rayons *n* A et B *n*, qui, en rencontrant la lentille P, se sont portés en A" et B". Ces lignes aboutissent en XX. Supposez que la lentille P n'existe pas, et faites que, au lieu d'une plaque G, vous ayez une plaque égale à X X, que dirait-on si j'affirmais que l'image s'y fait également? C'est impossible! — C'est pourtant ce qui a lieu. C'est même précisément ainsi que j'ai commencé mes recherches, et telle est la précision du procédé qu'il m'est arrivé plus d'une fois de prendre une épreuve très-nette, sans avoir besoin de toucher à la vis de mon appareil pour mettre le verre dépoli au point, quand avec l'oculaire, j'y avais mis l'objet à photographier. Pour ne pas compliquer la figure, je n'ai pas voulu en surcharger le dessin de lignes nouvelles indiquant la marche des rayons qui s'entrecroisent et se superposent en O' pour gagner X X. La démonstration en eût été d'ailleurs trop abstraite, sans rien ajouter à la description de mon procédé.

Maintenant, si j'ai cru devoir ajouter quelque chose à ma première méthode d'opérer, c'est que, d'une part, la diffusion de la lumière enlevait un peu de netteté sur les bords de mes épreuves, et que, d'autre part et surtout, la différence d'épaisseur des lamelles supportant mes coupes suffisait pour déranger, ne fût-ce que de quelques dixièmes de millimètres cette mise au point automatique, ou, si vous aimez mieux, constante. De là l'idée de vaincre cette double difficulté par l'interposition d'une lentille P mobile, dont le jeu est facile à

comprendre. Toutefois, je dois à la vérité de confesser que le plus souvent je m'en dispense, même en employant de très-forts grossissements, parce que d'abord, sur une coupe, on peut toujours mettre au centre la partie capitale que l'on veut représenter, et ensuite parce que le mouvement imprimé pour la mise au point est tellement léger, que l'agrandissement ou la diminution qui en résulte pour l'image est presque insensible. En revanche, que l'on se serve ou non de la lentille P, il saute aux yeux que si, pour les besoins du cours par exemple, je veux non-seulement avoir un grossissement, mais encore rendre ce grossissement plus frappant en amplifiant l'image, il me suffit d'allonger, par la vis S, ma chambre noire, et j'ai *ad libitum,* mais directement et du même coup, le grossissement réel et l'agrandissement que je désire.

Voilà, si je ne me trompe, une explication complète de mon procédé. Suffira-t-elle cette fois ? Je le souhaite et n'ai plus qu'un mot à dire sur le reste de mes opérations. Les figures II et III représentent, l'une, mon appareil prêt à fonctionner, l'autre, mon appareil découvert et montrant le tube qui renferme la lentille P. Comme on le voit, c'est le tube renversé d'un oculaire à portraits. Rien de plus primitif ! Aussi je prévois qu'en partant des indications que je viens de fournir, il sera facile à tout opticien de faire avec précision un ensemble mieux conditionné que le mien. Il pourra, par la courbure ou la grandeur de la lentille, obtenir toutes les combinaisons imaginables, et je ne doute pas que les Verick et les Nachet ne livrent bientôt, s'ils le veulent, des appareils modèles qui rendront plus faciles et plus brillants les résultats que j'ai obtenus. En tout cas, voici comment j'opère : mon microscope étant adapté au support de ma chambre noire, l'oculaire circonscrit par un cône de drap noir, que je maintiens par une ficelle ou un caoutchouc, j'enlève le dessus de ma chambre noire et j'examine à l'oculaire ce que je veux photographier sur ma coupe. Pour cela, je pose le tout sur une fenêtre et oriente mon miroir, en ayant soin que la lumière diffuse vienne seule le frapper, car avec le soleil on n'obtient rien de bon. Quand ma coupe est au point voulu, je remets en place ma chambre noire. Je regarde alors l'image sur la glace dépolie, je la mets au point, je substitue mon châssis renfermant la plaque sensibilisée, et je prie le Ciel qu'un nuage inopportun ne vienne pas contrarier ma pose. Cette prière dure un temps variable, en rapport avec l'intensité des rayons lumineux et la grandeur du grossissement, et si elle est exaucée, je jouis du plaisir de ma réussite en développant aussitôt sur ma plaque la *fameuse image virtuelle.*

Bibliothèque Lenox.

Aux Etats-Unis, on est en train de construire une bibliothèque, qui sera sans doute la plus splendide de toutes celles de l'Amérique du Nord. C'est la Lenox-Library ou Bibliothèque Lenox, du nom de son fondateur, qui l'a dotée d'un capital de 400,000 dollars (2 millions de francs), en même temps qu'il l'a gratifiée de 300,000 dollars ou 1,500,000 fr. en biens fonds. La somme constante pour achat de livres sera de 212,000 dollars (1,060,000 fr.).

L'édifice, tout en marbre blanc, a 200 pieds de long et 125 de large. Il est calculé pour contenir 300,000 volumes, outre la collection particulière de M. Lenox, consistant en 15,000 volumes qui traitent de l'histoire d'Amérique et de la littérature relative à Shakespeare.

La *Gazette d'Augsbourg*, à qui nous empruntons ce renseignement, ne dit pas en quelle ville se construit ce riche établissement; mais comme il en est parlé à la suite de ce qui concerne l'*Astor-Library* ou Bibliothèque-Astor, il est probable qu'il s'agit de New-York. C'est en effet dans cette dernière localité que se trouve ladite Bibliothèque-Astor, portant le nom de ses fondateurs, le père et le fils, qui lui ont fait des donations montant à 773,336 dollars (3,866,680 fr.)

On reproche souvent aux Américains leurs tendances matérielles; ce reproche est injuste, à en juger par ce qu'ils font pour le développement de leurs bibliothèques. D'après les relevés statistiques de 1870, il existait en ce pays 3,647 bibliothèques publiques pourvues de 12,276,964 volumes. Dans ce nombre, la Nouvelle-Orléans figurait pour 15 bibliothèques ; Richmond 16 ; San-Francisco, 20; Chicago, 24 ; Cincinnati, 30; Saint-Louis, 32; Baltimore, 38 ; Washington, 52 ; Boston, 69 ; Philadelphie, 102 ; New-York, 122. A Baltimore, la bibliothèque Peabody n'a pas coûté moins de 1,400,000 dollars (7 millions de francs).

La bibliothèque publique de la ville de Boston, établissement entretenu aux frais de la municipalité et dont nous avons fait connaître récemment l'organisation remarquable dispose d'un budget, non pas de 500,000 fr., comme nous l'avons dit, mais bien de 123,000 dollars, soit 615.000 fr.

Au reste ces chiffres, qui datent des relevés de 1870, ne sont peut-être plus assez exacts aujourd'hui, à sept ans de distance : il faut attendre la publication prochaine d'un rapport officiel très-détaillé sur les bibliothèques des Etats-Unis par l'administration de l'instruction publique américaine.

Déjà la première partie de ce rapport a paru, comme nous le voyons par le *Publishers' Weekly*, que nous venons de recevoir. Cette publication (*Report of the Commissioner of Education*) ne tardera pas à être suivie de la partie qui concerne les bibliothèques. A l'aide de ce document, on pourra, s'il y a lieu, rectifier les chiffres ci-dessus ; mais on peut être certain qu'il y aura augmentation plutôt que diminution.

Les aliénés en Russie.

Le *Messager du département médical* à Saint-Pétersbourg donne les renseignements statistiques suivants relatifs aux aliénés dans cette capitale pendant la période de 1866 à 1875.

Pendant la première moitié de cette période le nombre des aliénés admis dans les maisons de santé ne dépassait pas 200 par an. Le chiffre le plus bas a été constaté en 1867, — 134 aliénés ; le plus élevé en 1866, — 195 malades. En 1870, ce chiffre est monté à 262 et, progressant d'année en année, il a atteint 382 en 1874. Cet accroissement peut être attribué en partie à des causes accidentelles, par exemple à l'agrandissement de quelques-unes de nos maisons de santé, ce qui permet d'y traiter un plus grand nombre de malades : mais on ne saurait mettre en doute que la raison principale de ce phénomène doit être recherchée dans une augmentation effective des maladies mentales ; cette supposition se confirme par le fait de l'accroissement du nombre des suicides constatés à Pétersbourg pendant les dernières années. Sur le nombre total des malades traités (2,549), 640 (25,5 p. 100) ont été guéris ; 723 (28,7 p. 100) ont été rendus à leurs familles sans que leur état se fût amélioré ; 320 (12,6 p. 100) l'ont été dans un état qui laissait espérer une guérison prochaine ; 523 malades enfin, soit 20,5 p. 100, sont morts dans les maisons de santé.

Parmi les aliénés recueillis dans ces maisons de 1866 à 1876,— 1,412, soit 55,4 p. 100 du nombre total, appartenaient au sexe masculin et 1,137 (44,6 p. 100) au sexe féminin. Les guérisons ont été plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes ; la proportion est de 25,9 p. 100 pour les premiers et de 31,5 p. 100 pour les secondes.

Par rapport à l'âge des aliénés le *Messager* nous apprend qu'à l'âge de vingt à trente ans la disposition à l'aliénation s'accroît rapidement. Parmi les malades entrés dans les maisons de santé durant la période décennale à laquelle se rapportent nos données, il y en avait 131 âgés de 15 à 20 ans, 365 de 20 à 25 ans, 425 de 25 à 30 ans. De 30 à 40 ans, le nombre des cas d'aliénation reste stationnaire, et diminue ensuite assez rapidement.

Enseignement supérieur pour les femmes.

En Ecosse l'université de Saint-Andrews se prépare à étendre le cercle des admissions en faveur des étudiants du sexe féminin. A l'avenir, les étudiants appartenant à ce sexe, qui auront passé avec succès leurs examens sur les matières suivantes, pourront être promus au grade de *magister* (artium). Ces matières sont : l'anglais, le grec, le latin, le français, l'allemand, l'histoire, la pédagogie, la logique, la métaphysique, la philosophie morale, l'économie sociale, la physiologie, la botanique, la zoologie, la géologie, la géographie physique et la paléontologie. Avant d'obtenir le diplôme, il faudra passer un examen sur quatre au moins de ces matières, dont une langue étrangère ou plusieurs si le candidat le demande. Ce diplôme donnera à celle qui l'aura obtenu le droit d'enseigner les matières en question.

Puisque nous parlons d'universités étrangères, signalons la création prochaine d'une université à Stockolm. Les sommes recueillies pour cette fondation se montent actuellement à 540,000 couronnes. On se propose de commencer même avec ce capital. Les premières chaires qui vont être fondées sont celles des sciences naturelles, de sciences politiques, de philologie, de philosophie et d'histoire. (*Journal officiel*).

École d'infirmiers.

Depuis plusieurs années, nous avons insisté bien des fois sur la nécessité d'instituer, dans deux de nos grands établissements hospitaliers, deux écoles professionnelles pour les infirmiers et infirmières. Cette idée, qui a paru plaisante à certains de nos confrères de la presse médicale, fait cependant son chemin.

A Berlin, l'autorité municipale, sur la demande du professeur médecin et député *Wirchow*, a décidé la création d'un institut de gardes-malades. — Espérons que l'administration trouvera, dans ce nouveau fait, un motif suffisant pour la décider à agir.

17. Ethérolé d'asa fœtida : Teinture éthérée d'asa fœtida.

Asa fœtida	1	gramme.
Ether alcoolisé D. 0,76	5	—

Faire macérer pendant 10 jours dans un flacon bouché ; agiter de temps en temps ; filtrer dans un entonnoir couvert. — Anti-spasmodique ; anti-hystérique; doses 1 à 8 grammes en potion, en lavement.

18. Mixture anti-hystérique.

Asa fœtida	1	gramme.
Hydrolat de menthe	12	—
Alcoolé ammoniacal de valériane	2	—
— de castoréum	3	—
Ether sulfurique	1	—

Triturer l'asa fœtida avec les alcoolés et l'éther, ajouter l'hydrolat. — Antispasmodique ; anti-hystérique — doses : une cueillerée à café d'heure en heure. (Jeannel.— *Formulaire*, etc).

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 15 février 1877 on a déclaré 961 décès, soit 270 décès par mille habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 35 ; — rougeole, 6 ; — scarlatine, 3 ; — variole, 5 ; — croup, 27; — angine couenneuse, 31; — bronchite aiguë, 54; — pneumonie,71; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3; — *choléra nostras*, »; — dysenterie, »; — affections puerpérales, 2 ; — érysipèle, 7; — autres affections aiguës, 263 ; — affections chroniques, 405, dont 177 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 39 ; — causes accidentelles, 10.

Nouveau journal. — Nous venons de recevoir le premier numéro de l'*Union médicale et scientifique du Nord-Est*, fondée à Reims par plusieurs de nos amis et anciens collègues de l'internat de Paris. Le *Progrès Médical* qui a toujours soutenu les idées décentralisatrices, qui a demandé la création de facultés régionales ne peut qu'applaudir à l'initiative prise par les médecins de Reims. — L'*Union médicale du Nord-Est* paraît tous les mois par cahier de 32 pages ; prix : 6 fr. par an. Bureaux d'abonnement, 67, rue de Venise, à Reims (Marne).

École de médecine d'Arras. — Un concours sera ouvert le 9 juillet, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, de pharmacie, de matière médicale et d'histoire naturelle à ladite école.

Nécrologie. — M. le vicomte Le Jumeau de Kergaradec, membre de l'Académie de médecine, ancien recteur de l'Académie du Morbihan, vient de mourir dans sa 90e année. — On nous annonce également la mort du dr Emile Dubois, ancien interne des hôpitaux, décédé hier, à l'âge de 56 ans, à la suite d'un érysipèle de la face, contracté il y a cinq jours, en soignant un malade atteint d'un érysipèle gangréneux.

— Nous apprenons avec regret, dit le *Bordeaux médical*, la mort de M. Lagardère, officier de santé, exerçant à Blanquefort. Notre malheureux confrère aurait succombé à une érysipèle de la face et du cuir chevelu, contractée au lit d'un malade.

— Le *Temps* annonce la mort de M. Amédée *Pichot*, directeur de la *Revue Britannique*. Il était né à Arles, en 1795. Elevé chez les Oratoriens de Juilly, il embrassa tout d'abord la carrière médicale, qu'il exerça à Montpellier et à Toulon. Il vint à Paris en 1819 et s'adonna aux lettres ; de 1822 à 1824 il visita l'Angleterre. Il fut, avec Defauconpret, l'un des traducteurs de Walter Scott, et, avec Guizot, le traducteur de Shakespeare. Ayant écrit à la *Revue Britannique* dès sa fondation, en 1825, il dirigea la *Revue de Paris*, absorbée peu après par la *Revue des Deux-Mondes*. Puis il revint à la *Revue Britannique* dont il devint directeur et seul propriétaire. Amédée Pichot est l'auteur de nombreux ouvrages historiques, comme la *Chronique de Charles-Quint*, les *Arlesiennes*, etc., etc.

— On demande un docteur-médecin pour la ville de Saint-Loup-sur-Semouse, chef-lieu de canton de la Haute-Saône. Position exceptionnelle par suite du décès de plusieurs médecins. Très-bonne clientèle. S'adresser au maire. — (*Gazette des hôpitaux*).

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'École-de-Médecine.

Affre (E.). — De l'opération de l'hernie étranglée sans ouverture du sac. Paris, 1876, in-8, 3 fr.

Atgier (E.). — Etudes hygiéniques sur les propriétés organoleptiques des eaux potables. Paris, 1876, in-8, prix, 1 fr. 50.

Bertholon (L.). — De la vitalité des races du Nord dans les pays chauds exempts d'impaludisme. Paris, 1877, in-8, prix, 2 fr.

Bodé (E.-F.). — Etude clinique sur la septicémie puerpérale. Paris, 1877, in-8, prix, 1 fr. 50.

Boissier (A.). — Des différents procédés de trachétomie dans le croup et plus particulièrement de la trachéotomie en un seul temps. Paris, 1877, in-8, avec 11 figures intercalées dans le texte. Prix, 2 fr. 50.

Bos (A.). — De la dilatation rapide du rétrécissement de l'urèthre. Paris, 1877, in-8, avec une planche, 2 fr.

Calvet (L.). — Essai sur le morphinisme aigu. Etude expérimentale et clinique sur l'action physiologique de la morphine. Paris, 1877, in-8, prix, 2 fr.

Cartier (G.). — Quelques considérations sur la symptomatologie et la nature de la chorée. Paris, 1876, in-8, 1 fr. 50.

Deny (G.). — De la fracture du péroné avec déchirure du ligament latéral interne. Paris, 1876, in-8, 1 fr. 50.

Fourestié (H.). — Etude sur les différents traitements des abcès, ossifluents externes, suivie de l'exposition d'un procédé particulier de la méthode des caustiques appliqués aux abcès ossifluents externes volumineux. Paris, 1876, in-8, prix, 2 fr.

Gallois (E.). — Recherches sur la question de l'innocuité du lait provenant de nourrices syphilitiques. Paris, 1877, in-8, prix, 2 fr.

Gellé. — Otologie medico-légale. De l'exploration de la sensibilité acoustique au moyen du tube interauriculaire. Paris, 1877, in-8, prix, 1 fr.

Gard (J.). — De la réfraction oculaire et de l'anisométrie. Paris, 1877, in-8, avec 8 figures intercalées dans le texte, 3 fr.

Grisou (P.) — Du drainage de l'œil au point de vue de la physiologie et de la thérapeutique oculaires. Paris, 1877, in-8, avec 8 planches, prix, 3 fr.

Guyard (A.). — Etude sur la fièvre typhoïde à rechute. Paris 1877, in-8, prix, 3 fr.

Hecquet (A.). — Recherches cliniques sur l'emploi du sesquibromure de fer contre la spermatorrhée. Paris, 1877, in-12, prix, 2 fr.

Lacroix (L.). — Etude sur la déviation de l'utérus à l'état de vacuité. Paris, 1877, in-8. prix, 2 fr. 50.

Michelon (G.). — De l'iritomie. Paris, 1876, in-8, avec 11 figures dans le texte, prix, 2 fr.

Moizard (P.). — Etude sur les cas de diphthérie observés à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant l'année 1876. Paris, 1876, in-8, prix, 1 fr. 50.

Noel (G.). — Etude générale sur les variations physiologiques des gaz du sang. Paris 1876, in-8, prix 1 fr. 50.

Pouillet. — La spermatorrhée. Paris 1877, in-12, prix 3 fr. 50.

Testut (L.) — La symétrie dans les affections de la peau. Etude physiologique et clinique sur la solidarité des régions homologues et des organes pairs. Paris, 1877, un vol. in-8°, prix 7 fr.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, 17, r. de l'Ecole de Médecine

Paget (Sir J.). — Leçons de clinique chirurgicale (Clinical Lectures and essays). Traduit de l'anglais par le dr L.-H. Petit et précédé d'une introduction par M. le professeur Verneuil. Paris 1877, un vol. grand in-8, prix, 8 fr.

Fiaux (L.). — L'enseignement de la médecine en Allemagne, suivi d'un plan d'institut. Paris, 1877, un vol. in-8, prix, 5 fr.

Garnier (M.-P.). — Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales. Suite et complément de tous les dictionnaires, 12e année, 1876. Paris, 1877, un vol. in-12 de 550 pages, prix, 7 fr.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales : directeur, A. Dechambre. La première partie du tome V de la 3e série (Rhu-Rou), renferme, entre-autres, les articles suivants : Rhume, par Brochin ; — Ricin, par Delioux de Savignac ; — Rire, par Dechambre ; — Rizières, par Beaugrand ; — Rome, par L. Colin ; — Roseole, par H. Roger ; — Rotule, par Berger ; — Rougeole, par Sanné. Prix du fascicule 5 fr. ; des deux parties 10 fr.

Jourdanet (D.). — Etude médicale sur la chronique de Bernal Diaz del Castillo, compagnon d'armes de Fernand Cortès. Les syphilitiques de la campagne de Fernand Cortès. Paris, 1877, in-8. Prix, 3 fr.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

A. Becquerel. — *Traité élémentaire d'hygiène privée et publique*, 6e édition avec additions et bibliographies, par MM. les docteurs Beaugrand et Hahn. Un très-fort volume grand in-18 de près de 1,000 pages. Prix 10 fr.

Béhier et Hardy, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, etc.— *Traité élémentaire de pathologie interne*, tome 1er, 3e édition, contenant la pathologie générale et la séméiologie. Un fort volume in-8. Prix 12 fr.

peut le prendre aussi dans un demi-verre d'eau ; pendant les chaleurs, c'est un moyen puissant de combattre la soif sans se débiliter, comme avec les boissons fermentées.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital des Cliniques. — (H.): 4, rétrécissement de l'urèthre ; épilepsie symptomatique (ancienne fracture du crâne) ; 5, kératite parenchymateuse ; 12, fistule anale ; 18, ostéo-sarcome du fémur ; 24, fracture du péroné ; 36, cataracte traumatique. — (F.) : 7, myxo-sarcome de la cloison vagino-rectale ; 14, coxalgie ; 16, kyste hydatique du foie ; 17, carcinome de l'utérus ; 20, ophthalmie sympathique (amputation de l'œil).

Hôpital Lariboisière. — Service de M. Féréol. Salle Sainte-Joséphine (F.) : 8, chloro-anémie ; 5, rhumatisme chronique ; 17, 18, syphilis ; 19, périmétrite ; 31, 33, embarras gastrique. — Salle Saint-Vincent-de-Paul (H.) : 1, albuminurie cardiaque ; 3, rhumatisme articulaire aigu, endocardite ; 5, rhumatisme subaigu ; 8, albuminurie chez un syphilitique ; 10, insuffisance mitrale ; 12, pneumothorax chez un tuberculeux ; 15 *bis*, tuberculose pulmonaire, abcès ossifluents ; 16, goutte saturnine, albuminurie, tuberculose au début ; 17 *bis*, gastrite alcoolique ; 19, paraplégie spinale ; 24, rougeole ; 25, pleuro-pneumonie gauche ; 26, cirrhose hépatique ; 32, 34, fièvres typhoïdes.

Hôpital Saint-Louis. — *Médecine.* Maladies de la peau. Service de M. le dr Hillairet. Visite à 9 h. Consultation le mardi, leçon au lit du malade le jeudi. — Pavillon Gabrielle : 21, lèpre tuberculeuse. — Salle Saint-Louis : 16, myosis fongoïde.

Service de M. le dr Lailler. Visite à 8 h. 1/2. Consultations le mercredi. Leçon et examen des malades le vendredi. Samedi, leçon sur les teignes ; lundi, spéculum. — Salle Saint-Mathieu : 1, lichen urticans ; 25, eczéma ; 32, psoriasis palmaire ; 37, sycosis parasitaire ; 56, acné sébacé fluente. — Salle Sainte-Foy : 15 : zona ophthalmique et cervicale ; 7, plaques syphilitiques de la peau.

Service de M. le dr Guibout. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le vendredi. Spéculum et leçon clinique sur les maladies des femmes le lundi. — Salle Saint-Charles : 42, dermatite exfoliatrice ; 14, néphrite interstitielle. — Salle Henri IV : 43, kyste hydatique du foie ; 45, végétations syphilitiques.

Service de M. le dr Vidal. Visite à 9 h. Consultations le jeudi. Vendredi, leçon et examen des malades. Samedi, spéculum. — Salle Saint-Ferdinand : Accouchements. — Salle Saint-Jean : 7, syphilide pigmentaire ; 9, pachydermie tubéreuse ; eczéma et érythème noueux ; 28, pityriasis rosea ; 38, lipômes symétriques ; 43, tuberculose de la peau ; 39, encéphalopathie saturnine ; 45, papules syphilitiques de la langue ; 54, épithélioma papillomateux de la lèvre inférieure ; 61 et 64, épithéliomas du nez.

Service de M. le dr Besnier. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le lundi. Mardi et samedi, leçon clinique et examen des malades. Vendredi spéculum. — Salle Saint-Thomas : 51, acné arthritique ; 54, scarlatine ; 60, syphilide maligne ulcéreuse ; 71, pityriasis maculata. — Salle Saint-Léon ; 47, carcinome cutané primitif ; 51, cancroïde de la face ; 62 ; chancres indurés multiples de la verge et de l'abdomen.

Service de M. le dr Fournier. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le samedi. Cours complémentaire des maladies syphilitiques les mardi et vendredi à 9 heures. — Salle Saint-Thomas : 2 syphilis maligne ; 7, syphilis cérébrale ; 12, gomme musculaire 31, glossite tertiaire. — Salle Saint-Louis : Glossite tertiaire ; 37, chancre du menton ; 53, pseudo-éléphantiasis ; 54, ataxie syphilitique.

Chirurgie. Service de M. le dr Péan. Visite à 9 h. Consultation, lundi, mercredi, vendredi. Leçon et opérations le samedi à 9 h. Spéculum le mardi. — Salle Sainte-Marthe : 39, épithelioma de la langue ; 40, périnéorrhaphie ; 42, fracture du sacrum ; 49, corps fibreux de l'utérus, foyer purulent ouvert par le vagin et le rectum. — (H.) : 1, tumeurs ganglionnaires généralisées ; 21, exostose du frontal ; 23, lipôme symétrique ; 33, éléphantiasis.

Service de M. le dr Duplay. Visite à 8 h. 1/2. Consultations mardi, jeudi, samedi. Leçon et opérations le jeudi. Examen des yeux et des oreilles le lundi. Spéculum le vendredi. — Salle Saint-Augustin : 68, épithélioma du sein ; 53, lymphadénome ; 54, fistules urinaires ; 52, hématocèle ; 44, anévrysme de la fémorale. — Salle Sainte-Marthe : 66, syphilides ulcéreuses du larynx, trachéotomie ; 59, squirrhe en cuirasse ; 56, scoliose, paraplégie.

Hôpital Necker. — Clinique médicale : M. Potain. Leçons le mardi et le vendredi. Visite à 8 h. 1/2. — Clinique chirurgicale : M. Guyon. Leçons le mercredi et le samedi. Opérations après la leçon. Visite à 9 h.

Service de M. Guyon. Salle Saint-André (H.) — 4, Phlébite de la saphène ; 6, polype nasal ; 16, testicule syphilitique, tumeur abdominale ; 17 anthrax, érysipèle ; 15 fractures de côtes, pneumonie. — Salle Saint-Vincent (H) : 1, calcul vésical, complications vésicales ; 3 calcul vésical, taille, guérison ; 7, carcinone prostatique ; 11, fistules urinaires ; 12, rétrécissement, uréthrotomie interne ; 15, incontinence d'urine ; 17, rétrécissement, dilatation. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 1, abcès du sein ; 2, calcul vésical, cystite ; 3, péritonite tuberculeuse ; 4, tumeur blanche ; 5, phlegmon péri-utérin ; 9, anus contre nature.

M. Blachez. Visite à 8 h. 1/2. — Salle Saint-Louis (H) : 1. hémiplégie ; 9, pneumo-thorax ; 17, fièvre typhoïde ; 18, pleurésie ; 22, bronchite, emphysème ; 23, 28, 29, érysipèle de la face ; 27, rétrécissement et insuffisance

mitrale. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 22 et 24, pelvi-métrite ; 30, kyste hydatique du foie ; 13, fièvre typhoïde ; 15, péritonite.

M. Chauffard. Visite à 9 h.— Salle Saint-Jean (H.) : 8 et 29, pneumothorax ; 11, maladie de Bright ; néphrite parenchymateuse ; 25, maladie de Bright ; 27, pérityphlite. — Salle Sainte-Eulalie (F.) : 1, fièvre typhoïde ; 3, hématocèle péri-utérine.

M. Delpech. Visite à 9 h. moins le quart. Salle Saint-Ferdinand (H.) — 1, 18, pleurésie ; 6, hémiplégie, scorbut ; 9, gastrite alcoolique ulcéreuse ; 10, sciatique ; 11, emphysème ; 20, asthme ; 22, ictère ; 27, rhumatisme articulaire ; insuffisance aortique ; 29, pérityphlite ; 30, fièvre typhoïde ; 31, rhumatisme articulaire ; 32, fièvre intermittente quarte ; 33, fièvre intermittente tierce. — Salle Sainte-Anne (F.) : 7, rétrécissement mitral, asystolie ; 11, carcinome de l'estomac ; 14, rhumatisme chronique déformant ; 15, métrite, 17, gastralgie ; 22, broncho-pneumonie. — Enfants : 24, coqueluche ; 28, rougeole.

M. Désormeaux. Visite à 8 h. 1/2. Salle Saint-Pierre (H.). — 3, mal perforant ; 7, ostéo-périostite du sternum et des côtes ; résection du sternum ; 8, gangrène sèche du médium gauche ; 12, infiltration d'urine, ecthyma : 16, rétention d'urine, hypertrophie de la prostate ; 19, hémorrhagie de la rétine ; 26, fracture de la rotule gauche ; 30, ophthalmie blennorrhagique ; 41, fracture transversale des 2 maxillaires sup.; 46, kyste du cou ; 36, épithélioma de la langue. — Salle Sainte-Marie (F.). — 3, kyste multiloculaire de l'ovaire ; 5, fistule vésico-vaginale ; 7, kyste hydatique du foie ; 9, lipome de l'aisselle ; 12, cancer du sein ; 18, sarcome du fémur.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 8. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 24 FÉVRIER 1877.

Le Progrès Médical

MALADIES DES ENFANTS

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. ARCHAMBAULT.

De l'allaitement (1).

Leçons recueillies par M. E. DECAUDIN, interne du service.

Messieurs,

Au cours de l'allaitement votre attention sera appelée sur certaines particularités dépendant soit de la mère, soit de l'enfant et dont vous devez être bien instruits pour donner des conseils, et agir en connaissance de cause.

Une jeune femme, nourrice pour la première fois, viendra vous dire toute inquiète, que ses règles sont revenues et vous demander s'il faut qu'elle cesse d'allaiter; ou bien on vous apprendra que la nourrice a son époque, et on vous demandera s'il ne convient pas de la remplacer immédiatement. N'en faites rien. Le lait d'une femme réglée n'est pas un poison, comme le public est trop porté à le croire. Il est même étonnant, à en juger par sa composition chimique, qu'il puisse causer les dérangements passagers qu'on observe assez souvent, pendant la période menstruelle ; voici les modifications que subit ce liquide en pareille circonstance :

Au moment du retour des règles.	Pendant les règles.
Eau 3 gr. de moins que la moyenne.	Eau 7 gr. de moins.
Caséine 4 gr. en plus.	Caséine 8 gr. de plus.

Les autres parties restent à peu près normales. Ce serait donc l'augmentation de la caséine qui rendrait le lait moins facile à digérer, si l'on devait s'en rapporter à l'analyse chimique; mais, il est probable que pendant la période menstruelle, le lait acquiert, dans certains cas, des propriétés que nous ne pouvons saisir. Toujours est-il que, assez fréquemment, l'enfant pendant cette période est agité, digère moins bien, a des vomissements, de la diarrhée, quelquefois des selles vertes. Tout cela est, dans la grande majorité des cas, fort peu de chose et très-passager ; et c'est pourquoi je vous dis: ne prenez pas de décision précipitée; tout rentrera probablement dans l'ordre après l'époque passée. Si les troubles ont plus d'importance, surtout s'il y a des désordres nerveux sympathiques (convulsions), et de plus s'ils se sont produits à chaque retour des règles, il faut changer de nourrice. Une autre raison pour ne pas se presser, c'est que les règles peuvent paraître une fois et ne pas se reproduire. Enfin, beaucoup de nourrices sont réglées, vers le milieu de l'allaitement et il est rare de voir des troubles importants en résulter. Toutefois, les meilleures nourrices sont celles chez qui les organes génitaux restent silencieux tout le temps que dure la sécrétion mammaire. A ce propos, demandons-nous quelle influence peuvent avoir les rapports sexuels pendant l'allaitement. Aucune s'ils sont modérés; on en a la preuve dans les familles où la mère nourrit. Toutefois, ils favorisent le retour des règles et rendent la conception possible, même chez les femmes qui n'ont point eu encore de retour. On s'explique dès lors la vigilance des familles pour tenir à l'écart le mari de la nourrice, qui n'en est pas plus contente, ni meilleure.

Le lait d'une femme grosse serait un véritable poison pour le nourrisson, à en croire le public. Le raisonnement, par comparaison, n'aurait pas dû permettre un pareil jugement, si on eût fait attention à ce qui se passe chez les animaux. Les faits, d'ailleurs, prouvent qu'il n'en est rien, puisqu'on voit des femmes nourrir leur enfant presque jusqu'au terme d'une nouvelle grossesse. J'ai dans ma clientèle une femme à laquelle pareille chose est arrivée deux fois: la première à son insu, la seconde avec connaissance parfaite de ce qui se passait. Cependant, vous pourrez être embarrassé par des cas comme celui-ci. Une jeune femme, de santé irréprochable, venait dans mon cabinet et me présentait un enfant de quatre mois qui était un vrai squelette, comme maigreur, mais très-vivant, très-actif, et tirant avec acharnement sur un sein magnifique comme forme, comme volume et développement du réseau vasculaire. Cet enfant avait été bien prospère jusqu'après son troisième mois, mais depuis lors, il avait commencé à dépérir, criant jour et nuit; on l'avait traité pour des coliques ; mais rien ne le calmait; il buvait avidement tout liquide qu'on lui présentait, avait une constipation insolite à son âge, et urinait beaucoup moins que par le passé. Ces dernières particularités attirèrent mon attention. Quand on vous dira qu'un enfant de cet âge se met à n'aller que rarement à la garde-robe, pensez qu'il ne reçoit pas assez d'aliment, et, si on ajoute qu'il urine beaucoup moins, ne conservez presque pas de doute à cet égard. Telle fut aussitôt mon opinion, mais je voulus en être sûr, et je fis faire des pesées avant et après chaque tétée, ce moyen que vous devez propager, vulgariser, m'éclaira ; l'enfant ne prenait chaque fois que quelques grammes de lait et s'il n'avait pas reçu de l'eau légèrement panée, je ne doute pas qu'il fût mort déjà. La sécrétion lactée avait cessé de se faire. Mais pourquoi les seins ne s'étaient-ils pas affaissés, pourquoi restaient-ils, au dire de la jeune femme aussi volumineux, aussi *pleins*? Je le soupçonnais, et le lui dis, mais son incrédulité ne cessa que plus tard, quand le second enfant remua dans son sein. Le volume des seins tenait non à la présence du lait, mais à la turgescence produite par la nouvelle grossesse; aussi ne s'affaissaient-ils pas malgré la succion désespérée du nourrisson. Je prouvai à cette dame qu'elle n'avait pas de lait, que ce fut pour une raison ou pour une autre ; elle prit une nourrice, et l'enfant revint à vue d'œil.

Si l'enfant allaité par une femme grosse a des troubles gastro-intestinaux et dépérit, c'est moins parce qu'il reçoit un aliment mauvais, que parce qu'il n'en reçoit pas suffisamment. Voici les différences qu'il y a entre le lait physiologique et celui fourni pendant la grossesse, d'après l'analyse chimique.

LAIT DE FEMME GROSSE

Eau 17 gr. en moins pour 1,000 gr. de lait.
Sucre 3 gr. en plus.
Beurre 29 gr. en plus.
Caséine 4 gr. en moins.

Ce lait est évidemment trop riche en beurre, mais il n'y a rien là qui puisse le rendre absolument malsain, et vous pouvez ainsi vous expliquer comment le nourrisson, qui le reçoit, peut continuer à prospérer s'il en trouve suffisamment. Dans tous les cas, dès que vous avez une raison plausible pour croire à la grossesse, il faut faire cesser l'allaitement.

Chez une primipare vous devez voir avec soin où en est la sécrétion, comme abondance, autrement celle-ci peut diminuer notablement, l'enfant dépérir, en raison d'une alimentation insuffisante, et avoir des troubles gastro-intestinaux, de l'entérite, du muguet, etc.; et les choses arriver à ce point que vous ne sachiez, même en prenant une bonne nourrice, comment remettre les fonctions digestives en bonne voie. Le désir qu'a surtout la mère de nourrir, la portera à vous tromper. Dans ce cas, prenez la balance et montrez à la mère qu'elle ne donne rien, ou à peu près, à son enfant. C'est le meilleur argument. Cette surveillance, vous devez l'exercer sur toutes les nourrices mercenaires dans les premiers jours. Le chagrin de quitter leur pays, leur mari, leur enfant; le changement de manière de vivre,

(1) Voir le *Progrès médical*, n°s 1 et 5.

font que beaucoup d'entre elles perdent leur lait. A propos d'alimentation, faites-leur en donner une qui se rapproche autant que possible de celle qu'elles prenaient d'habitude; empêchez avec soin que, dans le but d'avoir un lait riche et abondant, on les bourre de viande, ou qu'on leur donne trop de vin. C'est le vrai moyen de troubler leurs fonctions digestives et de faire passer leur lait. De la viande une fois par jour, beaucoup de légumes, comme elles ont l'habitude d'en manger, de l'eau rougie ou de la bière suivant leur goût, sont tout ce qu'il y a de plus favorable à la sécrétion. D'ailleurs, pendant les premiers jours, moins le lait sera riche, mieux il vaudra. Il faut, aussi, surveiller la sécrétion du lait vers la fin de l'allaitement, pour augmenter l'alimentation de l'enfant, s'il y a lieu. Souvent, à cette période, le lait diminue; une bonne nourrice a une sécrétion lactée abondante pendant 15 à 20 mois; on en voit qui allaitent plus longtemps, mais beaucoup, dans ce cas, donnent bien peu de lait à l'enfant qui mange beaucoup. Ceci me conduit à vous dire, entre parenthèses, que vous devez rarement laisser une femme nourrir deux enfants consécutivement dans une même famille. J'en ai vu réussir dans une pareille entreprise, mais la plupart échouent. Prévenez les familles, quand on vous demande conseil pour savoir si un second enfant qui va naître, alors que la nourrice du précédent a déjà 14 à 16 mois d'allaitement, peut lui être confié en toute sûreté, qu'il n'en est rien ; et qu'après avoir bien réussi la première nourriture, la femme peut manquer la seconde. Pareillement, ne laissez jamais une femme, quelque vigoureuse qu'elle soit, allaiter deux enfants à la fois sans exercer une surveillance attentive; elle pourra fournir une quantité de lait suffisant pour le premier âge ; mais plus tard, elle n'en aura plus assez. D'ailleurs, il arrive quand elle affecte un sein à chaque enfant, que l'un des deux tétant plus vigoureusement son côté y développe la puissance de sécrétion au détriment du côté opposé. Vous verrez aussi une femme, surtout si elle est primipare, alors qu'elle n'a qu'un enfant à nourrir, vous dire qu'elle n'a presque plus de lait d'un côté. Dans ce cas, vous pouvez être certain que le côté tari a été mal tété; et voici pourquoi. La femme, faute d'habitude, tient son enfant au sein, moins adroitement d'un côté que de l'autre ; le petit, mal à son aise pour téter, s'impatiente, ou il prend mal le sein; la mère pour le consoler, le passe de l'autre côté, où étant dans des conditions différentes, le marmot tète à fond. Ce petit manége se reproduit plusieurs fois dans les 24 heures, et si vous n'y prenez garde le sein mal vidé ne tarde pas à se tarir.

En cas de maladie de la nourrice, vous pourrez être tentés de faire immédiatement cesser l'allaitement; ne cédez pas à cette première impulsion, surtout si les choses allaient bien pendant que la mère ou la nourrice étaient en bonne santé. D'abord, si la maladie est légère : angine simple, bronchite, grippe, même une pneumonie limitée qui est beaucoup plus grave, il n'y a pas lieu de retirer l'enfant du sein ; il suffit de suppléer avec un peu de lait coupé à l'alimentation devenue insuffisante. S'il s'agit d'une rougeole, d'une scarlatine ou d'une variole et que ces maladies soient bénignes, je ne vois qu'une raison de séparer l'enfant de sa nourrice ; c'est la contagion : mais, il faut premièrement se demander si la contagion n'a pas déjà eu lieu quand on vient à être sûr de l'existence de la fièvre éruptive, et s'il n'est pas déjà trop tard pour éviter le mal. Pour mon compte je le crois, n'ayant presque jamais vu ces séparations éviter la transmission. Pourtant comme les petits bébés ont moins de disposition qu'à un âge plus avancé à prendre les maladies contagieuses, il sera possible que la transmission n'ait pas eu le temps de se faire et que la séparation l'évite ; on vous saura donc bon gré de la prescrire. Mais, si c'est la mère qui nourrit, regardez à deux fois avant de le faire sevrer, surtout si l'enfant est jeune et que vous n'ayez pas une bonne nourrice sous la main. Ce que je viens de dire des fièvres éruptives est applicable aux formes bénignes de la fièvre typhoïde. Mais dans les fièvres et dans toutes les maladies graves, l'intérêt de la mère et celui de l'enfant veulent que l'allaitement soit suspendu. Une particularité, que vous devez bien connaître, c'est qu'après une maladie même sérieuse et assez prolongée, la sécrétion du lait se rétablit bien plus facilement qu'on ne le croit et qu'il est possible d'en profiter si on n'a pas de nourrice à donner à l'enfant. (*A suivre*).

MALADIES DES OREILLES

De l'échange des gaz dans la caisse du tympan; considérations physiologiques et applications thérapeutiques (1);

Par le Dr **LŒWENBERG**.

Considérations physiologiques.

On regarde comme un des faits capitaux de l'otologie que, lorsque la trompe d'Eustache vient à être obstruée, l'air contenu dans la caisse du tympan est absorbé, à un degré plus ou moins considérable. On explique ainsi les suites ordinaires de l'occlusion de ce canal : concavité exagérée de la membrane du tympan en dedans, avec augmentation de pression sur le liquide labyrinthique par l'intermédiaire de la chaîne des osselets, diminution de l'ouïe, pesanteur, etc.

Il est inutile de citer des passages à l'appui : les traités d'otologie et les mémoires sur la matière spéciale abondent en applications de ce « dogme » otologique.

Le traitement palliatif est nécessairement conforme à la manière d'envisager la cause de ces phénomènes ; on remplace l'air « absorbé » en en insufflant d'autre par le moyen du cathétérisme de la trompe ou d'autres procédés à effet analogue, jusqu'à ce que la caisse soit de nouveau munie du volume d'air qu'elle doit contenir normalement.

Cette manière de voir m'a dès longtemps suscité des scrupules ; il me semblait qu'en l'adoptant, comme on l'a pourtant fait généralement, on manquait totalement de preuves à l'appui, preuves d'autant plus indispensables ici, que déjà, *a priori*, des considérations physiques et physiologiques plaidaient, selon moi, très-fortement contre la probabilité d'un tel phénomène.

Il s'agissait donc de chercher à connaître *les véritables effets de l'obstruction de la trompe d'Eustache sur le contenu gazeux de la caisse et des cellules mastoïdiennes.* (Celles-ci communiquent, comme on sait, avec la cavité sus-nommée et n'en forment, pour ainsi dire, qu'une annexe d'une étendue très-variable. Il sera donc sous-entendu, lorsqu'on parlera, dans le cours de ce travail, de la caisse et de son contenu, que ces cellules y sont comprises.) L'expérimentation directe présentait de grandes difficultés, vu le petit espace en question, d'une part, et, de l'autre, le risque de porter un trouble grave dans l'organe, objet de notre sollicitude spéciale. Il me paraissait donc préférable, provisoirement, de suivre la voie de l'*analogie*, c'est-à-dire d'examiner ce qui se passe dans d'autres parties du corps plus vastes et plus accessibles aux recherches, et où se rencontrent également des cavités remplies d'air atmosphérique. Mon attention se dirigea tout naturellement sur le *poumon*, organe qui reçoit continuellement de grandes quantités d'air atmosphérique, et dont les fonctions physico-physiologiques nous sont connues, grâce à bon nombre de travaux des plus remarquables, à commencer par les admirables recherches de Lavoisier, d'Andral et Gavarret, de MM. Regnault et Reiset, et à terminer par les études extrêmement importantes de M. Ludwig, de M. Pflüger et de leurs élèves.

Dans le poumon comme dans la caisse du tympan, l'air se trouve en contact avec des membranes très-fines, sillonnées de vaisseaux capillaires à parois délicates et que parcourt continuellement un courant sanguin. Nous allons simplifier les conditions de notre comparaison, en ne considérant, pour le moment, qu'une seule inspiration, et en fai-

(1) Mémoire présenté à l'Académie des Sciences, par M. Claude Bernard, dans la séance du 20 novembre 1876.

sant abstraction du mélange gazeux que l'air qui entre, rencontre dans le poumon (comme également dans la caisse).

L'inspiration amène au poumon de l'air, c'est-à-dire, comme chacun le sait, un mélange d'azote, d'oxygène, de vapeur d'eau et de traces d'acide carbonique. Que doit-il se passer? O, CO_2 et Az sont solubles dans le liquide sanguin ; or, si celui-ci ne contenait aucun gaz, il absorberait simplement certaines quantités de ces gaz, conformément à la nature des gaz, à celle du liquide, à la température et à la pression.

L'opinion générale est, en effet, que les choses se bornent à cela dans la caisse du tympan, lorsque la trompe se trouve obstruée, mais on ne tient aucun compte de quelques points très-essentiels : dans le cas qui nous occupe, comme dans le poumon, l'air est séparé du sang par une membrane animale; le sang contient O, Az et CO_2, dont les *pressions* sont *différentes* de celles de ces gaz existant à l'état libre de l'autre côté des membranes qui séparent les deux. Dans ces conditions, il ne saurait être question d'une simple absorption, mais il doit y avoir *diffusion* et *échange*, et c'est en effet ce qui fait la base du processus respiratoire. Cet échange s'opère d'après les *lois de la solubilité des gaz*, c'est-à-dire :

1) Le poids d'un gaz absorbé par l'unité de volume d'un liquide est proportionnel à la pression que ce gaz exerce sur lui;

2) Lorsqu'un mélange de plusieurs gaz est en contact avec un liquide, chacun d'eux s'y dissout comme s'il était seul en présence, c'est-à-dire d'après la pression et d'après son coefficient d'absorption.

Lorsque c'est le sang qui constitue le liquide dont il s'agit, il faut tenir, en outre, compte de l'*affinité chimique de l'hémoglobine pour O*, affinité qui joue un grand rôle en ce cas; d'ailleurs, même en dehors de ce fait, tous les tissus animaux consomment O et produisent CO_2, d'où il résulte que la tension de CO_2 augmente et celle d'O diminue (1).

Ces principes étant appliqués à *l'échange respiratoire des poumons*, il en résulte ceci :

1) La pression de l'O du sang étant minime, celle de l'O de l'air relativement énorme, le sang des capillaires absorbera une quantité énorme d'O, action renforcée puissamment par l'affinité de l'hémoglobine pour ce gaz ;

2) L'air ne contenant qu'une fraction minime de CO_2, tandis que le sang, celui des veines surtout, est très-fortement chargé de ce gaz, le sang en abandonnera une portion d'autant plus grande, que cet air est moins riche en CO_2; mais le volume de CO_2 dégagé n'atteint pas celui d'O absorbé, donc il y a *déficit*. (Nous ne considérons pas ici l'Az, car les expériences sur ce gaz n'ont donné, jusqu'ici, que des résultats incertains.)

Cet échange pulmonaire nous donne une idée de ce qui doit se passer dans la *caisse du tympan* lorsque la trompe d'Eustache est obstruée; ici, aussi, il y aura déficit, mais, si nous voulons préciser *exactement* les quantités d'O et de CO_2 qui restent libres finalement, la comparaison entre les deux organes nous semble souffrir certaines difficultés :

1) L'air rencontre, dans les poumons, du sang veineux principalement, tandis que la membrane qui tapisse la caisse et ses annexes contient naturellement des vaisseaux de toute espèce, partant, du sang diversement composé;

2) La respiration renouvelle à chaque instant l'air du poumon, tandis que justement dans le cas pathologique qui nous occupe, la trompe d'Eustache ne donne plus passage à de nouvelles provisions d'air. Cette dernière objection ne manque pas d'importance, mais des physiologistes éminents se chargent de nous venir en aide : nous pouvons avoir recours aux recherches délicates de MM. Pflüger et Wolffberg sur ce qui se passe dans des bronches fermées artificiellement (*Archives de Physiologie* de Pflüger vol. IV) : Ici aussi, tout l'O disparaît avec rapidité, et une partie seulement de ce gaz est remplacée par une certaine quantité de CO_2.

Je crois donc que, tout en tenant compte des principes posés plus haut, c'est à ce dernier état de choses que nous devons assimiler ce qui advient dans le cas particulier qui nous occupe; un travail analogue à celui qui se passe dans la bronche fermée artificiellement a lieu également pour la caisse en cas d'obstruction de la trompe d'Eustache. Ici aussi, O sera absorbé par le sang circulant dans les vaisseaux de la cavité tympanique, tandis que CO_2 vient en remplacer une partie. *Il en résulte pour le total définitif des gaz un déficit* qui explique la concavité de la membrane du tympan ; mais nous ne sommes pas à même, pour le moment, d'en calculer l'étendue avec une précision mathématique, à cause des particularités citées plus haut, et, en outre, parce que nous ignorons dans quelle mesure l'expansion que subit l'air en passant à une température plus élevée (celle du corps) et en se saturant de vapeur d'eau pour cette nouvelle température pourrait compenser la diminution de volume causée par l'échange des gaz. Ces données échappent d'autant plus à un examen rigoureux que tous ces phénomènes pourraient par exemple, avoir déjà lieu plus ou moins complètement pendant le passage de l'air à travers les fosses nasales.

Applications thérapeutiques.

Les considérations précédentes m'ont conduit tout naturellement à des conclusions pratiques pour le *traitement de certaines affections de l'oreille moyenne*. Si, me disais-je, on arrivait à empêcher, ou du moins à ralentir la diminution de l'air dans la caisse que je nommerai « quasi-respiratoire » on empêcherait ou retarderait du même coup la baisse de l'ouïe amenée par cette déperdition dans les cas si fréquents où il existe une obstruction de la trompe d'Eustache que l'on peut bien vaincre momentanément, mais qui récidive opiniâtrement. Je tentais donc de substituer à l'air ordinaire qu'on insuffle, d'autres gaz moins sujets à diminuer de volume par suite du travail quasi-respiratoire. J'eus l'idée d'insuffler par la trompe d'Eustache un mélange gazeux d'une préparation pour ainsi dire naturelle et peu susceptible de diminuer à la suite du processus décrit plus haut, par la raison bien simple que sa composition ressemble exactement à celle du mélange gazeux résultant de ce processus; c'est-à-dire qu'il contient Az, très-peu ou pas d'O, et une grande quantité de CO_2, le tout chauffé à une température approchant de celle du corps et saturé de vapeur d'eau pour ce degré de chaleur.

Un tel mélange doit rester tout-à-fait inerte en présence des gaz du sang, de même que l'air, une fois qu'il a passé par l'échange gazeux respiratoire, ainsi que l'ont appris les travaux de MM. Pflüger et Wolffberg. Or, par quel procédé pourrait-on composer plus exactement ce mélange, et le préparer plus facilement que par la respiration telle quelle a lieu dans le poumon humain? Je me sers donc tout simplement d'*air expiré* pour les insufflations. Il suffirait, à la rigueur, de faire une inspiration très-profonde, de garder l'haleine longtemps et d'expirer ensuite avec force, mais je préfère soumettre le même air à plusieurs inspirations et expirations successives, quatre ou cinq respirations suffisant, d'après M. Gréhant, pour que tout l'air des poumons présente la même composition.

Je fais respirer le malade dans un sac en caoutchouc à parois minces ou dans une vessie munis, l'un et l'autre, d'un robinet auquel j'adapte un bout de tube en caoutchouc. Je fais introduire le bout libre du tube dans la bouche du malade qui ferme le nez avec ses doigts et inspire et expire alternativement dans le sac. Celui-ci peut être plein ou vide au début; dans le premier cas, on commence naturellement par une inspiration; dans le deuxième, par une expiration. Après avoir été inspirée et expirée alternativement pendant quelques secondes, cette quantité d'air présente la composition de l'air retenu *ad maximum* dans le poumon (voir les travaux de MM. Pflüger et Wolffberg).

(1) Des recherches récentes ont appris qu'il en est de même dans le règne végétal; et tout dernièrement, l'analyse a prouvé que, par exemple, l'air renfermé dans les fruits vésiculeux si connus du baguenaudier (colutea arborescens) contient plus de CO_2 et moins d'O que l'air atmosphérique.

Pour insuffler ensuite cet air, on peut procéder de deux façons différentes : on introduit le bout du tuyau adapté au robinet du sac dans le pavillon de la sonde, ou dans le nez lorsqu'on se sert du procédé de M. Politzer, ou bien, on aspire l'air expiré en introduisant dans le bout libre du tube l'embout d'un ballon à insufflations préalablement comprimé vigoureusement. On ouvre le robinet, et le ballon s'emplit par sa dilatation. Je me sers alors du ballon comme d'habitude, et le vide plusieurs fois dans la trompe au moyen de la sonde ou du procédé de Politzer, en répétant l'opération le plus grand nombre de fois possible dans les deux cas, pour bien faire pénétrer l'air que j'insuffle dans la caisse et ses annexes et lui faire remplacer le mieux possible le mélange préexistant.

Les résultats de ce nouveau procédé sont très-satisfaisants : l'amélioration ainsi obtenue est plus durable qu'avec l'emploi de l'air ordinaire. Plusieurs malades intelligents m'ont, de plus, affirmé spontanément que la sensation d'agréable plénitude qui suit l'insufflation dans quelques cas, était plus prononcée qu'avec la douche d'air ordinaire.

Ainsi donc, l'expérimentation thérapeutique est venue confirmer l'idée que je m'étais faite au sujet de l'échange des gaz dans l'oreille moyenne.

L'étude de la matière qui nous occupe m'a suggéré un autre procédé destiné également à empêcher la diminution dans le volume de gaz contenu dans la caisse. Des recherches classiques nous ont appris que l'*hydrogène* est éminemment réfractaire à ce travail quasi-respiratoire; nous savons, en effet, depuis les magnifiques travaux de MM. Regnault et Reiset (*Annales de Chimie*, XXVI, 3e série), que l'hydrogène est très-peu absorbé par le poumon, et qu'un animal doit respirer pendant plusieurs heures un mélange d'O et d'H pour que celui-ci diminue d'une manière sensible.

Plus tard, M. Gréhant, dans ses excellentes « Recherches physiques sur la respiration de l'homme » (1), a utilisé cette particularité de l'H pour d'importantes recherches physico-physiologiques. J'ai profité des recherches de ces auteurs pour substituer ce gaz à l'air qu'on insuffle dans l'oreille moyenne. Les résultats sont analogues à ceux de l'air expiré, et plaident par conséquent également en faveur de ma théorie.

Voici ma manière de procéder : Je prépare l'H d'après la méthode classique en le dégageant dans un flacon à 2 tubures qui contient du zinc chimiquement pur et de l'eau. J'ajoute de l'acide sulfurique également pur. L'H est purifié en traversant un flacon laveur contenant une solution de potasse caustique. Je le recueille ensuite dans un sac en caoutchouc à parois assez épaisses ou bien dans une vessie, munis, l'un ou l'autre, d'un robinet auquel j'adapte un bout de tube en caoutchouc d'environ 5 millimètres de diamètre. J'insuffle l'H par un procédé analogue à celui que j'ai décrit plus haut; le bout du tube est mis en communication avec la sonde, ou bien le ballon insufflateur va inspirer le gaz au bout du tube. J'ai soin de faire incliner la tête du malade obliquement de façon à donner à la trompe d'Eustache une direction verticale pour que l'H monte par son petit poids spécifique en même temps que par l'impulsion de la main ; cette direction diffère, bien entendu, pour chaque oreille. Il faut toujours se servir d'H fraîchement préparé, car le pouvoir endosmotique de ce gaz est tel qu'on ne peut le conserver ni dans une vessie ni même dans un sac en caoutchouc.

(Il n'est peut-être pas inutile de rappeler qu'il faut éviter le contact d'une flamme, sans cela le mélange d'air et d'H ferait explosion avec une force effrayante.)

En poursuivant le cours de ces études, j'ai lu dans le *Traité des Maladies de l'oreille*, de Rau que l'H aurait été employé par Itard (probablement à cause de sa légèreté spécifique ?); mais il m'a été impossible de retrouver le passage en question.

(1) Paris, 1864.

Ceux de nos confrères qui ont eu occasion de soigner un grand nombre de personnes atteintes de maladies de l'oreille me donneront certainement raison si j'affirme que l'insufflation d'air constitue, encore aujourd'hui, le moyen le plus précieux et le plus universellement utile de la thérapeutique otologique en même temps que le plus inoffensif. Elle nous sert dans un nombre de cas extrêmement considérable pour fournir à l'oreille moyenne la quantité de gaz nécessaire au libre jeu de la membrane du tympan et des osselets, comme pour préserver le labyrinthe de tout excès de pression qui serait causé par l'enfoncement du tympan en dedans et avec lui de la chaîne des osselets. Elle rend l'ouïe comme par enchantement dans les cas si communs de simple affection catarrhale de l'oreille moyenne, et cela pour un temps plus ou moins long selon la nature du cas et sa durée antérieure. Elle constitue même l'unique moyen de traitement local chez les tout jeunes enfants qui sont atteints de cette affection.

Ce procédé trouvant un emploi aussi général, j'espère que les modifications que je propose d'y apporter auront leur utilité : elles serviront à prolonger le bon effet de chaque insufflation, et en rendront la répétition moins souvent nécessaire, en attendant qu'un traitement plus complet ait raison de la maladie elle-même.

Quant à la valeur relative des deux méthodes que je viens de proposer, des expériences plus nombreuses en décideront; peut-être chacune d'elles présentera-t-elle des avantages particuliers. Il est inutile de faire remarquer que l'emploi de l'air d'expiration est excessivement facile, tandis que l'usage de l'H nécessite une petite opération chimique qu'il faut répéter chaque fois.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Pansement des plaies d'amputation.

Notre collaborateur, M. le Dr S. Pozzi, vient de recevoir une longue lettre de M. le professeur Azam (de Bordeaux), au sujet de son récent mémoire intitulé : « *Quelques observations à propos du pansement de Lister* » (Voyez *Progrès Médical*, nos du 25 novembre, 2, 9 et 16 décembre 1876). Nous avons pensé que nos lecteurs liraient avec intérêt cette nouvelle pièce relative à l'enquête scientifique provoquée pour l'emploi des nouvelles méthodes de pansement. Nous la reproduisons donc *in extenso* en y joignant deux figures gravées d'après des dessins originaux du savant professeur bordelais.

Bordeaux, le 4 février 1877.

Mon cher Pozzi,

J'ai lu avec grand intérêt vos observations sur le pansement de Lister et aussi le volume de M. Lucas-Championnière ; je suis, la plupart du temps, fort de votre avis; il y a dans cette méthode le fond et la forme. — Le fond, ce qui guérit les malades, n'est pas neuf, du moins pour Bordeaux; quant à la forme, aux accessoires, ils sont à mon sens fort exagérés. Je crois comme notre maître M. Gosselin avec lequel j'ai eu l'honneur de m'en entretenir, il y a quelques mois, que c'est là une *ribote phéniquée* à laquelle on ajoute trop d'importance, — je n'en reconnais pas moins le grand mérite du chirurgien d'Edimbourg et je n'ai envie de rire que lorsqu'on fait de sa méthode une sorte de religion, dont il est le pontife, l'acide phénique, le Dieu et le *germe*, le diable ou le fantôme. Son application générale est surtout excellente et j'ai la certitude que si elle était employée partout, l'hygiène de nos services y gagnerait beaucoup.

Mais elle a un autre avantage, c'est de venir de l'étranger; l'éloignement, le mystère, le nuage, sont les conditions nécessaires de la foi ; tout le monde sait cela, surtout les chirurgiens de province dont les grands centres chirurgicaux devraient mériter quelque considération. — Il me semble que si ces centres ne sont pas des soleils, ils sont cependant plus que des lunes, et qu'ils ont, comme le grand astre, leur lu-

mière propre, bien que petite et lointaine. Ceux de nous qui ont passé l'âge des illusions, savent si bien l'indifférence qui attend leurs efforts qu'ils se contentent de bien faire dans leur petit milieu, guérissent leurs malades et ne se donnent pas le souci d'une inutile publicité.

J'allais oublier qu'il ont une chance, c'est que sur les bords de la Tyne ou du Mein on ait la même pensée, ou qu'on la leur prenne ; un traducteur la découvre, il la fait connaître à la France étonnée et elle fait son chemin sous le nom d'un autre; il en est d'elle comme de certains vins, on ne les apprécie que *retour de l'Inde*.

Heureusement pour la vérité, il est de temps à autre des justiciers scientifiques qui lisent, même les travaux publiés hors de Paris et qui sont imprimés en français. Vous êtes de ceux-là, notre maître M. Gosselin aussi, car, dans ces derniers mois, vous avez reconnu, qu'en ce qui touche les pansements il devait être restitué quelque mérite à l'école de Bordeaux. Dans ses leçons, M. Gosselin s'est même étonné de l'indifférence qui a accueilli nos recherches et il l'explique d'une façon peut-être légitime. Je le remercie de sa bonté, mais c'est la règle chez nous. Et pourquoi les idées chirurgicales seraient-elles autrement traitées que nombre de grandes conceptions que nous dédaignons tant qu'elles sont françaises, mais que nous admirons dès leur retour en costume étranger?

Cela dit et après vous avoir prié d'excuser cette boutade extra-scientifique, je vais étudier avec vous les divers temps de la méthode que je recommande et répondre à quelques objections de détail.

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir reproduit le passage où je dis qu'elle est une œuvre commune, une synthèse à laquelle MM. Denucé, Labat, Dudon et autres ont travaillé comme moi : en fait, cette méthode se perfectionne chaque jour entre nos mains, sinon, quant au fond qui paraît désormais fixé, du moins quant aux accessoires. Née il y a 8 ou 10 ans dans l'hôpital Saint-André de Bordeaux, elle est aujourd'hui appliquée par nos élèves, devenus nos confrères, dans la région que je nommerai le rayon scientifique de cet hôpital. — Ils l'ont apprise par l'exemple, sinon par la publicité.

J'examinerai successivement le drainage profond, la suture profonde et la suture superficielle, au point de vue purement pratique et particulièrement en ce qui touche les amputations.

Vous me paraissez croire qu'il est bon de faire des injections désinfectantes dans le drain, ou de le retirer pour le laver. J'ai ainsi fait dans les premiers temps ; aujourd'hui, j'y ai renoncé, surtout pour les amputations. Dans celles-ci, en effet, la plaie est loin d'être infecte dans ses profondeurs. A la guérison, il est facile de le reconnaître ; en ouvrant doucement le drain, on le trouve rempli d'un pus bien lié, sans odeur, et exempt de bactéries ; les signes de putridité ne sont manifestes qu'aux extrémités où il a été en contact avec l'air. Nous réservons cette pratique pour les cas à hémorrhagies secondaires moyennes. Ni air ni eau dans le drain, le maintenir dans une immobilité complète, telles sont pour moi les conditions d'un bon drainage profond. Ainsi j'ai obtenu, et vous obtiendrez, des cicatrisations rapides et sans complications.

Nous sommes plus d'accord que vous ne le croyez sur les raisons qui font l'utilité du drainage profond, mais je persiste à penser qu'il est chimérique d'attendre la cicatrisation, par première intention, des os amputés jusqu'au moment où on aura trouvé le moyen de les couper comme on coupe le bois vert avec un couteau bien tranchant ; la scie, en effet, laisse de la sciure, et en admettant qu'un lavage l'enlève en entier (pratique douteuse), il n'en est pas moins certain que son passage laisse adhérentes mille particules osseuses imparfaitement détachées et que la suppuration seule peut entraîner.

Du reste, vous donnez votre observation II, comme un exemple où la suppuration de l'os aurait été évitée ; or, vous n'avez retiré le drain que le 8e jour. Il n'en a pas fallu davantage à l'*élimination nécessaire* et les nombreux amputés de jambe, de cuisse et de bras dont les moignons étaient, après 10 à 15 jours, semblables à des moignons de 10 ans n'ont pas vu leurs os suppurer plus longtemps. Les ligatures organiques permettront peut-être une guérison plus rapide, mais nous n'attachons pas à cette rapidité plus d'importance qu'il ne convient, le résultat acquis étant suffisant.

Je ne donne pas à la suture profonde autant d'importance que vous. A mon sens, ce temps de la méthode est, comme valeur, de beaucoup au-dessous des autres ; mon collègue, M. Denucé, y a presque renoncé et ne le conserve que pour les cas où il peut craindre l'affrontement insuffisant de lambeaux larges et lourds; ainsi à la cuisse, au poignet, à l'avant bras. J'ai pu, comme lui, m'en passer, les lambeaux étant taillés de façon à s'appliquer sur le drain sans cause intermédiaire.

Il en est de même pour les extirpations de grosses tumeurs; nous voyons tous les jours le drainage et la suture superficielle suffire, si surtout on place sur la peau décollée un petit matelas d'ouate qui s'applique contre les parties profondes ; je dirai plus, dans ces cas, la réunion profonde par première intention me paraît fort aléatoire, car tous les chirurgiens enlèvent les grosses tumeurs autant avec les doigts, les ciseaux et le manche du bistouri qu'avec son tranchant. Pourquoi alors tenter la réunion par une suture d'un effet douteux et que la compression peut remplacer?.....

En résumé, la nécessité de la suture profonde est affaire d'appréciation, elle est basée sur la crainte de laisser entre le drain et la suture superficielle une cavité où s'amassera le pus ; un de mes jeunes confrères ayant cru pouvoir, chez un amputé de cuisse, se passer de ce temps, les lambeaux non maintenus n'ont pas adhéré l'un à l'autre, la suppuration a tout décollé, et le malade est mort comme un amputé quelconque.

Vous préférez, pour la suture profonde, un gros fil d'argent et des plaques de plomb à la suture enchevillée ordinaire qui nous réussit; M. Courty, lui, préfère la suture à boutons, aussi M. Fochier (de Lyon) ; pure affaire de goût, je les crois toutes bonnes pourvu qu'on puisse les relâcher à la demande du gonflement des lambeaux. Je ferai cependant une remarque touchant la grosseur des fils ; j'ai vu 2 ou 3 fois suppurer le trajet de ces fils ; une fois, l'un de ces trajets a communiqué avec les profondeurs du moignon, et la solidité de l'affrontement a été compromise. Cela étant, je me sers d'un fil d'argent recuit très-fin, fixé, d'un côté, à un bout de sonde, et enroulé, de l'autre côté, à un autre bout de sonde qu'il traverse au préalable.

Cet inconvénient m'avait conduit à imaginer un moyen d'éviter le transpercement de la base des lambeaux: ce moyen n'est applicable qu'aux amputations à lambeaux, celle que, du reste, je recommande; ce sont des pinces à mors transversaux, munies de pointes pour éviter le glissement et garnies d'amadou. Je vous envoie une de ces pinces, vous en comprendrez aisément le mécanisme.

Mais cet instrument, tel qu'il a été fait à Bordeaux, est lourd et encombrant. Aussi, après quelques tentatives, ai-je renoncé à son usage lui préférant la suture décrite plus haut. Il serait avantageusement remplacé par des pinces à mors semblables réunies par un ressort léger, et en anse, d'une force calculée.

Si on adopte la modification de M. Denucé, qui permet de ne découvrir le moignon qu'après 4 ou 5 jours, la réunion des lambeaux et celle de la peau seraient faites avant le premier pansement.

La pince ci-dessus indiquée ressemblerait au pince-nez dont on se servait en 1848 et 1849 pour les inhalations d'éther. Elle serait facile à faire, l'idée étant donnée à l'un de vos habiles fabricants d'instruments de chirurgie. Dans le dessin ci-joint vous trouverez comment je crois qu'elle pourrait être et son mode d'application. (*Fig. 9.*)

Personne ne conteste l'importance d'une bonne suture superficielle, ce temps est d'une grande valeur ; à la suture entortillée que je pratique, vous préférez la suture entrecoupée, faite avec des fils d'argent ; je doute qu'elle puisse donner un affrontement aussi parfait et je suis certain qu'elle ne vaut pas la suture entortillée combinée avec l'emploi du collodion. Il y a quinze jours, après extirpation d'une grosse tumeur du sein, j'ai fait la suture entortillée ordinaire avec des épingles à insectes et entre chaque point, sur les fils croi-

sés, j'ai appliqué des faisceaux de charpie collodionée. Dès le lendemain, j'ai enlevé les épingles et la réunion a été parfaite. J'ai dit à Lyon, en 1873, que M. Denucé allait plus loin : il enlève les épingles séance tenante après dessiccation complète du collodion, et il étend cette substance assez loin autour de la plaie pour lui faire une sorte de cuirasse que les fils croisés et la charpie durcie rendent très-solide ; alors la

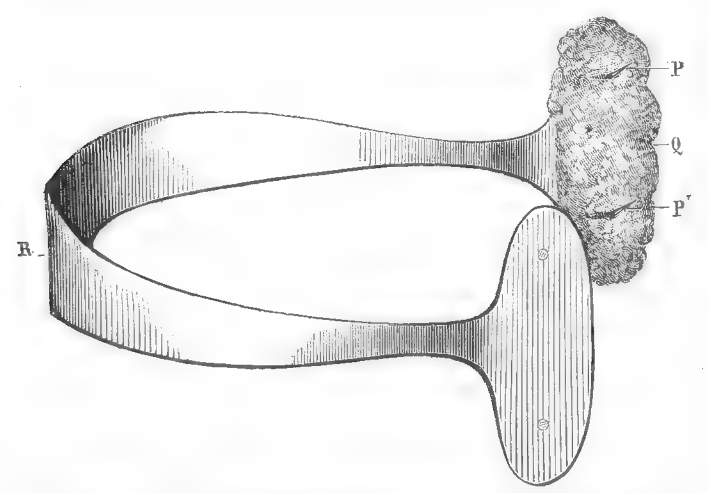


Fig. 9. — *Pince à affrontement profond à peu près de grandeur naturelle.* — P.P', Très petites pointes pour éviter le glissement. — Q, Plaque d'agaric pour protéger la peau. — R, Ressort de force suffisante et calculée.

peau ne renferme aucun corps étranger et il n'est pas nécessaire de découvrir prématurément la plaie pour ôter les épingles. Cette petite modification me semble excellente, sauf pour les cas où quelqu'effort aura été nécessaire pour affronter les bords de la plaie, ainsi qu'il arrive la plupart du temps pour les autoplasties.

Tels sont, mon cher Pozzi, les points principaux dont je voulais vous entretenir; ici, je le répète, j'ai eu surtout en

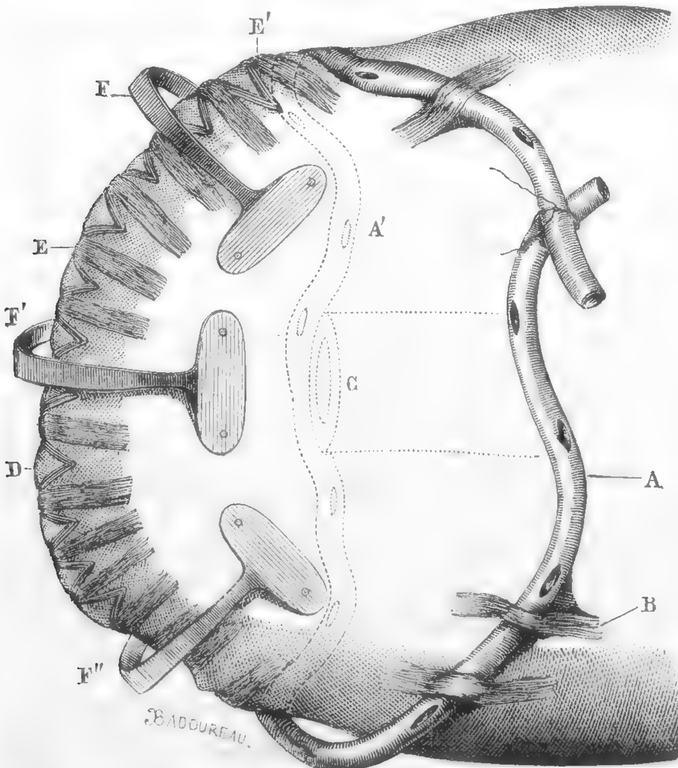


Fig. 10. — *Moignon de cuisse.* — A,A'. Drain hors de la plaie et dans la plaie. — B. Charpie collodionnée pour le maintien solide du drain. — C, Coupe du fémur, sa situation par rapport au drain. — D, Fils de la suture entortillée demeurés en place après extraction des épingles séance tenante. — E,E', faisceaux de charpie collodionnée renforçant la suture. — F,F',F'', Pinces à affrontement profond.

vue les plaies d'amputation, sans méconnaître les services que la méthode en question peut rendre à d'autres plaies ; la meilleure marque de mon estime est que je m'en sers tous les jours et que les amputations sont rares.

Pour ne pas faire d'une lettre un mémoire, je n'ai pas parlé du pansement proprement dit ; l'occlusion étant déjà complète, et les germes n'ayant pas de portes où passer, il a peu d'importance. Cependant, la peau étant protégée par un *protective* quelconque (ceux que vous dites me paraissent bons) j'applique sur le tout un pansement au coton, que j'ôte le plus rarement possible et je me sers d'eau phéniquée pour les lavages.

Pour compléter le dessin ci-joint (*fig. 10*), voici comment je comprends ce que j'appellerai le moignon de l'avenir :

1° Amputation à lambeaux ;

2° Ligatures organiques, hémostase parfaite ;

3° Drainage profond, maintien solide du drain par des bandelettes collodionées près des ouvertures ;

4° Suture entortillée avec des épingles fines ; faisceaux intermédiaires collodionés, cuirasse autour ; sortie des épingles séance tenante après dessiccation ;

5° Affrontement des lambeaux le plus près possible du drain par des pinces à larges mors, qui demeureront en place jusqu'au premier pansement ;

6° Protection de la peau à la partie inférieure contre l'action des liquides sortant du drain ;

7° Bandage au coton, pansements très-rares, lavages à l'eau phéniquée.

Cette lettre est bien longue et j'ai laissé bien des points de côté ; je vous la livre cependant vous autorisant à en faire l'usage que vous jugerez bon dans l'intérêt de la question.

Votre dévoué, Eug. AZAM,

Professeur de clinique chirurgicale à Bordeaux.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Les nouveaux forceps de M. Tarnier.

Le 23 janvier 1877, M. le Dr Tarnier, chirurgien de la Maternité, a présenté à l'Académie de Médecine deux nouveaux forceps qui ont vivement attiré l'attention d'un certain nombre de membres présents à la séance. En attendant la communication détaillée qu'il a promise à ses éminents collègues, et peut-être aussi afin qu'une discussion approfondie puisse suivre cette communication, M. le Dr Tarnier vient de publier un mémoire (1), véritablement admirable, nous n'hésitons pas à le déclarer, par la simplicité, la netteté et la précision mathématique de ses démonstrations.

Jusqu'à plus ample informé on rapporte, chacun le sait, à Chamberlen, l'invention du forceps. Malheureusement cet Anglais ternit la gloire de sa découverte en la tenant secrète et en ne voulant la livrer qu'à prix d'argent. L'instrument de Chamberlen était une pince spéciale, fenêtrée, fort ingénieusement combinée : elle ne présentait qu'une seule courbure, suivant ses faces, courbure appelée depuis céphalique, parce qu'elle est destinée à s'adapter exactement à la forme que présente la tête du fœtus.

Cet instrument, enfin connu de tous, avait déjà rendu de grands services, lorsque Levret en 1747, y apporta une modification importante. A la courbure suivant les faces ou courbure céphalique, il y ajouta une courbure suivant les bords ou courbure pelvienne, courbure parallèle à celle que présente l'axe du bassin et qui permet d'aller saisir facilement la tête au niveau et au-dessus du détroit supérieur. Ce n'est ni à Smellie, ni à Benjamin Pugh, mais bien à Levret qu'est due, nous l'avons démontré ici même, il y a

(1) *Description de deux nouveaux forceps*, par M. le Dr Tarnier. Un mémoire grand in-4° avec 43 fig., 50 p., chez H. Lauweyrens. Paris, 1877.

peu de temps (1), cette véritable transformation du forceps. Malgré quelques modifications de détail, c'est encore du forceps de Levret dont chacun se sert aujourd'hui.

Malheureusement, et on ne s'en est pas assez aperçu jusqu'ici, cet instrument est loin d'être parfait. « Le forceps, dit M. Tarnier, est, à juste titre considéré comme un excellent instrument, et tous les médecins ont en lui une confiance légitime que je serais désolé d'amoindrir ; cependant il présente quelques défauts sur lesquels il importe de ne pas fermer systématiquement les yeux. »

A. — « Tous les accoucheurs, ajoute-t-il, savent que dans une application de forceps bien conduite les tractions doivent être, autant que possible, dirigées suivant l'axe du bassin; mais tous avouent qu'au détroit supérieur et au-dessus de ce détroit, il est impossible de tirer assez en arrière, parce que l'instrument est forcément maintenu dans une mauvaise direction par la résistance du périnée. » Voici de quelle manière M. Tarnier le démontre.

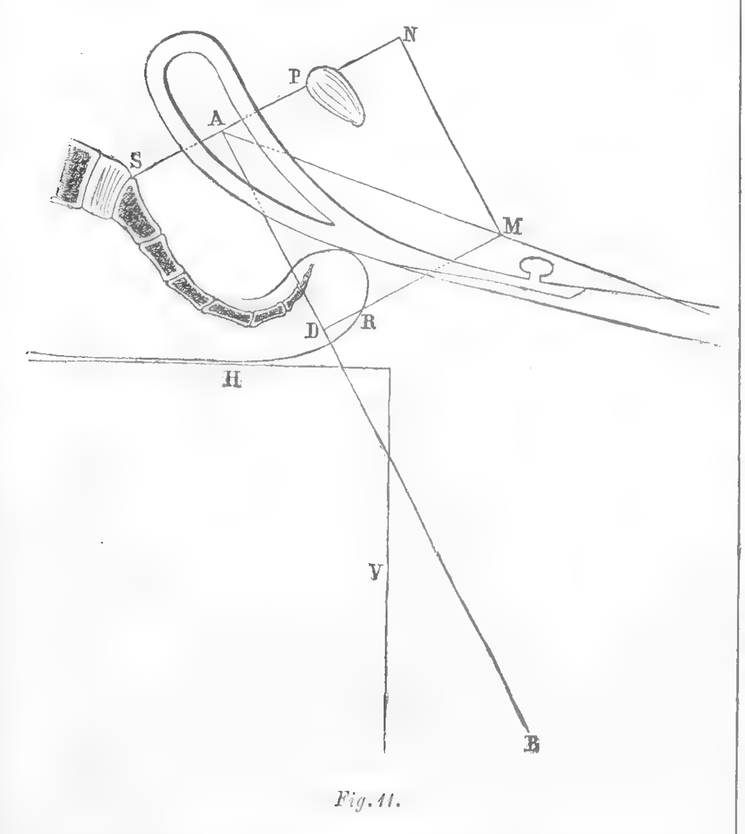


Fig. 11.

« La figure 11 représente une coupe du bassin et du périnée dessinée d'après la planche XVIII de l'*Atlas d'anatomie chirurgicale homolographique* de Legendre : seulement toutes les parties molles comprises entre le bord postérieur du sphincter anal et le pubis ont été supprimées, et les branches du forceps passent un peu en arrière du point qui, sur la planche de Legendre est occupé par l'anus. On ne pourrait donc guère, dans une application de forceps pratiquée au détroit supérieur et sur la femme vivante, même en déprimant fortement le périnée, porter les branches du forceps plus en arrière que je ne l'ai indiqué dans la figure 11.

» La ligne SP, étendue du promontoire au pubis qu'elle rencontre à quelques millimètres au-dessous de l'extrémité supérieure de la symphyse pubienne, représente le diamètre antéro-postérieur *minimum* du détroit supérieur. C'est ce diamètre, si bien décrit par Pinard, qui le plus souvent arrête la tête du fœtus lorsque le bassin est vicié, et j'ai supposé le forceps appliqué sur elle au niveau du détroit supérieur ; mais pour ne pas compliquer l'épure, je n'ai pas figuré cette tête dont le centre correspondrait à peu près au point A.

» La ligne AB représente l'axe du détroit supérieur ou de l'ouverture que la tête doit franchir, et, par conséquent, la direction qu'il faudrait donner aux tractions pour qu'elles fussent irréprochables. Au contraire, les tractions faites par l'opérateur lorsqu'il tire sur les manches du forceps ordinaire se convertissent en une force qui est représentée par la ligne AM, et ces tractions ne peuvent pas être plus portées en arrière, à cause de la résistance du périnée R. En supposant que les tractions soient de 20 kilogrammes, le travail effectué pour abaisser la tête sera de 15 kilogrammes seulement, tandis que le pubis supportera une pression nuisible de 13 kilogrammes. En effet, en représentant la traction de 20 kilogrammes par la distance AM, si je construis sur cette ligne AM le parallélogramme des forces ADMN, je trouve que la traction AM se décompose en deux forces : l'une AD qui abaisse la tête dans la direction de l'axe du détroit supérieur ; l'autre AN représentant une pression nuisible qui vient se perdre contre le pubis. Or les lignes AM, AD, AN, offrent entre elles des différences respectives de longueur qui sont exprimées par les chiffres 20, 15, 13, en chiffres ronds. Donc, en tirant sur les manches du forceps avec une force de 20 kilogrammes, représentée par la ligne AM, on obtient le résultat suivant : on entraîne la tête dans la direction AD avec une force de 15 kilogrammes, tandis qu'on fait subir au pubis une pression AN de 13 kilogrammes. Il est bien entendu que, dans ce calcul, j'ai uniquement tenu compte des pressions qui naissent par le fait de l'opérateur, et que j'ai dû négliger celles qui proviennent de l'action naturelle des tissus maternels.

» En supposant que dans la figure 11, la ligne AM représente une traction de 40 kilogrammes, la tête sera abaissée dans la direction AD avec une force de 30 kilogrammes, tandis que le pubis subira une pression dangereuse AN de 26 kilogrammes. La pression qui vient échouer sur le pubis deviendrait plus dangereuse encore si les tractions faites sur les manches du forceps dépassaient 40 kilogrammes. »

M. Tarnier démontre ensuite que, dans l'excavation, au détroit inférieur et même à l'orifice vulvaire, les tractions exercées avec le forceps sont également défectueuses.

B — « Dans les accouchements naturels, la tête de l'enfant, en parcourant les voies génitales depuis le détroit supérieur jusqu'à l'orifice vulvaire, change à chaque instant de direction et, grâce à cette mobilité, décrit une courbe qui se confond avec la ligne centrale du bassin. La tête décrirait la même courbe, si, le forceps étant appliqué, la femme accouchait spontanément, sans que l'opérateur eût besoin d'exercer aucune traction, ainsi qu'on l'observe dans certains cas où l'introduction des branches de l'instrument réveille les contractions utérines et les excite suffisamment pour qu'elles puissent achever seules l'expulsion du fœtus. »

« Or, le forceps ordinaire, maintenu fixe par l'accoucheur qui exerce des tractions, a l'inconvénient de priver la tête de la mobilité qui lui est nécessaire pour trouver la meilleure route à suivre pendant son expulsion. »

En résumé : le forceps ordinaire malgré tous ses avantages, est imparfait. On peut lui faire les reproches suivants : 1° de ne jamais permettre à l'opérateur de tirer suivant l'axe du bassin ; 2° de ne pas laisser à la tête fœtale une mobilité suffisante pour qu'elle puisse suivre librement la courbure du bassin.

« On ne saurait, dit encore M. Tarnier, nier sans commettre une hérésie scientifique, qu'il n'y ait une importance de premier ordre à donner aux tractions faites sur le forceps, la direction de l'axe du canal que la tête fœtale doit traverser. Mais cette direction, quelle est-elle sur le bassin de la femme qui accouche ? Un opérateur instruit le devine à peu près, mais nul ne le sait exactement. L'accoucheur est donc, pour ainsi dire, privé de boussole et réduit à orienter tant bien que mal la marche de son forceps d'après ses connaissances anatomiques. Il serait donc très-avantageux d'avoir un forceps muni d'une aiguille indicatrice qui put guider l'opérateur et lui indiquer automatiquement, et à chaque instant, dans quel sens il doit diriger ses tractions. »

Avant d'aller plus loin, M. Tarnier tient à rendre amplement justice à chacun, et il le fait sans détours, sans ambages et avec une grande générosité. Hubert (de Louvain) avait déjà montré qu'avec le forceps de Levret il était impossible au détroit supérieur, de tirer dans l'axe du bassin. Il croyait cependant à tort que « ce détroit supérieur

(1) Voyez *le Progrès médical*, 1876, n° 46, p, 779. Quel est l'inventeur du forceps à double courbure ?

*

» franchi le forceps devait être considéré comme remplis- » sant les conditions voulues. » Hubert apporta au forceps deux modifications successives : mais, il est presque impossible de se servir de ses instruments qui sont très-défectueux. « Ces modifications, dit M. Tarnier, sont passées tellement inaperçues que dans un voyage que je fis en Belgique en 1876, je ne trouvai aucun spécimen des forceps de Hubert, chez les fabricants d'instruments de chirurgie ou les couteliers de Bruxelles, de Liége et même de Lou-

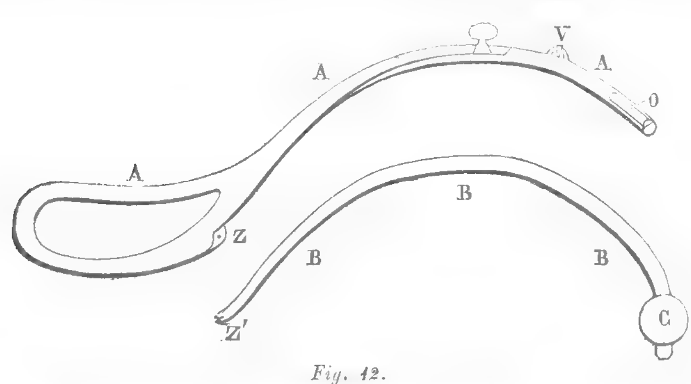


Fig. 12.

vain où j'arrivai malheureusement pendant une absence du Dr Hubert fils. Je finis cependant par réussir à voir les deux forceps de Hubert père : le premier à la Maternité de Louvain ; le second, dans la vitrine du musée de Liége. » M. Tarnier reproduit dans son mémoire les dessins de ces instruments. Il indique ensuite les imperfections du forceps de Moralès et l'erreur dans laquelle est tombé Chassagny (de Lyon), qui a cependant bien montré, le premier, le grand avantage qu'il y avait à laisser à la tête une mobilité complète qui lui permît de suivre la courbure du bassin.

Après avoir signalé les imperfections du forceps, puis rappelé les travaux de Hubert, Moralès et Chassagny, M. Tarnier nous donne en ces termes la description de son instrument.

« Le forceps que je propose se compose de deux branches de préhension AA et de deux tiges de traction BB (*fig. 12*). Celles-ci s'implantent dans une poignée transversale dont la coupe est représentée en C.

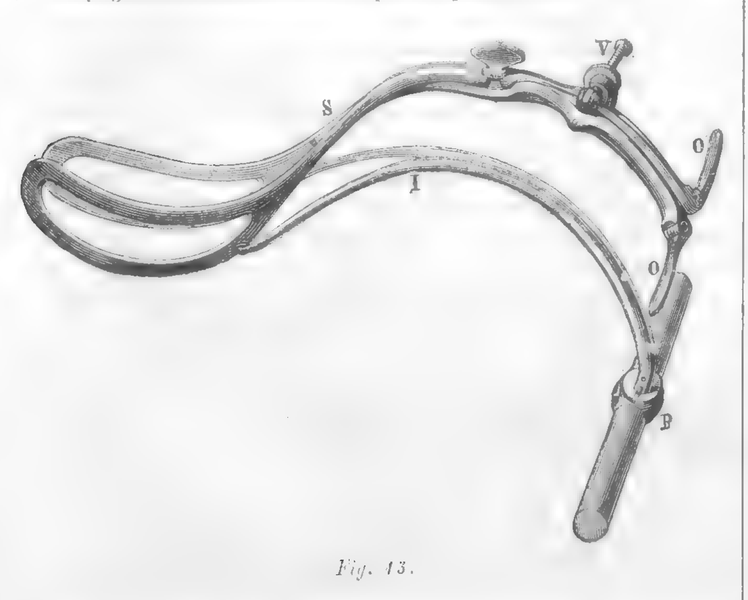


Fig. 13.

Chacune des branches de préhension AA et des tiges de traction BB présente une partie articulaire Z et Z'.

« Dans la figure 13 les branches de préhension S sont réunies aux tiges de traction I par une articulation mobile dans tous les sens. On remarquera que les branches de préhension S sont croisées et articulées entre elles, comme dans le forceps ordinaire, tandis que les tiges de traction I sont parallèles comme dans le forceps de Thenance. »

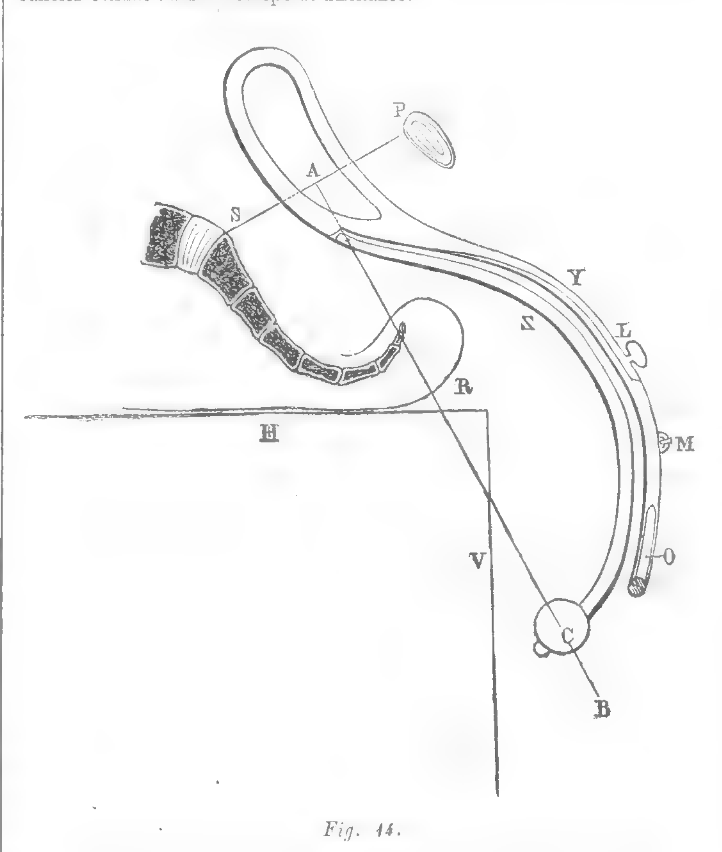


Fig. 14.

Sur la figure 14, qui représente le forceps appliqué au détroit supérieur, voici ce que l'on constate : 1° Lorsque les tiges de traction sont placées parallèlement aux branches de préhension, séparées d'elles par un espace de 1 centimètre environ, on tire exactement suivant l'axe du détroit supérieur A B. La courbure spéciale et nouvelle de l'instrument, courbure portant sur les manches, rend facile cette traction dans l'axe qui est le seul légitime. Avec le nouveau forceps, toute la force employée entraîne la tête dans l'axe du bassin, et elle ne produit aucune compression sur les tissus maternels. Si, au contraire, on venait à éloigner les tiges de traction des branches de préhension, on ne tirerait plus dans l'axe du bassin : cela est évident.

2° Les tiges de traction au niveau de leur point d'attache étant mobiles dans tous les sens, les branches de préhension qui ont saisi la tête et cette tête elle-même, par conséquent, sont mobiles dans tous les sens.

3° Enfin, dire que les tiges de traction doivent toujours être placées près des branches de préhension, dire qu'elles ne peuvent s'écarter des branches de préhension sous peine de ne plus tirer dans l'axe, c'est reconnaître que les branches de préhension indiquent toujours comment il faut tirer pour tirer dans l'axe. Ces branches de préhension, qui sont mobiles et se déplacent avec la tête, constituent donc une véritable aiguille indicatrice qui montrera à l'opérateur quelle direction doivent suivre les tiges de traction.

Ce nouveau forceps peut paraître compliqué au premier abord, aussi M. Tarnier en a-t-il construit un second, pour

la description duquel nous renvoyons à son mémoire. Ce second instrument beaucoup moins parfait, au point de vue mathématique, que le premier, réalise cependant un grand progrès ; mais il ne laisse pas à la tête sa mobilité et ne peut posséder d'aiguille indicatrice qu'après la descente des cuillers dans l'excavation. Le premier forceps est donc de beaucoup préférable : son application ne présente du reste aucune difficulté. On procède à l'introduction des branches de l'instrument d'après les régles ordinaires du manuel opératoire ; seulement la main qui a saisi l'instrument tient en même temps un branche de préhension et sa tige de traction, tandis que l'autre main guide la cuiller dans l'intérieur des parties maternelles. Dans ce temps de l'opération la branche de préhension est si bien accolée à la tige de traction, que l'introduction de l'instrument est aussi facile qu'avec le forceps ordinaire. Une fois l'instrument introduit, on croise les branches et les tiges correspondantes ; mais avant d'articuler les branches de préhension entre elles, on saisit avec la main gauche la tige droite de traction, et on la fait passer de gauche à droite par dessus le pivot et on l'abandonne à elle-même. Cette tige de traction s'abaisse alors par son propre poids. L'articulation est ensuite faite d'après les règles ordinaires. Lorsque l'instrument est articulé, les branches de préhension se trouvent croisées, tandis que les tiges de traction sont parallèles. Pour donner aux cuillers une prise solide sur la tête, il faut, à ce moment, rapprocher avec les mains les extrémités des branches de préhension et exercer sur elles une pression modérée. Une vis (V. *fig. 13*) allant d'une branche de préhension à l'autre, maintient les cuillers serrées sur la tête ; mais il suffit de faire tourner l'écrou de cette vis, jusqu'à ce qu'il soit en contact avec la branche de l'instrument contre laquelle il vient buter, sans chercher à le serrer avec force, ce qui serait au moins inutile. Dès lors, il ne reste plus qu'à engager l'extrémité des deux tiges de traction dans la poignée P, qui sera saisie par les mains de l'opérateur et sur laquelle on tirera au moment de l'extraction.

Quels résultats pratique donnera cet instrument? Déjà M. Tarnier a eu deux fois l'occasion de l'appliquer à la Maternité et il a été étonné de voir combien peu de force il avait dû déployer pour terminer l'accouchement. Nous avons fait, avec notre excellent ami M. Pinard, un certain nombre d'expériences en présence de plusieurs de nos élèves. Tous ceux d'entre eux qui ont cherché à extraire un fœtus avec le forceps de Levret d'abord, puis avec le nouveau forceps ont été frappés de la différence considérable qui existait entre les deux instruments. Il y a plus, avec le fantôme spécial dont nous nous servons, nous avons vu souvent, avec le forceps de Levret, l'extrémité des cuillers venir imprimer derrière la symphyse pubienne, un sillon profond sur les tissus représentant les parties molles et la vessie. Rien de semblable n'existe avec le nouveau forceps dont l'extrémité des cuillers reste toujours au centre du bassin. Les parties molles sont donc, on le voit, doublement ménagées.

Nous terminons cette longue analyse en rappelant que l'introduction et l'articulation de l'instrument de M. Tarnier se font de la même façon qu'avec celui de Levret. Nous avons vu tous ceux qui connaissaient le maniement du forceps ordinaire l'appliquer, d'emblée, avec la plus grande facilité. Nous sommes donc intimement convaincu que cet instrument est appelé à rendre de très-grands services, en même temps qu'il fera le plus grand honneur à son inventeur et à l'obstétrique française. P. Budin.

Faculté de médecine de Paris. — Enseignement pratique de l'anatomie.

Le *Progrès médical* a plusieurs fois déjà insisté sur l'obligation qui s'imposait de rechercher les moyens de fournir aux nombreux étudiants en médecine les sujets nécessaires aux dissections. Il ne paraît pas qu'on ait jusqu'ici trouvé le remède au mal que nous signalions. La lettre très-intéressante que nous publions ci-après, nous semble le démontrer d'une façon péremptoire.

Monsieur le Rédacteur,

Vous qui, d'ordinaire, accueillez favorablement nos réclamations, apprenez ce qui nous arrive pour le répéter à vos lecteurs. Il nous semble que la chose en vaut la peine car, plus que tout autre, elle fera toucher du doigt le besoin immédiat de réforme dans notre enseignement médical. On nous dit que la Faculté de médecine demeure encore le meilleur de nos centres universitaires ; O Dieux qui nous entendez ! que peut-il en être du reste ?...

Nous devons disséquer du mois d'octobre au mois de mars. Certes la saison est courte pour une étude aussi indispensable que l'est celle de l'anatomie ; mais l'été ne se prête guère à la conservation des cadavres et nous ne saurions protester contre l'usage qui fut de tout temps, de limiter à l'hiver la période de dissection. Mais du moins nous ne pensions pas que nos pauvres cinq mois allaient nous être coupés par moitié ! Et oui ! sans crier gare, on vient de nous enlever deux mois et demi de travail !

Voici le cas dans toute sa simplicité : Au commencement de janvier le Chef du matériel vint nous avertir — fort gentiment du reste — « que nous avions à faire place nette et à céder au plus tôt nos tables à de nouveaux élèves. Plus de trois cents inscrits attendaient leur tour et l'on ne pouvait garder eux et nous à la fois : nous avions assisté à la première partie du festin, il fallait laisser leur part aux affamés de la dernière heure. » Nous ne sommes pas gens égoïstes et nous nous sommes exécutés galamment.

Veuillez bien, Monsieur le rédacteur, comprendre « notre état d'âme. » Nous ne protestons nullement contre le fait en lui-même, nous trouvons juste que tous dissèquent à leur tour et s'il est démontré qu'il n'y a ni assez de place ni assez de cadavres, fesons cause commune, tant pis pour tous et partageons ! Nous laissons aussi de côté le tout petit point qui cependant touchait certains de nos camarades et qui se formulait en ces termes mathématiques : « Pour nous laisser disséquer cinq mois on nous demande 20 francs ; on nous enlève deux mois et demi, qu'on nous restitue 10 francs. » Non, ce serait une chicane et nous visons plus haut ! et nous disons à nos professeurs : N'avez-vous rien à vous reprocher ? Avez-vous bien cherché tous les moyens, épuisé toutes les combinaisons, fait appel à toutes les ressources ? Pouvez-vous établir que ce parti extrême était le moins mauvais que vous avez été pris au dépourvu, que le nombre des élèves a crû à l'improviste et sans qu'on pût prévoir une aussi rapide augmentation? Enfin, vous préoccupez-vous de l'avenir, avez-vous pris vos précautions pour l'année prochaine, pouvez-vous dès à présent nous affirmer qu'une mesure aussi désastreuse est transitoire, qu'elle est prise à votre corps défendant et avec l'absolue certitude que désormais vous saurez en éviter le retour ? car, enfin ! priver des moyens d'étude qui veut travailler, arrêter dans leur élan et peut-être dès leur arrivée à Paris, les élèves qui vous sont confiés, glacer leur premier enthousiasme !... c'est bien grave. Ne vous semble-t-il pas,

à vous, que c'est commettre le péché contre le Saint-Esprit, celui dont parle l'Evangile et qui seul ne sera pas pardonné?

PIERRE L...te.

Nous sommes heureux d'appeler de nouveau l'attention de M. le Doyen sur cette question, convaincu qu'il fera tous ses efforts pour que tous les étudiants puissent avoir à leur disposition tous les éléments de travail qui leur sont indispensables.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 *février* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. LÉPINE.

M. GRANCHER fait une communication relative à la circulation lymphatique pulmonaire. Il a constaté qu'on ne pouvait pas injecter les lymphatiques péri-aériens sans injecter aussi les lymphatiques péri-vasculaires. Mais s'il est vrai que chaque petit système pulmonaire est plongé dans un sac lymphatique, il ne faudrait pas croire que chaque lobule possédât en propre une circulation lymphatique. Il y a entre les divers lobules une solidarité complète par les voies lymphatiques, plus complète même que celle qui est due à la circulation artérielle ou veineuse.

M. ONIMUS signale l'action des courants électriques sur la cicatrisation et la suppuration des plaies. Dans les plaies ordinaires, on emploie des courants faibles (deux ou trois éléments) et longtemps prolongés. Dans les plaies de mauvaise nature, il faut des courants forts (40 à 60 éléments). On obtient de bons résultats : mais il est à remarquer qu'on a des effets différents suivant la direction du courant. Quand le pôle négatif est placé près de la plaie, la suppuration augmente, mais il y a aussi plus d'activité dans la formation des bourgeons charnus : le contraire arrive, si c'est le pôle positif qui est près de la plaie. Il y a probablement là deux causes qui agissent, d'abord l'action électrolytique, puis l'influence sur la circulation et la nutrition.

M. GALEZOWSKY signale une affection oculaire peu connue, et observée pour la première fois par Ivanow : c'est un décollement de la membrane hyaloïdienne : il en a observé cinq cas. Ce décollement se produit dans des points où la rétine ne se décolle jamais. Cette affection survient surtout chez les personnes extrêmement myopes ; elle débute rapidement, mais non brusquement ; l'acuité est diminuée et le champ visuel est rétréci concentriquement. A l'ophthalmoscope, on ne trouve aucune membrane flottante.

M. HARDY fait une brève communication sur l'alcaloïde de la graine de l'inée.

M. GALIPPE revient sur la question des sels de cuivre. Il a donné des sels de cuivre à des chiens, en les mélangeant à leurs aliments, ce qui est le seul procédé physiologique. Six grammes d'acétate de cuivre tribasique produisent des vomissements, mais jamais la mort. Les doses faibles (50 centig.) agissent de même. Il montre l'inanité du prétendu danger de se servir de vases de cuivre pour la préparation des aliments : ce n'est pas le cuivre qui est toxique, mais bien l'étamage, le zinc dont on se sert n'étant pas pur et contenant de l'arsenic. Cette communication donne lieu à un échange d'observations entre MM. Rabuteau, Laborde, Hardy, Krishaber.

M. GALIPPE conclut que le cuivre n'est pas toxique, et que d'ailleurs la saveur détestable des sels de cuivre en dissolution ne permet pas d'en absorber sans en être immédiatement averti.

M. OULMONT communique ses recherches sur les altérations de la sensibilité chez les ataxiques. Ces altérations sont fréquentes, diffuses, symétriques, et ont des lieux d'élection. La connaissance de cette topographie des altérations de la sensibilité peut devenir un moyen de diagnostic précoce.

M. TERRILLON fait connaître un cas de contusion du bras avec paralysie, s'accompagnant de modifications thermiques remarquables. La différence de température entre les deux membres supérieurs a atteint jusqu'à 7°, le membre paralysé étant le plus froid. Sur une question de M. Joffroy, M. Terrillon dit qu'il a recherché s'il y avait eu diminution de volume des artères ; mais ce volume n'était pas modifié.

M. REGNARD communique la suite des expériences qu'il a faites dans le service de M. Charcot sur l'influence des courants très-faibles sur l'anesthésie des hystériques. M. Regnard avait vu que tandis que des courants de 2 à 100 du galvanomètre à fil fin suffisaient à rendre la sensibilité en quelques minutes, des courants plus forts, variables du reste suivant les malades examinées, étaient sans action. Aussi, chez B..., un courant de 2° rendait la sensibilité, un courant de 15° était inactif ; en revanche, des courants de 40° et au-delà redevenaient actifs; chez G..., un courant de 15° était actif, un courant de 40° inactif, un courant de 80° actif. Chez Ba..., un courant de 40° était actif, un de 70° inactif, un de 90° rendait la sensibilité.

Il semblerait donc qu'il y a des points où le courant n'agit plus sur la sensibilité, des sortes de points neutres. M. Regnard, a constaté le fait plusieurs fois de suite, une entre autre devant la Commission nommée par la Société. Le résultat a toujours été le même. Il y a là un fait encore inexpliqué mais réel dans l'espèce et qui pourra donner lieu à des recherches peut-être intéressantes.

M. CHARPENTIER présente un instrument qu'il a imaginé et qui remplit plusieurs indications utiles dans l'application de la puissance visuelle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 *février* 1877. — PRÉSIDENCE de M. BOULEY.

M. VERNEUIL lit un mémoire intitulé : Blessures chez des individus atteints de maladies cardiaques antérieures. C'est un chapitre nouveau, ajouté à la série dont M. Verneuil a précédemment entretenu l'Académie, chapitre très-intéressant parmi ceux qui traitent des relations qui existent entre le traumatisme et les états constitutionnels. — Deux observations servent de base au présent travail. La première a trait à un homme, âgé de 44 ans, brasseur, de très-bonne santé habituelle, alcoolique, qui, le 18 décembre 1875, eut la main prise entre une barrique de vin et le sol. Entré à la Pitié, le 22 décembre, il avait déjà un phlegmon de la main. On lui fit trois incisions. Les plaies qui en résultèrent furent, à partir du 12 janvier, le siége d'hémorrhagies en nappe que rien ne put arrêter. Un soir, une hémorrhagie grave se produisit, qui nécessita la ligature de l'humérale à la partie moyenne. Peu de temps après cette opération, le malade fut pris d'accès de suffocation formidables, d'œdème généralisé et de gonflement énorme du bras. Il y eut de rechef, des hémorrhagies en nappe. L'auscultation du cœur, pratiquée un peu tardivement, révéla l'existence d'une lésion ancienne de la valvule mitrale. Cet homme a guéri, mais il est resté jusqu'à présent dans un état de santé fort précaire. La blessure, chez lui, a certainement avancé de plusieurs années la marche de la lésion cardiaque.

Le second malade a présenté des phénomènes très-analogues à ceux qui surviennent chez l'homme dont l'histoire abrégée vient d'être rapportée. Plaie légère de l'index droit. Inflammation phlegmoneuse de tout le membre supérieur du même côté. Application de sangsues. Syncope prolongée. Abcès tardif au bras; ouverture. Accès violent de suffocation. Hydrothorax double. Anasarque sous-diaphragmatique. Au cœur, souffle énorme au 1er temps et à la base (lésion de la crosse de l'aorte, rétrécissement aortique et légère insuffisance mitrale, lésion graisseuse probable du muscle cardiaque : M. Peter). Cet homme n'est pas encore guéri ; il est très-probable cependant qu'il ne succombera pas aux suites prochaines de son traumatisme.

Sans vouloir tirer de ces deux seules observations des conclusions définitives, M. Verneuil pense qu'il est possible de résumer ainsi sa pensée : 1° Les affections cardiaques préexistantes paraissent capables de retarder ou d'empêcher la guérison de certaines blessures en suscitant des accidents locaux parmi lesquels figurent les hémorrhagies et les inflamma-

tions diffuses; 2° Les blessures, par ces mêmes accidents locaux et par leurs conséquences, sont susceptibles de réagir sur les affections cardiaques antérieures de façon à les aggraver et à provoquer prématurément des symptômes qui n'appartiennent en général qu'à leur période ultime.

M. Guéneau de Mussy, à propos de la discussion sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde, ne partage pas les opinions émises par M. Bouley dans une séance déjà éloignée. Il rappelle des faits très-bien étudiés, desquels il ressort que la fièvre typhoïde a eu certainement pour cause le mélange aux eaux potables des matières contenues dans des égouts. Cette discussion sera reprise : nous la présenterons en entier dans un prochain numéro du *Progrès*.

M. F. Guyon, candidat dans la section de médecine opératoire lit un numéro intitulé : *Recherches sur la ligature de l'arcade palmaire superficielle.* — La séance est levée à 5 heures.

M. L

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 8 décembre. — Présidence de M. Després.

Deux cas d'oblitération du canal cystique, avec hydropisie de la vésicule biliaire (1); par A. Pitres, interne des hôpitaux.

Les cas d'oblitération du canal cystique avec hydropisie de la vésicule biliaire sont loin d'être rares, et les bulletins de la Société anatomique en renferment déjà un bon nombre d'observations (2). Le liquide incolore, muqueux, qui s'accumule alors dans le réservoir biliaire, a été soumis assez souvent à l'analyse chimique (3), mais l'examen microscopique des parois de la vésicule fait défaut dans toutes les observations que nous avons pu consulter (4). Il nous a semblé, dès lors, qu'il ne serait pas inutile d'étudier à ce point de vue, les deux cas suivants, que nous avons eu l'occasion d'observer tout récemment à l'hospice de la Salpêtrière.

I. — Le premier a été rencontré sur le cadavre d'une femme qui était morte dans le service de M. Charcot, d'un rétrécissement mitral. Cette femme n'avait jamais eu d'ictère vrai : dans le cours de sa maladie, elle avait présenté une coloration jaunâtre sub-ictérique des conjonctives, mais jamais on ne trouva dans l'urine, qui fut examinée un très-grand nombre de fois, de matières colorantes biliaires. Je copie simplement sur les notes recueillies au moment de l'autopsie, ce qui a trait au foie et aux voies biliaires. Le foie pèse 1,060 gr.; il a sa forme et son volume habituels; sa surface est lisse, son tissu ferme. Sur la coupe, les lobules, bien isolés, sont jaunâtres à la périphérie et rouge-sombre au centre (foie muscade). Les gros canaux biliaires intra-hépatiques ne sont pas dilatés et laissent écouler sur les coupes une petite quantité de bile jaunâtre, paraissant tout-à-fait normale.

La vésicule biliaire n'est pas dilatée, sa face externe est lisse, sans adhérences avec les organes voisins, mais on voit par transparence, à travers ses parois amincies, qu'elle renferme un liquide blanc. Une incision laisse en effet écouler 30 grammes de liquide clair, limpide, onctueux, ressemblant à de la synovie, dans lequel flottent quelques petits lambeaux membraniformes très-minces qui gagnent rapidement le fond du vase. Densité 1,040. — Il n'y a pas de calculs libres dans le vésicule. En disséquant les voies biliaires on trouve à l'extrémité supérieure du canal cystique, dans le point où il se continue avec le col de la vésicule biliaire, un calcul ovoïde, rugueux, du volume d'un gros pois, si fortement enclavé dans le canal qu'il est impossible de le dégager par simple pression. — Au-delà de l'oblitération, le canal cystique est plus grêle qu'à l'état normal. Les canaux hépatique et cholédoque sont tout-à-fait sains : leurs diamètres sont normaux, et leur muqueuse présente la coloration jaune habituelle. La face interne de la vésicule biliaire est au contraire blanche, lisse et polie comme une séreuse.

Examen du liquide. En plaçant sous le microscope une goutte du liquide transparent tiré de la vésicule, on n'y voit aucun élément figuré. En faisant porter l'examen sur le dépôt qui s'est accumulé au fond du verre, on voit qu'il est formé par des cellules d'épithélium *pavimenteux*.

Parmi ces cellules, les unes sont isolées et nagent facilement dans la préparation en montrant successivement toutes leurs faces, les autres en beaucoup plus grand nombre sont réunies en lamelles. En introduisant sous la lamelle de verre, une goutte de picro-carminate, les noyaux de ces cellules se colorent vivement en rose, tandis que leur protoplasme transparent, ou très-légèrement granuleux ne subit pas l'imprégnation du carmin. On ne trouve en dehors de ces cellules que quelques rares cristaux de cholestérine.

L'analyse chimique a été pratiquée au laboratoire de la Sorbonne par M. Regnard, qui a bien voulu me remettre la note suivante: « Le liquide analysé contenait de l'albumine et de la mucine. Evaporé au bain-marie, il laissait déposer des cristaux de chlorure de sodium et de phosphate ammoniaco-magnésien. Le résidu, repris par l'alcool, fut traité par le réactif de Pettenkoffer et ne donna aucune coloration: il n'y avait donc pas de sels biliaires, d'ailleurs l'acide nitreux avait également démontré l'absence de matières colorantes de la bile. »

L'examen histologique des parois de la vésicule a été pratiqué après durcissement, (liquide de Muller, gomme, alcool,) sur des coupes transversales, colorées au picrocarminate et montées dans la glycérine.

Sur ces coupes, on constate tout d'abord que la muqueuse a totalement disparu. Les parois de la vésicule sont représentées dans toute leur épaisseur par des faisceaux denses de tissu fibreux, entre lesquels on aperçoit les noyaux des cellules plates vivement colorés en rouge. Pas d'éléments embryonnaires. Près du bord interne on distingue un petit nombre de faisceaux très-grêles de fibres musculaires lisses, dernier vestige de la couche musculeuse.

Les vaisseaux compris dans la coupe (principalement les artères) sont en grande partie oblitérés par une prolifération considérable de leur tunique interne.

En résumé, disparition de la tunique muqueuse, atrophie de la musculeuse, endartérite proliférante et transformation fibreuse de toute l'épaisseur des parois de la vésicule. Ajoutons que d'après l'examen des débris épithéliaux renfermés dans le liquide dont nous avons parlé, la face interne de ces parois fibreuses était recouverte d'un épithélium pavimenteux, tandis qu'à l'état normal la muqueuse de la vésicule est revêtue d'épithélium cylindrique.

II. — Nous avons rencontré un second exemple d'hydropisie de la vésicule biliaire, sur le cadavre d'une aliénée morte dans le service de M. Voisin.

Dans ce cas, le foie paraissait sain; les canaux biliaires intra-hépatiques, laissaient écouler une petite quantité de bile jaune; les canaux cholédoque et hépatique étaient un peu plus larges qu'à l'état normal.

La vésicule biliaire avait sa forme et son volume habituels. Sur ses parois, on apercevait des vaisseaux sanguins épaissis, indurés, légèrement saillants et d'une coloration blanchâtre. Pas d'adhérences avec les organes voisins.

En ouvrant la vésicule, il s'écoule 38 gr. d'un liquide blanc, louche et un grand nombre de petits graviers jaunes, au milieu desquels se trouvent 8 à 10 calculs à facettes gros comme de petites noisettes. Un de ces calculs est fortement engagé dans le col de la vésicule, et oblitère complétement l'origine du canal cystique. Les parois de ce canal sont si fortement appliquées sur sa surface qu'il est impossible de le déplacer par pression. Ce calcul a le volume d'un gros pois, il est allongé, hérissé de saillies irrégulières et présente la même coloration jaune que ceux qui flottaient librement dans le liquide con-

(1) Travail présenté pour devenir membre titulaire.

(2) Pinault, *Bull. soc. anat.*, 1827. — Guérard, *ibid.*, 1831. — Sonnié-Moret, *ibid.*, 1835, p. 68. — Fournet, *ibid.*, 1835, p. 68. — Godin, *ibid.*, 1835, p. 103. — Husson, *ibid.*, 1835, p. 104. — Barth, *ibid.*, 1840, p. 172.— Deville, *ibid.*, 1846, p. 242. – Lacaze-Duthiers, *ibid.*, 1847, p. 284. – Barth, *ibid.*, 1850, p. 4. — Dolbeau, *ibid.*, 1854, p. 336

(3) Voir : Gubler. *Oblitération de la vésicule biliaire par un calcul. Analyse du liquide dont elle était remplie. Comptes-rendus des séances et mémoires de la Société de biologie*, 1850, t. II, p. 144. — Frerichs. *Traité des maladies du foie.* — Robin. *Leçons sur les humeurs*, etc., p. 473, etc.

(4) On trouve plusieurs observations de ce genre dans Andral (*Clin. méd.*), Cruveilhier (*Anat. pathol.*), Frerichs, etc.

tenu dans la vésicule. Ce liquide, louche onctueux, légèrement filant présentait la même composition chimique que celui de la première observation. Il renfermait comme lui de l'albumine, de la mucine, du chlorure de sodium, des phosphates, et de plus une assez grande quantité de chlorhydrate d'ammoniaque. Les sels biliaires et les matières colorantes y faisaient absolument défaut. En l'examinant au microscope, on y trouvait un nombre considérable de belles cellules d'épithélium cylindrique isolés ou réunies sous forme de lamelles et ne différant pas des cellules qui forment le revêtement épithélial normal de la vésicule. On y trouvait, en outre, de nombreux globules de pus, et quelques cristaux de cholestérine.

Les parois de la vésicule, examinées à l'état frais, présentaient leur épaisseur habituelle : leur face interne avait un aspect velouté, dû à des saillies villeuses, papilliformes, moins nombreuses cependant et moins longues qu'à l'état normal. Le sommet de ces papilles présentait une coloration rouge, qui tranchait par sa vivacité sur le fond gris pâle du reste de la muqueuse. Sur des coupes transversales pratiquées après durcissement, on remarque les particularités suivantes : la couche muqueuse est diminuée d'épaisseur ; ses villosités sont rares et courtes ; ses vaisseaux sont gorgés de sang et son tissu renferme un grand nombre de cellules embryonnaires disséminées sans ordre au milieu de ces éléments.

Les faisceaux qui constituent la couche musculeuse ont leur volume et leur disposition habituelle. Le tissu fibro-conjonctif de la couche externe est plus dense qu'à l'état normal; il est infiltré de cellules embryonnaires; les artères qui le traversent sont presque toutes partiellement oblitérées par une prolifération très-active de leur tunique interne.

En résumé, nous trouvons sur ces préparations des traces évidentes d'une inflammation interstitielle lente, qui, selon toutes probabilités, aurait déterminé au bout d'un certain temps l'atrophie fibreuse complète des parois de la vésicule, et la transformation de son épithélium, comme dans notre première observation.

Fracture communicative du crâne avec enfoncement. Hémiplégie des membres seulement. Trépanation ; par M. Moutard-Martin, interne des hôpitaux.

Ler.., Jules, 18 ans, charretier, entre le 27 novembre dans le service de M. Gosselin, à 9 h. du matin. — Il vient de lui tomber une tuile sur la tête, et le doigt introduit par la plaie faite aux téguments, qui est longue de 6 centimètres environ, fait constater une fracture du crâne avec enfoncement. Ler.., ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, mais les signes qu'il fait permettent de voir qu'il les comprend. Ses pupilles sont égales et contractiles, ni resserrées ni dilatées. *Aucune paralysie du côté de la face.* Du côté droit du corps, au contraire, les membres retombent lorsqu'on les soulève; le malade qui serre bien de la main gauche serre encore un peu, mais très-peu de la main droite. Il ne peut ni déplacer ni soutenir les membres de ce même côté. *La sensibilité est intacte* dans toutes ses variétés. Le pouls est à 72. La température axillaire est de 35°, 1, et la température rectale de 36°, 5.

La plaie, dont la direction générale est transversale, légèrement oblique en dedans et en avant, offre une longueur de 6 centimètres, du trou sus-orbitaire. La dépression de la table interne du pariétal qui est au moins de 1 centimètre et demi, fait décider que l'on aura recours immédiatement à la trépanation pour enlever les fragments enfoncés.

Les phénomènes suivants ont précédé l'opération : à 9 h. 20 il y eut un vomissement alimentaire peu abondant ; à 9 h. 45. P. 72; T. A. gauche 36°; à 10 h. 15. P. 78 ; T. A. gauche 36°, 2; T. A. droite 36°, 6; deux nouveaux vomissements alimentaires, très-peu abondants. Le blessé répond aux questions peu nombreuses qui lui sont adressées.

Opération à 11 h. moins 20. Une couronne de trépan est appliquée en avant de la fracture; M. Gosselin enlève les esquilles déprimées dont quelques-unes s'étendaient à plus d'un centimètre autour de la plaie osseuse. Il constate la présence d'un peu de substance cérébrale sans pouvoir reconnaître en quel point se trouve la déchirure des méninges qui lui a donné issue. Il voit également les pulsations cérébrales, et de l'air sort à certains moments sous le sang qui baigne la plaie par quelque pertuis très-étroit. — La plaie est pansée à l'alcool et le malade recouché; il vomit après l'opération.

Malgré l'opération, l'hémiplégie droite persiste; il y a même un peu de raideur au coude de ce côté et au genou correspondant.

11 h. 15. P. 72 ; T. A. gauche 36°, 4 ; T. A. droite 37° ; 12 h. 15. P. 70 ; T. A. gauche 37°, 4 ; T. A. droite 37°, 6 ; vomissement de matières glaireuses. Le blessé se plaint d'avoir la tête serrée, malade.

1 h. 30. P. 68 ; T. A. gauche 38° ; T. droite 38°, 2 ; vomissement de bile.

2 h. 45. P. 70 ; T. A. gauche 38°, 4 ; T. A droite 38°, 6 ; encore un vomissement de bile. Tous les vomissements successifs depuis l'entrée du malade ont à peine rempli un crachoir d'hôpital. — Il répond à quelques questions. La vessie remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; bientôt le blessé demande un vase pour uriner.

4 h. P. 72 ; T. A. gauche 38°, 6 ; T. A. droite 38°, 8 ; il y a du calme, du sommeil. Les pupilles sont toujours égales et contractiles. — Rien de nouveau à la face ni du côté des membres.

5 h. 15. P. 80 ; T. A. gauche 38°, 7 ; T. A. droite 38°, 9.

28 *novembre* matin. P. 68 ; T. A. gauche 38° ; T. A. droite 38°, 7 ; le blessé a uriné cette nuit. Même état des membres, rien de nouveau du côté de la face. *Soir*. P. 88 ; T. A. gauche 38°, 6 ; T. A. droite 39° ; la raideur légère subsiste du côté droit au niveau du coude et du genou. La face est couverte de sueur. Il n'y en a pas sur le reste du corps.

29 *novembre*. La nuit a été calme comme la journée d'hier : ce matin, le blessé ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, il est dans le coma. En enlevant le pansement, on remarque une pulpe blanche que le microscope démontre être de la substance cérébrale. P. 80 ; T. A. gauche 39°, 2 ; T. A. droite 39°, 4. — *Soir*. Le malade a uriné sous lui. La raideur légère persiste dans les articulations du côté droit. Pendant que je l'examine, le bras droit est pris, à 5 h., de convulsions cloniques qui n'atteignent que le biceps et les muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts. Cela dure environ une demi minute. Rien de semblable à la jambe. L'infirmier me dit que ce phénomène s'est produit plusieurs fois sous ses yeux dans la journée. Le visage est baigné de sueur.

Le coma est encore plus profond que ce matin. La respiration fréquente, le pouls accéléré. P. 108 ; T. A. gauche 40°, 2 ; T. A. droite 40°, 6 ; R. 40. Les pupilles sont petites, mais égales et contractiles. 3 sangsues ont été appliquées à 11 h. derrière chaque oreille et 50 centigrammes de calomel ont été donnés en trois fois. La purgation n'ayant pas donné de résultat, je prescris un lavement à la glycérine qui est bientôt rendu. Le malade a uriné sous lui sans demander aucun vase ; la vessie est vide d'urine. — *Mort* le 30 à 3 h. du matin.

Autopsie. *Crâne*. Il existe deux pertes de substance, l'une produite par le traumatisme, l'autre due à l'application de la couronne de trépan. Cette dernière présente un diamètre de 18 mm.; elle occupe la partie antéro-supérieure de la fracture distance de 48 mm. de la suture fronto-pariétale; elle s'éloigne de quelques millimètres seulement de la suture bi-pariétale.

La perte de substance produite par le traumatisme a la forme assez nette d'un triangle à sommet tourné vers le temporal. Son diamètre vertical est de 4 cent. et son diamètre transversal de 3 cent; mais à l'angle inférieur on voit une surface déprimée, large de 1 cent. qui remonte le long du bord antérieur ; elle est formée par la table externe du pariétal fracturé tandis que la table interne est déprimée vers la cavité crânienne dans laquelle elle fait saillie. On constate facilement que la table interne est fracturée au-delà du point où la table externe l'a été ; par suite, les désordres sont plus étendus à la face interne qu'à la face externe de l'os. Le centre de la perte de substance se trouve en un point situé à 25 mm. de la suture occipito-frontale, à 70 mm. de la suture fronto-pariétale, à 60 millimètres de la suture lambdoïde et à 10 cent. de la suture écailleuse du temporal.

Une *esquille* longue de 30 mm. et large de 6 mm. (qui n'avait pas été extraite du vivant du malade) était située à la

partie antérieure de la perte de substance et pénétrait entre la dure-mère et le crâne; une seconde, aplatie, peu volumineuse, était placée auprès de la première.

Méninges. La *dure-mère* était perforée sur une longueur de 28 mm.; la direction de cette déchirure était parallèle à celle du bord antérieur de la perte de substance; elle en était très-rapprochée. La membrane n'était pas anormalement vascularisée; il n'y avait pas trace de méningite soit sur l'encéphale, soit sur les méninges crâniennes; seulement un très-petit épanchement sanguin, étalé, lamelliforme, se trouvait à la face interne de la dure-mère près de la déchirure. — La *pie-mère* avait disparu au niveau de la lésion cérébrale. — Les *sinus* étaient intacts. *Cerveau.* Le cerveau présente une perte de substance au niveau de laquelle la pulpe cérébrale est réduite en une sorte de bouillie. Cette lésion siége sur la circonvolution frontale ascendante qu'elle atteint dans une étendue de 20 mm. sur la pariétale ascendante qu'elle atteint sur une étendue de 25 mm. (à leur partie supérieure); enfin elle occupe le tiers antérieur de la première circonvolution pariétale. La lésion de la frontale ascendante ne s'arrête pas comme celle de la pariétale ascendante, au bord interne de l'hémisphère; elle empiète sur la face interne, et atteint le lobule paracentral sur une hauteur de 5 mm. environ.

M. Duret. Cette observation, aussi bien que celle présentée récemment à l'Académie de Médecine par MM. Proust et Terrillon, offre un cas très-net de localisation: à la différence des symptômes que l'on remarque dans ces deux observations correspond une différence dans le siége de la lésion. Ici, il existe une paralysie des membres sans paralysie faciale et sans aphasie; la lésion occupe le sommet des deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. — Dans l'observation de MM. Proust et Terrillon où la paralysie des membres s'accompagnait de paralysie du facial inférieur et d'aphasie, la lésion atteignait la frontale ascendante seule, et beaucoup plus bas: à la hauteur de la deuxième frontale.

M. J. Lucas-Championnière relève dans la communication de M. Moutard-Martin, les faits rappelés par lui, d'une observation de M. Proust. Il semblait d'après ces observations qu'il suffise d'introduire des fiches dans deux crânes en deux points identiques pour rencontrer deux points identiques des circonvolutions cérébrales. Il y aurait une erreur grave à retenir cette croyance. Cela vient, sans doute, de ce que les auteurs de la communication faite à l'Académie de médecine n'ont tenu aucun compte des travaux antérieurs sur le même sujet qui ont fait avancer la science beaucoup plus loin qu'ils ne l'ont dit. Les travaux les plus remarquables donnant les notions précises de topographie crânienne sont dus surtout à MM. Broca, Turner, Féré, etc. Ces auteurs ont établi exactement les rapports du cerveau et du crâne, ils ont justement pu constater que ces rapports variaient assez, pour deux crânes identiques, pour que l'on n'eût aucun droit d'indiquer exactement la circonvolution qui siége au-dessus d'un point déterminé de la cavité crânienne.

Si donc, il était nécessaire d'apporter une pareille précision dans l'étude du crâne pour les applications chirurgicales, on devrait être découragé. Mais heureusement il n'en est rien: les localisations cérébrales seront utilisées pour l'application du trépan parce que celui-ci n'a besoin que d'indications très-grossières. C'est là le fait qui doit frapper le chirurgien. M. Championnière l'a signalé bien des fois, et a fait faire une thèse sur ce sujet. (*Paris, juillet* 1876).

Ce qu'il faut retenir c'est qu'il y a une région du crâne, région peu étendue, comprenant environ la moitié antérieure du pariétal et correspondant à tous les centres moteurs susceptibles d'être atteints par les traumatismes.

Les indications de topographie crânienne si précises données par MM. Broca et Féré permettent d'atteindre séparément dans cette région les centres qui pourraient être malades séparément. Il faut se rappeler qu'une couronne de trépan a de 16 à 18 millimètres de diamètre, qu'on en peut mettre deux facilement, ce qui donne un champ d'exploration énorme relativement au peu d'étendue des centres moteurs de l'écorce cérébrale. M. Championnière ajoute même que dût-on se tromper, faire des erreurs grossières, on pourrait à la rigueur multiplier les couronnes de trépan sur la région motrice, sans faire pour cela une opération absolument mauvaise, puisqu'on a pu faire ainsi au hasard dans des cas qui ont réussi à merveille. Il ne faut pas croire non plus que la localisation cérébrale dans le traumatisme soit aussi commune et étroite qu'on l'a faite. L'observation de MM. Proust et Terrillon est médiocre au point de vue de la localisation, parce que l'accident datait du 19 janvier, la paralysie avait été progressive, elle comprenait une surface cérébrale considérable, (centres du bras, de la face, de la jambe) et l'opération faite sans mensurations antérieures donne la preuve de cette diffusion. Le cas publié par M. Championnière, il y a deux ans, était au contraire un cas de paralysie immédiate et localisée (membre supérieur droit et parole).

Mais ce cas de succès démontre aussi comme les autres qu'avec la notion de région motrice on peut hardiment choisir certaines places pour l'application du trépan, non parce qu'on connaît les circonvolutions cérébrales avec une précision mathématique, mais parce qu'on connaît des régions osseuses crâniennes dont les centres moteurs ne s'écartent que médiocrement. Quiconque voudra examiner les remarquables figures du mémoire de Turner (d'Edimbourg) se rendra bien compte de ces rapports intéressants.

M. Landouzy fait observer que les rapports entre le crâne et le cerveau sont extrêmement précis. M. Broca, et plus récemment, M. Féré ont indiqué différents procédés qui permettent de déterminer à quelques millimètres près le point exact du cerveau auquel correspond une lésion des parois crâniennes; il regrette que M. Lucas Championnière ne vienne retirer à sa propre observation toute la valeur qu'elle possède par les critiques qu'il a adressés à celle de M. Proust, et qui sont également applicables à la sienne. Il est important de ne pas compromettre les notions déjà très intéressantes bien qu'incomplètes dont nous sommes redevables à la clinique.

M. Duret signale les différences qui existent entre l'observation de M. Lucas-Championnière et celle de M. Proust. Chez le premier, l'opération a été pratiquée le septième jour, c'est-à-dire à un moment où les désordres locaux limités, traduits par des symptômes précis, permettaient de localiser la lésion et d'appliquer le trépan au point précis qu'elle occupait. Chez le second, au contraire, le trépan a été appliqué le vingtième jour; la localisation était nécessairement moins nette, car les lésions s'étaient étendues. Dans un cas, il y avait un intérêt à agir dans le point même où une esquille pouvait comprimer la substance cérébrale; dans l'autre, l'intérêt était peut-être moins grand et les indications moins nettes à cause du temps écoulé depuis l'accident.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 *février* 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Trélat fait une communication très-intéressante sur le *lymphadénome malin*. Il rappelle une observation qu'il a déjà communiquée en 1872 à la Société de Chirurgie, dans laquelle est rapporté un cas de lymphadénome généralisé chez un homme de 38 ans. Cet homme avait subi deux opérations qui avaient eu pour but de le débarrasser d'une tumeur volumineuse occupant la partie moyenne de la région latérale droite du cou. Ce malade portait, de plus, à la face antérieure de la cuisse une autre tumeur peu volumineuse, dont le tissu, examiné au microscope, présentait tous les caractères du tissu des glandes lymphatiques.

Pendant la seconde opération qu'on lui fit subir, cet homme succomba brusquement, et l'autopsie permit de constater dans le foie, dans la rate, dans le médiastin et jusque dans la colonne vertébrale, une généralisation déjà très-avancée de productions lymphatiques en tout semblables à celle qui caratérisait la petite tumeur de la cuisse. A cette époque, M. Trélat, s'appuyant déjà sur trois faits bien constatés, formulait l'opinion suivante: le *lymphadénome malin* est une tumeur d'une généralisation si rapide, que s'il est possible au chirurgien de porter un diagnostic certain sur la nature de cette

tumeur, il doit s'abstenir de toute opération. Un fait tout récemment observé vient confirmer cette manière de voir: M. Trélat rappelle en quelques mots l'observation d'un homme qu'il a opéré l'année dernière pour une tumeur du testicule dont il avait été impossible de dissimuler la nature. (L'observation a été résumée dans la leçon clinique de M. Trélat, publiée par MM. Letulle et Cartaz, *Progrès Médical*, 20 janvier 1877.)

M. Malassez a examiné cette tumeur au microscope, et a reconnu qu'elle était constituée par le tissu caractéristique du lymphadénome. Le malade, qui avait parfaitement supporté l'opération de la castration, était sorti de l'hôpital, guéri en apparence. Il y rentra vers le mois de septembre, dans un état très-grave. Il était amaigri, affaibli, déjà cachectique, et il portait aux deux régions temporales, une petite bosselure mobile, rappelant assez bien par son aspect extérieur, les tumeurs, si communes d'ailleurs dans cette région, auxquelles on a donné le nom de loupes. Mais, pendant son premier séjour à l'hôpital, une de ces tumeurs existait déjà, et l'on n'y avait fait que médiocrement attention. A la même époque, le testicule droit avait aussi paru notablement hypertrophié, et l'on n'en avait pas tenu compte. Lorsque le malade rentra dans le service pour la seconde fois, on put constater alors que la tumeur du front avait augmenté de volume, et que le testicule droit s'était accru d'une manière notable. Enfin à la région sterno-costale, on remarqua également l'existence de deux petites tumeurs tout-à-fait identiques à celles des régions temporales. En quelques semaines, le malade dépérit rapidement, ses forces s'épuisèrent et il succomba.

L'autopsie révéla encore cette fois la nature lymphatique des tumeurs du front et du sternum ; et le testicule droit, le mésentère, le foie, la rate, étaient le siége de productions analogues.

M. Trélat voudrait qu'il fût possible, à l'avenir, en présence d'un cas semblable, d'affirmer l'existence du lymphadénome malin, et il pense, en ce qui la concerne, qu'il lui sera dorénavant facile d'éviter les erreurs de diagnostic: en effet, toutes les fois qu'on sera en présence d'un malade porteur d'une tumeur solide qui ne sera ni un carcinome, ni un sarcome, ni un épithéliome, et que chez le même malade existera en même temps et n'importe où, une tumeur quelconque, si petite qu'elle soit, on devra commencer par faire l'ablation de cette dernière, l'examiner au microscope, et si cet examen a révélé sa nature lymphatique, s'abstenir.

M. Perrin a observé un cas très-analogue à celui que vient de rappeller M. Trélat. Il s'agissait d'un officier qui portait audessus du sourcil gauche une tumeur solide, indolente, et dont le développement avait été assez rapide. Ce malade présentait en outre de chaque côté du cou une adénite assez étendue. M. Perrin diagnostiqua un sarcome. Mais depuis quelque temps, l'œil gauche ne voyait plus qu'à peine, et présentait les signes manifestes de la rétinite leucocythémique. En peu de temps, le malade perdit ses forces, devint tout à fait cachectique et mourut. L'examen histologique fit reconnaître que la tumeur n'était pas un sarcome, mais une tumeur de nature lymphatique. M. Perrin demande à M. Trélat s'il pense qu'il eût été possible d'établir le diagnostic.

M. Lannelongue croit qu'il ne faut pas être si exclusif que le parait M. Trélat en ce qui concerne la gravité du lymphadénome. Le lymphadénome ne se généralise pas toujours ; c'est une tumeur dont on a pratiqué souvent l'extirpation, et cette opération a été fréquemment suivie d'un succès absolu.

M. Trélat répond à M. Lannelongue qu'il fait parfaitement la différence clinique des diverses formes du lymphadénome. La preuve en est qu'il propose d'appeler *lymphadénome malin* la forme dont il vient de parler. Quant à la différence anatomique des variétés du lymphadénome, elle n'a pas pu être reconnue encore. Quant au malade de M. Perrin, il s'agirait de savoir s'il était leucémique.

M. Perrin. Oui, la leucémie avait été parfaitement constatée.

M. Trélat. Ce malade n'est donc pas mort d'un lymphadénome malin. Il est mort d'une leucémie chronique. S'il n'avait pas présenté cette complication, on n'aurait eu qu'une chose à rechercher : ce malade présentant une tumeur de nature indéterminée, cette tumeur était-elle solitaire ou ne l'était-elle pas ?

M. Verneuil demande que la question que vient d'aborder M. Trélat, reste en permanence à l'ordre du jour.

M. Anger lit un rapport sur un travail de M. Fontan, relatif au traitement des hémorrhoïdes.

M. Cruveilhier communique à la société un cas de fibroadénome du sein, chez une nourrice, opéré et guéri, avec cicatrisation par première intention. M. Cruveilhier présente ensuite une pièce anatomique provenant d'un individu amputé de la cuisse pour un anévrysme de l'artère poplitée.

E. B.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 10 *janvier* 1877. — Présidence de M. Labarraque père.

Classification des maladies mentales ayant pour double base la psychologie et la clinique ; par M. Delasiauve.

Messieurs et chers collègues,

Notre honorable président, M. Domerc, a pensé qu'un aperçu sur les principales formes de l'aliénation mentale, serait de nature à vous intéresser. Je me suis empressé de déférer à une invitation si flatteuse. Malheureusement, m'étant proposé, pour être court et précis, de vous lire une note, et n'ayant pu trouver le loisir de la rédiger, en raison des nombreuses obligations qui m'ont assailli au commencement de cette nouvelle année, je me vois contraint à une improvisation, pour laquelle j'éprouve tout d'abord le besoin de réclamer votre bienveillante indulgence.

M. Domerc m'a exprimé un désir bien légitime. Le sujet sur lequel je dois un instant vous entretenir est, en effet, d'une importance qu'on n'a que médiocrement appréciée. Une seule réflexion, cependant, induit à le comprendre. Ne s'agit-il pas des plus hautes fonctions humaines? A tort on relègue dans le domaine exclusif de la spécialité l'étude de la folie. Sous quelque aspect qu'on l'envisage, cette étude, rigoureusement, s'impose à tous ceux qui ont influence sur les destinées sociales. Philosophes, législateurs, magistrats, jurisconsultes, éducateurs, etc., n'ont en dehors d'elle qu'un savoir insuffisant. Mais c'est surtout pour les médecins, sans exception, qu'une connaissance approfondie des troubles intellectuels et moraux est indispensable, soit qu'il s'agisse de traiter des cas plus fréquents qu'on imagine, d'en signaler l'origine, les phases et le péril, d'éclaircir les problèmes juridiques ou de fonder solidement les assises de l'hygiène morale.

La Faculté de médecine de Paris, il est pénible de le dire, s'est rendue complice du préjugé. Elle avait, sous la Restauration, une chaire de médecine mentale occupée par un professeur compétent, Royer-Collard, médecin en chef à Charenton. A la mort du titulaire, en 1824, cette chaire, on ignore pourquoi, fut supprimée, et depuis, chose inconcevable, la Faculté, mise plusieurs fois en demeure de se prononcer, s'est obstinément opposée à son rétablissement. Il a fallu, par suite de la loi du 30 juin 1838, généralisant l'organisation des asiles, tout l'essor des notions mentales pour rendre sensible, à cet égard, la lacune existant dans le programme de l'Ecole. Subissant, non sans regret, la pression de l'évidence, mais plutôt pour l'éluder que pour y satisfaire, la Faculté, enfin, il y a une douzaine d'années, prescrivit à l'un de ses agrégés, Becquerel, et deux ans plus tard, à Nathalis Guillot, de consacrer, dans leur cours de pathologie interne, six leçons à l'aliénation mentale.

Sur ces entrefaites, Rayer étant venu, l'aliénation mentale eut son cours supplémentaire, confié au professeur Lasègue, auquel succéda bientôt M. Maurice Raynaud, puis en ce moment M. Ball. Les résultats furent médiocres, du moins à en juger par cette circonstance significative que, jusqu'ici, je ne sache pas qu'aucun des auditeurs ait demandé à nos services particuliers le complément de l'observation clinique.

Cet enseignement précaire, accidentel d'ailleurs, ne remplit pas le but. La Faculté l'a senti sans doute, car, depuis trois ans, en instance pour se faire tailler une section dans nos

propres asiles, elle vient d'obtenir des Chambres la création d'une chaire de médecine mentale.

Jadis Pinel, Esquirol et Ferrus, après eux Falret et M. Baillarger firent des cours plus utilement pratiques. M. Auguste Voisin à la Salpêtrière; à Sainte-Anne MM. Prosper Lucas, Dagonet, Magnan et Bouchereau, à l'exemple de ces éminents devanciers, reprennent en ce moment, grâce à la levée d'un malencontreux interdit qui les frappait depuis longtemps, leurs savantes leçons, où se presse un concours nombreux (1).

Néanmoins, sans méconnaître le fruit de cet enseignement, et tout en applaudissant au zèle des collègues qui s'y dévouent, cet enseignement est loin de réaliser l'idéal indiqué par nous dès 1843. Ce n'est pas en dehors d'une observation continue des malades dans leurs quartiers, et sur le vu de quelques types dans une quinzaine de leçons, qu'on peut acquérir une notion suffisante de l'aliénation mentale. Il y a à Paris, à Ville-Evrard et à Vaucluse une douzaine de médecins spécialistes qui, suivant nous, devraient, professeurs de médecine mentale, avoir constamment sous leur direction 25 à 30 élèves se renouvelant tous les deux mois et successivement attachés au moins à deux services. Par an, un millier d'élèves recevraient ainsi l'instruction clinique, soit 4 mille dans la période de l'écolat, c'est-à-dire qu'aucun n'échapperait à l'obligation d'une instruction sérieuse.

Prétexte optimiste, on objecte, même dans les hautes sphères, que les médecins ordinaires n'ont besoin que d'une teinture pour être en défiance de l'incubation des désordres psychiques et délivrer des certificats à peu près passables. Leur mission a une autre portée, mais se restreignit-elle à la limite qu'on lui assigne, maigre serait la provision dont on se contente.

Ceci dit sur la disposition des esprits à l'égard de la science mentale, venons-en à notre sujet. Et d'abord qu'entend-on par folie? La réponse est loin d'être facile. Au seuil de la difficulté repose la question du spiritualisme et du matérialisme. Pour les partisans de ce dernier système, point d'embarras. Toute déviation maladive des manifestations psychiques tient à des modifications correspondantes dans l'organe de la pensée. Le camp adverse comprend au contraire deux écoles. L'une dont la thèse n'est qu'un matérialisme déguisé et qui, associant intimement, dans le moindre acte de la vie intellectuelle et morale, les deux éléments physique et psychique, trouve moyen d'attribuer ainsi les désordres de l'esprit à une cause matérielle, l'autre, plus conséquente, qui, sans nier la fréquence des origines somatiques, admet néanmoins des variétés émanant directement des perversions ou perturbations de l'âme. On pressent, en ce cas, les conséquences. La thérapeutique devrait être directement morale.

Les gens du monde se font volontiers une telle idée de la folie, et parmi nous, il n'est pas rare de rencontrer des médecins qui la partagent et fondent l'espoir de la cure sur d'énergiques appels à la raison et à l'initiative des patients.

Doctrinalement, cette induction ne saurait être écartée d'une façon absolue. Le matérialisme s'appuie sur des considérations puissantes. Par contre, celles sur lesquelles repose le spiritualisme n'ont pas une autorité moindre. Malheureusement, de part et d'autre, elles n'ont vertu suffisante pour forcer les convictions rebelles. On ne conçoit pas plus le cerveau engendrant la pensée qu'un principe, pure essence, se révélant par une virtualité propre ou réagissant sur la matière. A Dieu seul appartient de sonder cet abîme.

Toutefois, préjugeant le fait, la science a d'avance rendu vaines les objections que certains somatistes opposent à ceux qui, dans leur appréciation des problèmes de médecine mentale, font intervenir les données psychologiques. Définir la folie une névrose, n'est-ce pas supposer une lésion réelle, sinon tangible? Or, ce classement, nul ne songe à le contester. Mais, en sens inverse, un point plus délicat, c'est la démarcation entre la folie et ce qui n'est pas elle. Certes la distinction serait facile, du moins en théorie, s'il ne s'agissait que d'exclure, du simple trouble fonct[illegible] autres délires dus à des états organiques ap[illegible] par suite de l'ambiguïté d'un grand nombre [illegible] communes mesures, l'usage en a décidé autreme[illegible] aliénés, on isole comme tels une foule d'in[illegible] qui présentent des altérations cérébrales ostensibles, [illegible] pour n'en citer ici que quelques exemples, les paralytiq[illegible] fous alcooliques, épileptiques, stupides, etc. [illegible] ce cercle approximatif, l'aliénation mentale [illegible] que comme une diversité d'affections chroniques [illegible] but surtout, les troubles prédominants de l'espr[illegible] avec une apparence de santé corporelle. Nous nous [illegible]rons à cette circonstance.

Une dernière remarque préalable. Pour s'orienter [illegible] dédale de la folie, il faut des points de repère. Les nome[illegible]tures jaugent le degré des connaissances. Naturellement [illegible] auteurs se sont évertués à déterminer des catégories, ont-[illegible] réussi? ont-il procédé rationnellement? La séméiologie n'est pas la symptomatologie: celle-ci constate les phénomènes, l'autre les interprète et les transforme en signes. Dans le groupement des genres et espèces, reflétant un jugement empirique, on s'est plus attaché au caractère extérieur des phénomènes morbides qu'à leur signification réelle déduite de l'analyse. Les errements n'ont point changé. Qu'on consulte les plus récents cahiers de notre grand recueil, les *Annales médico-psychologiques*; la CLINIQUE, non moins que jamais, est toujours le mot sacramentel, comme si les faits fournis par l'observation pouvaient se passer de systématisation et de commentaires. On s'explique ainsi comment jusqu'ici, malgré l'éclaircissement d'une foule de détails, les efforts de chacun n'ayant abouti qu'à des conceptions disparates, individuelles; l'on en est réduit à déplorer l'absence d'une classification commune.

Résumer l'histoire de ces divergences serait abuser de vos précieux moments. Une double séance suffirait à peine. J'en dirai assez pour faire ressortir, par le contraste, les vues qui m'ont guidé et le but qu'elles m'ont permis d'atteindre. Pinel, logicien par tempérament, a eu la velléité d'utiliser les données de la psychologie. Parcourant nos principales facultés, telles qu'on les enseigne dans les chaires, il s'efforce de préciser, pour chacune d'elles, perception, jugement, mémoire, imaginable etc., etc., les observations variées dont elles sont susceptibles. Mais cette sorte d'inventaire, où les descriptions ont puisé des éléments féconds, n'ont que médiocrement contribué à la détermination des formes admises pas l'auteur.

Son premier genre, *la manie*, consiste, pour lui, dans un désordre des facultés où le malade, plus ou moins mobile et agité, parfois furieux, divague sur tous les sujets, gesticule et se livre à toutes sortes d'actes incohérents, inconscients, non toujours inoffensifs. A cet état, il accole néanmoins une autre variété qu'il nomme *manie sans délire* et qui, exempte d'incorrection de langage, aurait, pour caractères, des violences soudaines, des exaltations incoordonnées, d'incroyables étrangetés de conduite.

Dans un cadre élastique, *la mélancolie* embrasse toutes ces anomalies partielles qui, suscitées par des pseudo-perceptions, des conceptions chimériques ou des impulsions instinctives, se traduisent par des craintes, des défiances ou des convictions plus ou moins tenaces. La plupart des malades, sombres et distraits, se plaignent ou dissimulent. Quelques-uns nourrissent de sinistres projets, les uns et les autres susceptibles, d'ailleurs, à moins d'une concentration oppressive, de raisonner juste sur les points étrangers à leurs préoccupations.

Vient, au troisième rang, la *démence*, déchéance mentale caractérisée par la faiblesse des sensations, la diminution de la mémoire, l'enchaînement vicieux des pensées, les désirs vacillants et sans but. L'avenir se ferme, le passé s'obscurcit, le présent se résout dans l'impuissance, sinon dans une agitation incohérente restreinte et automatique.

Une quatrième catégorie est constituée par l'*idiotisme* qui, suivant qu'il survient dans l'enfance ou après le développement des facultés, répond soit à l'idiotie proprement dite, soit à la stupidité, *melancolia attonita* des anciens. Incidemment, Pinel mentionne (p. 81 et 93) une *manie ou folie raisonnante*,

(1) Si, à côté de ces noms, nous ne mentionnons pas ceux de MM. Jules Falret et Legrand du Saulle, c'est que les cours qu'ils font à l'Ecole pratique sont exclusivement théoriques.

[illegible]ment circonscrite, très-analogue à la *manie sans* [illegible] et qui n'en différerait, chez quelques sujets, qu'en ce que [illegible] malades, au milieu de propos et d'actes insensés, seraient [illegible] de s'abstraire de leurs divagations, d'écrire des lettres [illegible]nes et de s'asservir à une conversation suivie.

[illegible] préjuger du mérite de cette classification, ce sur quoi, messieurs, je tiens à fixer votre attention, c'est qu'aucune vue systématique ne parait dominer et relier les divisions dont [illegible] se compose. Esquirol n'a pas obéi à une autre inspiration. Purement et simplement, comme son illustre maître, il a fondé ses divers genres sur des ensembles symptomatiques, qui reste à peu près les mêmes. Lui, aussi, admet la manie et la démence. Trouvant indécise et inadaptable à plusieurs cas l'expression de mélancolie, il scinde en deux les faits qui s'y rapportent, sous les vocables *monomanie* et *lypémanie*, celle-ci représentant comme celle-là une lésion partielle, mais de nature spécialement triste et accablante. L'idiotisme acquis devient de la démence aiguë curable. Aux arrêts de développement intellectuel est réservée l'idiotie, qu'Esquirol distingue de la démence par cette antithèse pittoresque : L'idiot est un pauvre qui n'a jamais possédé, le dément un riche qui a conservé des débris de son ancienne opulence. Ayant nié d'abord la *manie sans délire*, il en avoue ensuite la réalité exceptionnelle. De la *folie ou manie raisonnante* indiquée seulement par Pinel, il fait, sans trop de fondement, une *monomanie raisonnante*, comprenant les *folies morales* de Prichard et divers cas de caractère douteux. Esquirol, en outre, a traité, avec une rare distinction, plusieurs sujets particuliers afférents aux catégorisations de sa nomenclature : illusions et hallucinations, délire épileptique, hypochondrie, monomanie, homicide, suicide, démonomanie etc. Mais, en tout ceci, loin de recourir aux lumières de la psychologie, il les a écartées de parti pris, plein de défiance pour une science qu'il regardait comme très-obscure.

Dès 1822, point et se dessine la paralysie générale, attribuée par Bayle, le premier, à une méningite chronique, par Delaye, à une encéphalite superficielle, par M. Calmeil à une méningo-encéphalite ou périencéphalite diffuse. Georget, plus tard M. Etoc-Demazy, dans une remarquable thèse, Scipion Pinel et Ferrus, dans ses savantes leçons à Bicêtre, ont défini et décrit la stupidité, sans omettre ces scènes de réaction hallucinatoire fortuite qui, accidentellement, se trahissent dans les sombres ténèbres de la pensée.

Ferrus, d'ailleurs, voulant en quelque sorte organifier la folie, remplace le mot de *manie* par celui de *délire maniaque*. La distinction d'Esquirol entre la monomanie et la lypémanie ne lui paraissant pas non plus fondée, il leur substitue le groupe unique des *délires partiels*, qui, supprimant une ligne de démarcation fictive, se prête aux nuances et aux complexités comme aux vicissitudes de ténacité et d'aspect. On verra, tout à l'heure, combien cette vue était juste. L'éminent aliéniste classait, enfin, parmi les démences partielles, soit les lacunes isolées de la mémoire, soit l'effacement d'une aptitude artistique ou de quelque sentiment moral, affectif, etc.

On sait quel esprit philosophique règne dans les œuvres de notre collègue si regretté, Falret père, l'auteur précoce d'un magnifique traité de l'hypochondrie. Ce qui étonne, c'est, en fait de classification, la singulière conception à laquelle il s'est arrêté. A la vérité, dans ses subdivisions, il met en relief les prédominances saillantes, perceptives, intellectuelles, morales, affectives, mais le cadre principal ne marque que des degrés : *monomanie*, être de raison, circonscription douteuse pour l'auteur lui-même ; *oligomanie*, petit nombre de délires ; *polymanie*, aberrations multiples, nombreuses ; *pantomanie*, délire général ou manie. Cette dernière forme devrait, d'après une telle progression, être un couronnement. Dans la pluralité des cas, elle se déclare d'emblée. Mentionnons un type curieux, signalé par notre vénéré maître, la *folie circulaire*, où l'on voit les individus passer par des périodes alternantes, plus ou moins longues, d'excitation et d'abattement, entremêlées ou non d'un état quasi-normal. (*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Toulouse : Faculté de l'Etat ; — Université catholique.

Toulouse, le 18 février 1877.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*.

Il y a quelque temps je vous avais annoncé qu'une commission composée de MM. Ebelot, maire de Toulouse ; Filhol, directeur de l'Ecole de médecine ; Molinier, conseiller général, avait été nommée à l'effet de se rendre auprès de M. le Ministre de l'Instruction publique, pour y défendre les intérêts de notre ville comme centre universitaire, et comme Faculté de médecine. Après des lenteurs sans nombre, cette commission s'est enfin rendue à Paris, et est rentrée aujourd'hui à Toulouse. En dépit de Montpellier, de ses *vieux parchemins*, Toulouse aura une Faculté de médecine. Cette nouvelle, je suis en mesure de vous la donner comme certaine, et vous pouvez y ajouter foi. M. Waddington a pris des engagements vis-à-vis de la commission ; quoique tout d'abord il ne fut pas trop disposé en notre faveur, n'osant sacrifier la Faculté de Montpellier, il s'est rendu à l'évidence lorsqu'on lui a prouvé qu'une Université catholique allait être fondée dans notre ville, et que la municipalité était décidée à créer une Faculté de médecine de ses propres deniers. Ainsi modifié le projet de réorganisation de l'enseignement supérieur au centre universitaire qu'a publié le journal *la Liberté*, peut être considéré comme véridique. D'après les intentions de M. le Ministre, les neuf centres universitaires seraient sous la dépendance de l'Etat, mais à la charge des municipalités. C'est là du moins ce qui aura lieu pour Toulouse. Le conseil municipal, dans une de ses dernières séances, vient de s'engager en effet à subvenir aux besoins des Facultés de notre ville, au cas où les recettes seraient inférieures aux dépenses. Or, cette proposition a été soumise au conseil par la municipalité sur les ordres de M. le ministre de l'instruction publique. Aussi y a-t-il lieu de croire, que ce qui a été fait pour Toulouse, centre universitaire, sera fait pour les autres villes qui ambitionnent ce titre. Quant au projet de loi, M. le Ministre a répondu à la commission qu'il allait être soumis sous peu de jours à la Chambre des députés. A ce sujet, qu'il me soit permis de vous annoncer que MM. Ga... et Pas. Dup... se sont engagés à défendre Toulouse, centre universitaire, au cas où la Chambre ne partagerait pas l'opinion de M. le Ministre, ce qui est peu probable. Ainsi donc, notre cause est entre bonnes mains, et la Faculté de médecine à Toulouse, est chose assurée.

... Quant au projet de création d'une Université catholique dans notre ville, ce projet a fait son chemin et à cette heure on peut considérer la chose comme certaine. Après les discours de M. de Mun et de M. Langallerie, archevêque d'Auch, le zèle des fidèles ne connait plus de bornes et les souscriptions affluent de tous côtés. Il est vrai de dire que si les bourses se délient, ce n'est pas tant pour cause de bonne œuvre et de bonne pensée, mais bien par gloriole. Que ne voit-on de gens de par le monde, qui ne recherchent que titres et honneurs ! C'est là le cas de ces Messieurs les organisateurs de l'Université catholique, gens pratiques par excellence, n'ont trouvé rien de mieux pour obtenir des adhésions, que d'avoir recours au vil adage *vanitas vanitatum*..... Aussi pour 1,000 fr. est-on membre fondateur de l'Université ; pour 20,000 fr. on est donateur insigne et votre nom est gravé en lettres d'or sur une plaque de marbre. Si vous donnez 80,000 fr., le tableau change de face, votre buste est placé dans une salle de cours, vous êtes un grand homme. Telle est la religion de ces Messieurs.

Grâce à ces moyens, le diocèse de Toulouse a versé la somme de 400,000 francs, et la souscription n'est ouverte que depuis trois semaines. Si les 13 autres diocèses suivent ces traces, et malheureusement il n'en sera que trop ainsi, l'Université catholique pourra payer ces professeurs et les acheter au besoin. — Le 7 du mois prochain, doit se tenir la réunion de MM. les archevêques, qui statueront définitivement sur le choix des professeurs, et sur l'installation de leurs Facultés de droit et de médecine. Tout cela sera fait en l'honneur de Saint-Thomas d'Aquin, patron de la future Université. A entendre ces Messieurs, le succès de leur Université est assuré et Toulouse est appelé à devenir le Louvain de la France. Elèves, professeurs, argent, rien ne leur fera défaut. J'ose croire qu'il n'en sera pas ainsi et que les Facultés de l'Etat n'auront rien à redouter d'un pareil voisinage.

L. C.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De l'action d'un arséniate de fer naturel dans la chlorose et la dyspepsie.

Lorsque nous attirions l'attention du corps médical sur les dragées de la Dominique de Vals, nous espérions voir nos confrères expérimenter cette nouvelle forme de médicament. Il était, en effet, fort intéressant de savoir exactement ce qu'on pouvait obtenir d'un arséniate de fer et de soude naturel. A côté des vues théoriques, il fallait la sanction expérimentale. Nos confrères ont entendu l'appel qui leur a été fait et nous publierons les observations qu'ils nous adresseront jusqu'à ce que l'enquête ait éclairé ce point de pratique. M. le Dr Godefroy

nous signale d'abord les résultats obtenus dans un cas de chlorose ancienne.

« *Chlorose.* — Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, lymphatique au suprême degré, atteinte de flueurs blanches qui allaient toujours en augmentant. Elle était pâle, amaigrie, décolorée; chairs molles. A ce cortége, était venu bientôt se joindre de la gastralgie, des vomissements, des maux de tête et des douleurs erratiques dans les membres. Elle toussait beaucoup la nuit. J'avais essayé, après plusieurs confrères, l'usage de diverses préparations ferrugineuses. Je n'avais obtenu aucune amélioration, lorsque, le 20 juillet dernier, je lui conseillai les dragées de la Dominique, à la dose de deux par jour, une à chaque repas.

Peu après — vers la fin de juillet — elle avait repris un peu de force. Elle mangeait mieux et digérait. Les flueurs blanches avaient presque disparu; elle ne se plaignait plus de ses douleurs et toussait très-peu.

Le 10 août, j'ai constaté une amélioration marquée, et hier (17 août) elle m'a paru aussi bien que possible. Je lui ai conseillé de continuer l'usage des dragées de la Dominique pendant au moins quelques mois.

Quand la malade a pris les dragées, j'avais interdit tout autre traitement. Je voulais voir l'action de l'arséniate de fer naturel des dragées de la Dominique. Toutefois je faisais donner à la malade un régime alimentaire confortable. »

Pharyngite granuleuse. — M. le docteur Cayral pense avoir obtenu une amélioration plus rapide dans un cas de pharyngite granuleuse, en donnant les dragées de la Dominique qu'en se servant de ses traitements antérieurs.

Il s'agit d'une dame âgée de trente ans, atteinte depuis quelques années d'une pharyngite granuleuse. Appelé pour une rechute, notre confrère pensa que les dragées de la Dominique étaient indiquées. Elles avaient, de plus, l'avantage de se présenter sous une forme agréable à une personne fatiguée de prendre des médicaments dont on masque difficilement la saveur.

Dyspepsie. — M. le docteur Cayral signale aussi les bénéfices qu'il a tirés de l'emploi des dragées de la Dominique dans le cas suivant. La malade, âgée de 26 ans, avait éprouvé, il y a un an, des hémorrhagies si abondantes qu'elle en était profondément débilité. Au commencement d'une nouvelle grossesse, elle se trouva en proie à une dyspepsie grave (manque d'appétit, nausées, vomissements muqueux, salivation incessante, etc.). La conception remontait à un mois. Les mêmes accidents moins fort cependant, s'étaient manifestés à la première grossesse. Attribuant l'intensité des phénomènes sympathiques à l'appauvrissement du sang, j'ordonnai les dragées de la Dominique. L'amélioration fut rapide. La salivation disparut à la cinquième dragée, et les autres symptômes s'amendèrent successivement.

De son côté, le docteur Faivre a essayé les dragées de la Dominique dans deux cas où un état dyspeptique, aggravé de vomissements journaliers non alimentaires, existait (sans lésions organiques), accompagnant une diminution notable des globules rouges du sang; à la dose de quatre par jour, deux immédiatement avant chaque repas, elles ont fait cesser les vomissements et ramené les digestions faciles. Les forces tendent à revenir et le teint à se colorer.

A eux seuls, ces deux faits ne constituent pas une base suffisamment solide pour édifier une médication nouvelle. Il y a lieu de continuer l'expérimentation.

Mais relevons, dans la communication de notre confrère, cette déclaration intéressante pour le praticien : « Les dragées de la Dominique, irréprochables comme forme et comme aspect, ont une saveur légèrement styptique, que le goût du sucre masque rapidement. » Nous terminerons cette petite revue en mentionnant l'opinion de M. le docteur Briot :

« Le goût agréable des dragées de la Dominique permet aux malades de les croquer comme dragées ordinaires; fait qui, dans certains cas, facilite leur administration d'une manière remarquable. — Elles n'ont jamais déterminé la constipation, conséquence ordinaire de l'usage des ferrugineux. — Enfin, et c'est le point capital, l'association de l'acide arsénieux m'a paru activer l'effet corroborant du fer. Il se peut que la constitution des globules rouges ait été activée, car [illegible] comme on le sait, un agent combatta[illegible] plus, son association m'a perm[illegible] taines hypertrophies du cœur, [illegible] être dangereux. »

L'action des dragées de la Do[illegible] dyspepsie semble certainement [illegible] à signaler un grand nombre de [illegible] leur action favorable. Mais quelle es[illegible] ce médicament dans les manifestati[illegible] la peau, soit sur la muqueuse pulm[illegible] que nous signalons aux praticiens co[illegible] attention. Les heureux résultats obten[illegible] maladies par l'emploi des eaux de la sou[illegible] semble *a priori* promettre aux dragées de [illegible] ne sont autre chose que la boue même de [illegible] veloppée de sucre — un succès assuré dans le[illegible] ou de maladies de peau. Mais c'est à l'expé[illegible] prononcer.

---

19. Électuaire purgatif (CRUVEILHIER).

Poudre de séné.................	ãã 4 grammes.
Poudre de jalap................	
Poudre de scammonée...........	1 —
Poudre de gomme-gutte..........	30 centigr.
Sirop de nerprun...............	ãã 30 grammes.
Miel blanc.....................	

F. s. a. un électuaire.

De une à trois cuillerées à café, le matin, pour combattre les congestions viscérales multiples, qui se produisent à la troisième période des affections organiques du cœur.

20. Injection astreingente (RICORD).

Acide tannique.....................	1 gramme.
Alun...............................	1 —
Vin de Roussillon..................	100 —
Hydrolat de roses..................	100 —

Faites une solution, avec laquelle on donnera trois injections par jour, dans l'urétrite chronique. On explorera le canal, pour s'assurer qu'il ne présente pas de rétrécissement. (*Douze cents formules*, etc.)

VARIA.

Les candidats à la nouvelle chaire de pathologie mentale.

Plusieurs journaux de médecine ont publié des articles très-curieux sur les candidats à la chaire de pathologie mentale que l'initiative de M. Clémenceau a fait rétablir à l'Ecole de médecine. La *Gazette des Hôpitaux*, par l'organe d'un personnage intéressé, empruntant pour cette fois la signature du Dr Le Sourd, a tracé de quelques-uns des candidats des portraits passablement réussis. Ne pouvant les reproduire tous aujourd'hui, nous avons choisi le suivant :

M. AUG. VOISIN, ancien chef de clinique de la Faculté (1), médecin de la Salpêtrière (2), directeur des secours publics de la ville de Paris, membre du conseil de salubrité; il est à la fois candidat à l'Académie et à la Faculté. Laborieux, persévérant, zélé et ardent, il est anatomiste convaincu et thérapeutiste osé. Il a une grande force de volonté, a confiance en lui, et paraît désireux de s'élever de plus en plus en plus. Son activité est incomparable. Il travaille beaucoup, s'occupe de ses élèves, fait prendre toutes les observations des malades, passe plusieurs heures par jour dans son service, expérimente sur les animaux, se tient très au courant des idées et des tendances du jour et a néanmoins une vaste pratique urbaine. Il a publié un ouvrage important sur « l'hématocèle rétro-utérine » et a rédigé d'une façon très-distinguée plusieurs articles de pathologie nerveuse ou mentale dans le « nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie. » Bien qu'il ait l'élocution un peu pénible, il professe cependant avec succès (?) ... S'il était choisi par l'école, il remplirait certainement sa tâche avec l'entrain le plus méritoire et la foi la plus robuste.

M. Dupouy, de son côté, dans son journal de vulgarisation, *Le Médecin*, examine les candidatures à son point de vue. Voici ce qu'il dit du patronné de M. Le Sourd.

M. LEGRAND-DUSAULLE, (*sic*) aliéniste en chambre, pendant quinze ans, médecin de l'hospice de Bicêtre, par la grâce de Dieu et la volonté de Napoléon III, ex-hydropathe à Contrexeville, rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*... c'est un homme de poids, mais malgré cela insuffisant pour pro-

(1) Le concours n'existait pas à cette époque. — (2) Sans concours.

fesser à la Faculté. — A quoi donc a pensé le dr Le Sourd ? il n'a pas relu *son* article.

Des discussions soulevées par cette compétition, nous extrairons ce qui nous devra instruire et amuser nos lecteurs.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses du 1er au 31 janvier 1877.

1. M. Maisonnave. Quelques considérations sur le traitement des hématémèses supplémentaires des règles.
2. M. Benoit. De l'acide salicylique et du salicylate de soude. — Contribution à l'étude chimique, physiologique et clinique de ces médicaments.
3. M. Rossignol de Poincy. Etude pratique sur la syphilis infantile héréditaire et acquise.
4. M. Longuet. De l'influence des maladies du foie sur le traumatisme.
5. M. Croneau. Essai sur les fractures du maxillaire supérieur.
6. M. Bertholon. De l'acclimatation des races du Nord dans les pays chauds exempts d'impaludisme.
7. M. Sourris. De l'angine tuberculeuse.
8. M. Bez. De la contemporanéïté des fièvres éruptives et de leur coexistence avec la fièvre typhoïde chez le même individu.
9. M. Grizou. Du drainage de l'œil au point de vue de la physiologie et de la thérapeutique oculaire.
10. M. Bodé. Etude clinique sur la septicémie puerpérale.
11. M. Degoix. De la fonction aspiratrice dans le traitement des kystes hydatiques du foie.
12. M. Burelot. De la tarsalgie des adolescents.
13. M. Gaillard. Traitement des fractures de la rotule.
14. M. Gallois. Quelques recherches et réflexions critiques sur la question de l'innocuité du lait provenant de nourrices syphilitiques.
16. M. Poyet. Des paralysies du larynx.
17. M. Simyan. Contribution à l'étude de la syphylis laryngée tertiaire.
18. M. Guillemin. Etude sur l'épilepsie alcoolique.
19. M. Lespine. De la conservation et du pansement au diachylon dans les plaies des doigts.
20. M. Magnant. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie, diagnostic et traitement.
21. M. Cascua. Considérations thérapeutiques sur les sources de salut à Bagnères-de-Bigorre.
22. M. Mouton. Du traitement des fractures par le pansement ouaté.
23. M. Gallopain. Des hémorrhagies cérébrales extra-ventriculaires.
24. M. Tambareau. (Sujet non-indiqué).
25. M. Lallemant. Quelques observations d'hystérie chez l'homme.
26. M. Phisalix. De la néphrite interstitielle aigüe.
27. M. Vidal. Considérations sur les kystes hydatiques des os.
28. M. Hutin. De la température dans l'hémorrhagie cérébrale et le ramollissement. — 29. M. Bauzon. Du sevrage.

Concours public pour le prosectorat et l'adjuvat. — 1° Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteurs aura lieu en 1877. Seront seuls admis à concourir Messieurs les aides d'anatomie. L'un des deux prosecteurs nommés sera appelé à l'activité le 15 mars 1878 et son temps d'exercice se terminera le 15 mars 1881. L'autre sera appelé à l'activité le 1er novembre 1877 et son temps d'exercice expirera le 15 mars 1880.

2° Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour deux places d'aides d'anatomie aura lieu en 1877. Tous les élèves de la Faculté sont admis à concourir. L'un des deux aides d'anatomie nommés sera appelé à l'activité le 15 mars 1878 et son temps d'exercice se terminera le 15 mars 1881 ; l'autre sera appelé à l'activité le 1er novembre 1877 et son temps d'exercice expirera le 15 mars 1880. Les dates de l'ouverture de ces concours seront ultérieurement fixées et annoncées. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté (bureau des renseignements), tous les jours, de 10 heures à 4 heures, du 10 au 25 février 1877.

Asile d'aliénés.

Infirmiers. Le tribunal de simple police d'Evreux, dans son audience du 26 janvier dernier, a condamné un gardien de l'asile des aliénés de Rouen à 5 fr. d'amende, pour ivresse manifeste.— (*Union républicaine de l'Eure.*)

Ce fait montre, une fois de plus, la nécessité d'étudier les moyens d'avoir de bons infirmiers. A cette occasion nous rappellerons les vœux que nous avons faits pour la création d'une *école d'infirmiers* et d'une *école d'infirmières*, et pour qu'on améliore la situation actuelle de ces modestes employés.

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 22 février 1877 on a déclaré 957 décès, soit 269 décès par mille habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 27 ; — rougeole, 16 ; — scarlatine, 5 ; — variole, 5 ; — croup, 13; — angine couenneuse, 35; — bronchite aiguë, 39; — pneumonie, 61; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2; — *choléra nostras*, »; — dysenterie, 1; — affections puerpérales, 1 ; — érysipèle, 9; — autres affections aiguës, 259 ; — affections chroniques, 419, dont 181 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 33; — causes accidentelles, 29.

Museum d'histoire naturelle. — *Cours de zoologie*. — Annélides, mollusques et zoophytes. — M. E. Perrier, professeur, a commencé ce cours le mardi 20 février, à 2 h. 3/4, et le continuera le mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, dans la galerie de zoologie au Muséum. Des conférences pratiques ont lieu au Laboratoire.

Société protectrice de l'enfance. — Cette Société met au concours la question suivante : *Faut-il rétablir les tours ?* Le prix sera de 500 fr. Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1877, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Léon Duchesne, rue des Saints-Pères, 85. Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs. Les membres du conseil d'administration sont seuls exclus du concours. Les concurrents joindront à leur envoi un pli *cacheté*, contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

Peste bovine. — Le journal de Dresde du 6 février, publie un avis officiel constatant l'apparition de la peste bovine dans une métairie des environs de Dresde, et ordonne les mesures nécessaires pour combattre l'épidémie et en empêcher la propagation. — (*Journal officiel*).

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie. — 1re année. Le n° 2, février 1877, contient les articles suivants : — Potain. Du bruit respiratoire saccadé et des souffles extracardiaques.— Ollier. De l'excision des cartilages de conjugaison pour arrêter l'accroissement des os et remédier à certaines difformités du squelette. — Pierret (A.). Contribution à l'étude des phénomènes céphaliques du tube dorsalique, symptômes sous la dépendance du nerf auditif. — Charcot (J. M.) et Pitres (A.). Contribution à l'étude des localisations dans l'écorce des hémisphères du cerveau. Observations relatives aux paralysies et aux convulsions d'origine corticale (*suite*). — Revue critique. *Sur les anémies progressives* par le dr R. Lepine (*suite et fin*). — Bibliographie. Chirurgie vor 100 Jahren, *par le dr Georg Fischer*. — Jaresbericht ueber die Fortschritte der anatomie und physiologie *par Fr. Hofmann et Schwalbe*. — Arbeiten aus der physiologischen Anstatt zu Leipzig (zehnte Jahrgang).— Variétés sur la découverte de la circulation du sang.

—La commission d'examen des patentes des Etats-Unis vient de délivrer un diplôme au biberon de M. J. Brière. On sait que le gouvernement américain ne délivre ses patentes qu'après une enquête rigoureuse sur le mérite des inventions qui en sont l'objet ; c'est donc le meilleur éloge que l'on puisse faire du biberon Brière. (*Journal des jeunes mères*).

Chronique des Hôpitaux

Hôpital Beaujon. — *Médecine* : Service de M. GUBLER. Salle Saint-Louis (H.) : 3, ulcère rond ; 10, 21, 29, pleurésie ; 13, cancer de l'estomac. — Salle Ste-Marthe (F.) : 4, néphrite aiguë ; 6, 12, 13, aphasie ; 3, 21, rhumatisme chronique.

Service de M. GUYOT. Salle Saint-Jean (H.) : 2, ataxie locomotrice ; 21 *bis*, insuffisance mitrale ; 24, pleurésie ; 30, pneumonie delirium tremens ; Salle Sainte-Paule (F.) : 3 *bis*, syphilides papuleuses ; 4, insuffisance mitrale ; tubercules pulmonaires : 11, fièvre typhoïde.

Chirurgie. Service de M. DOLBEAU. Pavillon I (H.) : 7, scrofulose ulcéreuse ; 41, orchite tuberculeuse ; 42, kérato-conjonctivite ; 53, ongle incarné ; 55, rétrécissement de l'urèthre : 56, plaie à la main, lymphangite. — Salle Sainte-Clotilde (F.) : 3, abcès symptomatique d'une carie costale ; 7, fracture et plaie articulaire (artic. tibio-tarsienne) ; 11, érysipèle ambulant ; 15, fracture indirecte de la rotule ; 31, abès du sein, péricardite, pleurésie ; 35, 36, ulcérations anales.

Service de M. LEFORT. Pavillon 2 (H.) : 19, abcès profond de l'aisselle ; 26, carie du grand trochanter ; 28, abcès de sinus maxillaire ; 31, lymphosarcome du pli de l'aine ; 40, rétrécissement traumatique de l'urèthre 44, sacro-coxalgie suppurée ; 47, tubercules du testicule ; 50, luxation phalango-phalangettienne du pouce en arrière avec plaie et phlegmon de la main. — Salle Sainte-Agathe (F.) : 4, carie du maxillaire supérieur ; 10, exostoses multiples.

Hôpital Lariboisière. Service de M. PANAS. Salle Sainte-Marthe (F.): 1, fracture intra-articulaire du genou; 5, hernie étranglée opérée; 6, amputation du bras; 16, abcès par congestion de la paroi thoracique; 23, coxalgie aiguë; 27, hygroma suppuré du genou, angioleucite ; 31, tumeur abdominale; 32, fracture double du poignet. — Salle Saint-Honoré (H.): 5, plaie par instrument tranchant de la région sus-hyoïdienne; 7, 14, fractures de jambe; 19, 23, épithéliomas du rectum; 25, fracture de la rotule; 2, 33, 34, fractures du fémur. — Salle Saint-Ferdinand (H.): 10, hydrocèle symptomatique de tubercules du testicule; 11, 29, 32, fracture de la rotule.

Service de M. JACCOUD. Salle Sainte-Claire (F.): 2, asystolie; 6, fièvre typhoïde; 10, hystérie grave; 12, néphrite interstitielle; 17 *bis*, dilatation bronchique, sclérose pulmonaire; 22, fièvre typhoïde, paralysie intestinale, pleurésie; 26, 27, néphrites interstitielles; 33, chorée rhumatismale. — Salle Saint-Jérôme (H.): 2, paralysie saturnine avec hémianesthésie; 5, tuberculose généralisée; 8, rétrécissement et insuffisance mitrales; 10, ataxie locomotrice au début; 11, leucocythémie ; 13, diabète; 18, rétrécissement de l'œsophage; 22, cachexie palustre; 23, alcoolisme, lésions viscérales.

Hôpital de la Charité. Service de M. LABOULBÈNE. Salle Saint-Félix (H.): 3, pleurésie aiguë simple; 5, sclérose en plaques; 10, pleurésie sèche; 11, paralysie générale spinale; 12, paralysie saturnine; 16, pleurésie sèche; 19, fièvre typhoïde. — Salle Saint-Vincent (F.): 5, contracture du sterno-mastoïdien; 8, pelvi-péritonite; 11, métrite aiguë; 15 *bis*, coliques de plomb; 15, phthisie, pleurésie sèche; 25, phlegmatia alba dolens.

Service de M. TRÉLAT. Leçons et opérations le jeudi, à 10 h. — Salle St-Jean (H.): 11 *bis*, orchite de cause uréthrale; 12, fracture de côte; 13, hémorrhoïdes, fistule à l'anus; 14, fracture de l'extrémité inférieure du radius; 15, arthrite fong. métac. phal.; 16, ostéite du tibia; 17, fistule de l'anus; 21, contusion du coude, fracture probable de l'olécrâne. — Salle Ste-Rose (F.): 12, 13, abcès de la glande vulvo-vaginale; 14, phlegmatia alba dolens; 15, arthrite suppurée du genou; 16, fracture du bassin; 18, plaie du coude; 19, métrite postérieure.

Service de M. BERNUTZ. Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques sur les maladies des femmes le lundi, à 9 h. 1/2. — Salle Saint-Ferdinand (H.): 2, carcinome intestinal; 4, péricardite, 5, insuffisance mitrale; 11, pneumonie du sommet; 14, atrophie musculaire progressive; 15, rétrécissement cicatriciel de l'œsophage; 24, mal de Bright. — Salle Saint-Joseph (F.) : 6, hypertrophie de la portion sous-vaginale du col; 9, corps fibreux de l'utérus; 24, phthisie laryngée, œdème de la glotte.

Service de M. EMPIS. Salle Saint-Michel (H.): 11, pneumonie, péricardite; 18, fièvre typhoïde; 24, albuminurie; 21, stomatite mercurielle. — Salle Sainte-Marthe (F.): 1, eczéma aigu; 5, phthisie aiguë; 11, insuffisance mitrale; 17, pneumonie caséeuse; 26, pleurésie diaphragmatique; 27, corps fibreux de l'utérus.

Hôpital du Midi. — Service de M. SIMONNET. 1re division, 1re salle: 1, orchite gauche et blennorrhagie ; 27, chancres infectants et syphilide papuleuse généralisée ; 29, végétations multiples du prépuce. — 2e Salle : 21, rétrécissement de l'urèthre ; 22, chancre infectant au niveau de la rainure balano-préputiale; 23, plaques muqueuses à la gorge, aux lèvres et à l'anus. — 3e salle : 11, rétrécissement de l'urèthre, orchite uréthrale ; 17, paraphimosis ; 24, végétations au niveau du méat urinaire ; 29, bubon strumeux droit ; 30, phymosis congénital. — 4e Salle : 13, chancres mous sous-préputiaux ; 14, blennorrhahie aiguë ; 20, blennorrhagie avec orchite. — 5e Salle : 6, uréthrite glanduleuse.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecine* : Dr BALL. Leçons cliniques, tous les jeudis, à 10 heures. Salle Saint-Louis (H.) : 5, lypémanie ; 6, pneumonie : 9, pleurésie ; 24, gomme suppurée ; 25, ataxie locomotrice ; 26, 27, 28, 30, paralysie générale ; 34, rhumatisme articulaire, péricardite chez un saturnin. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 7, rhumatisme noueux ; 10 délire de persécution ; 15, érysipèle de la face ; 16, sclérose en plaques ; 17, paralysie générale.

Service de M. BROUARDEL. Salle Saint-Augustin (H.) : 2 diabète sucré à 22 ans ; 12, tuberculose pulmonaire et péritonéale ; 17, mal de Bright ; 34, hépatite syphilitique ; 43, ulcère de l'estomac ; 17, ataxie et troubles ocu-

laires.— Salle Ste-Geneviève (F.) : 2, phlegmon iliaque ; 3, pleurésie aiguë ; 9, tumeur abdominale ; 19, mal de Bright.

Service de M. Fernet. Pavillon 3 (F.) : 1, hémoptysie ; 9, sciatique symptomatique d'une dégénération secondaire de la moelle : 15, phlegmon suppuré du ligament large. — Pavillon 4 (H.) : 27, hydropneumothorax ; 29, néphrite interstitielle ; 31, goutte articulaire. — Pavillon 5 : 6, tumeur cérébrale : 11, pleurésie droite subaiguë ; 13, fièvre typhoïde.

Service de M. Lancereaux. Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 4, hydropneumothorax ; 15, syphilis osseuse, contracture des membres inférieurs, 19, tumeur cérébrale syphilitique. — Salle Saint-Antoine (H.) : 2, cirrhose alcoolique au début ; 8, néphrite interstitielle, hémorrhagie cérébrale; 13 et 16, aphasie et hémiplégie d'origine syphilitique ; 22, paralysie générale.

Service de M. C. Paul. — Salle Sainte-Jeanne (F.) : 7, rhumatisme chronique ; 13, pleurésie droite ; 15, ascite ; 20, carie des os du nez. — Salle Saint-Eloi et Saint-Etienne (H.) : 1, cancer stomacal ; 20, gangrène du poumon ; 26, dothiénenthérie ; 28, ulcérations tuberculeuses de la langue; 38, paralysie saturnine ; 41, ataxie ; 44, hydropneumothorax.

Chirurgie : Service de M. Gillette. Salle Saint-Christophe (H.) : 1, tubercules du testicule ; 2, coxalgie ; 32, rétrécissement du rectum ; 33, corps étranger de l'articulation du genou ; 23, fracture bi-malléolaire; 36, nécrose de la mâchoire inférieure : 37, fracture directe du péroné à la partie moyenne ; 42, entorse du genou ; hémohydarthrose. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 4, pelvipéritonite ; 12, cancer de la langu ; 15, squirrhe du sein ; 20, polype de l'utérus ; 25, hématocèle rétro-utérine.

Vacances médicales. On demande un docteur médecin à Rozoy-en-Brie (Seine-et-Marne) chef de canton et communes environnantes. S'adresser pour les renseignements précis, à Paris, chez M. Adam, sénateur et conseiller général du canton de Rozay, 4, rue de Miromesnil, avant midi. — Chez M. Adam fils, rue Richelieu, 29 ou chez M. Guillot, 30, rue Cler, à 6 h. du soir : ces derniers tous deux conseillers municipaux de Rozay et délégués à cet effet par le Conseil municipal de Rozay et les communes environnantes.

On demande un jeune docteur ou un étudiant, ayant subi son cinquième, pour remplacer pendant quelques mois un médecin aux environs de Mâcon (6 kilom.) dans un poste lucratif. S'adresser pour renseignements, à M. Théodore David, 17, rue Jacob.

On demande à la Varenne-Saint-Hilaire (Seine) à 10 kilom. de Paris, un docteur en médecine. Position assurée. Beau et riche pays, site admirable sur les bords de la Marne. S'adresser à la Varenne-Saint-Hilaire, rue Saint-Hilaire, 7, chez le pharmacien et à Paris, chez le Dr Penot, rue de l'Ancienne-Comédie, nº 12.

Bon-Prime du *Progrès Médical*. Tout lecteur du *Progrès médical* qui enverra ce BON-PRIME avec **2** francs en timbres-poste à M. Albert Collignon, 34, rue Richer, à Paris, recevra pendant 6 mois La Vie Littéraire, journal hebdomadaire, rédigé par un groupe d'écrivains républicains et libres-penseurs.

Louise Lateau ou la stigmatisée belge (science et miracle), par Bourneville.—In-8 de 72 pages, avec 2 figures et une eau-forte, dessinées par P. Richer, 2 fr. 50 ; pour les abonnés du *Progrès médical*, 1 fr. 50 (franco).

Bromure de Camphre (Ses propriétés physiologiques et ses usages thérapeutiques), par L. Pathault. — 3e édition in-8º de 48 pages avec 6 figures. — 1 fr. 50.

De l'influence des Maladies du foie sur la marche des traumatismes, par F.-E.-Maurice Longuet. In-8 de 124 pages. Prix : 2 fr. 50.

Maladies du Système nerveux — Leçons faites à la Salpêtrière par M. le professeur Charcot, recueillies et publiées par Bourneville. 2e Édition. Vol. in-8 de 416 pages avec 25 figures dans le texte. 9 planches en chromo-lithographie et une eau-forte. Prix : 13 fr.

Du Tubercule, du Testicule et de l'Orchite tuberculeuse, par le Dr Reclus. — In-8º de 208 pages, avec 5 planches. Prix : 5 fr.; pour les abonnés du *Progrès*, 4 fr. (franco).

Étude anatomique, physiologique et clinique sur l'Hémichorée, l'Hémianesthésie et les tremblements symptomatiques, par le Dr F. Raymond. — In-8º de 138 pages, avec 3 planches. Prix : 3 fr. 50 ; pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 9. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 3 MARS 1877.

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE.

COLLÉGE DE FRANCE. — **M. RANVIER.**

Dixième leçon (*Suite.*) (1).

Recueillie par le docteur J. RENAUT.

SOMMAIRE. — La matière colorante des muscles striés est indépendante du sang contenu dans les réseaux vasculaires. — L'hémoglobine du sang et la matière colorante rouge des muscles sont deux substances identiques. — Spectre de l'hémoglobine du sang, identique à celui de l'hémoglobine du muscle : myospectroscope. — L'hémoglobine musculaire accumule l'oxygène dans la substance contractile : cette dernière réduit constamment l'hémoglobine. — Rôle de l'hémoglobine dans la contraction musculaire : Contraction des muscles pâles et des muscles rouges.

II.

Messieurs, la coloration rougeâtre de la chair musculaire a de tout temps attiré l'attention des anatomistes. On l'a crue d'abord produite par le sang contenu dans les vaisseaux des muscles. C'était là l'opinion de Boerhaâve et celle de Haller. Le premier, Bichat affirma que la coloration rouge du muscle était due à une matière propre analogue à celle du sang, en provenant peut-être, mais néanmoins distincte de cette dernière.

Il dit en effet que le sang « colore le tissu musculaire, » mais non, comme il semble d'abord, en circulant dans » ce tissu. La portion circulante ou libre n'y concourt que » peu. C'est la portion combinée avec le tissu musculaire, » celle qui concourt à sa nutrition, qui lui donne sa cou- » leur. » A l'appui de ses assertions, Bichat donna des preuves indirectes. Il avait remarqué que les fibres musculaires des intestins et les fibres volontaires de certains animaux étaient pâles bien qu'il y eut du sang dans les vaisseaux, et que d'un autre côté, chez les animaux asphyxiés la substance colorante des muscles restait rouge tandis que le sang s'écoulait par jets noirs des artères musculaires. La matière colorante des muscles ne subissant pas, pendant l'asphyxie, les mêmes modifications que celle du sang, Bichat la sépara de cette dernière. Il l'en rapprocha cependant d'un autre côté en faisant voir que le muscle de la vie animale « exposé pendant quelque temps au contact de l'air ou de l'oxygène » voit devenir sa couleur rouge sensiblement plus brillante, semblable, en cela, à la matière colorante du sang, qui, dans les mêmes conditions devient rutilante.

Vous serez bientôt à même d'apprécier, Messieurs, la justesse de ces vues que les recherches de chimie biologique moderne ont pleinement corroborées. C'est ainsi que dans ces dernières années Kühne faisant circuler dans les vaisseaux d'un animal, un courant d'eau faiblement chargée de chlorure de sodium, montrait qu'au moment où le liquide s'écoule incolore par les veines, ne contenant plus aucun globule rouge, les masses musculaires ont conservé jusqu'à un certain point leur coloration. Je pourrais citer encore à ce propos une expérience analogue, que j'ai faite afin de bien montrer que la coloration des muscles rouges du lapin appartient à la substance musculaire ellemême, et non au sang qui circule dans les vaisseaux qui l'arrosent. Sur un lapin récemment sacrifié par hémorrhagie, j'adapte une canule dans le bout central de la carotide sectionnée, une autre canule est placée dans le bout périphérique de la jugulaire également coupée. Je fais ensuite circuler, dans le système vasculaire de l'animal, et pendant plusieurs heures, un courant de sérum artificiel préparé selon la formule de M. Malassez.

Quand le liquide sortant par la jugulaire, examiné au microscope, ne contient plus aucun globule rouge, l'animal est ouvert, et l'on reconnaît que la teinte rose-pâle des muscles ordinaires est seulement affaiblie, et que la coloration beaucoup plus intense des muscles rouges a subsisté. Il existe donc bien, dans les muscles volontaires, une matière colorante leur appartenant en propre et combinée avec leur substance contractile. Mais quelle est cette matière ? Quelles analogies présente-t-elle avec la matière colorante des globules rouges du sang ? Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'entrer maintenant dans quelques détails sur la substance qui donne aux globules sanguins leur couleur rouge.

La matière colorante des globules du sang n'est bien connue que depuis ces dernières années. Avant l'application de l'analyse spectrale à l'étude de ce composé, l'on en connaissait à peine les propriétés générales. Toute notion exacte faisait défaut. Cependant en 1851 et presque simultanément Reichert et Funke firent avancer la question d'un pas en montrant qu'aux dépens de la matière colorante des globules rouges pouvaient se former des cristaux. Funke n'avait d'ailleurs indiqué, pour préparer la substance qu'il nommait *Hémato-cristalline*, que des procédés applicables à l'étude microscopique, mais non à l'analyse chimique faite en grand (1) et, bien qu'il eut montré l'existence de cette matière cristalline, non-seulement dans le sang veineux de la rate du cheval, mais encore dans le sang de l'homme, du chien, et de divers poissons, on ne la trouvait pas régulièrement, et l'on doutait par cela même de son existence. Ce qui achevait d'amener la confusion, c'est encore que les formes des cristaux d'hémato-cristalline ne se rapportent pas, chez tous les animaux au même système cristallin. L'hémato-cristalline du chien, de l'homme, et de la plupart des mammifères carnivores, forme en effet des prismes rhomboïdaux, tandis que celle du cochon d'Inde forme des tétraèdres, celle du sang de l'écureuil des tables hexagonales, etc. De ces différences observées dans les formes affectées par les hémato-cristallines de provenance diverse, l'on avait même conclu que leur nature chimique n'était pas constante, et M. Ch. Robin allait jusqu'à considérer ce corps comme du phosphate de soude provenant du sérum et coloré par les globules dissous.

Toutes ces discussions cessèrent cependant, dès que Hoppe-Seyler eût soumis la matière colorante du sang à l'analyse spectroscopique. Il montra en effet que, quelle que soit sa forme cristalline, cette matière, que nous appellerons désormais avec lui l'*hémoglobine*, possède des propriétés optiques et chimiques constantes qui en font un corps parfaitement défini.

Il serait hors de propos de vous exposer ici les principes fondamentaux de l'analyse spectrale et la théorie du spectroscope. Je tiens seulement à vous faire voir que les muscles que nous étudions, par cela même qu'ils produisent, en agissant comme des réseaux parallèles, des spectres de diffractions très-nets, peuvent nous servir à construire un spectroscope très-simple à l'aide duquel nous pourrons faire à la fois l'analyse optique de l'hémoglobine du sang, et de la matière colorante propre des muscles.

Le couturier d'une grenouille suffit pour remplacer, dans l'appareil que j'ai nommé *myospectroscope*, le prisme

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876; nos 1 2, 7, de 1877.

(1) Pour obtenir l'*hémato-cristalline*, Funke place une goutte de sang sur une lame de verre, la recouvre d'une lamelle, et la laisse ensuite se dessécher lentement et incomplètement. A un certain moment, il ajoute un peu d'eau à la préparation. Il voit alors, au bout d'un temps variable, les globules se détruire, et leur contenu se transformer en cristaux. Funke. Ueber das Milzvenenblut, (Henle und Pfeufers *Zeitschr. f. ration. Med.*, 1851, Bd. I, p. 172, planche I).

d'Amici. Ce muscle, détaché de ses deux insertions extrêmes, est séparé avec précaution des masses musculaires qui l'entourent, enlevé et fixé dans un état de moyenne extension à l'aide d'épingles sur une plaque de liége. Il est ensuite séché, pendant quelques heures, dans une étuve à température constante, variant de 38 à 40°. Il convient alors de rendre bien planes et parallèles les deux faces du muscle. On y arrive en alézant, pour ainsi dire, soigneusement ces dernières à l'aide d'un scalpel bien tranchant. Le muscle est ensuite rendu transparent par la térébenthine ou l'essence de girofle, puis monté dans le baume de Canada ou la résine damar, de façon à ce que son grand axe soit bien parallèle aux bords de la lame de verre sur lequel il est placé. L'orientation des bords de cette lame à l'égard de la fente, deviendra, par ce moyen, plus facile. En plaçant l'un des bords de cette lame perpendiculairement à la fente lumineuse, on aura disposé en effet convenablement les stries du réseau formées par la striation transversale du muscle.

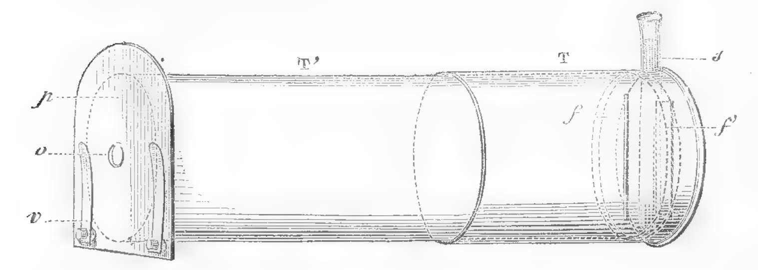


Fig. 15. — Myospectroscope. — *p*, platine sur laquelle on fixe la préparation à l'aide de valets V; T', tube principal à une des extrémités duquel se trouve la fente *f* du spectroscope. T, Tube que l'on ajoute pour l'examen spectroscopique du sang, à l'extrémité libre duquel se trouve la fente *f'* dans laquelle est engagé le tube à analyses contenant la solution de sang.

Le reste de l'appareil consiste en un tube cylindrique T., de 4 centimètres de diamètre, et de 12 de longueur, noirci à l'intérieur, et muni, à l'une de ses extrémités, d'un diaphragme percé d'une fente linéaire et verticale. A son autre extrémité, le cylindre creux présente une ouverture ronde, pratiquée concentriquement à son axe de figure. Au devant de cette ouverture, est disposée une sorte de platine, analogue à celle des microscopes, et sur laquelle la préparation de grenouille, qui jouera le rôle de prisme, peut être orientée convenablement et fixée dans sa position à l'aide de valets. Cette préparation étant disposée, comme nous l'avons dit, de façon à ce que l'axe de figure du muscle soit placé perpendiculairement à celui de la fente lumineuse, l'on peut voir, en regardant à travers le trou, paraître à droite et à gauche de cette dernière, une série de spectres dont les plus internes sont nets et brillants.

Si maintenant, derrière la fente, je dispose un tube d'essai contenant une certaine quantité de sang étendu d'eau (1) et si je regarde à travers l'instrument dirigé soit vers la lumière d'une lampe, soit vers un point lumineux du ciel, je remarque facilement que le spectre n'est pas continu. Dans les portions jaune et verte se montrent deux bandes verticales noires, séparées l'une de l'autre par un espace égal à peu près à leur propre largeur. Ce sont les raies bien connues de l'hémoglobine oxygénée. Ces deux raies ont une situation identique, qu'il s'agisse du sang du chien, du cochon d'Inde ou du rat, qui cependant fournissent des cristaux qui ne sont point de même forme géométrique. La matière colorante de ces sangs divers jouit par conséquent de propriétés optiques identiques. Mais, dans cette expérience les globules ont été dissous par l'eau que l'on a ajoutée au sang défibriné. Je prends une goutte de sang d'un animal vivant, je la place sur une lame de verre et je la recouvre d'une lamelle, de façon à ce qu'elle soit étalée en couche mince, capable de laisser passer la lumière. La préparation, examinée au microscope, montre que les globules rouges, sauf quelques modifications de détail, ont subsisté. Cependant l'examen spedroscopique montra alors que les deux raies d'absorption sont restées absolument les mêmes que dans le cas précédent. Il résulte de ces faits que la matière colorante rouge du sang siége bien dans les globules. Une troisième modification de l'expérience va nous montrer que cette matière colorante n'est autre que l'hémato-cristalline elle-même.

Quelques centimètres cubes de sang de chien, défibriné par le battage, sont placés au fond d'un flacon. Nous ajoutons à ce liquide, goutte à goutte et en agitant de l'éther sulfurique, jusqu'à ce que le mélange devienne transparent. Abandonnons maintenant à lui-même ce liquide pendant quelques heures, il se prendra en masse. Enlevons avec la pointe d'un scalpel un fragment de la masse; dissocié sur une lame de verre et examiné au microscope, il se montrera composé de cristaux rhomboïdaux d'hémoglobine (Hémato-cristalline de Funke). Je dissous maintenant dans l'eau une certaine quantité de ces cristaux, et je place la solution, contenue dans un tube d'essai, derrière la fente lumineuse du myospectroscope. Les deux raies d'absorption de l'hémoglobine oxygénée n'ont pas varié.

Ceci revient à dire, Messieurs, que la matière colorante du sang est contenue dans les globules et que les cristaux que l'on extrait de ces derniers, par la méthode que je viens de vous indiquer, ne sont autres que cette matière colorante elle-même, qui, subissant une simple modification moléculaire, a revêtu des formes géométriques précises. Nous connaissons donc actuellement l'hémoglobine du sang, et nous lui pouvons comparer la matière colorante qui teint en rouge plus ou moins foncé la substance contractile des muscles.

Cette matière colorante, comme l'a montré directement Kühne, paraît tout-à-fait identique à celle des globules rouges. Sur le lapin qui, tout à l'heure, nous a servi à démontrer que la coloration des muscles est indépendante du sang, et dont le système vasculaire a été assez soigneusement lavé pour que l'on soit bien assuré qu'il ne contient plus de globules rouges, j'enlève un muscle quelconque ou préférablement un muscle rouge comme le demi tendineux; je l'exprime légèrement dans du papier Joseph afin de le vider du peu de serum artificiel qu'il renferme dans son épaisseur et qui, lui-même, pouvait contenir du sang; je le coupe ensuite en lanières minces. Cela fait, je traite cette chair musculaire divisée par l'eau distillée, cette dernière se teint en rose fleur de pêcher au bout de quelque temps. Si maintenant j'examine la solution (filtrée) au spectroscope je vois immédiatement apparaître, dans la région déjà indiquée du spectre, les deux bandes d'absorption de l'hémoglobine, oxygénée, l'addition d'un corps réducteur tel que le sulphydrate d'ammoniaque fait apparaître la bande unique de l'hémoglobine réduite. Enfin, les deux bandes de l'hémoglobine oxygénée reparaîtront si j'agite avec de l'air la solution aqueuse de matière colorante musculaire.

On pourrait déjà conclure avec vraisemblance de ces faits que cette matière n'est autre que l'hémoglobine, ou qu'en d'autres termes il existe une hémoglobine musculaire comme il existe une hémoglobine du sang. Il est vrai que cette hémoglobine n'a pu être obtenue encore à l'état cristallin. Cependant comme Kühne est arrivé, en chauffant le liquide de macération musculaire avec du sel marin, et en le traitant ensuite par l'acide acétique glacial, à reproduire les cristaux caractéristiques d'*hémine* (chlorhydrate d'hématine) que dans ces circonstances l'hemoglobine seule peut engendrer, nous admettrons que la matière colorante des muscles est identique avec celle des globules rouges du sang.

Nous sommes actuellement en droit de nous demander quel rôle joue l'hémoglobine musculaire dans la nutrition

(1) Pour maintenir convenablement ce tube, ou tout autre objet dont l'on veut étudier la coloration par l'analyse spectrale, l'appareil est complété par un second tube glissant à frottement sur le premier et muni d'un diaphragme percé verticalement d'une large fente. Dans cette fente on peut engager le tube d'essai, contenant la solution colorée, ou bien y placer une membrane vivante dans laquelle circule le sang, telle que la membrane natatoire de la patte de la grenouille, fixée sur une mince lame de liége.

du muscle. Etudions, pour résoudre cette question, les modifications subies par cette substance dans un fragment de muscle pris sur un animal vivant et séparé du courant sanguin. Une minime portion de chair musculaire de bœuf est légèrement dissociée sur une lame de verre ; la préparation est recouverte d'une lamelle sans addition d'aucun liquide. Les faisceaux primitifs sont entourés de vastes flaques d'air incluses dans la préparation bordée avec de la paraffine.

Un premier examen fait avec un microspectroscope révèle l'existence de deux bandes d'absorption distinctes dans la portion verte et jaune du spectre. L'hémoglobine musculaire est conséquemment oxygénée. Un nouvel examen pratiqué au bout de quelques minutes montre au centre de la préparation la bande unique de l'hémoglobine réduite, et les deux bandes de l'hémoglo-oxygénée distinctes sur ses bords. A l'œil nu la préparation est restée rouge au voisinage de l'air, et devenue verdâtre au centre. Que démontrent ces faits ? Ils concourent ce me semble à faire voir que l'hémoglobine combinée à la substance contractile des muscles striés est rapidement réduite par cette dernière, à moins qu'un nouvel apport d'oxygène ne vienne au fur et à mesure remplacer celui que le muscle lui soustrait continuellement, Dans la préparation que nous venons d'examiner, les choses ne se passent pas autrement. A sa partie centrale, le fragment de muscle dissocié est étroitement pris entre la lame et la lamelle. A sa périphérie il est baigné par des flaques d'air oxygéné. A mesure que l'hémoglobine est réduite, sur ce point, par les actions chimiques dont la substance musculaire est le théâtre, elle est oxygénée de nouveau par l'air ambiant et reste rouge. Mais laissez la préparation à elle-même dans la chambre humide pendant plusieurs jours, le muscle tout entier prendra une teinte verdâtre parce que tout l'oxygène de l'air inclus sous la lamelle lui aura été soustrait graduellement par l'hémoglobine musculaire.

Cette substance est en effet l'agent le plus actif de la respiration du muscle. Elle emmagasine l'oxygène dans la substance musculaire, et cet oxygène est utilisé au moment de la contraction. Cette dernière parait entièrement subordonnée dans son mode au mode même d'oxygénation du muscle.

L'apport d'oxygène étant lui-même en rapport avec l'apport du sang artériel, on pourrait prévoir que, dans un muscle où ce liquide oxygéné coulerait, pendant que la contraction s'exécute, cette dernière se soutiendrait énergiquement et longtemps. Ce n'est pas là le cas des muscles striés ordinaires. On sait, en effet, qu'au moment même où un muscle se contracte, ses veines efférentes sont comprimées et que le sang ne se renouvelle plus dans son épaisseur.

Le muscle ne possède pendant la contraction d'autre source d'oxygène que le sang inclus dans sa masse ; aussi cette contraction est-elle à la fois brusque et courte, et, la réserve d'oxygène rapidement épuisée, le muscle revient à l'état de repos qui permet de nouveau l'afflux du sang oxygéné.

Mais tous les muscles striés, vous l'avez vu, ne présentent pas ce mode de contraction courte et brusque dont le type peut être fourni par les muscles blancs du lapin; d'autres muscles se contractent lentement et longtemps. Ces muscles montrent bien l'importance de l'hémoglobine musculaire. Pour une contraction longue, ils ont besoin d'une réserve considérable d'oxygène. Ils sont aussi comme surchargés d'hémoglobine. Ce sont les *muscles rouges*, ceux que nous avons décrits précédemment avec soin, et dont le type peut être pris dans le demi-tendineux du lapin. Vous verrez ultérieurement que l'oxygène est en outre apporté sans cesse à cette hémoglobine, même pendant la contraction, car le sang d'un muscle rouge, inversement à ce qui se passe dans un muscle blanc, baigne ce muscle contracté à peu près aussi complètement qu'il le fait pendant le repos.

Académie de Médecine. — Les candidats à la place vacante (section d'anatomie pathologique) ont été ainsi classés : 1° M. Lancereaux ; — 2° M. Parrot ; — 3° M. Cornil ; 4° MM. Hayem et Voisin.

MALADIES DE LA PEAU

Hopital Saint-Louis. — M. LAILLER.

Des teignes.

Leçons recueillies par Landouzy, revues par le professeur (1).

VI° Leçon. — **Trichophytie des parties glabres : érythème, herpes circinés. — Trichophytie de la barbe : pityriasis alba, sycosis parasitaires.**

Sommaire. — Développement circiné de la trichophytie cutanée après inoculation. — Difficultés du diagnostic microscopique. — Siége de l'herpès circiné : face, poignet, chez l'adulte ; fesses chez les jeunes enfants. — Diagnostic différentiel avec l'érythème marginé et pellagreux, avec l'hydroa, avec les syphilides annulaires.

Erythème et pityriasis de la barbe. — Période d'induration des follicules pileux ; sycosis parasitaire. — Altération et chute des poils : examen microscopique. — Apparition simultanée de l'affection de la barbe et d'un herpès circiné. — Diagnostic de la mentagre parasitaire à chacune de ses périodes. Pronostic de la trichophytie de la barbe. — Traitement : épilation.

Je vous ai dit, Messieurs, que les manifestations du trichophyton différaient avec les régions sur lesquelles il se développait : déterminant la teigne tondante sur le cuir chevelu, le trichophyton donne lieu, sur la peau, à des éruptions érythémateuses ou vésiculeuses : érythème ou herpès parasitaires, quand on vise leur nature, érythème ou herpès circinés, quand on vise leur forme la plus habituelle.

Ces deux formes de trichophytie différant entre elles, seulement par un degré variable de réaction provoquée dans la peau par le champignon, il nous a paru convenable de confondre l'érythème et l'herpès circinés dans une même description.

Il résulte, Messieurs, des expériences faites sur lui-même par le Dr Bouchard (2), qu'il suffit d'une dizaine de jours pour qu'une éruption érythémateuse apparaisse à l'endroit où a été inoculé le champignon.

Le premier phénomène constaté, quand le champignon se développe, est une tache lenticulaire d'un rouge assez vif, disparaissant presque complètement par la pression, accompagnée d'une légère desquamation furfuracée de l'épiderme, accompagnée aussi de cuisson et de démangeaisons. A la surface de cette tache, le plus souvent à sa circonférence, en deux ou trois points, on trouve l'épiderme un peu translucide, légèrement soulevé et donnant tout à fait l'apparence d'un grain de millet. Si on vient, à l'aide d'une pointe d'aiguille, à déchirer ce grain de mil on voit sourdre une fine gouttelette de liquide, l'existence d'une vésicule est alors des plus nettes. Souvent aussi quelque soin que vous mettiez dans vos recherches, quelque attention que vous apportiez dans votre examen, vous n'obtiendrez pas de liquide et vous trouverez, sous ce soulèvement épidermique, une vacuole vide, le liquide paraissant avoir été résorbé, car l'existence des vésicules est des plus éphémères.

L'éruption faisant des progrès, de nouvelles taches se produisent, mais, en nombre restreint, ce qui est un caractère important de la nature parasitaire du mal. Les anciennes taches s'étendent par leur circonférence, et, à mesure que se fait l'extension, le centre de la tache desquame, pâlit et reprend l'apparence normale : c'est ainsi, qu'à la tache succède un cercle, un anneau véritable, l'éruption devient nettement circinée. Si la tache est unique, il se forme un cercle complet, si, au contraire, les taches sont multiples et assez rapprochées, elles arrivent à se rencontrer dans leur développement centrifuge tout en se limitant réciproquement, c'est alors, qu'on a, au lieu de cercles complets, une éruption à bords festonnés et convexes en dehors, ces festons résultant de l'intersection

---

(1) Voir les nos 45, 46, 51 et 52, de l'année 1876 et nos 3, 6 et 7 de 1877.

(2) Etudes expérimentales sur l'identité de l'herpès circiné et de l'herpès tonsurant, Lyon, 1860.

des arcs de cercle à leur point de rencontre. C'est sur ces arcs de cercle ou festons qu'on aperçoit les vésicules, c'est dans les squames circonférentiels ou dans les poils follets qu'elles enserrent, qu'on doit chercher les éléments caractéristiques du trichophyton. Il s'en faut, Messieurs, que, même avec du soin et de la patience, on arrive toujours à trouver cet élément parasitaire alors que la marche, la forme et l'évolution de la maladie sont le moins discutables : je vous ai déjà mis en garde contre les déceptions qui vous attendent de ce côté, car, je vous l'ai dit, les préparations de trichophytie cutanée sont bien autrement difficiles que celles de la tondante ou du sycosis.

S'il revêt le plus habituellement la forme que je viens de décrire, l'érythème parasitaire peut cependant se présenter à vous sous d'autres aspects qui ont valu à l'éruption des dénominations qu'il vous faut connaître. Dans quelques circonstances l'anneau érythémateux n'a pas eu le temps de disparaître, que, par extension centrifuge de l'éruption, apparaît un anneau plus grand et enfermant le premier, cette forme de l'éruption a été appelée érythème ou herpès iris parce que les deux cercles et les zones qu'ils enserrent présentent des colorations différentes, qui se succèdent comme les couleurs de l'arc-en-ciel.

L'étendue de chacun de ces cercles varie de un ou deux, à dix ou douze centimètres et plus de diamètre : dans ces cas extrêmes que vous observerez, au cou, au thorax, au dos et aux fesses lorsque l'éruption méconnue a eu une longue durée, il ne s'agira plus de circonférences complètes mais d'arcs de cercles.

L'évolution de l'érythème et de l'herpès circiné est plus ou moins rapide suivant un grand nombre de circonstances : en général, plus le sujet est jeune, plus la peau est fine et plus l'extension de l'éruption est rapide ; il en est de même quand elle se développe chez des sujets délicats, malingres, aux prises avec les misères de toutes sortes.

Le siége de prédilection de l'herpès et de l'érythème circinés est la face, le cou, la nuque et les avant-bras : cette dernière localisation est surtout fréquente chez les personnes qui prennent la trichophytie des animaux, comme le font les filles de ferme, les bouviers et les vachers. Chez les porteuses d'enfants, vous rencontrerez encore assez fréquemment l'érythème circiné sur la face antérieure ou sur le bord radial de l'avant-bras et cela parce que des fesses du bébé, le champignon se sera répandu sur la peau du bras et, le plus souvent, sur la peau du bras gauche.

Chez l'enfant, comme je vous le montrais hier encore à la consultation, il arrive fréquemment que l'herpès circiné coïncide avec la teigne tondante et cette coïncidence, dans les cas douteux, fournit un excellent élément de diagnostic.

Pour être complet, je dois vous dire que, en Allemagne, Kobner, Pick et Hebra ont décrit sous le nom d'eczema marginé une éruption qui aurait son point de départ sur cette partie de la face interne de la cuisse gauche, qui, en contact avec le scrotum, garde toujours une certaine humidité.

Au dire des auteurs que je vous cite, l'éruption gagnerait, par extension centrifuge, l'hypogastre, la cuisse de l'autre côté, les fesses et l'abdomen, se guérissant à son centre, s'étendant toujours à sa circonférence constituée par une zone d'environ deux millimètres d'épaisseur dans laquelle on aurait trouvé des spores en tout analogues à celles du trichophyton.

Cette éruption qu'on aurait observé de préférence chez les cordonniers a donné lieu en Allemagne à bien des divergences d'opinion, et pourtant, elle paraît n'être qu'un herpès circiné parasitaire. Ce siége de la trichophytie cutanée ne s'observe que très-exceptionnellement en France; ce n'est pas, que les éruptions de forme circinée de la face interne des cuisses soient rares, vous observerez fréquemment au contraire, lors des chaleurs, des éruptions intertrigineuses qui n'ont de commun avec l'herpès parasitaire que leur apparence festonnée.

Les caractères de l'érythème et de l'herpès circinés, leur mode d'évolution permettent, dans la généralité des cas, un diagnostic facile.

L'érythème marginé a une apparition brusque, une évolution rapide, un nombre de plaques et une étendue qui ne vous tromperont pas.

L'érythème qui s'observe fréquemment sur la face, plus souvent encore sur le dos des mains des pellagreux sera reconnu si on tient compte de ce fait, que c'est une éruption saisonnière, apparaissant sous forme de plaques, provoquant de vives démangeaisons, amenant une desquamation en lames, évoluant enfin au milieu des troubles cachectiques caractéristiques du mal de misère.

L'hydroa diffère complètement de l'herpès circiné, et cela, par sa marche aiguë, par son apparence de cocarde, la position centrale de ses vésicules ou l'existence de bulles, enfin par ses manifestations palmaires et muqueuses.

Une chose parfois difficile est le diagnostic différentiel entre l'érythème circiné et certaines syphilides annulaires et circinées. J'ai, dans ces derniers temps, appelé bien souvent l'attention de ceux d'entre vous qui suivaient ma visite, sur une éruption que présentait, dans le dos et à la jambe, une malade de mon service. Cette femme qui était entrée à l'hôpital non pour elle, mais pour son enfant, atteinte de teigne tonsurante, portait sur les parties que je signalais tout à l'heure une éruption circinée qui ressemblait à s'y méprendre à de l'érythème parasitaire. Deux choses manquaient pour que nos présomptions se changeassent en certitude absolue, les démangeaisons et la démonstration microscopique ; pourtant, je dois dire, que mon interne, après des tentatives patientes et réitérées, bien dignes d'un meilleur succès, est arrivé à me montrer quelques spores alignées contre un poil follet arraché à la région lombaire.

Chez cette femme, notre diagnostic, quoique inclinant plutôt vers le parasitisme, est resté hésitant, et cela, parce que un signe d'une importance capitale, la démangeaison, a toujours fait défaut. Pour comble de difficultés, nous avions des raisons de suspecter la syphilis. De pareils faits, Messieurs, sont des plus rares, et, en pareille occurrence, vos hésitations cesseront si vous songez que la syphilis annulaire est une lésion plus profonde que celle de la trichophytie, qu'elle est presque toujours généralisée, que sa coloration est moins vive, qu'elle ne s'accompagne pas de démangeaisons, que l'éruption a bien moins de tendance à l'extension centrifuge : enfin, Messieurs, il serait tout-à-fait exceptionnel que les phénomènes antérieurs ou concomitants ne fissent pas cesser les doutes que vous pourriez avoir en face d'une éruption anomale.

Lorsque la trichophytie siége à la face, dans les régions barbues, chez l'homme adulte, l'érythème et l'herpès circinés n'ont qu'une durée éphémère et peuvent même passer inaperçus, mais, la desquamation épidermique est plus abondante que dans les autres régions, et la peau qui en est le siége paraît saupoudrée de poussière blanchâtre d'où le nom de pityriasis alba réservé à l'une des conséquences du développement du champignon. Ce pityriasis a surtout son siége au point d'émergence des poils ce qui donne à la peau l'apparence chagrinée, chair de poule : en ces mêmes points le trichophyton se développe plus abondamment et forme aux poils une sorte de gaine d'où ils émergent, tout comme dans la tondante les cheveux cassés émergent d'un manchon grisâtre mélangé de spores de trichophyton et de squames épidermiques.

Grandes sont ici les analogies, car, dans les points de la barbe envahis vous trouverez presque toujours les poils engainés cassés à un ou deux millimètres de la peau. Cette gaine que vous distinguez nettement à l'œil nu a une très-grande importance diagnostique, je sais bien qu'on l'observe dans certains cas d'eczéma de la barbe, mais elle n'a pas cet aspect blanc mat, poudreux, que vous trouverez dans la trichophytie, et puis, surtout, elle ne vous apparaît pas, au microscope, formée par une infinité de spores mêlées à de nombreuses lamelles épidermiques.

Dans le pityriasis alba parasitaire seul vous trouverez le

parasite infiltrant les lamelles épidermiques, engaînant les poils, c'est là un caractère facile à constater et dont jamais vous ne devrez négliger la recherche.

Je n'ai pas besoin de vous dire que, dans la très-grande majorité des cas, cette apparition de la trichophytie chez l'adulte succède à des rasures faites chez un barbier, ce qui vous explique ces faits, heureusement rares, de petites épidémies observées dans certaines localités.

Assez fréquemment, en même temps que le pityriasis alba envahissant la lèvre, le menton ou la joue vous verrez apparaître, sur les parties moins velues, des cercles qui, partant de la moustache, de la mouche ou des favoris, iront s'étendant vers la face ou plus communément vers le cou : ces cercles qui ne sont rien autre chose que de l'érythème circiné dicteront le diagnostic au cas où vous seriez hésitants.

Il arrive trop souvent, Messieurs, que le développement du parasite sur la barbe ne se borne pas aux deux degrés que je vous signale, érythème et état pityriasique : le champignon après avoir infiltré les couches épidermiques superficielles, pénètre la gaîne puis le follicule des poils, c'est alors que se produit de l'inflammation autour de chacun des poils. Le derme se congestionne, s'enflamme, s'indure à la base des poils et prend un aspect tuberculeux caractéristique : c'est alors qu'il se forme du pus dans le follicule pileux, c'est alors que les poils ébranlés s'arrachent sans résistance, cassent facilement ou tombent, la nature faisant ainsi à la face ce que nous avons essayé de faire au cuir chevelu pour guérir la tonsurante : on est alors en pleine période tuberculeuse ou sycosique de la trichophytie. Quiquefois même, l'inflammation gagnant en profondeur devient assez intense pour donner naissance à de petits furoncles.

Le sycosis parasitaire, fort heureusement, devient rare, assez rare pour qu'il ne me soit pas possible aujourd'hui de vous montrer de malades : faute de mieux, je fais passer sous vos yeux une fort belle aquarelle que M. Bazin a fait faire d'après nature (n° 221 musée de Saint-Louis), et sur laquelle vous verrez nettement les trois périodes de la trichophytie de la barbe, la période érythémateuse, l'état pityriasique, enfin la période tuberculeuse.

Ces éruptions différentes qui constituent autant de stades s'observent successivement et souvent simultanément sur le même malade dans les régions voisines et, quelquefois même dans les régions éloignées : cette succession ou cette simultanéité ont, vous le comprenez, une grande valeur diagnostique.

De ce que je vous ai décrit séparément et comme bien distinctes les trois étapes de la trichophytie de la barbe, vous auriez grand tort de vous attendre à une marche toujours la même, à un mode d'apparition et à un enchaînement aussi réguliers. Les choses ne se passent pas toujours de la sorte, voici même comment elles se passent dans la classe ouvrière en dehors de laquelle vous ne rencontrerez que très-exceptionnellement le sycosis parasitaire.

Un homme se fait raser chez un barbier qui lui fait une légère coupure, une entaille, comme on dit communément: la plaie se cicatrise lentement ; presque toujours elle est reproduite dans la huitaine, à la séance suivante faite chez le barbier. Sur la coupure se forme une petite croûte que le malade arrache de temps en temps, la plaie persiste, les tissus dermique et sous-dermique s'enflamment, s'indurent et on a d'emblée la période sycosique, la plaie produite par le rasoir étant devenue un terrain favorable à l'évolution du champignon déposé par le barbier. Bientôt, par suite de grattages, de nouvelles inoculations se font dans le voisinage ; la face, le menton surtout sont alors envahis par le trichophyton.

C'est principalement dans ces circonstances qu'on observe concurremment au dos des mains, de la main droite surtout, ces plaques érythémateuses, à bords un peu saillants, parsemés çà et là de quelques vésico-pustules. Ces plaques, je vous l'ai déjà dit, prennent, dans l'espèce, une importance capitale ; elles permettent d'affirmer la nature parasitaire du sycosis.

Le diagnostic de la trichophytie de la barbe est parfois difficile, les éruptions qui peuvent la simuler sont assez fréquentes, aussi dois-je entrer sur ce point dans quelques détails dont vous saisirez toute l'importance. Le diagnostic des affections parasitaires de la barbe doit être fait à chacune des périodes : vous comprenez, en effet, que les hésitations et les difficultés diagnostiques ne sauraient être les mêmes dans un cas d'affection érythémateuse, pityriasique ou tuberculeuse.

A la première période, vous ne confondrez pas la trichophytie de la face avec un lupus érythémateux en plaque ou annulaire ; vous vous baserez, pour éviter l'erreur, sur la lenteur du développement et la fixité de la lésion, enfin sur l'apparence cicatricielle qui laisse toujours après elle une lésion scrofuleuse de longue durée.

Une syphilide circinée ne vous trompera pas si vous n'oubliez pas que sa couleur est toujours moins vive, qu'elle ne s'accompagne ni de démangeaisons, ni de desquamation furfuracée, que l'élément papuleux est plus net.

Quant aux érythèmes simples qui succèdent parfois à l'application de savons irritants, il suffira, pour affirmer votre diagnostic, d'éloigner la cause pour voir toute rougeur disparaître. Je vous rappelle encore que, dans aucun de ces trois cas, vous n'observeriez la coïncidence si fréquente d'érythème circiné du dos de la main ou d'autres parties du corps.

L'état pityriasique parasitaire de la face ne peut être confondu qu'avec l'eczéma de la face à la période pityriasique : vous savez, Messieurs, qu'un eczéma ancien devient squameux et pityriasique; la confusion à ce moment serait possible si on n'avait pas, pour l'éviter, les commémoratifs, si on ne tenait pas compte du mode de début, du suintement, si, enfin, on ne remarquait, que l'eczéma occupe, d'ordinaire, la plus grande partie de la face. Enfin, comme je vous le faisais remarquer dernièrement en vous montrant deux barbes pityriasiques, l'une chez un eczémateux, l'autre chez un malade atteint de trichophytie, le pityriasis forme, dans le cas d'eczéma un sablé régulier, la peau est comme saupoudrée, tandis que, dans le cas de trichophytie, le pityriasis s'accuse surtout au pourtour des poils et présente des bords bien plus nettement délimités. Les difficultés de diagnostic sont plus grandes à la période sycosique d'autant que le sycosis non parasitaire est, comme vous le savez, une affection assez fréquente. L'eczéma et l'impétigo de la face, même alors qu'ils prendraient l'aspect tuberculeux ne vous tromperont pas, si vous vous rappelez qu'ils donnent lieu à des éruptions disséminées, d'une généralisation que vous n'observerez jamais dans la mentagre, si vous remarquez que l'eczéma donne lieu à un suintement plus abondant, à des pustules sans saillie bien nette qui évoluent par poussées successives et rapprochées : dans la mentagre parasitaire ces poussées sont plus lentes, circonscrites, les pustules sont nettement tuberculeuses et présentent, à leur centre, des poils cassés, engaînés, s'arrachant ou tombant facilement. L'examen microscopique, les commémoratifs, les antécédents du malade vous seront des adjuvants auxquels vous recourrez dans les cas embarrassants.

Certaines syphilides pustulo-crustacées et tuberculeuses pourraient parfaitement être confondues avec la mentagre: nous avons, en ce moment, dans le service, un menuisier que je vous ai montré bien des fois et chez lequel l'erreur aurait pu très-bien être commise. Vous avez vu que nous nous étions basé, pour formuler notre diagnostic, sur ce que les pustules étaient plus grosses qu'elles ne le sont d'ordinaire dans la trichophytie, sur ce qu'il n'y avait trace ni de cercles, ni de pityriasis, sur ce que, enfin, les poils étaient indemnes : je laisse, bien entendu, de côté, les renseignements tirés des accidents syphilitiques antérieurs et des résultats obtenus par le traitement ; j'ai voulu demander les éléments de diagnostic aux seuls caractères de l'éruption que porte notre malade au menton.

Le chancre induré de la face, comme cela m'est arrivé une ou deux fois, pourrait tenir votre diagnostic en suspens, surtout si ce chancre siége au menton ou à la joue : dans le cas de chancre, l'induration est plus marquée qu'elle ne l'est même dans les mentagres profondes, les poils persistent, et, viendraient-ils à tomber, qu'ils tomberaient sans aucune altération ; enfin, le ganglion satellite, l'évolution du chancre, puis les accidents secondaires vous seraient des éléments complémentaires d'un bon diagnostic.

Un simple furoncle du menton ou de la lèvre ne saurait vous faire hésiter longuement, vous arriveriez à un diagnostic exact en songeant à l'évolution rapide, à la douleur vive, à l'œdème et au retentissement lymphatique que les clous amènent avec eux: de plus, vous verriez les poils tomber sains dans le cas de furoncle.

Le pronostic des affections parasitaires de la peau, peu grave en général, devient plus sérieux pour la trichophytie de la barbe et cela, parce que l'affection est douloureuse, parce que le traitement est pénible, parce que la durée est plus longue, parce qu'enfin les récidives ne sont pas rares.

D'ordinaire, les lotions parasiticides ont facilement raison des éruptions des parties glabres du corps : chaque jour vous nous voyez employer avec succès, contre l'herpès et l'érythème circinés, la solution de sublimé au 200 ou au 300e, la teinture d'iode, le nitrate d'argent, l'acide acétique et le chloroforme : ces trois derniers agents ont l'avantage de ne produire aucune coloration de la peau, ce qui est bien à considérer quand les lotions doivent être faites sur des parties découvertes, sur la face par exemple.

Vous avez certainement, Messieurs, entendu parler récemment des avantages obtenus à l'aide de la poudre de Goa ou Araroba par les médecins de la marine dans les cas d'herpès circiné. Les essais de cette médication ont été faits ici au lendemain même de la publication d'un article que vous pourrez lire dans les *Archives de médecine navale*, numéro d'avril 1875. Je devais vous signaler cette médication pour vous éviter les déceptions par lesquelles nous avons passé nous-mêmes : la poudre de Goa ou Araroba ne nous a pas paru faire mieux contre la trichophytie cutanée que contre les teignes du cuir chevelu.

Le traitement de la trichophytie de la barbe est le même que celui de la teigne tondante, l'épilation, mais celle-ci ne se pratique qu'à la période sycosique. Cette médication instituée par M. Bazin est assurément la plus efficace. Pour ce qui est du traitement des deux premières périodes, de l'érythème et du pityriasis de la barbe, mon savant prédécesseur dans ce service le faisait consister en lotions parasiticides : ces lotions, je les emploie comme M. Bazin ; je conseille en plus la rasure fréquente, quotidienne même, des régions atteintes, c'est là un moyen logique et facile d'emporter le plus possible des éléments parasitaires, d'empêcher leur extension en même temps que, la guérison venue, d'accélérer la pousse d'une nouvelle barbe.

Je dois ajouter, pour finir ce qui a trait à la trichophytie cutanée, que les affections parasitaires dues au trichophyton deviennent chez l'adulte de plus en plus rares : je vous citerai, comme preuve de mon assertion, ce fait, qu'il m'a été impossible de trouver aujourd'hui, tant dans mon service que dans ceux de mes collègues, soit un exemple d'herpès circiné soit un exemple de trichophytie de la barbe à l'une quelconque de ses trois périodes. (*A suivre.*)

NÉCROLOGIE. — Bernardini Larghi, dont le nom est indissolublement attaché à la pratique des opérations sous-périostées, vient de mourir à Verceil. Les travaux du chirurgien en chef de l'hôpital de Verceil lui ont acquis une juste renommée non seulement en Piémont mais dans toute l'Italie et particulièrement en France. — (*Lyon médical*).

M. le docteur CAUDMONT, chirurgien distingué, et adonné surtout à la spécialité des voies urinaires, vient de mourir subitement à Paris.

— *La Presse* nous apprend la mort, à 25 ans, de M. Ch. MOREAU-CHRISTOPHE, étudiant en médecine. Lors de la guerre de 1870, il s'était engagé comme artilleur et avait suivi à Belfort le colonel Denfert. On lui doit un émouvant récit de toutes les opérations de ce siége mémorable, publié en 1872, sous ce titre : *Impressions du siége de Belfort*, par un volontaire.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. S. DUPLAY.**

Diagnostic et pathogénie de l'inflammation de la glande sous-maxillaire. — Accidents de la lithiase salivaire.

Leçon recueillie par E. MAROT, interne des hôpitaux.

Messieurs,

L'occasion nous est offerte aujourd'hui de faire l'étude clinique d'une affection de la glande sous-maxillaire dont les exemples ne sont pas très-fréquents et qui, par conséquent, peut donner lieu à une erreur de diagnostic. Notre malade, âgée de 24 ans, raconte qu'elle ressentit subitement, il y a 7 mois, une vive douleur sous la langue, au début d'un repas, au moment où elle mangeait du potage ; c'était une sensation de picotement limitée au côté droit du plancher de la bouche. Elle crut sentir un corps étranger saillant à la surface de la muqueuse ; mais elle n'en peut spécifier ni la nature ni le siége précis : il est permis de croire qu'elle se trompait. La sensation n'en persista pas moins les jours suivants, puis elle disparut à peu près complétement ; mais trois mois plus tard, la malade fut prise d'un gonflement douloureux de la région sous-maxillaire droite, bientôt suivi d'un écoulement notable de pus dans la bouche. Ces accidents aigus ne durèrent qu'une dizaine de jours et la malade ne conserva qu'une légère douleur, toujours au même niveau, au côté droit du frein de la langue.

Il y a 10 jours environ, le même ensemble symptômatique vint de nouveau surprendre la malade : il se développa rapidement une tuméfaction inflammatoire et douloureuse de la région sous-maxillaire, accompagnée d'une fièvre assez vive que la malade conserve encore : les troubles fonctionnels portent sur la mastication et la déglutition entravée par le gonflement œdémateux du plancher de la bouche. La langue est soulevée et la parole est mal articulée.

L'examen direct, fait constater à première vue dans la région sous-maxillaire une tuméfaction dont les limites sont assez nettement circonscrites : par la palpation, on découvre l'existence d'une tumeur dure, assez régulière, plus grosse qu'un œuf de poule et d'une forme analogue, étendue selon son grand axe de l'angle de la mâchoire jusqu'au milieu de la moitié droite du corps de l'os. Au-devant d'elle, la peau est absolument normale, ni rouge ni adhérente : le tissu cellulaire n'est nullement infiltré : cependant cette région est le siége d'une élévation notable de la température. L'absence de toute inflammation superficielle dans cette tuméfaction à marche rapide, évidemment inflammatoire, constitue un phénomène important et d'une grande utilité pour le diagnostic. Cette masse, que l'on ne peut toucher sans développer de la douleur, est intimement adhérente aux plans profonds de la région sous-maxillaire, et semble même s'enfoncer contre la partie interne du corps de l'os ; elle est enfin d'une dureté remarquable, presque pierreuse en certains points, plus saillants, placés à la partie antérieure. Cette exploration est difficilement supportée par la malade parce qu'elle exagère les douleurs spontanées qui sont elles-mêmes très-pénibles.

Du côté du plancher de la bouche, c'est surtout un sentiment de gêne et de plénitude que ressent la malade : si on lui fait écarter les arcades dentaires autant que le permettent la douleur et le gonflement, on constate que toute la muqueuse sublinguale est tuméfiée par l'œdème, surtout prononcé du côté droit qui est le siége d'une rougeur inflammatoire. Je ne reviendrai pas sur les troubles fonctionnels ; les accidents généraux sont peu graves, tout au plus existe-t-il un léger embarras gastrique.

La marche de cette affection et les caractères principaux qui la révèlent ne peuvent laisser aucun doute sur sa nature inflammatoire ; mais vous n'ignorez pas que le phlegmon peut se développer dans cette région sus-hyoïdienne sous plusieurs influences très-différentes, puisque son point

de départ est, selon les cas, dans les ganglions lymphatiques, dans le périoste du maxillaire, ou dans la glande salivaire sous-maxillaire. Cette dernière origine est de beaucoup la plus rare : ce sont des adénites ou des périostites que l'on observe dans la majorité des cas, aussi commencerons-nous par elles dans l'étude que nécessite le diagnostic du cas particulier.

La *périostite sous-maxillaire*, affection très-commune comme la carie dentaire dont elle procède dans la majorité des cas, ne peut être méconnue, grâce précisément à l'existence antérieure de la carie d'une des dents correspondantes. En effet, dans ces cas, l'inflammation propagée d'abord à la pulpe dentaire, la pulpite, s'est annoncée par des crises de douleurs auxquelles on ne se trompe pas ; plus tard, le périoste alvéolo-dentaire se prend à son tour. Si l'inflammation reste limitée et ne déborde pas au loin l'alvéole, les accidents se bornent le plus souvent, outre les douleurs, à l'apparition rapide de ce gros œdème aigu, occupant la joue, ou la région sous-maxillaire selon que la dent malade appartient à l'arcade supérieure ou à l'inférieure, œdème que l'on connaît sous le nom vulgaire de fluxion. Tout disparaît en très-peu de temps quand il en est ainsi. Mais que la périostite s'étende au loin et se propage selon les deux faces de l'os, constituant la périostite totale d'une des moitiés du maxillaire, la marche des accidents sera bien différente.

S'il s'agit du maxillaire inférieur, on assiste alors au développement d'une tuméfaction inflammatoire et non simplement œdémateuse, occupant toute la région sous-maxillaire d'un côté. Un de nos malades, couché au n° 43, nous fournira, au surplus, un exemple complet de cette complication de la carie dentaire. Cet homme porte au fond de la bouche une dent cariée, c'est la dent de sagesse, profondément excavée: déjà, il y a huit mois, il a été pris d'un gonflement énorme au niveau de l'angle de la mâchoire. Cette périostite a suppuré et le pus s'est écoulé par la cavité buccale. La cause de ces accidents est évidente et d'ailleurs l'affection porte avec elle un caractère qui permet de la distinguer : la tuméfaction extérieure est diffuse et l'on ne peut circonscrire profondément, comme chez notre première malade, une masse dure que l'œdème n'englobe pas. Chez elle en effet, je le répète, outre qu'il n'existe pas de dent cariée, on n'observe rien de cet œdème superficiel, diffus, auquel participe le tissu cellulaire sous-cutané dans le cas de périostite étendue : nous pouvons en conclure au rejet de la périostite en ce qui la concerne. Est-ce davantage une adénite aiguë?

L'*adénite aiguë* de la région sous-maxillaire ne le cède guère en fréquence à la périostite : la cause en est d'ailleurs la même dans bien des cas, vous n'ignorez pas la fréquence de l'adénite, subaiguë ou chronique, d'origine dentaire. Ceci est un premier motif pour éliminer l'adénite, mais il ne manque pas d'autres raisons. Le malade atteint d'adénite sous-maxillaire a commencé par découvrir dans cette région l'existence d'un petit corps arrondi roulant sous le doigt, douloureux à la pression ; en peu de temps le volume s'accroît, la petite tumeur s'immobilise en s'entourant d'un empâtement inflammatoire caractéristique, auquel participent le tissu cellulaire et la peau, puis la résolution s'effectue ou la suppuration s'annonce et tend à se faire jour au dehors.

Vous n'observez rien de semblable chez notre malade : le début de son mal remonte à huit jours ; déjà l'évolution d'une adénite aiguë aurait démasqué des caractères qui font absolument défaut ici : ces caractères sont ceux de l'adéno-phlegmon ou périadénite qui envahit si complétement les différentes couches de la région, qu'au bout d'un certain temps il est impossible, à moins de s'aider des commémoratifs, de se prononcer entre une adénite et un phlegmon primitif du tissu cellulaire. L'intégrité du tissu cellulaire nous est encore ici garante qu'il ne s'agit pas d'une adénite plus que d'une périostite.

Nous restons donc en présence de la troisième alternative : l'état extérieur de la région sous-maxillaire, remarquez-le, nous a seul guidés jusqu'ici dans cette exclusion des deux autres. L'intégrité du tissu cellulaire permet d'affirmer que l'inflammation est circonscrite dans la loge aponévrotique de la glande sous-maxillaire : l'étude des signes physiques et des troubles fonctionnels observés du côté du plancher de la bouche va maintenant confirmer la légitimité de cette interprétation. Les accidents accusés par la malade du côté de la cavité buccale nous amenaient à rechercher l'état de l'excrétion salivaire ; d'autre part, vous vous souvenez que la malade a constaté nettement, il y a trois mois, un écoulement de pus sur le plancher de la bouche. Aujourd'hui toute la muqueuse de ce plancher, du côté droit, est rouge et boursouflée : l'orifice du canal de Wharton apparaît, assez largement ouvert, au centre d'une petite éminence, sur le côté du frein de la langue. La pression sur le trajet du conduit excréteur, ou mieux encore sur la glande sous-maxillaire tuméfiée, fait sourdre immédiatement une goutte de pus par l'ostium umbilicale ; le diagnostic ne peut être plus évidemment confirmé. Toutefois, cette expérience ne peut se reproduire indéfiniment, et si l'on observe la malade quelque temps après cette évacuation forcée du pus, la pression ne fait plus sourdre de liquide purulent : l'absence de cette donnée pathognomonique dérouterait si l'on ne se fondait, dès l'abord, ainsi que vous m'avez vu le faire, sur les caractères extérieurs, constants, de la tuméfaction sous-maxillaire, je veux parler de la circonscription nette de la tuméfaction et de l'absence d'œdème, pour n'y plus revenir.

Notre malade est donc atteinte d'inflammation suppurative des canaux de la glande sous-maxillaire. Cette affection n'est pas commune et l'on observe plus fréquemment son analogue à la glande parotide, en tout comparable, d'ailleurs, vous le savez, à la glande sous-maxillaire, au double point de vue de la structure et de la fonction. Cependant, M. Crouzet, dans une thèse soutenue récemment (1874), a pu en réunir plusieurs exemples, observés chez des vieillards et dans le cours de maladies générales graves. Un de ces faits en particulier a pu être suivi par M. Lannelongue sur un vieillard de Bicêtre atteint de pneumonie. Cette étiologie n'est pas la plus habituelle. Plus souvent, au contraire, cette inflammation suppurative est due à une irritation locale déterminée par la présence dans les canaux excréteurs de la glande, de corps étrangers, soit introduits accidentellement de l'extérieur, soit formés à l'intérieur par l'accumulation de dépôts salivaires. Les premiers s'observent bien rarement chez l'homme ; chez certains animaux, en revanche, chez les ruminants, par exemple, on a souvent l'occasion de constater cet accident : le genre de nourriture et la disposition du conduit excréteur rendent compte de cette différence. Toutefois l'homme n'est pas absolument à l'abri : les faits consignés par M. Claudot dans un mémoire spécial sur ce sujet (*Archives générales de médecine*, 1874), en font foi : il s'agit dans ces cas de corps rigides et effilés, comme sont les arêtes de poissons, les soies de sanglier, les épillets de graminées. Mais si l'on veut remarquer que les accidents consécutifs à leur introduction ne se prononcent en général avec quelque intensité que par suite du dépôt consécutif à leur surface de concrétions salivaires, on en revient à confondre cette première classe de corps étrangers avec ceux dont il nous reste à parler, c'est-à-dire avec les calculs nés sur place en un point quelconque du système canaliculaire de la glande.

Dans le cas particulier l'inflammation suppurative est évidemment calculeuse. Je ne m'attacherai pas à rechercher si le corps étranger s'est formé de toutes pièces dans la glande, ou s'il a pour noyau une particule alimentaire entrée par l'ostium umbilicale, ce qui est peu probable, mais possible à la rigueur. Il est plus intéressant d'en rechercher le siége exact. Tantôt en effet le calcul, formé dans un des culs de sac glandulaires, s'y maintient ; tantôt il s'engage dans le canal de Wharton : les accidents sont identiques dans les deux cas. Sa présence dans le conduit excréteur est compatible avec l'écoulement de pus par l'ostium umbilicale, car les calculs salivaires sont parfois creusés d'une gout-

tière parallèle à l'axe du conduit qu'ils distendent : ainsi sont prévenus les accidents de rétention de la salive et du pus. On ne peut donc affirmer l'engagement et la présence d'un calcul dans le canal de Wharton que d'après deux notions plus directes, fournies par l'examen à l'aide du doigt et par le cathétérisme. J'ai pu parcourir avec la pulpe de l'index, le trajet du conduit sans percevoir les signes fournis par la présence d'un calcul : d'autre part l'introduction d'un stylet de Bowman dans toute sa longueur permet d'affirmer sa perméabilité : le corps étranger siége donc vraisemblablement dans la portion glandulaire où la constatation de sa présence devient plus délicate. Vous n'ignorez pas en effet, Messieurs, que la lithiase salivaire, au même titre que la lithiase rénale, peut n'être constituée que par la formation de corpuscules sous l'aspect d'un sable salivaire : les accidents sont les mêmes, mais la constatation est presque impossible.

Cependant chez notre malade, une particularité notée plus haut semble nous permettre d'affirmer la présence de concrétions pierreuses au sein de la glande : vous vous rappelez que la tumeur sous-maxillaire, lisse dans son ensemble, présente à sa partie antérieure deux ou trois saillies dures et inégales au niveau desquelles la pression retentit plus douloureusement. Je ne suis pas éloigné d'y reconnaître l'indice de la présence, à ce niveau, de calculs véritables qui entretiennent à distance l'inflammation canaliculaire, puisque là se bornent, à l'heure actuelle, les accidents, chez notre malade.

Il importe de prévoir l'évolution ultérieure de cette affection. Elle est jusqu'à un certain point comparable à celle de la lithiase biliaire ou rénale, et les auteurs ont même décrit sous le nom de colique salivaire un phénomène observé dans certains cas, et qu'ils rapprochent de la colique hépatique ou néphrétique. De même que ces dernières sont déterminées par le passage d'un calcul dans un conduit excréteur destiné seulement à l'écoulement d'un liquide, de même la colique salivaire doit son nom à l'engagement dans le canal de Wharton d'un calcul qui le distend. Ce calcul peut apparaître à l'ostium umbilicale : ce mode d'élimination s'est présenté à mon observation. J'ai pu extraire, à l'aide d'un débridement peu étendu un calcul de la grosseur d'un grain de chenevis, visible en partie à l'orifice du canal de Wharton, ce qui n'a pas empêché les mêmes accidents de se reproduire huit ans plus tard. J'ai retrouvé à cette époque sur mon malade le même ensemble symptomatique que chez la malade dont nous nous occupions tout-à-l'heure. Cette fois le calcul était plus volumineux et sa présence, dans le conduit excréteur, avait déterminé une rétention considérable de pus et de salive en arrière de lui dans la glande. C'est là le mode d'évolution des accidents liés à la lithiase salivaire : notre malade actuelle y reste exposée

Toutefois le calcul peut s'éliminer avant d'avoir parcouru toute la longueur du canal de Wharton : il peut le perforer dans son parcours à travers le plancher de la bouche, par ulcération. Il n'est pas impossible même qu'il tende à marcher vers l'extérieur sans suivre le système des canaux de la glande : retenu au milieu des lobules, il peut en provoquer la destruction suppurative, perforer par le même processus l'aponévrose, et se faire jour dans le tissu cellulaire de la région : c'est alors un phlegmon sous-cutané que l'on observe, mais ce fait est rare. Dans la majorité des cas, le calcul suit la marche de la salive, ou se maintient au point où il s'est développé, entraînant le retour irrégulier d'accidents analogues à ceux que nous observons aujourd'hui. Leur persistance et la fréquence de leur retour peuvent même nécessiter une intervention sérieuse : dans un cas de ce genre mon collègue et ami M. F. Terrier a dû pratiquer l'extirpation de la glande. Cette conduite est justifiée, à mon avis, dans certains cas, lorsqu'on n'a plus d'autre ressource.

Mais, chez notre malade, on ne saurait songer à une semblable opération. Il est probable que les accidents vont se calmer sous l'influence du repos et d'un traitement antiphlogistique, mais il est probable aussi qu'ils se montreront de nouveau, après un temps indéterminé, jusqu'à l'élimination du calcul, soit par le conduit de Wharton, soit par une voie accidentelle.

La malade a quitté l'hôpital quelques jours plus tard, ne souffrant plus, mais conservant encore un noyau très-dur, douloureux à la pression, manifestement constitué par une portion de la glande sous-maxillaire.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Un concours à rétablir.

Sous le titre qui précède, la *Gazette des hôpitaux*, dans son numéro du 17 février dernier, a publié l'article suivant :

Aujourd'hui vendredi (1), un incident important a été soulevé à la Société médicale des hôpitaux. *Plusieurs membres ont formellement demandé le rétablissement du concours* pour les places de médecin des services d'aliénés à Bicêtre et à la Salpêtrière, et même dans les asiles départementaux de la Seine (Sainte-Anne, Ville-Évrard et Vaucluse).

C'est par la voie du concours que MM. Baillarger, Trélat père, Lélut, Mitivié, Archambault, Moreau (de Tours) et Delasiauve avaient conquis leur situation. Ils siégeaient alors comme juges de tous les concours de l'Assistance publique, faisaient partie de la Société médicale des hôpitaux, atteignaient leur limite d'âge à soixante-cinq ans et ne recevaient que les appointements minimes des médecins des hôpitaux. L'assimilation était complète, absolue.

Au moment d'atteindre l'âge de la retraite, Falret père fit abroger les dispositions anciennes. Les médecins aliénistes perdirent leur prestige, leurs droits et prérogatives, et ne furent plus considérés comme membres du corps médical des hôpitaux. Ils purent de la sorte rester en fonctions jusqu'à un âge extrêmement avancé et donner aux élèves le spectacle affligeant d'une caducité sénile non exempte d'infirmités. Seuls, MM. Mitivié, Lélut et Baillarger, se retirèrent de bonne heure, pleins de forces et de santé.

En 1860, pour la première fois, une nomination « directe » fut faite à Bicêtre. M. Marcé bénéficia de cette mesure. Après lui, MM. Prosper Lucas, Berthier, Aug. Voisin, Legrand du Saulle et Jules Falret, entrèrent dans le service. Ces nominations furent hautement ratifiées par l'opinion publique, et l'on sait jusqu'à quel point elles furent justifiées depuis. Mais, malgré ces précédents si heureux, le mode de nomination directe doit-il être conservé ? Nous ne le pensons pas.

La Société médicale des hôpitaux *vient de s'émouvoir tout à l'heure* (1) à l'occasion du fait suivant : un médecin de la Salpêtrière, âgé de soixante-treize ans, sollicitait depuis quinze mois, pour raison de santé, la nomination d'un coadjuteur, et il aurait itérativement désigné son adjoint et futur successseur. Son choix, hâtons-nous de le dire, porte sur un médecin distingué, élève favori et collaborateur zélé de M. Charcot depuis quinze ans.

L'administration générale de l'Assistance publique a résisté et a maintes fois manifesté l'intention, lorsque des vacances se reproduiraient à la Salpêtrière, d'appeler par rang d'ancienneté les médecins de Bicêtre à les remplir. Il y a là une tradition qui date de la fin du siècle dernier. L'administration de l'Assistance publique a d'autant plus le désir et la ferme volonté d'invoquer la tradition, que des trois médecins actuels de Bicêtre, l'un compte plus de onze ans et demi de service et les deux autres plus de dix ans. La *Société médicale des hôpitaux a pensé qu'il était de son devoir de s'élever contre la nomination directe à la Salpêtrière de tout coadjuteur ou suppléant.* On sait ce que cachent ces adjonctions *in extremis*. Rien n'est plus définitif que le provisoire.

De là au rétablissement des concours pour les places de Bicêtre, il n'y avait qu'un pas, et la Société l'a résolument franchi. Le conseil général de la Seine émet chaque année, depuis 1873, un vœu analogue, et l'on se souvient de toute l'insistance avec laquelle notre honorable confrère M. Bourneville a plaidé la même cause. Depuis une dizaine d'années n'avons-nous pas nous-même saisi toutes les occasions de réclamer les concours à tous ses degrés ?

Une occasion nouvelle se présente. Nous n'hésiterons donc pas à demander le rétablissement de ce concours spécial. Nous pensons qu'il y a urgence, car deux vacances très-prochaines sont annoncées la Salpêtrière. Nous formons des vœux ardents pour que la Société médicale des hôpitaux et la Réunion des médecins législateurs obtiennent rapidement gain de cause sur ce point auprès des pouvoirs publics. Honorer la science et rehausser la profession, telle sera toujours notre devise. »

D[r] E. LE SOURD.

Les allégations contenues dans cet article où la vérité et la justice sont violées d'une façon inconcevable, exigeaient une réponse. Voici la lettre qus notre vénérable maître a adressée à M. le D[r] Le Sourd :

(1) C'est-à-dire le 16 février.

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Dans votre numéro d'hier, vous avez consacré un article à nos services d'aliénés. Il contient, à mon sujet, une appréciation dont je m'honore et vous remercie. Permettez-moi, cependant, d'y relever quelques inexactitudes. On vous a mal informé. *La Société médicale des hôpitaux, dans sa séance extraordinaire de vendredi dernier, n'a ni posé ni débattu la question que vous croyez y avoir été introduite.* C'eût été en dehors de sa compétence.

Les faits, d'autre part, n'ont point le caractère que vous leur attribuez. Convenez que le terme *caduc* est un peu fort. Pour moi, malgré l'âge et la souffrance, je n'ai point jusqu'à présent demandé grâce. La tête est bonne, le pied aussi, et, si je faux, l'administration, loin de là, ne fait pas mine de s'en apercevoir.

Ma requête qui date, non pas de 15 mois, mais de nombre d'années, n'a rien de personnel. Nous n'avons point à nous plaindre qu'on soit ou rigide dans les exigences ou avare de congés. Le sort des malades est et a été mon unique mobile. Quand l'ancien conseil des hospices, en 1840, créa 4 médecins adjoints résidants, à la Salpêtrière et à Bicêtre, il obéissait à une heureuse inspiration. Nommé en décembre 1843, je fus, sous Leuret, mon chef, toujours au courant du service et pus, dans ses nombreuses absences, le suppléer sans lacune préjudiciable. S'il y eut un intérêt sacrifié, ce fut celui des résidants, tenus dans une subordination dépendante et précaire.

En détruisant cette organisation, on s'est privé d'un grand avantage. Nous ne pouvons nous remplacer efficacement. Dans ma section, en particulier, où les cas sont nombreux, l'étude et les traitements difficiles, les accidents si imprévus et si graves, c'est à peu près à pourvoir aux admissions et aux formalités que se borne forcément l'intervention de l'intérimaire. Pour des renseignements, on ne saurait guère en attendre d'élèves qui nous arrivent inexperts et, généralement, avec la préoccupation de nous quitter le plus vite possible.

C'est un énorme désidératum, au sujet duquel, mes collègues et moi, nous avons réclamé itérativement, insistant pour qu'il nous fût nommé, au concours, moyennant titres d'admissibilité et pour plusieurs années, des chefs de clinique et des élèves spéciaux.

Ma démarche passée et présente est donc naturelle et justifiée par un besoin impérieux. Je n'y attache tant d'importance qu'en vue de la dignité du service et du bien des malades. D'accord, en tout, avec mes collègues, si j'ai pris isolément l'initiative, c'est que, voulant prévenir la difficulté des honoraires, en les acceptant à ma charge, il ne m'appartenait pas d'engager ceux qui n'auraient pas été disposés aux mêmes sacrifices.

Une solution n'arrivant pas, je ne songeais nullement à sortir de l'expectative, quand, cette quinzaine dernière, d'étranges bruits vinrent à circuler. Sur les conseils mêmes de plusieurs membres de l'assistance publique, je me décidai à renouveler mes vœux et si, *alors seulement*, je désignai M. Bourneville, c'est que l'ayant vu à l'œuvre à Bicêtre et à la Salpêtrière où je l'ai eu, de 1862 à 1866, comme élève et interne, je sais ce qu'il vaut et quelles garanties offrent son ardeur et son dévouement.

Du reste, notre position, à lui et à moi, est la plus simple et ne motive, en aucune façon, les émotions suscitées dans l'opinion et la presse. Je ne tends point à m'éterniser. Etranger à ce qui s'est fait jadis pour la limite d'âge, je dis à l'administration :

Peut-être puis-je rendre encore quelques services. Entre mes malades et moi existe, ce me semble, un lien qu'il me coûte de rompre. Je suis enfin sur un théâtre propice à des recherches que, pour la science et la pratique, je ne serais pas fâché de compléter. Pour tout cela, un auxiliaire m'est indispensable ; et je l'ai sous la main.

Quant à M. Bourneville, je ne sache pas qu'il ait jamais ambitionné autre chose. Dans sa participation à l'avancement des connaissances et aux œuvres d'humanité, il trouve déjà les trois quarts de sa récompense. Non moins éloigné des intrigues que du charlatanisme, s'il aspire à parvenir, c'est par des voies exclusivement régulières. Qu'en cas de vacance à la Salpêtrière, le droit des médecins de Bicêtre se trouve menacé, chose impossible, ce ne sera pas par lui, à coup sûr.

A aucun prix, il n'aurait la pensée de se soustraire au concours, qu'au contraire il revendique. Seulement, n'étant pas maître de le rétablir, si l'autorité juge à propos de s'en passer, on ne saurait faire un crime à M. Bourneville, le cas échéant, de faire valoir loyalement ses titres à la candidature.

Mon collègue, M. Moreau (de Tours), est, j'en suis convaincu, dans les mêmes dispositions que moi. Plus valide, il a d'autant moins de scrupule à bénéficier d'une exemption non recherchée, qu'il a toute la virilité nécessaire pour remplir ses fonctions comme auparavant.

Vous m'obligerez, mon cher confrère, d'accorder à ces quelques lignes l'hospitalité de votre excellente *Gazette*. En matière si délicate, il importe que les moindres nuages se dissipent. Or, vous le voyez, les alarmes sont vaines et, du côté de M. Bourneville comme du mien, les intéressés n'ont à craindre ni habiletés suspectes ni arrière-pensées.

Agréez, mon cher confrère, avec l'assurance anticipée de ma gratitude, la franche expression de toute mon entière sympathie. DELASIAUVE.

Malgré la modération de cette réponse où M. Delasiauve rétablit la vérité des faits en ce qui le concerne et en ce qui nous concerne nous-même, M. Le Sourd, au lieu d'une insertion loyale, a cru devoir publier de nouvelles considérations, tout au moins singulières, qui ajoutent encore à la gravité des erreurs matérielles et des « insinuations malveillantes » contenues dans son premier article. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances de janvier 1877.

MM. GIACOMINI et MOSSO ont étudié par la méthode graphique les mouvements du cerveau de l'homme. Le sujet qui leur a servi était une femme atteinte d'une perforation syphilitique des os du crâne, perforation sur laquelle on pouvait adapter un tambour de Marey.

Les auteurs ont vu qu'il y avait dans le cerveau de l'homme trois espèces de pulsations... Les unes correspondent à la systole cardiaque, les autres aux mouvements respiratoires; les troisièmes enfin, à courbes très-amples, correspondent aux actes cérébraux (attention, sommeil, émotions), elles sont dues aux vaisseaux cérébraux eux-mêmes.— Les auteurs ont vu que, par la compression des carotides, on amenait une diminution du volume des parties contenues dans la boîte crânienne. Il faut remarquer que le pouls inscrit par le cerveau est très-différent du pouls radial. Pendant le sommeil, l'amplitude des mouvements respiratoires est très-marquée par le tambour, appliqué sur la plaie du crâne. M. Mosso appliquait en même temps le tambour sur le cerveau et le pléthysmographe sur l'avant-bras. Il a vu ainsi que les modifications vasculaires étaient très-dissemblables dans ces deux cas. La compression des carotides produit une diminution de volume du cerveau ; la compression des jugulaires a un effet inverse d'abord, puis finalement il y a diminution. Des mouvements inspiratoires étendus ou la compression des crurales ont le même effet.

MM. PASTEUR et JOUBERT ont fait des expériences pour contrôler celles de M. Bastian. Le savant anglais ayant neutralisé par une solution de potasse de l'urine précédemment acide et exempte de bactéries, avait vu ce liquide se peupler de ces organismes, bien qu'il fût préservé du contact des germes et préalablement bouilli à 100°. MM. Pasteur

et Joubert ont repris l'expérience; mais,au lieu d'une solution de potasse, ils ont pris de la potasse solide et ils ont fait bouillir l'urine à 110°. Il ne s'est pas formé de bactéries. Donc, il n'est pas vrai, comme l'a soutenu M. Bastian, que la neutralisation exacte de l'urine par la potasse soit la condition de sa fertilisation spontanée. M. Bastian a eu le tort d'introduire une solution qui pouvait contenir des germes, et de ne faire bouillir qu'à 100°, température à laquelle ils peuvent résister.

M. Schmidt présente un mémoire sur la coagulation de la fibrine. Pour lui, ce phénomène est une véritable fermentation. Des substances albuminoïdes solubles, se convertissent sous l'influence d'un ferment en substances insolubles. Les substances solubles sont la substance fibrinogène et la substance fibrino-plastique; le ferment est le protoplasma cellulaire lui-même, à la condition qu'il ait été soustrait à ses conditions naturelles d'existence, c'est-à-dire qu'il soit sorti de l'organisme. C'est surtout aux dépens des globules blancs que se formerait ce ferment. Certains sels, le sulfate de magnésie principalement, arrêtent sa formation pendant très-longtemps. — Hensen avait prétendu que les spermatozoïdes après avoir pénétré la paroi de l'œuf au cours de la 13e heure après la coagulation pouvaient y vivre encore un quart d'heure environ. M. Campana a vu qu'après 22 heures, il y avait encore des spermatozoïdes vivant dans l'œuf à la condition de laisser celui-ci dans des conditions absolument normales.

M. Bouillaud, traite de la nature et de la *contagion de la fièvre typhoïde*. La contagion de la fièvre typhoïde se fait par des *miasmes*. Ce n'est pas dans l'élément fébrile, mais bien dans l'élément putride de la fièvre typhoïde qu'il convient de rechercher la cause de la contagion.

Le typhus a son contage en dehors de l'organisme et dans les conditions telluriques où vit l'individu; la fièvre typhoïde a son contage dans l'organisme même de celui qui va être frappé. L'iléon devient le siége de ferments contagients. Donc la fièvre typhoïde est contagieuse.

M. Pasteur fait remarquer qu'avant qu'il eût isolé le contage de la *pébrine* et de la *flacherie*, ces deux maladies des vers à soie étaient considérées comme non contagieuses; aujourd'hui on connait leur cause et on y remédie. Il en sera un jour de même de la fièvre typhoïde.

M. Becquerel présente un mémoire sur les actions électro-capillaires. Dans la première partie, il traite d'un sujet de physique pure : la dépolarisation des électrodes. Dans la seconde partie, il examine la force électro-motrice de certaines solutions liquides mises en contact avec la peau; les nombres qu'il obtient montrent que les acides gardent, vis-à-vis de la peau, leur propriété de prendre l'électricité positive ainsi que les alcalis l'électricité négative. Des effets analogues se passent dans les corps organisés. Le blanc et le jaune d'un œuf agissent l'un sur l'autre de telle sorte que le courant va du blanc au jaune; le jaune est donc réduit et l'albumine oxydée. M. Becquerel a fait agir un courant venu d'autre part sur un courant électro-capillaire. Dans ce cas, les courants s'ajoutent ou se retranchent suivant le sens que l'on donne au courant surajouté.

M. Weddell transmet une note sur l'avantage qu'il y aurait à remplacer la quinine par la cinchonidine dans le traitement de la fièvre intermittente. Les forêts des Andes commencent à s'épuiser, les espèces de quinquina que l'on a pu acclimater à Java et dans l'Inde donnent beaucoup de cinchonidine et peu de quinine. Une commission anglaise a voulu voir si la première substance pouvait suppléer la seconde. On a reconnu que la cinchonidine était souvent mieux tolérée par l'estomac que la quinine et qu'elle guérissait des cas de fièvre intermittente qui, jusque-là, s'étaient montrés rebelles.

M. P. Bert présente une note sur la *transmission des excitations dans les nerfs de sensibilité*. — Un nerf sensible est-il capable de transmettre le mouvement, un nerf moteur peut-il transmettre la sensibilité, enfin une excitation portée sur le trajet d'un nerf peut-elle se transmettre dans les deux sens, c'est ce que, même après les travaux de MM. Vulpian et Philipeaux, il était encore impossible de décider. Si on pince un nerf sensible sur son trajet, on sait que l'impression est transmise dans le sens centripète grâce à la douleur éprouvée, mais il est impossible de dire si elle a été transmise dans le sens centrifuge, car il n'y a pas là d'appareil récepteur. Il s'agissait donc de mettre l'extrémité périphérique en rapport avec le cerveau par un artifice. Pour cela, on greffe le bout de la queue d'un rat sous la peau de son dos, sans couper d'ailleurs cette queue; puis, quand les nerfs de la queue se sont unis à ceux du dos, on sectionne l'anse. Dans ces conditions, quand on pince le bout qui est séparé du reste de la peau et attenant au dos, on a une sensibilité manifeste. Donc cette sensibilité suit une marche inverse, de sa marche habituelle. D'ailleurs, cette sensibilité disparait vite par la dégénérescence des nerfs, preuve que c'était bien ceux de la queue qui transmettaient la sensibilité puisque, privés de leurs centres trophiques, ils ont rapidement dégénéré.

M. de Pietra-Santa présente un mémoire sur l'épidémie de fièvre typhoïde.

M. Bastian répond à M. Pasteur que la potasse qu'il emploie a été bouillie et ne pouvait apporter de germes, d'ailleurs il y aurait un inconvénient à dépasser la neutralisation exacte de l'urine et d'ajouter trop de potasse.

M. Marey compare les secousses envoyées par une torpille aux secousses musculaires. Ces flux électriques successifs peuvent même être inscrits par la méthode graphique; on voit alors qu'ils sont de plus en plus faibles. Enfin le courant d'une torpille peut donner lieu à des courants induits.

M. Carlet a vu que, quand un muscle a été fatigué par des secousses produites par un puissant appareil d'induction, il perd sa contractilité pour un courant plus faible, mais que néanmoins il la recouvre, bien qu'il continue à rester sous l'action de ce faible courant.

M. Catillon s'occupe des propriétés physiologiques de la *glycérine*. Cette substance, à faible dose, exerce une action favorable sur la nutrition; elle provoque une diminution de l'urée excrétée, elle active les fonctions digestives. On la retrouve dans l'urine, mais elle manque dans les féces et dans la sueur. Ingérée à trop haute dose, elle donne les effets de l'alcoolisme aigu. Elle doit être donnée à la dose de 15 à 30 grammes par jour.

M. de Chaumont recherche les relations qu'il peut y avoir entre l'acide carbonique contenu dans l'*air vicié* et l'*odeur* exhalée par cet air. Il a trouvé que l'air très-vicié et très-odorant contenait 4,6 0/00 d'acide carbonique.

M. Pasteur met M. Bastian au défi de rendre fertile l'urine à laquelle il aura ajouté de la potasse pure ou de l'eau pure, ou encore ces deux substances portées au-delà de 110°, pendant 20 minutes.

MM. Pasteur et Joubert ont examiné les germes de bactéries contenues dans les eaux. Ces germes se retrouvent dans l'eau de Seine et même dans l'eau distillée des laboratoires. Les eaux prises aux sources en sont exemptes complétement. Les germes peuvent traverser les filtres et ne troublent guère la transparence de l'eau. MM. Pasteur et Joubert vont faire leurs recherches sur les eaux de la ville de Paris et ils en feront l'objet d'un travail spécial. P. Regnard.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 février 1877. — Présidence de M. Lépine.

M. Lépine, à l'occasion du procès-verbal, demande à M. Galippe s'il a recherché l'action des sels de cuivre sur d'autres animaux que le chien. Car, s'il est vrai, comme certains auteurs le prétendent, que les chats soient rebelles à l'empoisonnement par le plomb, il se pourrait que les chiens jouissent, à l'égard du cuivre, d'une idiosyncrasie analogue.

M. Galippe a fait sur plusieurs espèces animales des expériences qui lui ont donné le même résultat. Il n'a pas, pour les animaux qui ne vomissent point, d'expériences personnelles; mais on sait qu'à Montpellier des poules sont nourries avec le moût de raisin qui a servi à la fabrication de l'acétate de cuivre, et elles ne paraissent pas en souffrir.

M. Raymond Tripier expose sur l'hémi-anesthésie incomplète, de cause cérébrale, une série de recherches desquelles il résulte que la perte de la sensibilité se comporte comme celle de la motilité. L'anesthésie est plus prononcée à la partie terminale des nerfs; la pression sur un point de la

peau affectée détermine l'anesthésie de ce point et des parties environnantes. La sensibilité persiste dans les parties profondes, alors qu'elle a disparu à la surface.

M. GRANCHER, se basant sur les recherches qu'il a exposées à la Société dans les dernières séances, fait une communication excessivement intéressante sur l'évolution des granulations tuberculeuses dans le poumon. Toujours elles se développent de la même manière. Tout d'abord, il se forme dans les gaines lymphatiques péri-bronchiques, une granulation microscopique composée de cellules lymphatiques qui s'accumulent plus ou moins autour d'un centre. M. Grancher a décrit cette granulation dans sa thèse, et lui donne le nom de granulation embryonnaire. Puis, peu à peu, les cellules lymphatiques resserrent la bronche et l'oblitèrent; il se fait alors un dépôt de cellules épithéliales, et l'on a la granulation décrite par Virchow, avec centre caséeux au milieu d'une zone de granulations lymphatiques. Plus tard, les granulations lymphatiques qui entourent le centre caséeux se convertissent en tissu fibreux : de là, la granulation fibreuse de Bayle. Ces trois formes de granulations ne sont donc pas des productions morbides différentes, mais bien le même produit à trois périodes de son évolution. M. Grancher les appelle granulations tuberculeuses : embryonnaire, adulte, vieille. — M. Malassez, étudiant le tubercule du testicule, a été amené à la même conclusion; seuls, les noms diffèrent. Il désigne les trois périodes de la granulation par les noms de granulation tuberculeuse élémentaire, granulation composée récente, granulation composée fibreuse.

Généralisant la question, et rappelant les travaux de Cornil et de Malassez, M. Grancher montre que le processus de la granulation tuberculeuse est toujours le même, qu'elle se développe autour d'un vaisseau, comme dans la pie-mère, d'un tube séminifère dans le testicule, ou d'une bronche dans le poumon. La granulation manifeste toujours une double tendance, caséeuse d'abord, scléreuse ensuite.

M. BADAL relate une observation de décollement de la membrane hyaloïde consécutif à la rupture d'un rameau veineux de troisième ordre. — Le décollement de la membrane hyaloïde est une affection excessivement rare. Aussi, M. Badal se montre peu disposé à admettre l'exactitude du diagnostic de M. Galezowsky pour les cinq cas qu'il a rapportés dans la dernière séance; d'autant plus que parmi les symptômes indiqués par M. Galezowsky, il n'y en a pas de caractéristiques.

M. BERT rappelle ses expériences démontrant que lorsqu'on plonge les poissons d'eau dans l'eau de mer, ou les poissons d'eau de mer dans l'eau douce, ils meurent, non empoisonnés comme l'a dit M. Plateau (de Bruxelles), mais sous l'influence d'une action osmotique. — Mais comment se comportent les poissons qui vivent alternativement dans l'eau douce et dans l'eau de mer? M. Bert a pris un saumon d'une longueur de 20 centimètres environ (à cet âge, le saumon vit dans l'eau douce) et l'a plongé dans de l'eau de mer; il y est mort au bout de 6 heures. Il est probable que les poissons ne pénètrent pas d'emblée dans la mer et qu'ils vivent pendant un certain temps à l'embouchure des fleuves. L'anguille supporte beaucoup mieux la transition, le mucus qui la recouvre la protégeant contre l'action osmotique; mais, si on essuie ce mucus, elle meurt dans l'eau de mer comme les autres poissons d'eau douce.

M. BOCHEFONTAINE a trouvé dans le foie d'un chien, un ver long de 2 millimètres, large de 1 millimètre. Ne pouvant le rattacher à aucune des espèces décrites, il demande à ce sujet l'avis de la Société.

M. HENRI BENJAMIN apporte des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un cheval, et montrant que l'acide salicylique exerce une action caustique assez grande pour déterminer chez ces animaux des érosions de la muqueuse de l'œsophage et de l'estomac. Il faut donc, pour administrer cet acide, le diluer fortement, ou mieux, le remplacer par le salicylate de soude qui en a les avantages et non les inconvénients.

M. ONIMUS rapporte l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'un certain nombre de bains de pieds très-froids, est pris, dès qu'il a marché un peu, de crampes violentes dans les deux jambes; ses mollets deviennent durs, blancs, froids, on n'y aperçoit plus trace de circulation; et le malade doit rester en repos quelques instants avant que, la circulation s'étant rétablie, il puisse reprendre sa marche.

M. Charcot demande à M. Onimus si on ne pourrait pas rapprocher le cas de son malade de l'affection décrite par les vétérinaires sous le nom de claudication intermittente. Lui-même en a observé un cas; il s'agissait d'une oblitération partielle de l'artère iliaque primitive. I. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 *février* 1877. — PRÉSIDENCE de M. BOULEY.

M. DELPECH lit une notice nécrologique sur Max Vernois, un des académiciens que la savante Compagnie vient de perdre.

M. LABOULBÈNE a présenté au mois de décembre 1876, la muqueuse stomacale d'un homme qui avait avalé par mégarde une certaine quantité d'acide sulfurique. Le malheureux empoisonné est mort d'inanition un mois environ après l'accident. M. Laboulbène a pu en faire l'autopsie, dont voici le résultat en quelques mots. Le corps est extraordinairement amaigri. L'abdomen ouvert, on voit l'estomac rétracté et présentant un aspect festonné; il est comme trilobé. Les parois du viscère peuvent s'étendre par la traction, mais le pylore est extrêmement dur et résistant, incisé, l'estomac présente à sa face interne des plaques cicatricielles, et dans les intervalles un tissu foncé. Le duodénum est parfaitement sain. Les premières voies digestives : bouche, pharynx, extrémité supérieure de l'œsophage, n'offrent pas de lésions; mais les dernières portions de l'œsophage et le cardia sont le siége d'altérations très-marquées, de nature ulcérative. — M. Laboulbène a examiné l'estomac au microscope; *nulle part*, ni au niveau des plaques, ni dans les intervalles, ni au pylore, il n'a pu découvrir une trace quelconque de la muqueuse. Dans l'œsophage, le bout supérieur est intact, le bout inférieur est privé de sa muqueuse : partout les glandules sous-muqueuses sont enflammées. Le duodénum est sain. — La desquamation totale de l'estomac a donc eu lieu, comme le soutenait M. Laboulbène dans sa précédente communication.

Une discussion soulevée par cette présentation, et indiquant un certain doute dans l'esprit de quelques membres, est renvoyée à la prochaine séance. Comité secret à 4 h. 1/2. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 15 *décembre* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Hémorrhagie cérébrale avec ecchymose pulmonaire; par C. CHABRUN, externe des hôpitaux.

Maq... est transportée le 10 décembre 1876 à l'infirmerie de la Salpêtrière, dans le service de M. CHARCOT. Elle vient d'être frappée d'apoplexie. On la trouve plongée dans un coma profond. Respiration stertoreuse. Flaccidité complète des quatre membres. Sensibilité au pincement conservée. Elle meurt le 11 au matin. Elle était paralysée depuis longtemps du côté droit.

AUTOPSIE. *Cerveau*. On trouve sur le pédoncule et la pyramide antérieure du côté gauche une bande de dégénération secondaire. Les deux ventricules latéraux, l'aqueduc de Sylvius et le quatrième ventricule sont pleins de caillots sanguins mous et récents. Pas de lésion appréciable de l'hémisphère droit. — *Hémisphère gauche*. La couche optique est coupée en deux par une vaste déchirure hémorrhagique. Le corps strié est touché dans la portion moyenne du noyau caudé. Au milieu de ces désordres, on ne retrouve plus l'ancien foyer hémorrhagique.

Poumon. Le lobe inférieur du poumon gauche est d'un rouge sombre, presque noir, humide, gorgé de sang; son tissu n'est pas friable et il surnage dans l'eau. Le lobe supérieur et tout le poumon droit sont d'ailleurs parfaitement sains. Cette lésion unilatérale ne peut être prise pour de la pneumonie hypostatique. C'est une de ces ecchymoses que

l'on rencontre parfois dans les organes à la suite d'une hémorrhagie cérébrale, comme le démontrent les travaux de MM. Charcot, Bourneville, Olivier, Brown-Séquard, etc.

Perforation de la voûte crânienne avec suppuration sans phenomènes graves; par C. Chabrun, externe des hôpitaux.

La nommée L... (service de M. Charcot) est depuis longtemps paralysée du côté gauche. Elle a, en outre, des abcès qui se font jour en plusieurs points du corps, notamment au membre inférieur gauche et à l'avant-bras du côté droit. Elle en a eu, un également siégeant à la partie antérieure du cuir chevelu, un peu à droite de la ligne médiane. La suppuration qui a d'abord été très-abondante a cessé, il y a environ deux mois, et la plaie s'est refermée sans avoir donné lieu à aucun symptôme céphalique. Jamais de vertiges, d'attaques apoplectiformes. La malade est dans un état d'affaiblissement profond : le 5 décembre elle meurt dans le marasme.

Autopsie. *Poumons.* On trouve en quelques points des îlots de pneumomie. *Cœur.* La valvule aortique est recouverte de végétations framboisées qui se détachent très-facilement. Les *reins* sont granuleux et présentent les marques de la néphrite interstitielle. *Foie* gras. *Cerveau. Hémisphère droit.* On trouve un foyer ocreux d'hémorrhagie qui a coupé la capsule interne. Pas de lésion de l'hémisphère gauche. A l'ouverture du crâne, on remarque d'abord sur les téguments une plaque jaunâtre, semblable à de l'onguent desséché. Au-dessous, les téguments sont sains, mais le crâne offre une ouverture béante, arrondie, de un centimètre de diamètre, qui siége sur la suture fronto-pariétale droite, près de l'angle interne du pariétal. Les méninges sont adhérentes au pourtour et à une assez grande distance. On voit, en outre, qu'il y a eu là autrefois une collection purulente, car il reste encore un peu de pus. Les méninges présentent les lésions de la pachyméningite externe et interne. Il n'a pas été permis de préciser si la lésion avait débuté par les méninges, par les os ou les téguments. D'ailleurs, à l'exception de la suppuration, les phénomènes symptomatiques ont été nuls.

On trouvé également des altérations dans plusieurs os : des petits abcès dans l'épaisseur du tibia, à sa partie supérieure, et des abcès périarticulaires à la partie inférieure de l'humérus et du fémur qui étaient profondément désorganisés. (Il a été impossible de savoir si la malade était syphilitique.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 *février* 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Perrin donne quelques détails sur l'autopsie du malade dont il a parlé dans la précédente séance, au sujet de la question du lymphadénôme malin.

M. Verneuil demande à ajouter quelques observations orales au rapport lu par M. Anger sur le travail de M. Fontan relatif à l'étiologie et au traitement des hémorrhoïdes. Le traitement des hémorrhoïdes par la dilatation a été bien exposé par M. Fontan, mais il est incontestable qu'on doit en restituer la priorité à Maisonneuve et à Lepelletier. Depuis l'époque où parurent les observations de Lepelletier, de nouvelles méthodes et de nouveaux procédés ont fait leur apparition. L'écrasement linéaire, la cautérisation, à laquelle on est revenu pendant quelque temps, ont pu faire ainsi oublier les opérations de Maisonneuve. Mais il appartient à ce chirurgien d'avoir institué le traitement des hémorrhoïdes, par la dilatation, en se basant sur les données anatomiques et physiologiques relatives au rôle du sphincter.

Quant à l'étiologie des hémorrhoïdes, exposée par M. Fontan, elle est trop spécialement mécanique. M. Verneuil reproche à M. Fontan d'avoir passé sous silence les hémorrhoïdes qui se développent sous l'influence des troubles de la circulation abdominale. Ces cas là sont pourtant bien fréquents, et ils sont d'autant plus importants à étudier et à connaître, que le chirurgien doit s'abstenir de toute opération lorsque il a affaire à un cas de ce genre. M. Duret, en 1875, dans un mémoire inédit, a cité des observations de malades hémorrhoïdaires, arrivés à un degré de cachexie avancée, et guéris simplement par les douches froides et l'hydrothérapie. Ici, le sphincter ne jouait aucun rôle ; mais quand on percutait avec soin la région abdominale, on constatait que le foie descendait à plusieurs travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Ces exemples justifient la division des hémorrhoïdes en hémorrhoïdes actives et hémorrhoïdes passives, division proposée par M. Duret dans son mémoire.

M. Verneuil insiste sur l'importance clinique de cette division de laquelle dépend absolument l'indication opératoire.

Quant à l'opération elle-même, elle est on ne peut plus simple. M. Fontan s'élève contre l'emploi du spéculum. M. Verneuil n'est pas du même avis. Avec le spéculum la dilatation est très-sûre et très-facile ; seulement elle est plus lente. Au lieu de dilater brusquement, on dilate en trente ou quarante secondes.

M. Després. La dilatation appliquée au traitement des hémorrhoïdes est préconisée par les chirurgiens qui la pratiquent, dans les cas où les hémorrhoïdes sont douloureuses et irréductibles. Mais M. Després n'a jamais observé que le bourrelet hémorrhoïdale fût irréductible pendant plus de 24 h. Au bout de ce temps, les bains et les cataplasmes permettent toujours la réduction de la tumeur. Mais si l'on a affaire à des hémorrhoïdes étranglées, c'est-à-dire à des dilatations veineuses compliquées d'hypertrophie de tous les éléments de la peau, la dilatation ne peut pas produire de guérison complète. Quant à l'étranglement passager, on le guérit sans doute, mais ce n'est pas une guérison définitive. Quelques jours de constipation suffisent pour provoquer la réapparition de la tumeur hémorrhoïdale. Ce qui peut produire la guérison définitive, après l'opération, c'est le traitement consécutif, et précisément M. Fontan a négligé de nous dire la durée de ce traitement.

M. Sée a pratiqué la dilatation à un malade, sujet à des pertes de sang considérables. L'opération a duré une demi-minute à peine. A partir de ce moment, le malade n'a pas eu la moindre hémorrhagie. M. Sée a fait deux fois depuis la même opération, et il a obtenu des résultats excellents.

M. Trélat. Outre les cas d'hémorrhoïdes résultant d'un trouble physiologique de l'appareil veineux, il existe une autre circonstance où l'on doit s'interdire de pratiquer la dilatation, c'est le cas où il y a procidence du rectum. Le sphincter, en pareil cas, n'est pour rien dans l'apparition des hémorrhoïdes ; il faut donc s'en tenir aux méthodes de réduction.

M. Rochard exprime l'opinion que si la dilatation produit de si bons résultats dans la traitement des hémorrhoïdes, c'est qu'il peut arriver qu'on guérisse en même temps les fissures douloureuses de l'anus que portent bien souvent les hémorrhoïdaires. Ne pourrait-on pas alors s'en tenir à des soins hygiéniques qui s'opposeraient à la constipation ?

M. Verneuil. Les cas dont parle M. Rochard ne sont pas de ceux que l'on doive opérer, puisqu'il suffit d'une hygiène palliative pour y remédier. On opère les malades constamment tourmentés, dont les hémorrhoïdes restent quelquefois irréductibles pendant plusieurs jours. Les hémorrhoïdes indolentes peuvent être aussi parfaitement justiciables de la dilatation, si elles donnent lieu à des hémorrhagies abondantes. Il suffit, en effet, qu'il y ait *érection* du paquet hémorrhoïdal pour qu'on attribue l'affection à l'action du sphincter. C'est donc à la dilatation du sphincter que l'on devra recourir en pareil cas.

M. Boinet a opéré deux malades, affectés à la fois de fissures à l'anus et d'hémorrhoïdes. Il a pratiqué la dilatation dans le but de guérir les fissures. Mais du même coup il a guéri les hémorrhoïdes, et d'une manière définitive.

M. Anger revient en quelques mots sur le procédé opératoire. Il pense que le spéculum peut donner de bons résultats, mais qu'on ne doit pas en recommander l'usage pour tous les cas. Le doigt se rend souvent mieux compte de l'obstacle franchi, et comme il faut enfoncer profondément l'instrument, on doit redouter le voisinage du cul-de-sac péritonéal.

M. Trélat communique à la Société un nouveau procédé de chéiloplastie, qui tient à la fois du procédé de Syme et de celui de Sédillot.

M. Dumontpallier présente le pessaire qu'il a imaginé dans le but de remédier au prolapsus utérin avec cystocèle ou rectocèle.

E. B.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 10 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. LABARRAQUE PÈRE.

Classification des maladies mentales ayant pour double base la psychologie et la clinique; par M. DELASIAUVE.

M. Baillarger va susciter, dans la spécialité, une émotion vive. Ayant observé des cas de stupidité, examiné avec soin les malades, en ayant interrogé surtout quelques-uns après la convalescence, s'étant aussi imprégné, par une analyse minutieuse, des exemples puisés dans les auteurs, il s'est figuré, que, loin que les facultés fussent abolies ou suspendues comme on le supposait, l'imagination travaillait au contraire et contribuait, pour une bonne part, avec l'inertie intellectuelle, par des tableaux sinistres, à enchaîner l'essor moral. C'est basé sur ce double élément que, ressuscitant la *melancolia attonita*, il proclama la *mélancolie avec stupeur*. Dans un parallèle circonstancié, notre éminent collègue eut soin, d'ailleurs, de séparer le nouveau genre de la lypémanie.

La distinction parut lumineuse, féconde; on crut à une révélation. Déjà cependant, à cette époque, j'avais publié, dans un recueil scientifique de province, un essai de classification des maladies mentales, où la *stupidité* avait sa place. Il me sembla que M. Baillarger s'était fait illusion et que les agitations intérieures qu'il prenait pour des signes d'activité psychique n'étaient, mieux appréciées par ses devanciers, que des éclosions vagues, fortuites, automatiques intercurrentes, vrais éclairs sillonnant les nuages dans la nuit de l'intelligence.

Le fond permanent c'était la torpeur, tangible, si on suit le malade pas à pas, car — ce qui rend les interrogations après coup décevantes — les émotions fugitives du dedans ne se peignent sur les traits que par intervalles.

En vertu de ces remarques, émises par incidence, je fus conduit à examiner la question dans un long travail intitulé: *Du diagnostic différentiel de la lypémanie.* Les faits, nombreux, se partageaient en trois catégories: stupidités formelles, faits douteux, lypémanies. J'agrandissais le cadre de la première; M. Baillarger s'empara, au profit de sa thèse, de mes cas incertains. Ses nouveaux arguments ne firent que me confirmer dans mon opinion et me fournir des raisons de plus pour restituer à la stupidité des variétés induement classées dans la lypémanie. Il y eut réplique réciproque, et, dans ma dernière, où la démonstration devenait de plus en plus pressante, je résumais mon appréciation en signalant, entre nous, ce moyen d'accord: que M. Baillarger, conséquent avec son parallèle, très-exact, y conformât sa conclusion, dont les termes étaient inverses. Ce parallèle plaidait, en effet, en faveur de la stupidité.

Un peu plus tard, M. Baillarger lut à l'Académie de médecine une note intéressante sur des cas qu'il a qualifiés de folies à double forme, se rattachant à la variété circulaire de Falret. Cette note mérite d'autant plus une mention que l'auteur frappé du contraste des phases successives, semble y avoir saisi, avec l'idée de l'automatisme, le principe d'une nouvelle nomenclature, fondée sur l'*excitation* et la *dépression*. Un premier genre, en quelque sorte neutre, comprendrait toutes les lésions partielles de l'intelligence (monomanie), un second (manie) tous les cas où l'excitation psychique est générale, un troisième (mélancolie) ayant pour caractère la dépression. Démence et idiotie resteraient à part.

Nous abrégerons ces citations. Morel, croyant être rigoureux et clinicien, prétend faire une classification étiologique, mais l'alcoolisme, le délire ébrieux, la paralysie générale, la manie des femmes en couches, etc., qui semblent l'y autoriser, sont connus de tous. Dans l'immense majorité des cas, les causes ayant disparu, l'effet reste. L'essentiel à déterminer serait la condition psycho-cérébrale. Elle échappe malheureusement, on en est réduit à l'appareil symptomatique, ce qui n'empêche pas, du reste, ce qui nécessite plutôt de chercher à fixer, subsidiairement, la nature morbide. On peut considérer comme avortée la tentative de Morel. Renaudin, si abondant et si ingénieux dans ses inductions pathogéniques, ne trouve rien à reprocher, c'est tout dire, à la classification d'Esquirol. On s'est extasié sur le traité de Griesinger. Sa haute réputation était justifiée par son mérite personnel. Toutefois, les efforts auxquels il s'est livré pour fonder une nomenclature rationnelle ont été infructueux autant qu'énergiques. La raison nous l'avons signalée (*J. de méd. ment. T.* IX, p. 33). Il a voulu faire concourir à ses distinctions toutes sortes d'éléments suspects: la philosophie et l'organicisme, la physiologie par ses expérimentations, l'histologie, les théories de la solidarité, de l'excitation et de la dépression, la clinique. Jamais débauche du génie n'a été plus complète. Tout cela pour conclure, en vertu des complexus mobiles du moi, à cette triple division, un peu sœur de celle de M. Baillarger: *dépression mentale* (mélancolie avec ou sans stupeur, hypochondrie, penchant à la destruction, avec surexcitation de la volonté); *exaltation mentale* (manie, monomanie exaltée); *affaiblissement mental*, (folie systématisée, démence agitée, démence apathique, idiotie, crétinisme).

Une plus longue revue ne nous apprendrait pas davantage. On n'a point dépassé, on n'a point même atteint le niveau clinique. Faute d'une théorie acceptable, des ombres continuent à régner sur les meilleurs travaux. Nous éloignant des sentiers communs, comment avons-nous opéré? Qu'est la psychologie, sinon la science des manifestations mentales? Et quels signes distinguent la folie, sinon le trouble et les anomalies de ces mêmes manifestations? Tout problème y relatif se résout donc, quoi qu'on veuille, par une appréciation des phénomènes psychiques. Ceux qui déclinent cette obligation sont, à leur insu, les premiers à y sacrifier. Nous l'avons senti dès le principe. Il nous a semblé indispensable, pour comprendre et classer les faits de l'ordre pathologique, de pénétrer autant que possible les mystères du fonctionnement normal, sans exclure, évidemment, la recherche des causes et des conditions anatomiques.

Cette étude préalable, nous en avions fait, en 1842, l'objet d'une communication à l'Académie de médecine. Dès lors, à l'aide de ce criterium, soumettant à une analyse attentive une soixantaine de cas, les plus divers, et nous efforçant, pour chacun, de nous élever à un idéal pathogénique précis, il nous fut bientôt permis, découvrant des analogies et des dissemblances, non plus seulement apparentes mais réelles et confirmatives de nos premières inductions, d'entrevoir, en même temps que l'endroit faible des nomenclatures reçues, les principes d'une détermination plus scientifique.

Le domaine mental a été arbitrairement partagé. *Entendement*, *volonté*, *sensibilité*, on l'a d'abord, sous son aspect le plus général, renfermé dans ces trois termes, sous lesquels ont été rangées les facultés dites intellectuelles, morales et instinctives. Quelques-uns y ont ajouté les sentiments, les affections, les talents, les dispositions artistiques. En quoi se distinguent ces attributs? Quels sont leurs rapports, leur subordination? Ces points ont été peu éclaircis par une controverse séculaire. On a érigé en forces spéciales, en entités, de simples modalités du *moi*, couvertes de mystère et dont les saillies respectives tiennent à une origine complexe. On conçoit le *tot capita, tot sensus.*

Ce qui, pour nous, est immédiatement ressorti de notre double examen psychique et morbide, c'est ce que nous avons appelé le *fonctionnement syllogistique*, fait palpable, accessible à l'observation, échappant à l'hypothèse, et auquel concourent solidairement tous les pouvoirs départis à l'entendement et à la volonté. Il a pour expression le raisonnement qui implique, dans son exercice incessant, la formation des pensées, leur comparaison, leur enchaînement, et, pour tout acte complet, les déterminations. D'autre part, les idées, issues de l'élaboration mentale, ont un principe extérieur ou interne, qui en fait un produit indépendant. Elles se fixent et s'accumulent, en nombre indéfini, dans le foyer des souvenirs, d'où elles réapparaissent, selon la nature des sujets, pour alimenter, en se combinant avec celles qui éclosent, l'évolution des opérations psychiques. Elles suscitent des émotions, des sentiments, des passions, des désirs, lesquels, à leur tour, se traduisant par des idées, impriment à l'action syllogistique l'impulsion, la

(1) Voir le n° 8.

direction, la couleur. Sur la scène intellectuelle, cette réaction est limitée et les sujets s'y succèdent sans avoir souvent rien de commun avec ceux qui précèdent ou qui suivent. Ainsi, l'esprit fonctionne et les idées sont les matériaux que, sous l'influence des mobiles, l'ouvrier met en œuvre.

Cette marche, si intéressante à étudier, projette surtout une vive lumière dans l'appréciation des formes de la folie. Des types accusés ont évidemment leur point de départ dans un trouble direct de la fonction syllogistique, tandis que, chez bon nombre d'aliénés, cette fonction subsiste ostensiblement, même lorsqu'elle se subordonne aux aberrations morbides. Il y a donc là le motif d'une distinction capitale, fondée non plus sur le degré de complexité, mais sur le caractère des phénomènes. Cette distinction, une analyse minutieuse permet de la suivre dans les cas intermédiaires. Ce que la logique, *à priori*, fait pressentir, l'expérience le confirme.

Evidemment, toute atteinte directe au fonctionnement syllogistique doit affecter un caractère de généralité, quelles que soient d'ailleurs les diversités de physionomie et d'évolution relatives aux conditions particulières. Tel est, en effet, le propre des trois genres *manie*, *démence* et *stupidité*, dont nous avons constitué notre groupe des ALIÉNATIONS GÉNÉRALES.

Le signe essentiel de la *manie* consiste surtout dans le défaut d'association des idées, depuis la simple excitation maniaque jusqu'à l'incohérence la plus complète. Faute de ce lien, les malades, passant d'un objet, d'un sentiment à un autre, sont loquaces, turbulents, effrontés, craintifs, cyniques, injurieux, vaniteux, colères, etc. Les illusions sont communes. Leur habitation devient aisément un palais ; un chiffon se transforme en une étoffe précieuse. Ils méconnaissent jusqu'à leurs proches. Tels leur rappellent des personnages éminents ou fictifs. Les hallucinations, au contraire, sont rares. Dans les nuances affaiblies, on a constaté parfois une apparente exubérance des facultés. L'animation en impose ; ce ne sont guère que des éclairs. Si, au repos, les excités semblent calmes, même adonnés à une occupation sérieuse, les résultats démentent cette impression. Le décousu saillit dans leurs écrits, et ils ne sauraient participer à un entretien sans franchir les limites de la bienséance ni témoigner de leur instabilité. Il en est, à ce point confus, qu'ils n'articulent pas deux phrases, deux paroles qui se suivent. Ce ne sont pas toujours les plus agités. Certains maniaques, à figure placide, pouvant même, guidés par l'instinct, accomplir des travaux manuels, au moment où on les aborderait avec sécurité, vous étonnent par leur babil incohérent. Le délire aigu, compris parmi les affections fébriles et considéré comme relevant d'une congestion irritative des méninges, présente tous les traits d'une manie intense et, en plus, ce que nous apprécierons tout à l'heure, un mélange fortuit de symptômes hallucinatoires.

Dans la *démence* que, primitive ou consécutive, l'on s'accorde à attribuer, la jugeant incurable, à une atrophie ou à une désorganisation cérébrale, le pouvoir syllogistique n'est pas seul atteint, les forces morales sont elles-mêmes compromises d'une façon directe et incidente. Les perceptions perdent de leur vivacité, les idées sont vacillantes, la mémoire incertaine ; le raisonnement avorte. Il s'en suit au moins de l'impuissance. Des déments, ayant les attributs extérieurs de la santé, sont positivement réduits à une sorte de nullité psychique et affective. Vrais automates, oubliant jusqu'à leur pays et leur famille, ils végètent sans désirs, n'interrogeant jamais, répondant laconiquement. La plupart, toutefois, en raison du mouvement machinal qu'engendre la lésion organique, éprouvent de l'agitation, exhalant, tour à tour, ou leurs joies ou leurs plaintes. Mais leur langage le plus accentué n'a de véhément que l'apparence. Il se renferme dans un cercle de phrases banales, incorrectes, en grande partie les mêmes. Parmi eux se rencontrent les collecteurs de chiffons et de cailloux.

La *paralysie générale*, dont il a été fait mention précédemment, se rattache notoirement à la démence. On le conçoit, si elle dépend d'une lente désorganisation des couches périphériques du cerveau. A un moment donné, si ce n'est d'emblée, on constate un décroissement parallèle et progressif des virtualités psychiques et des forces musculaires. Les symptômes, toutefois, ne sont pas uniformes. Il y a des hauts et des bas, qui paraissent en rapport avec la fréquence et l'intensité des arrêts de circulation dont cette affection s'accompagne. Cette gêne, qui entretient un état congestif, peut aller jusqu'à produire de véritables congestions apoplectiques ou épileptiformes. Ainsi s'expliquent les longues périodes d'incubation, si fertiles en modifications de caractère et en actes inconscients, trop souvent méconnus ; ces phases d'agitation maniaque ou de dépression hypochondriaque qu'on observe au début ou dans le cours des accidents, les rémissions ou les recrudescences, selon le degré de stase sanguine, et finalement les altérations profondes qui amènent l'issue fatale.

Nous avons dit en quel cercle restreint on avait circonscrit la *stupidité* et combien M. Baillarger a été peu fondé à en faire une mélancolie avec stupeur. Dans les cas sur lesquels s'étaient appuyés les auteurs, l'automatisme est flagrant. Engourdissement absolu, aucun signe de discernement. Impossible d'accepter pour des preuves d'activité mentale des sensations vagues, transitoires, sans réaction consciente et volontaire. A peine obtient-on de ces malades, malgré des stimulations énergiques, des réponses lentes et brèves. Comprissent-ils, ils ne sauraient combiner la formule du moindre jugement. Il faut les lever, les coucher, les habiller, les faire manger comme des enfants. Toute résistance, de leur part, est passive.

Mais les discussions que nous avons soutenues à cette occasion nous ont ouvert des horizons inattendus. Si les ténèbres étaient ici absolues, ne pouvaient-elles se présenter échelonnées à des degrés plus ou moins inférieurs, et, de cette gradation, quelles seraient les conséquences ? On va voir toute la portée de cette révélation. Elle éclaire d'un jour vif, entre genres limitrophes, des distinctions inaperçues et fait notamment rentrer dans les aliénations générales une infinité de cas indument classés parmi les aliénations partielles. La confusion mentale fait en quelque sorte le fonds du délirium tremens (manie alcoolique). Au début, dans la convalescence, et par intervalles, au sein même des paroxysmes, on ne constate le plus souvent qu'une morosité sombre. Le lien des pensées n'est pas complètement détruit. Le malade, dans la mesure de son obscurité mentale, peut raisonner correctement avec des idées justes et des souvenirs vrais. Vienne la crise, amenant les conceptions fantastiques et les hallucinations terrifiantes, il s'y abandonne, incapable d'en discerner la fausseté. C'est alors que se jouent à l'intérieur des drames qui se traduisent par des divagations étranges et des actes souvent dangereux. Tel croit assister à un incendie et crie au feu, un autre lutte contre des assassins imaginaires, se jette par la fenêtre ou se cache pour leur échapper. Entre cette agitation et celle de la manie, il y a donc cette différence capitale que l'une a son principe dans une incohérence d'idées, tandis que l'autre répond à des erreurs conceptives et hallucinatoires.

Le délire épileptique est plus ou moins dans le même cas. Pour quelques exemples qui se rapprochent de la manie ou du délire aigu, la grande majorité a pour expression un mélange souvent alternant de torpeur chagrine ou de frénésie hallucinatoire. Autant nous en dirons de la folie puerpérale, des prétendues manies consécutives à la fièvre typhoïde, aux fièvres intermittentes, du délire saturnin, du trouble provoqué par le haschich et, en général, par les substances délétères. Il y a, dit M. Moreau (de Tours), en parlant du haschich, une circonstance remarquable : le malade semble appartenir à deux mondes ; au normal par des manifestions saines, à l'imaginaire par les perversions maladives. Tanquerel, à propos de l'encéphalopathie saturnine, relève le même fait. Le *pourquoi* ressort de nos précédentes explications.

Depuis nos recherches sur la lypémanie, un examen plus attentif nous a convaincu qu'une stupidité moyenne revendiquait, en majeure partie, les variétés de cette affection. Les malades, le regard obliquement fixe, paraissent comme pétrifiés par la douleur, le désespoir ou l'effroi. Ils répugnent à l'entretien, au mouvement et ne parlent que pour accuser leurs préoccupations chimériques. Celui-ci, se croyant coupable de tous les crimes, attend sa sentence, celui-là refuse de manger parce qu'il n'a plus d'organes digestifs, un autre se trouve en

présence des cadavres de sa famille assassinée. L'enfer s'ouvre pour se refermer sur beaucoup de victimes. Mais tout cela n'est ni uniforme, ni logique. Les scènes varient, rêves à la fois sinistres et incohérents. Cet état, parfois, atteint rapidement son summum, sous l'influence d'une cause physique ou morale. Dans les rémissions, qui sont fréquentes, l'embarras visible du raisonnement décèle la nature du mal. On compte enfin de nombreuses guérisons, auxquelles les agents physiques ont souvent plus contribué que les stimulations morales. On l'eût deviné d'avance.

Dans les stupidités légères, le diagnostic peut susciter des doutes d'autant plus sérieux que l'exercice de la pensée s'éloigne moins des conditions normales. On parvient, toutefois, à les lever, si l'on se pose devant l'idéal. On voit des malades, qui, en dehors de leurs tourments, causent et agissent, mais ils songent et hésitent. Eux-mêmes, la tête lourde, embarrassée, sentent la difficulté de coordonner leur pensée vacillante. Le travail fascinateur les trouve en défaut et les paralyse. Rejetant les symptômes grossiers, ils inclinent, en raison de leur clairvoyance obscurcie, à accepter la réalité des impressions ou des conceptions moins distantes des éclosions régulières. Accessibles aux observations, on fortifie, au moins momentanément, l'intuition qu'ils ont de leur maladie; on les décide à se résigner, à se laisser traiter. Par malheur, il en est qui, au milieu de leurs oscillations, s'oublient et se livrent, particulièrement contr'eux-mêmes, à des actes funestes.

Ou l'obtusion se dissipe ou elle persiste. En ce dernier cas, les phénomènes prédominants, conceptions ou hallucinations, tendant à se répéter et à s'imposer, favorisent l'organisation d'un délire pris volontiers pour une monomanie. Seulement, en y regardant de près, on découvre vite que l'horizon intellectuel reste brumeux et que fragile est le lien qui unit les convictions maladives.

Les auteurs mentionnent, entre les aliénations, la substitution d'une forme à une autre. La stupidité serait souvent jugée par la manie. Ces changements ne concernent guère que les troubles directs du fonctionnement syllogistique. Un peu moins de compression cérébrale, certaines modifications nerveuses suffisent pour les amener. Les *folies circulaires* de Falret ou à *double* forme de M. Baillarger en sont des exemples frappants. Un type fortement buriné est celui d'une dame pour laquelle nous avons été consulté et qui, depuis seize ans, présente invariablement les phases suivantes: Elle tombe dans une prostration subite. Son visage pâlit, ses traits se retirent, ses yeux sont mornes, la pensée est inerte; elle se cherche en vain à travers les ténèbres de son intelligence. Déplorant son impuissance, elle ne sait qu'exprimer de vagues craintes sur l'avenir de sa maison. Nous sommes ruinés, dit-elle à son mari, nous n'avons plus rien, toutes mes robes ont été volées ou usées. De même de son argenterie. 20 à 30 jours s'écoulent ainsi, puis, également sans transition, succède une animation qui monte jusqu'à la turbulence maniaque, et dure à peu près le même temps. Sortie de cet état, elle recouvre le calme et la lucidité pour, au bout d'une quinzaine, voir se reproduire les mêmes alternances. Tout ce que j'ai pu gagner, en huit mois, a été de rendre les contrastes moins sensibles. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies infectieuses. — Maladies des Marais, fièvre jaune, maladies typhoïdes, fièvre pétéchiale ou typhus des armées, fièvre typhoïde, fièvre récurrente ou à rechutes, typhoïde bilieuse, peste, choléra; par W. GRIESINGER, traduit par le Dr G. LEMATTRE; 2e édition revue, corrigée et annotée par le Dr E. VALLIN. Paris, 1877, 1 volume in-8°, XXXII 742 pages, chez J.-B. Baillière.

La première édition française du *Traité des maladies infectieuses* de Griesinger date de 1868; l'apparition d'une deuxième édition prouve à elle seule le succès de ce livre et l'on peut prédire que ce succès sera d'autant plus durable que la nouvelle édition a été enrichie par M. le Dr E. Vallin, professeur au Val-de-Grâce, d'un grand nombre de notes qui ont augmenté d'un tiers environ le volume de l'ouvrage et qui mettent le lecteur parfaitement au courant des recherches les plus récentes. M. le Dr Vallin a déployé dans ce travail un peu ingrat qui consiste a compléter l'œuvre d'autrui en lui conservant son caractère, toutes les qualités qui ont déjà valu à ses autres publications une juste notoriété; on y retrouve, la même érudition consciencieuse, le même amour de la précision scientifique.

La dénomination de *maladies infectieuses* appliquée par Griesinger aux maladies typhoïdes, aux fièvres palustres, à la fièvre jaune et au choléra prête fort à la critique; pourquoi en effet exclure de ce groupe: les fièvres éruptives, la méningite cérébro-spinale, le charbon? pourquoi, d'autre part, réunir côte à côte les fièvres palustres et les maladies typhoïdes qui présentent plus de dissemblances que d'analogies? Griesinger a le mérite d'avoir bien défini et bien classé les maladies typhoïdes qui comprennent: la peste, la fièvre typhoïde, le typhus pétéchial, la fièvre récurrente et la typhoïde bilieuse, variété grave de la fièvre récurrente; il a mis ainsi la dernière main au travail dont Louis, Jenner et Murchison avaient posé les premières bases; les maladies typhoïdes si longtemps confondues, forment aujourd'hui un groupe naturel assimilable au groupe des fièvres éruptives. Peut-être Griesinger aurait-il pu, avec Mühry, rapprocher les fièvres palustres de la fièvre jaune et du choléra sous la dénomination de maladies telluriques; il est certain que ces dernières maladies ont de profondes racines dans le sol, qu'elles s'éloignent en ce sens des maladies typhoïdes qui s'attachent bien plus intimement à l'homme, à ses habitations; l'existence des miasmes typhoïdes se conçoit difficilement en dehors de l'organisme humain tandis que les miasmes de la fièvre jaune, des fièvres palustres et du choléra se reproduisent activement dans des lieux déserts où l'homme peut-être n'a jamais pénétré. Griesinger a préféré à cette classification en deux groupes: maladies typhoïdes et maladies telluriques, la dénomination plus vague de *maladies infectieuses*, mais il est facile de voir qu'il n'attache pas à cette expression une bien grande importance car il ne consacre que quelques pages d'une courte préface (qui a même été supprimée dans la première édition française), aux généralités sur l'infection et la contagion. Avec M. le Dr E. Vallin on est tenté de ne voir dans l'ouvrage de Griesinger, qu'une série de monographies; cependant, le groupe des maladies typhoïdes se détache très-bien comme nous l'avons déjà dit et c'est un des mérites de Griesinger, d'avoir réuni les maladies typhoïdes tout en montrant les différences qui les séparent et qui en font autant d'espèces morbides distinctes.

Dans l'état actuel de la science il ne faut pas se montrer trop difficile en fait de classifications; les cadres dans lesquels nous nous efforçons de ranger les maladies avec un peu d'ordre, sont des cadres provisoires et les plus primitifs peuvent paraître les meilleurs; c'est probablement pour cela que la dénomination de *maladies infectieuses* qui n'implique rien quant à la nature de ces maladies, qui constate simplement un fait vague, résumé dans un mot obscur: l'*infection*, a été préférée par Griesinger.

Dans plusieurs passages de son livre ainsi que dans la préface de la première édition allemande, Griesinger se montre partisan de la doctrine parasitaire tout en faisant de sages réserves; les nombreux travaux entrepris à ce sujet dans ces dernières années ont fait faire un grand pas à la question, il nous suffira de citer les noms de MM. Pasteur, Davaine, Chauveau, Vulpian, Coze et Feltz, Béchamp, Sanderson, Klein, John Simon, Hallier, Tyndall, Cohn, Billroth, etc... pour évoquer dans l'esprit du lecteur une série d'ingénieuses expériences qui, toutes, tendent à démontrer que les maladies infectieuses ont des germes organisés, qu'elles ont pour ferments des protoorganismes de nature animale ou végétale.

Les recherches d'Obermeyer confirmées par celles de Lebert, de Weigert, de Buchwald, de Heidenreich, de Ponfick semblent démontrer d'une façon indubitable que la fièvre récurrente est occasionnée par l'existence dans l'organisme de spiro-bacteries qui ne se retrouvent dans aucune autre affection.

La plupart des épidémistes anglais et allemands sont gagnés à la cause des germes animés, Budd, Liebermeister, Petten-

kofer, Lebert, sont très-affirmatifs à ce sujet. Dans la deuxième édition de son traité de pathologie et de thérapeutique générales, Lebert explique les maladies infectieuses par la pénétration et par la multiplication rapide dans l'organisme de vibrions agissant sur le sang et les humeurs comme des ferments.

Liebermeister compare le développement du choléra à celui des animaux à génération alternante ; les êtres rudimentaires qui donnent lieu au choléra n'arrivent, dit-il, à leur reproduction complète qu'en subissant deux phases de développement. L'une de ces phases a lieu dans le corps de l'homme, l'autre a lieu en dehors; ainsi s'expliquerait l'inocuité des selles cholériques fraiches qui, pour acquérir la puissance contagieuse, auraient besoin de subir hors du corps la phase terminale de leur développement.

La dysenterie de Cochinchine a été décrite plus d'une fois comme une maladie infectieuse produite par un miasme spécial; cependant les recherches de MM. Normand et Bavay confirmées par les miennes tendent à prouver qu'il s'agit d'une maladie parasitaire due à la pullulation dans l'intestin d'un ver nématoïde : l'*anguillula stercoralis*.

En somme, la théorie des germes animés a fait depuis dix ans d'importants progrès et si nous y insistons, c'est qu'il nous a semblé que M. le Dr Vallin se montrait peut-être un peu trop sceptique sur ce point.

Prenons un exemple : M. le Dr Vallin trouve *étrange* l'opinion qui attribue les fièvres palustres à la pénétration de spores dans l'organisme, opinion qui a été défendue cependant depuis longtemps par des hommes très-compétents et qui compte parmi ses partisans Hammond, Hallier, Binz et beaucoup d'autres. Il est très-vrai que les palmelles décrites par Salisbury ne sont pas la véritable cause de la malaria et qu'il faut les reléguer à côté de la flouve des marais et des palétuviers qui ont été accusés successivement; mais, de ce que nous n'avons pas encore réussi à voir les spores qui produisent la fièvre palustre, il n'y a pas lieu de conclure à la non existence de ces spores, d'autant plus qu'un grand nombre de faits témoignent de cette existence.

N'imitons pas les anciens qui avaient placé les limites du monde aux colonnes d'Hercule parce qu'ils n'avaient pas réussi à pousser plus loin leurs investigations ; notre vue, même armée des meilleurs instruments d'optique est encore courte; à côté des espaces célestes impénétrables aux meilleurs télescopes, il y a des microcosmes que les grossissements les plus forts de nos microscopes ne nous permettent pas d'analyser ; à côté des infiniment grands, il y a les infiniment petits. Peut-être ne pourrons-nous jamais voir les germes qui produisent la fièvre palustre; faut-il pour cela renoncer absolument à connaître la nature de cette fièvre et à la classer ? L'intelligence humaine peut heureusement suppléer à l'imperfection des sens ; de tout temps l'induction a été regardée comme un procédé scientifique.

Il est facile de démontrer que le miasme palustre existe, que c'est un corps solide, pesant, transportable à distance, que les conditions de son développement sont celles de toute végétation, qu'il lui faut de la terre, de la chaleur, de l'humidité, que ces conditions sont insuffisantes par elles-mêmes si le germe fait défaut ; quand après avoir démontré ces propositions on en conclut que les fièvres palustres sont dues à un germe, à un ferment de nature végétale, fait-on une simple hypothèse, émet-on une opinion étrange? Pour ma part je ne le pense pas.

La prudence scientifique française dont M. le Dr E. Vallin fait l'éloge à plusieurs reprises cesserait d'être une qualité si elle nous empêchait de nous engager dans des voies nouvelles, si elle nous réduisait à enregistrer et à critiquer les découvertes des autres. Je crois donc que nous devons en France attribuer à la théorie des germes toute l'importance qu'elle mérite et je suis sûr que M. le Dr E. Vallin est de mon avis, mais j'aurais été heureux si, dans son excellente préface et dans les notes disséminées dans l'ouvrage, il avait été un peu plus explicite sur ce point.

Je dois malheureusement borner là les réflexions que m'a suggérées la lecture de l'ouvrage de Griesinger et E. Vallin — ces deux noms sont désormais liés intimement l'un à l'autre — il me reste à peine assez de place pour recommander au lecteur les nombreuses et très-intéressantes notes relatives à la symptomatologie et à l'anatomie pathologique des maladies des marais ainsi que celles qui complètent l'histoire de la fièvre typhoïde; les questions de l'étiologie et du traitement de la fièvre typhoïde sont discutées avec le plus grand soin et comme il s'agit de faits à l'ordre du jour chacun voudra lire ces pages qui ne peuvent pas se résumer parce qu'elles-mêmes résument tous les travaux publiés sur ces sujets.

A. LAVERAN.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Analyse de cent neuf cas de rhumatisme traités par l'acide salicylique ou la salicine ; par C. W. BROWN. (*Boston med. et chir. Journal*), febr. 1877, n° 6.

Dans une suite de tableaux intéressants, le Dr Brown présente l'histoire pathologique de cent neuf cas de rhumatisme traités par l'acide salicylique.

La méthode thérapeutique a été appliquée à tous les cas aigus, se répartissant entre 59 hommes et 50 femmes; 57 des sujets en étaient à leur première attaque, 32 à leur seconde, 10 à leur troisième, plusieurs avaient déjà été très-souvent atteints : plus de moitié des malades étaient cardiaques dès leur entrée à l'hôpital.

Le soulagement s'est manifesté au bout d'une moyenne de 1 jour 1/2, quelquefois au bout de trois heures, mais souvent aussi seulement vers le quatrième jour, les douleurs ont disparu complétement, et les articulations sont redevenues libres après 12 heures au moins et 15 jours au plus. La moyenne du séjour des malades à l'hôpital a été de 18 jours; on a observé quelques malaises à la suite des doses élevées d'acide salicylique, la nausée et le vomissement dans 19 0/0 des cas, le bourdonnement d'oreilles, 19 fois; la surdité, 10 fois; l'engourdissement a, dans un cas, été prononcé pendant deux jours sur toute l'étendue du corps; deux fois, on a noté du délire, sans cependant croire pouvoir le rattacher à l'emploi du médicament.

Dans tous les cas, l'acide salicylique, administré à haute dose, a causé la chute de la température, sans abaissement cependant au-dessous de la T. normale : le pouls et la respiration étaient moins fréquents, mais cet effet était assez tardif. L'appétit ne revint que très-lentement, souvent l'anorexie dura plus longtemps que l'attaque de rhumatisme. Le mode d'administration le plus commode est celui de pilules de 3 grains (18 centigr.) au nombre de 3 toutes les 3 heures.

Quant à la *salicine*, elle a été employée seulement dans six cas, et semble avoir les propriétés thérapeutiques de l'acide salicylique, mais plus atténuées. Elle aurait cependant un grand avantage, celui de n'altérer en rien les fonctions digestives, aussi son emploi devrait-il être essayé sur une plus grande échelle.

Notons, en terminant, une particularité importante, si elle ne dépend pas d'une erreur de statistique, c'est que les complications cardiaques survenues au cours du traitement représentent seulement 4.76 0/0, tandis que, dans le même hôpital, sous l'influence de la médication alcaline, au même moment, on trouvait 13 1/2 0/0 comme chiffre des accidents cardiaques.

H. de BOYER.

21. Poudre calmante anti-spasmodique (*Debreyne.*)

Colombo pulv.	1 gramme.
Extrait d'opium sec pulv.	1 centigramme.

M. pour un paquet. — Vomissements nerveux, gastrite chronique. — Doses : 3 paquets par jour.

22. Mixture de craie (*Ph. Britan.*).

Carbonate de chaux.	7 grammes.
Gomme arabique pulv.	7 —
Sp. simple.	19 —
Hydralat de cannelle	282 —

Délayez la gomme avec le sirop; ajoutez la carbonate de chaux et peu à peu en triturant l'hydrolat de cannelle. Diarrhée, pyrosis. — Doses : Une cuillerée à bouche toutes les 2 ou 3 heures. Agitez chaaque fois. (Jeannel. — *Form. magistral, etc.*)

VARIA.

Faculté de Médecine.

La Faculté ouvrira ses cours d'été le jeudi 15 mars 1877. — Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Histoire naturelle médicale, M. BAILLON. Zoologie médicale (1re *partie du programme imprimé*). Parasites de l'homme. Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures.

Physiologie. M. BÉCLARD. *Les fonctions de nutrition* : Digestion. — Absorption. — Respiration. — Sang. — Sécrétions. — Chaleur animale. — Nutrition. Lundi, mercredi, vendredi, à midi.

Anatomie pathologique. M. CHARCOT. Anatomie pathologique de l'appareil respiratoire. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures.

Pathologie chirurgicale. M. TRÉLAT. Maladies chirurgicales du tube digestif et des organes génito-urinaires, Lundi, mercredi vendredi, à 3 heures.

Médecine légale. M. TARDIEU, suppléé par M. Brouardel, agrégé. Des attentats commis contre les personnes. — Différences suivant l'âge et le sexe des victimes. — Homicide. — Suicide. — Simulation. — Avortement. — Infanticide. — Attentats aux mœurs. — Identité. — Aliénation. — Epilepsie. — Alcoolisme. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Pharmacologie. M. REGNAULD. Etude générale de la pharmacologie et de ses applications à la thérapeutique. — Examen des principaux groupes de médicaments fournis par le règne végétal et le règne minéral. Mardi, jeudi, samedi, à 11 heures.

Accouchements. — Maladies des femmes et des enfants, M. PAJOT. Exposé sommaire de la parturition naturelle. — Pathologie et médecine opératoire obstétricales. Mardi, jeudi, samedi, à midi.

Pathologie expérimentale et comparée. M. VULPIAN. Etude de pathologie expérimentale sur le système nerveux. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures.

Pathologie médicale. M. PETER. Maladies de l'appareil respiratoire. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures.

Hygiène. M. BOUCHARDAT. Exercice. — Sol. — Lumière. — Electricité. — Chaleur. — Misère physiologique. — Hygiène du soldat. Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures.

Thérapeutique et matière médicale. M. GUBLER. Traitement du rhumatisme, des maladies du cœur, des dermatoses, des catarrhes, des diathèses. Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures.

Clinique médicale. MM. G. SÉE. *A l'Hôtel-Dieu*; LASÈGUE, *à la Pitié*; HARDY, *à la Charité*; POTAIN, *à l'hôpital Necker.* Tous les jours de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique chirurgicale. MM. GOSSELIN, *à la Charité;* RICHET, *à l'Hôtel-Dieu*; BROCA, *à l'hôpital des cliniques de la Faculté;* VERNEUIL, *à la Pitié.* Tous les jours de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique d'accouchements. M. DEPAUL, *à l'hôpital des cliniques de la Faculté.* Tous les jours de 8 heures à 10 heures du matin.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES.

Maladies des enfants. M. X.

Ophthalmologie. M. PANAS, *à l'hôpital Lariboisière.* Le lundi : Conférence cliniques et exercices ophthalmologiques, à 9 h. du matin; le jeudi : Opérations, à 9 h.; *à la Faculté* (petit amphithéâtre). Le lundi : Leçons théoriques d'ophthalmologie, à 5 h.

Maladies syphilitiques. M. FOURNIER, *à l'hôpital Saint-Louis.* Le vendredi: Leçon clinique, à 9 h.; le mardi : Leçon au lit des malades, à 8 h. 1/2.

Maladies des voies urinaires. M. GUYON, *à l'hôpital Necker.* Mercredi : Leçons cliniques et opérations à 9 h.; le samedi : Leçon au lit des malades. Opérations à 9 h.

Maladies mentales. M. BALL. Deuxième partie de cours le mardi et le Samedi, à 8 h. du soir (Grand amphithéâtre de la Faculté).

Maladies de la peau. M. X.

SEMESTRE D'ÉTÉ. — DIVISION DES ÉTUDES.

PREMIÈRE ANNÉE : *Histoire naturelle médicale. — Herborisations. — Exercices pratiques* (au jardin botanique de la Faculté, rue Cuvier, 12). — *Manipulations chimiques.*

2e ANNÉE : *Physiologie. — Pathologie interne. — Pathologie externe. — Exercices pratiques de physiologie,.*

3e ANNÉE : *Physiologie. — Pathologie interne et pathologie externe. — Accouchements. — Opérations et appareils. — Thérapeutique et matière médicale. — Pharmacologie. — Anatomie pathologique. — Clinique médicale et chirurgicale.*

4e ANNÉE : *Pathologie interne et pathologie externe. — Accouchements. — Thérapeutique et matière médicale. — Médecine légale. — Anatomie pathologique. — Hygiène. — Cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale. — Exercices pratiques de médecine opératoire. — Cours cliniques complémentaires.*

M. Le Sourd jugé par lui-même.

La *reproduction* des portraits de deux médecins, faite par le *Progrès médical* dans son dernier numéro, n'a pas été du goût de la *Gazette des Hôpitaux.* Elle voit dans le premier portrait, celui de M. Voisin, une « *attaque malveillante.* » Or, cette attaque que M. Le Sourd qualifie de malveillante dans son numéro du 27 février, *c'est lui qui l'a insérée et signée dans son numéro du 30 janvier!* Si M. Le Sourd ne veut pas s'exposer au désagrément de voir ses articles reproduits, il a un parti bien simple à prendre : c'est de ne plus écrire.

Quant à l'appréciation que la *Gazette des Hôpitaux* fait du second portrait, celui de M. Legrand du Saulle, elle ne nous touche aucunement; nous avons indiqué le journal auquel nous l'avons emprunté, — *Le Médecin* — et, afin d'éviter tout reproche, nous avons eu soin de conserver à cet extrait sa disposition typographique, c'est-à-dire que nous avons mis en italiques ce qui était en italiques. C'est donc à M. le Dr Dupouy, l'habile directeur du *Médecin*, que M. Le Sourd doit adresser ses plaintes.

Enfin, relativement aux prétendues insinuations qui feraient supposer que M. Le Sourd n'a fait que signer les articles sur les candidats à la chaire de pathologie mentale, nous répondrons que, à l'exemple de M. Dupouy, nous avons simplement répété ce qui se dit partout, et nous doutons fort que M. Le Sourd parvienne à modifier sur ce point l'opinion du public médical.

Hôpital du Midi.

Grâce à l'initiative de MM. les médecins de l'hôpital, les docteurs et étudiants en médecine, désireux d'assister aux visites et cliniques de cet établissement, n'ont nullement besoin d'une autorisation spéciale. Aujourd'hui, les médecins et étudiants peuvent pénétrer dans l'hôpital du Midi, à la condition de justifier, d'une façon ou d'une autre, qu'ils appartiennent au corps médical. La carte d'étudiant est la meilleure pièce justificative. — Les *visites* et les consultations ont lieu tous les jours à neuf heures. — Les *cliniques* sont faites : l'une, le jeudi à 10 heures par M. Mauriac ; l'autre, le dimanche, à 9 h. 30, par M. Horteloup.

M. MAURIAC, après avoir disserté sur plusieurs malades installés dans son service, termine régulièrement sa leçon par quelques considérations relatives au traitement des maladies vénériennes.

M. HORTELOUP traite un chapitre spécial des maladies vénériennes. Cette année il a choisi la blennorrhagie. Après chaque leçon, M. Horteloup soumet à ses auditeurs quelques préparations microscopiques ayant trait au sujet exposé. En outre, il possède un musée fort intéressant où se trouvent les moulages des cas les plus curieux de l'hôpital. Ce musée, qui prend tous les jours un accroissement légitime, est éminemment pratique, car il permet non-seulement d'étudier les formes des maladies vénériennes les plus bizarres, mais aussi de contrôler les salutaires effets de la thérapeutique.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Prix à décerner en 1879. — Programme. — La justice demande souvent au médecin expert, non-seulement si les taches qu'elle soumet à son examen sont des taches de sang, mais encore si ce sang provient d'un homme ou d'un autre mammifère. La difficulté d'une pareille détermination amène souvent des débats contradictoires entre les experts, quelques-uns soutenant qu'elle ne peut être faite. Enfin, une discussion qui a eu lieu, l'année dernière, à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux (voir *Mémoires* et *Bulletins*, année 1875) a prouvé que de nouvelles observations sont nécessaires pour établir si les globules du sang du fœtus diffèrent ou non en volume de ceux de l'adulte, question très-importante pour la physiologie et surtout pour la médecine légale. Aussi la Société, voulant fixer la science sur ces divers points, a décidé qu'elle mettrait au concours la question suivante :

Etude microscopique du sang humain, frais et sec, du fœtus et de l'adulte, comparativement à celle du sang des autres mammifères, au point de vue médico-légal.

Le prix, d'une valeur de 1,000 fr., sera décerné à la fin de l'année 1879. Les mémoires, écrits très-lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés, *francs de port*, à M. DOUAUD, secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1879, limite de rigueur. Les Membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque Mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Prix Fauré à décerner en 1879. — Les variations dans la consommation de la viande se lient intimement avec le mouvement de la population. A une augmentation dans la viande consommée correspond un accroissement de la population ; une diminution dans le régime animal est suivie d'une décroissance de la population. En France, la consommation de la viande, dans la classe peu aisée des villes et surtout dans les campagnes, est insuffisante pour satisfaire à une bonne alimentation, aussi la population ne s'accroît qu'avec une lenteur inquiétante.

Le prix élevé de la viande, l'insuffisance de sa production, surtout dans certains départements, sont les causes de cette consommation restreinte qu'on cherche à combattre depuis des années par la préparation ou l'importation de viandes conservées. Mais quelle est la valeur nutritive de ces viandes salées, séchées, fumées, pressées, conservées dans le vide, par le froid, etc., etc ? Le prix auquel on les livre doit-il en favoriser la consommation, eu égard à leur pouvoir alimentaire ? Les animaux qui les fournissent sont souvent, surtout à la Plata, amaigris, surmenés, malsains ; cela ne peut-il offrir de dangers ? Les travaux de MM. Girardin, Caneaux et Thorel, de Rouen (1855), ont déjà démontré que la salaison diminue la valeur nutritive des viandes qui abandonnent à la saumure le tiers et même la moitié

de leurs principes nutritifs, tant salins qu'organiques. Quelle est l'influence, sur cette valeur nutritive, des autres modes de préparation? La Société, désireuse de voir élucider ces questions, met au concours le sujet suivant: *Etudier les avantages et les inconvénients de l'alimentation de la classe peu aisée, par les diverses viandes conservées, tant françaises qu'étrangères.*

Le prix, d'une valeur de 600 francs, sera décerné à la fin de l'année 1878. Les Mémoires, écrits très-lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés, *francs de port*, à M. DOUAUD, secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1878, limite de rigueur. Les Membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque Mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

LES HOPITAUX MARITIMES. — Le Ministère de l'Intérieur s'occupe en ce moment d'un projet de création de stations hospitalières, sur les bords de la Méditerranée, dans lesquelles pourraient être envoyés, aux frais des communes, les indigents atteints de phthisie, et dont la maladie n'est pas encore arrivée à la période où elle est incurable. Plusieurs villes importantes auxquelles le ministre a demandé de concourir à la dépense s'y sont montrées disposées. Mais il reste à obtenir la participation de l'établissement le plus intéressé, l'assistance publique de Paris. On sait que le nombre des phthisiques indigents à Paris est très-considérable.

Jusqu'à présent l'assistance publique s'est refusée à étudier tout projet d'hôpital spécial pour les phthisiques. Elle fait valoir cet argument que son objet essentiel est de secourir les pauvres et de soigner les maladies aiguës; mais que ses ressources seraient rapidement absorbées si elle prenait à sa charge le traitement des maladies chroniques d'une aussi longue durée que la phthisie.

Ces dispositions défavorables ont engagé plusieurs conseillers municipaux, parmi lesquels nous citerons, MM. Bourneville et Germer-Baillière, à soumettre à leurs collègues un vœu pour la création d'hospices maritimes aux frais de la ville de Paris. Le Conseil municipal aura à discuter prochainement cette proposition et si elle est adoptée, elle exercera sans doute une certaine influence sur les résolutions de l'assistance publique. — (*Gazette des hôpitaux*).

Enseignement médical libre.

Clinique médicale. — M. le Dr BUCQUOY, médecin de l'hôpital Cochin, commencera ses leçons le mardi 6 mars, à 9 heures 1/2, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine.

Petite correspondance.

Monsieur le rédacteur, permettez-moi de vous communiquer l'annonce ci-jointe :

LES PERSONNES désireuses d'obtenir sans déplacement les titres de *docteur* ou *bachelier* en médecine, sciences, lettres, théologie, philosophie ou arts, peuvent s'adresser à MEDICUS, 46, rue du Roi, à Jersey (Angleterre).

Et on s'étonne qu'on demande quelques garanties aux médecins de Facultés étrangères ! Que dites-vous du « sans déplacement » est-ce assez réussi ?

Recevez, etc.,

Un de vos abonnés.

JOURNAL SATIRIQUE. — *La Grenouille*, journal hebdomadaire illustré. — Sans vouloir se faire aussi gros que le bœuf, *La Grenouille* va paraître tous les jours, à dater du 17 février courant. Que tous ceux qui ont l'habitude de la manger l'achètent, le nombre de vos lecteurs sera grand ! mais elle se méfiera de la grue dont parle Lafontaine.

Si vous voulez bien lui faire l'honneur d'annoncer son apparition, qui sait si cette petite feuille, pas moins illustrée que satirique, ne deviendra pas grande. (*Dix centimes le numéro.*) — Recevez, Monsieur, nos remercîments, etc.

Le directeur, ARTHUR LÉVY. *Le rédacteur en chef*, LE GUILLOIS.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 1er mars 1877 on a déclaré 1,032 décès, soit 290 décès par mille habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 25 ; — rougeole, 13 ; — scarlatine, 4 ; — variole, 3 ; — croup, 32; — angine couenneuse, 32; — bronchite aiguë, 48; — pneumonie, 73; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 7; — choléra nostras, »; — dyssenterie, 1; — affections puerpérales, 5; — érysipèle, 5; — autres affections aigues, 274; — affections chroniques, 430, dont 183 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 49; — causes accidentelles, 31.

DONATION. — Un généreux concitoyen, M. Bruniol, vient de léguer par testament aux hospices civils de Lyon la somme de 100,000 fr. — (*Lyon médical*).

NOUVEAU JOURNAL. — On nous prie d'annoncer l'apparition du journal « *Les Ecoles* ». Ce journal paraîtra tous les samedis. S'adresser : 56, rue Monge.

LES CERTIFICATS DE VACCINE. — Il résulte, lisons-nous dans *le Temps*, d'une circulaire du Ministre de l'Agriculture et du Commerce, en date du 31 janvier, que les certificats de vaccine nécessaires pour l'admission des enfants mineurs dans les ateliers et fabriques pourront être rédigés sur papier non-timbré, à la condition de mentionner l'indigence des parents auxquels ils sont délivrés. — (*Lyon médical*).

TYPHUS. — L'Agence Havas annonce que le typhus sévit avec violence à Trébigne.

Librairie V. A. DELAHAYE et Ce, libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

NOTA. — Médecins et clients. Paris, 1877, 2e édition, in-12 de 180 pages. Prix : 2 francs.

HUBERT BOËNS. — La fièvre typhoïde et son traitement à l'usage des gens du monde. Bruxelles, imprim. Manceaux 1877, in-18 de 18 pages.

GOIZET (L.-H.). — Hygiène du vêtement. Etude sur les moyens d'éviter les maladies par le choix d'un vêtement. Paris, 1876, in-8 de 48 pages.

GERARD (J.). — Traité pratique de l'appareil génital de la femme avec une notice sur la stérilité et le moyen d'y remédier par la fécondation artificielle. Paris. 1877, in-8 de 396 pages. Prix, 5 fr.

BAUZON (J.). — Du sevrage. Paris, in-8, 2 fr.

MAUNANT (G.). — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie diagnostic et traitement. Paris 1877, in-8, 3 fr,

POYET (G.). — Des paralysies du larynx. Paris, 1877, in-8, 2 fr.

CHESNEL (F.). — Etude clinique sur le cancer latent de l'estomac. Paris 1877, in-8°, 2 fr. 50.

BEZ (J.). — De la contemporanéité des fièvres éruptives et de leur coexistence avec la fièvre typhoïde chez le même individu. Paris, 1877, in-8° 5 fr.

Librairie GERMER BAILLIÈRE, 8, place de l'Odéon.

BIGOT (V.) — Les périodes raisonnantes de l'aliénation mentale. Paris, 1877, 1 vol. in-8 de 616 pages. Prix : 10 francs.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

ABEILLE. — Traitement des maladies chroniques de l'utérus. Guérison radicale des déviations, inflexions et déplacements jusqu'ici réputés incurables, par une nouvelle méthode exempte de tout danger. Paris, 1877, un vol. in-8 avec figures dans le texte, 10 fr.

BERTILLON. — *Natalité.* Extrait du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

THOMAS (L.). — De la médication ferro-sulfureuse contre le catharre, l'asthme, l'angine glanduleuse, les affections de la peau, les cachexies mercurielle et syphilitique, l'anémie, la chlorose; par un moyen nouveau, introduisant dans l'économie l'hydrogène sulfuré et par le fer à l'état naissant. Paris, 1877, imprim. Guérin, in-18 de 105 pages.

Chronique des Hôpitaux

Hotel-Dieu. — Service du professeur GERMAIN SÉE. Visite tous les jours à 8 h. 1/2. Clinique lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. — Salle Sainte-Jeanne (H.) : 1, 6, 26, affections mitrales ; 2, torticolis; 3, carcinôme gastrique ; 4, carcinôme péritonéal ; 5, 15, hémiplégie; 7, 31, 39, rhumatisme articulaire ; 8, 13, 29, 38 *bis*, pleurésie ; 9, rhumatisme musculaire; 10, paralysie générale ; 12, 23, 24, 41, phthisie ; 14, hémoptysie ; 16, adénie variqueuse; 18, 35 *bis*, affections cardiaques; 19, 20, dothiénentérie; 22, rhumatisme noueux; 25, 35, cachexie saturnine; 27, péritonite chronique ; 28, coliques saturnines ; 30, 40 *bis*, dyspepsie ; 32, ictère simple; 33, adénie; 34, 37, affections stomacales ; 38, pneumonie ; 40, hémorrhagie cérébrale. — Salle Sainte-Anne (F.) : 2, métrorrhagie ; 4, rhumatisme articulaire ; 6, 25, affections cardiaques ; 8, dothiénentérie ; 9, 12, 12 *bis*, 20, bronchite ; 10, érysipèle; 11, sclérose en plaques; 19 *bis*, angine diphthéritique; 21, ataxie locomotrice; 23, érythème noueux ; 24, 30, pelvi-péritonite; 26, kyste ovarique ; 28, myélite ; 29, constipation : 30 *bis*, lésion bulbaire.

Hôpital des cliniques. — Lundi et vendredi, clinique et opérations ; mardi, consultation et spéculum ; jeudi et samedi, consultation, examen des yeux et des oreilles. Salle des hommes : 16, atrophie de la jambe à la suite de traumatisme ; 19, luxation incomplète du radius; 27, kyste hydatique du foie ; 29, ostéite (humérus) ; 34, tumeur blanche du poignet. — Salle des femmes : 4, fistule vésico-vaginale ; 10, coxalgie ; 13, carie du maxillaire supérieur (bord alvéolaire) ; 15, phlegmon du bras. — Visite tous les jours à 9 heures du matin.

Hopital de la Pitié. — Service de M. DESNOS. Salle Ste-Geneviève : 12, angine ulcéreuse de nature scrofuleuse ; 16, phlegmon du ligament large; 29, pleurésie aiguë gauche ; 17, 27, rhumatisme articulaire aigu. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 38, pneumonie gauche; 49, ulcus rotundum ; 10, tuberculose aiguë ; 11, entérite tuberculeuse; 17, pleurésie droite tuberculeuse.

Service de M. DUMONTPALLIER. Visite à 8 h. 1/2. Conférences cliniques

lundi, mercredi et vendredi. — Salle Sainte-Eugénie (F.) : 2, rein flottant; 3, vomissements incoercibles; 31, albuminurie, anasarque; 27, insuffisance et rétrécissement mitrales. — Salle Saint-Raphaël (H.) : 2, anémie progressive grave, hémorrhoïdes ; 15, insuffisance et rétrécissement aortiques; 17, insuffisance mitrale; 25, ictère, syphilis viscérale ; 36, cirrhose, ascite ; 29, stomatite gangréneuse.

Service de M. Gallard. Visite à 9 h. Cliniques mardi et samedi. Salle Saint-Rosaire (F.) : 3, kyste du foie, poussée de péritonite ; 9, ovarite double ; 12, pleurésie ; 20, tumeur cérébrale,syphilis ; 34, bronchite capillaire. — Salle Saint-Alphonse (H.) : 3, affection cardiaque, double rétrécissement ; 13, 37, ataxie locomotrice ; 15, embarras gastrique purpura ; 21, rhumatisme art. aigu ; 27, cirrhose ; 34, gastrite alcoolique ; 39, ulcère simple.

Service de M. Gombault. Visite à 9 h. Salle Saint-Michel (H.) : 2, cirrhose hépatique ; 3, adénie; 16, alcoolisme chronique ; 21, rhumatisme subaigu diffus. — Salle Notre-Dame (F.) : 29, chorée hystérique ; 35, granulie aiguë.

Service de M. Verneuil. Visite à 8 h. 1/2. Clinique et opérations lundi, mercredi, vendredi. — Salle Saint-Augustin (F.) : 3, coxalgie suppurée ; 7, arthrite du genou; 15, calcul vésical; 19, chéloïde; 27, fibrome douloureux du sein ; 29,ostéite épiphysaire du tibia. — Salle Saint-Louis (H.) : 5, ostéite du calcanéum ; 6, cal douloureux ; 8, carcinôme mélanique ; 14, calculs vésicaux ; 25, épididymite ; 38, fistule à l'anus ; 47, épithélioma de la face; 52, tumeurs des orteils ; 60, fracture du péroné.

Hôpital du Midi. — Service de M. Simonnet. Visite à 9 h. 1re division, 1re salle : 21, blennorrhagie aiguë ; 30, chancre infectant au niveau de la rainure balano-préputiale, adénopathie inguinale gauche. — 2e Salle : 5, orchite droite et blennorrhagie ; 10, végétations multiples sur le gland et sur la muqueuse préputiale. — 3e Salle : 1, érosion chancreuse sous-préputiale, balano-posthite, adénopathie inguinale droite ; 19, chancres infectants sous-préputiaux, adénopathie bi-inguinale, syphilides papuleuses généralisées.— 4e Salle : 7, orchite double et blennorrhagie. — 5e Salle : 1, orchite gauche; 3, syphilides tuberculeuses du front.

Service de M. Horteloup. Visite à 9 h. Clinique le dimanche à 9 h. — 3e division, 9e salle : 1, perforation de la voûte palatine , 3, chancre syphilitique de la joue ; 13, chancres simples multiples ; 17, syphilides tuberculeuses ; 19, amygdalite syphilitique ; 23, paraphimosis ulcéré compliqué de végétations ; 10e salle : 7, sept chancres syphilitiques ; 14, syphilides papulo-crustacées ; 11e salle: 8, chancre érosif du prépuce ; 11, chancre syphilitique et chancre simple. — 12e salle : iritis syphilitique.

Hopital Cochin. — Service de M. Bucquoy. Salle Saint-Jean : 3, cirrhose, dilatation bronchique ; 10, maladie de Bright, 12, tuberculose aiguë ; 16, vomique pleuro-pulmonaire ; 17, insuffisance mitrale et tricuspide ; 18, pleuro-pneumonie rhumatismale ; 23, tuberculose pulmonaire, glossite et laryngite tuberculeuses. — Salle Saint-Philippe : 5, gastrite ulcéreuse ; 15, rhumatisme articulaire aigu, urticaire ; 20, insuffisance mitrale-tricuspide ; 1, tumeur cérébrale. — Salle Sainte-Marie : 2, pérityphlite ; 6, myocardite rhumatismale, érythème morginé ; 7, gangrène pulmonaire ; 1, néphrite catarrhale.

Service de M. Desprès. — Salle Cochin : 3, hématome de la jambe ; 4, fracture de jambe compliquée ; 7, fracture de la rotule ; 11, épithélioma de la langue ; 21, fracture du rocher, paralysie faciale ; 26, contusion chronique du talon. — Baraque 1 : 4 hémo-hydarthrose du genou ; 9, rein flottant ? — Baraque 2 : invagination intestinale ; 35, orchite chronique. — Baraque 3 : 7, testicule tuberculeux.

Hôpital Saint-Louis. — *Médecine :* M. Hillairet. Visite à 9 h. Consultation le mardi ; leçon au lit du malade le jeudi. Pavillon Gabrielle, 16, lèpre tuberculeuse. — Salle Henri IV: 13, eczéma de la face, fièvre palustre ; 3, séborrhée syphilitique ; 6, gomme scrofuleuse du voile du palais ; 30, eczéma lamelleux. — Salle Saint-Louis : 10, syphilide serpigineuse ; 16, mycosis fongoïde ; 75, sycosis.

Service de M. le Dr Lailler. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mercredi ; leçon au lit du malade le vendredi ; leçon sur les teignes le samedi ; lundi spéculum. — Salle Sainte Foy : 14, molluscum pendulum ; 18, lupus acnéique suivi d'un épithélioma. — Salle Saint-Mathieu : 28, psoriasis généralisé ; 32, tricophytie cutanée, sycosis parasitaire ; 42, zona.

Service de M. le Dr Guibout. — Visite à 8 h. 1/2 ; consultation le vendredi ; lundi spéculum et leçon clinique sur les maladies des femmes. — Salle Henri IV : 1, carie scrofuleuse ; 42 , herpétide exfoliatrice ; 53, pneumonie aiguë ; 73, cancer du foie. — Salle Saint-Charles : 43, eczéma avec séborrhée ; 52, vaginisme ; 62, syphilide maligne.

Service de M. le Dr Vidal. — Visite à 9 h.; consultation le jeudi ; leçon clinique le vendredi ; samedi spéculum. — Salle Saint-Ferdinand : accouchements. — Salle Saint-Jean, no 7 ; pachydermie tubéreuse ; 15, sclérodermie ; 20, zona ; 21, adénie ; 59, encéphalopathie saturnine ; 47, purpura hé-

morrhagique; 54, ecthyma cachectique; 61, 63, épithéliomas du nez; 64, eczéma rubrum; 76, pelade.

Service de M. le Dr Besnier. — Visite à 8 h. 1/2; consultation le lundi; mardi et samedi leçon et examen des malades; vendredi spéculum. — Salle Saint-Léon: 4, Pityriasis pilaris; 14, psoriasis dartreux; 54, scrofulides phlegmoneuses; 67, 68, lichen hypertrophique du membre inférieur. — Salle Saint Thomas: 45, syphilide papulo-pustuleuse; 56, mycosis fongoïde: 62, syphilide gommeuse cutanée; 75, épithélioma du nez.

Service de M. le Dr Fournier. Visite à 8 h. 1/2; consultation le samedi; cours supplémentaire des maladies syphilitiques, les mardi et vendredi, à 9 h. — Salle Saint-Thomas, 2, syphilis maligne; 7, syphilis cérébrale; 12, gomme musculaire; 35, glossite tertiaire; 39, gommes tendineuses; 41, 42, gommes scrofuleuses. — Salle Saint-Louis: 35, glossite tertiaire; 37, chancre du menton; 53, pseudo-éléphantiasis; 54, ataxie syphilitique.

Chirurgie. Service de M. le Dr Péan. Visite à 9 h.; consultations lundi, mercredi, vendredi; leçon et opérations le samedi; spéculum le mardi. — Salle Sainte-Marthe (F.): 55, fistule vésico-urèthro-vaginale. — Salle St-Augustin: 6, fracture compliquée; 8, plaie par arrachement; 80, arthrite blennorrhagique.

Service de M. le Dr Duplay. — Visite à 8 h. 1/2; consultation, mardi, jeudi et samedi; leçons et opérations le jeudi; examen des yeux et des oreilles le lundi, spéculum le vendredi. — Salle Sainte-Marthe: 68, rétrécissement syphilitique du larynx; trachéotomie préventive. — Salle Saint-Augustin: 13, plaie de la main; 27, fracture compliquée.

Vacances médicales. On demande un docteur médecin à Rozoy-en-Brie (Seine-et-Marne) chef-lieu de canton et communes environnantes. S'adresser pour les renseignements précis: à Paris, chez M. Adam, sénateur et conseiller général du canton de Rozay, 4, rue de Miromesnil, avant midi. — Chez M. Adam fils, rue Richelieu, 29 ou chez M. Guillot, 30, rue Cler, à 6 h. du soir: ces derniers tous deux conseillers municipaux de Rozay et délégués à cet effet par le Conseil municipal de Rozay et les communes environnantes

On demande un jeune docteur ou un étudiant, ayant subi son cinquième, pour remplacer pendant quelques mois un médecin aux environs de Mâcon (6 kilom.) dans un poste lucratif. S'adresser pour renseignements, à M. Théodore David, 17, rue Jacob.

On demande à la Varenne-Saint-Hilaire (Seine) à 10 kilom. de Paris, un docteur en médecine. Position assurée. Beau et riche pays, site admirable sur les bords de la Marne. S'adresser à la Varenne-Saint-Hilaire, rue Saint-Hilaire, 7, chez le pharmacien et à Paris, chez le Dr Penot, rue de l'Ancienne-Comédie, n° 12.

On demande: Un médecin à Jouy-en-Josas (Seine-et-Oise). — Un docteur à Fervaques (Calvados).

On demande à céder: Une clientèle de docteur à Ruelle (Charente). — Pour les renseignements s'adresser au secrétariat de l'Ecole de médecine, de 10 heures à 11 heures du matin et de 1 heure à 4 heures du soir.

On demande un médecin à Verneuil, chef-lieu de canton important du département de l'Eure. S'adresser aux bureaux du *Progrès*, de midi à à cinq heures.

Bon-Prime du *Progrès Médical*. Tout lecteur du *Progrès médical* qui enverra ce BON-PRIME avec 2 francs en timbres-poste, à M. Albert Collignon, 34, rue Richer, à Paris, recevra pendant 6 mois La Vie Littéraire, journal hebdomadaire, rédigé par un groupe d'écrivains républicains et libres-penseurs.

La Réforme économique, tome VI, 4e livraison. — Sommaire du numéro du 1er février 1877. — Les Garanties d'intérêts et l'achèvement du réseau français, par Henry Genevois. — L'enseignement professionnel: ce qu'il est, ce qu'il doit être (1er article), par Georges Lassez. — L'Algérie et les bureaux arabes. — Insurrection de 1871 (2e article). — L'industrie minière en Algérie, par L. R. — L'Humanité dans la guerre, par Léon Millot. — La Hollande considérée comme asile de la Liberté (1er article), par Gellion-Danglar. — *Chronique économique. — Bibliographie. — Bulletin économique. — Bulletin politique.*

Maladies du Système nerveux. Leçons faites à la Salpêtrière par M. le professeur Charcot, recueillies et publiées par Bourneville. 2e Edition. Vol. in-8 de 416 pages avec 25 figures dans le texte, 9 planches en chromo-lithographie et une eau-forte. Prix: 13 fr.

Le rédacteur-gérant: Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 10. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 10 MARS 1877.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. S. DUPLAY.**

Ostéo-périostite de la caisse du tympan. — Extension aux cellules mastoïdiennes et à la surface externe du temporal. — Diagnostic. — Pathogénie. — Complications. — Traitement. — Trépanation de l'apophyse mastoïde.

Leçon recueillie par E. MAROT, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Vous vous rappelez avoir vu, il y a un instant, dans la salle des hommes, un malade atteint d'une affection sérieuse de l'oreille droite. Cet homme, âgé de 35 ans, exerce la profession pénible de forgeron; le début de son mal remonte à cinq mois. A cette époque, il fut pris d'une douleur d'oreille assez vive, qui devint graduellement excessive et continuelle. Cette douleur, siégeant dans l'oreille droite, s'accompagnait de sifflements, de bourdonnements en même temps que l'acuité de l'ouïe diminuait du même côté.

La cause première de ces troubles fonctionnels reste chez lui assez obscure. Vous n'ignorez pas combien il est fréquent de voir l'inflammation du pharynx et des fosses nasales se propager par la trompe jusqu'à l'oreille moyenne et donner lieu à des accidents semblables à ceux-ci. Or, au début de la maladie, cet homme était en parfaite santé et ne présentait aucun signe d'angine ou de coryza. L'absence de douleur n'exclut pas l'existence de lésions, puisque les manifestations syphilitiques, si fréquentes à la gorge, restent indolentes. Mais le malade n'est pas syphilitique et ne présente du côté de la gorge aucune trace de lésions de cette nature. Nous en sommes, par suite, réduits à n'invoquer pour cause des accidents initiaux qu'un simple refroidissement qu'il est permis d'admettre, si l'on considère que notre malade travaille en plein air et reste constamment exposé aux intempéries.

Quoi qu'il en soit, cinq semaines après l'apparition de la douleur et des bourdonnements qui ne firent que se prononcer graduellement davantage, le malade fut pris de fièvre et de malaise général ; la douleur s'étendit de l'intérieur de l'oreille à la région rétro-auriculaire, il remarqua même un gonflement notable correspondant à toute la portion du temporal qui entoure le conduit auditif externe. Déjà, la fonction auditive était abolie de ce côté et les douleurs étaient devenues intolérables depuis quelques jours, lorsqu'il se fit une détente momentanée en même temps que s'établissait un écoulement de pus abondant et très-fétide par le conduit auditif : la rupture de la membrane du tympan venait de permettre l'évacuation du pus retenu dans la caisse. Le malade toléra sa position quelque temps encore, puis, il y a deux mois, inquiété par la persistance des douleurs et l'abondance de l'écoulement purulent, il prit le parti d'entrer à l'hôpital Saint-Antoine, où il fit un séjour de deux mois, pendant lequel il n'a obtenu qu'un soulagement relatif, d'un traitement dirigé contre l'écoulement seul, et consistant en injections d'eau tiède pratiquées avec une petite seringue en verre; il a quitté l'hôpital pour venir réclamer nos soins. Afin d'examiner complétement toutes les régions qui avoisinent l'oreille, nous avons fait raser le côté correspondant de la tête. Il devient facile de constater un gonflement considérable de toutes les régions péri-auriculaires; le pavillon de l'oreille, éloigné de ses attaches, paraît comme détaché de la tête : ce gonflement a son maximum sur l'écaille du temporal et sur la face externe de l'apophyse mastoïde. Vous avez pu constater que cette tuméfaction résiste au doigt partout d'une façon égale : nulle part, il n'existe de ramollissement ni de fluctuation. Cependant, au niveau de l'apophyse mastoïde, immédiatement en arrière du pavillon de l'oreille, la peau est déjà légèrement altérée : je vous y ai fait remarquer la rougeur et une vive sensibilité à la pression. J'appelle, dès maintenant, votre attention sur ce point d'élection du maximum de la douleur et de la pression ; vous pourrez en apprécier tout-à-l'heure, l'importance pour le diagnostic. Les douleurs spontanées présentent aussi des caractères particuliers que vous devez connaître : elles reviennent à intervalles irréguliers, comme les douleurs névralgiques, par accès qui durent une ou plusieurs heures, quelquefois toute la nuit; elles suivent exactement le trajet des branches temporales et auriculaires du nerf auriculo-temporal. Nous avons, à ce sujet, interrogé le malade avec insistance : il affirme bien nettement que ces douleurs, loin de siéger dans l'oreille, s'irradient vers la tempe d'un point commun toujours le même, situé en avant du conduit auditif externe : il est permis d'en conclure au caractère névralgique de ces douleurs spontanées. Là se bornent les renseignements fournis par l'examen des parties extérieures à l'oreille proprement dite.

L'examen direct à la lumière réfléchie n'est pas ici d'un grand secours, car il est rendu impossible par le gonflement des parties molles du conduit auditif externe. Si l'on introduit le spéculum autant que le permet ce gonflement, on trouve le conduit occupé par une grande quantité de pus de couleur verdâtre, épais et très-fétide dont la stagnation détermine l'excoriation de la peau qui tapisse l'orifice externe. Après avoir débarrassé le conduit de ce liquide qui empêche l'examen des parties profondes, on constate facilement, à une petite distance, la présence d'un autre obstacle, constitué par le gonflement de la peau qui tapisse la portion osseuse du conduit auditif externe. La tuméfaction inflammatoire est telle en ce point que les parois arrivent au contact, de sorte que la lumière du conduit n'est plus représentée que par une fente étroite limitée en avant par la paroi antéro-inférieure et en arrière par une saillie considérable de la paroi postéro-supérieure qui contribue surtout à intercepter le conduit. Il ne faut donc pas songer à explorer *de visu* l'état de l'oreille moyenne, mais l'examen des symptômes subjectifs et fonctionnels nous permettra d'y suppléer dans une certaine mesure.

Je vous ai déjà signalé, Messieurs, les bourdonnements et les sifflements qui incommodaient le malade au début, en même temps que l'affaiblissement de l'ouïe : ce dernier trouble fonctionnel présente plus de valeur que les autres et la détermination exacte de sa portée doit nous préoccuper maintenant. Le malade n'entend rien si l'on obture complétement l'oreille gauche : il n'entend pas la montre appliquée sur l'oreille droite, collée même sur le pavillon ou appuyée contre les os du crâne. Il n'en faudrait pas davantage à un observateur inattentif pour lui faire affirmer que l'appareil auditif est détruit de ce côté, mais les éléments d'un diagnostic sérieux doivent être recherchés à l'aide d'un autre procédé que je n'indiquerai ici que brièvement. Vous connaissez tous l'utilité de l'emploi du diapason appliqué sur les os du crâne ou de la face : ce mode d'exploration renseigne à coup sûr dans les cas où l'oreille moyenne, c'est-à-dire l'appareil de transmission est seul atteint. Dans cette expérience, notre malade entend mieux de l'oreille malade que de l'oreille saine : je n'insisterai pas sur la théorie de ce phénomène qui nous permet d'affirmer, dans ce cas particulier, l'intégrité du labyrinthe, c'est-à-dire de l'appareil de réception des ondes sonores. Ce dernier renseignement est précieux pour le pronostic.

Le point de départ des accidents est bien évidemment

une affection de l'oreille moyenne. De même que la photophobie excessive révèle, avant tout examen, chez certains enfants, l'existence d'une kératite, de même la persistance d'un écoulement purulent abondant, précédé des accidents que vous savez, ne peut appartenir qu'à l'otite moyenne suppurative.

Bien mieux, la marche suivie par ces accidents et leur longue durée, puisque le pus ne s'est évacué qu'au bout de six semaines, tandis que dans les cas ordinaires la perforation de la membrane du tympan et l'irruption du pus ne se font pas attendre plus de huit ou dix jours, cette lenteur semble indiquer une variété spéciale d'otite moyenne, l'*otite périostique*. Je vous rappellerai ici brièvement, Messieurs, que l'inflammation aiguë des parties molles de la caisse peut suivre deux modalités principales: dans la première et la plus habituelle, la marche est très-rapide: l'inflammation est limitée à la muqueuse tympanique et à celle de la trompe d'Eustache dont le calibre s'oblitère. Le muco-pus, sécrété dès le début, ne peut trouver d'issue, distend la membrane du tympan et en détermine la rupture: l'évacuation qui en résulte permet le plus souvent à la guérison de se faire avec plus ou moins de lenteur, les accidents se bornent là le plus souvent. Dans cette variété qui constitue le catarrhe purulent de la caisse, il n'est pas impossible d'observer une propagation secondaire de l'inflammation aux couches profondes, c'est-à-dire au périoste; mais, dans ces cas, il s'agit d'une complication. Au contraire, dans l'autre forme, plus grave, le mal est constitué dès le début ou très-rapidement au moins, par une périostite véritable avec ses conséquences. Il est à peine nécessaire de vous rappeler en vertu de quelle disposition anatomique se produisent ces accidents : vous n'ignorez pas que la muqueuse tympanique tapisse directement le périoste, comme fait d'ailleurs la peau dans la portion osseuse du conduit auditif. Ainsi, de part et d'autre de la membrane du tympan, l'inflammation, quand elle est trop violente, doit se propager très-rapidement au périoste, constituant ce que l'on a nommé l'*otite périostique* d'emblée, la plus grave des otites.

Vous reconnaîtrez à première vue, Messieurs, cette otite périostique, toutes les fois que vous rencontrerez le gonflement du fond du conduit auditif aussi prononcé, aussi résistant que vous venez de le voir chez le malade que nous étudions ; c'est un œdème dur qui, occupant toute la périphérie ou un point seulement de la paroi, détermine l'occlusion du canal. Dans ces conditions vous pouvez affirmer que la périostite de la caisse s'est propagée à la portion osseuse du conduit auditif externe, après déchirure de la membrane du tympan. Donc, dans le cas particulier, nous pouvons dire que notre malade est atteint d'une otite périostique, et nous pouvons ajouter d'une *ostéo périostite* de la caisse et du conduit auditif osseux, car il est à peu près certain que l'os sous-jacent est lui-même enflammé.

Il importe, Messieurs, que vous connaissiez toute la gravité d'une pareille affection, qui, par sa tendance à s'étendre en surface et en profondeur, expose à des accidents très-graves, mortels même. La complication la plus commune et la plus bénigne est évidemment l'extension de cette périostite à toute la surface extérieure du temporal, c'est-à-dire aux portions écailleuse et mastoïdienne. Cette affection secondaire, véritable ostéo-périostite externe par propagation, se reconnaît à divers signes et suit généralement la marche suivante: les régions que j'indiquais plus haut sont empâtées par un gros gonflement diffus au milieu duquel se prononce bientôt un ramollissement partiel, puis de la fluctuation ; un abcès s'ouvre ou est ouvert et l'on constate la dénudation de l'os ; tout se borne à ces accidents, la plaie bourgeonne et le malade guérit plus ou moins lentement. C'est là, je vous le disais, la plus bénigne des ostéo-périostites du temporal, mais on voit survenir des accidents bien autrement graves, lorsque la propagation s'est faite à l'intérieur de l'os et que l'inflammation envahit le revêtement périostique des cellules mastoïdiennes et les travées osseuses elles-mêmes. Dans les cas les plus graves, c'est-à-dire lorsque la propagation s'est faite au centre de l'os, de nombreux dangers surgissent, différents de nature, mais égaux en gravité. Le voisinage des méninges, du cerveau et du cervelet, la présence du sinus latéral, du golfe de la jugulaire interne, la proximité de la carotide interne, le passage du nerf facial dans l'aqueduc de Fallope, vous rendent parfaitement compte de la nature de ces accidents que nous ne ferons ici qu'énumérer. En premier lieu, par propagation, viennent la méningite de la base, les abcès du cerveau ou du cervelet, puis, par altération, la phlébite et l'infection purulente qui l'accompagne, les hémorrhagies par la carotide, et enfin la paralysie faciale.

La propagation de l'ostéo-périostite du conduit aux cellules mastoïdiennes n'exclut nullement celle qui peut marcher à la face superficielle de l'os : au contraire ces deux modes de propagation sont fréquemment associés; cependant, il est fréquent de voir la simple périostite externe confondue avec l'ostéo-périostite centrale ou mastoïdienne, et traitée par la trépanation, opération dangereuse en de certaines mains, inutile tout au moins dans ces cas ou une simple incision suffirait : je suis persuadé que bien des fois l'erreur et l'opération qu'elle entraine ont été commises dans ces circonstances. Cependant, Messieurs, le diagnostic, le plus souvent, du moins, est bien simple : la périostite externe du temporal s'accompagne d'un gonflement considérable de la région temporale et mastoïdienne, le sillon qui sépare le pavillon d'oreille du plan de ces régions a disparu complétement; il est conservé, au contraire, dans l'ostéo-périostite des cellules mastoïdiennes et la pression, à son niveau, ne détermine aucune douleur, tandis qu'il en existe une fort vive dans le premier cas. Je regrette donc de ne pouvoir vous faire vérifier cette distinction sur le malade que vous venez d'avoir sous les yeux : chez lui, les deux modes de propagation ont marché simultanément, et si l'ostéite des cellules mastoïdiennes est indubitable, en revanche le sillon auriculaire est effacé en partie, la pression y est douloureuse, et le gonflement énorme qui l'entoure ne permet pas de douter de la périostite externe : ce n'est pas un cas type. Cependant en y regardant de plus près, vous pourrez vous assurer de l'existence indépendante des deux ordres de manifestations : la périostite externe n'existe pas au niveau de l'apophyse mastoïde et le sillon est conservé entre elle et le pavillon de l'oreille : la douleur, en ce point, la rougeur de la peau et un certain défaut de résistance au doigt, sans fluctuation, révèlent l'ostéo-périostite profonde ; au contraire, à la partie supérieure, l'écaille du temporal est masquée par la périostite externe et le sillon qui sépare en haut le plan temporal du pavillon a complétement disparu. Appliquons au sujet de ce malade les données précédentes et nous porterons le diagnostic suivant : ostéo-périostite de la caisse du tympan avec périostite externe de l'écaille du temporal et propagation aux cellules mastoïdiennes. Cette extension de l'inflammation en surface et en profondeur, indiquant que le temporal est malade dans une grande étendue, doit être prise en considération sérieuse au point de vue du pronostic.

Celui-ci est, en effet, des plus graves et l'on doit s'entourer des réserves les plus formelles relativement à l'issue de la maladie, nous ne voyons en effet qu'une partie des lésions, tandis qu'il est à craindre qu'une propagation soit en train de se faire du côté de la base du crâne. Jusqu'ici rien n'annonce cette complication : notre malade n'a ni fièvre, ni frissons, ni vomissements : les étourdissements, les vertiges font absolument défaut : le facial est intact et aucune hémorrhagie ne s'est faite. Jusqu'à nouvel ordre tout est donc à redouter, mais rien n'est fait. Le pronostic fonctionnel, en ce qui regarde l'ouïe, n'est pas davantage désespéré : le diapason nous a donné la certitude de l'intégrité actuelle de l'oreille interne; or, Messieurs, il n'est pas rare de voir l'affection dont je parle, quand elle est convenablement traitée, disparaître et laisser revenir l'ouïe d'une façon tout à fait inattendue, de sorte que sans rien promettre à notre malade, nous pouvons espérer pour lui

le rétablissement au moins partiel de la fonction auditive.

Mais pour obtenir ces résultats et les rendre possibles, il importe de ne pas rester inactifs ; à cet égard, je puis vous affirmer que si, dès le début le malade avait subi un traitement sérieux, le mal n'eût pas fait les progrès déplorables que nous constatons aujourd'hui. Ce traitement, je veux vous l'indiquer en deux mots. Je suppose le diagnostic bien établi : il s'agit d'une périostite externe, ou d'une ostéo-périostite des cellules mastoïdiennes; dans le premier cas sur le point le plus douloureux et le plus saillant, même en l'absence de fluctuation, il faut pratiquer une incision longue de 3 ou 4 centimètres, allant jusqu'à l'os, c'est-à-dire divisant le périoste : cette conduite procure au malade une détente des accidents dans l'espace de vingt-quatre heures au plus. Dans le second cas, lorsque les cellules mastoïdiennes sont atteintes, l'incision seule est impuissante : il faut traverser un os sain, la coque de l'apophyse, et conduire le plus rapidement possible une couronne de trépan au centre de la masse spongieuse. Cette opération qui met au jour le foyer d'un abcès caché sous des tissus sains est certainement une des plus belles de la chirurgie : elle est suivie de la disparition rapide de tous les phénomènes inquiétants.

Mais le diagnostic n'est pas toujours aussi facilement établi : On rencontre plus d'une fois des cas obscurs où l'on ne peut décider si la périostite externe masque ou non l'ostéite des cellules : la conduite à tenir dans ces cas a été formulée par Wilde, un des premiers auristes qui aient écrit en connaissance de cause : selon le conseil de cet auteur, on doit dans ces cas procéder du simple au grave et agir d'abord contre la lésion évidente, la périostite externe. On pratique donc l'incision et l'on attend vingt-quatre heures; si les accidents persistent, on est en droit de croire à l'ostéite profonde, et d'utiliser l'incision de la veille pour l'application d'une couronne de trépan destinée à ouvrir l'apophyse mastoïde. Les résultats de l'opération, surtout dans les cas franchement aigus et rapidement graves, sont brillants et promptement salutaires.

Ici, nous sommes en présence d'une affection subaiguë, presque chronique, trop étendue pour céder rapidement : en supposant même que notre malade échappe à toute complication, nous devons nous attendre à n'obtenir qu'à la longue une amélioration marquée. La périostite de l'écaille du temporal est déjà ancienne, elle a produit un dépôt de couches osseuses de nouvelle formation, et l'incision ne peut évidemment rien contre elle : nous n'agirons donc pas de ce côté. Mais l'ouverture large des cellules mastoïdiennes, nous paraît absolument indiquée. Dans ce cas, nous ne nous proposons pas d'ouvrir simplement un abcès des cellules mastoïdiennes, mais de favoriser la guérison de l'ostéite, en facilitant l'écoulement du pus, en permettant les lavages de l'oreille moyenne, et en favorisant peut-être à un moment donné la sortie ou l'extraction de séquestres, car il est vraisemblable, que les travées osseuses des cellules mastoïdiennes sont dès maintenant atteintes de carie ou de nécrose.

L'opération sera très-simple ici en raison de la friabilité de l'os ; dans les cas aigus, au contraire, quand le revêtement de tissu compacte qui limite l'apophyse mastoïde est sain encore, c'est une véritable trépanation que l'on pratique, pour laquelle on doit se servir d'un trépan approprié. Je rejette d'une façon absolue les poinçons triangulaires et acérés dont quelques-uns se servent : ils sont presque inutiles et certainement dangereux. En effet, le siége et la direction de l'orifice à créer, sa profondeur, ne sont point indifférents. L'opération avec le trépan est des plus simples : on pratique d'abord une incision sur la face externe de l'apophyse mastoïde, à un centimètre en arrière du point d'insertion du conduit auditif cartilagineux on rejette de part et d'autre le périoste décollé et l'on applique la couronne du trépan sur le point précis d'intersection de la ligne verticale de l'incision et d'une ligne horizontale rasant en avant la partie supérieure du conduit auditif. La direction à donner à l'instrument ne doit pas être moins rigoureusement calculée ; conduit trop en arrière, le perforateur pénètre dans le sinus latéral : cet accident est arrivé à plusieurs opérateurs et l'un d'eux n'a pas hésité à le déclarer à la Société de chirurgie : (d'autres peut-être auraient eu la même communication à faire et s'en sont dispensés). Cette direction, est exactement parallèle à celle du conduit auditif externe, c'est-à-dire oblique en avant et en dedans.

Lorsque l'ouverture sera faite, nous y engagerons un petit tube en caoutchouc destiné à maintenir l'ouverture et à pratiquer des lavages. La mise à jour de travées osseuses cariées, les injections rétrogrades qui de l'oreille moyenne chasseront le pus à l'extérieur par le conduit auditif, préviendront l'accumulation du pus et, tout en favorisant la résolution, mettront le malade en mesure de fournir à la réparation, toujours lente, des lésions de l'ostéopériostite.

Opération.— *L'incision permet de dénuder la face externe de l'apophyse qui est à peu près saine : on applique une couronne de trépan qui, après une légère résistance, s'enfonce dans une masse friable. L'écoulement sanguin qui en résulte masque la présence du pus que l'on constate cependant, bien qu'il y en ait peu. Un drain est engagé dans l'ouverture et l'injection qu'il transmet à la cavité mastoïdienne repasse largement par le méat auditif en chassant le pus devant elle.*

Nota. — (Deux mois après l'opération). Le malade a traversé une série d'accidents graves. — Des phénomènes locaux et généraux ont pu faire craindre une encéphalite chronique, puis un abcès volumineux s'est développé dans la gaine du sterno-mastoïdien du même côté. — Après l'ouverture de cet abcès, situé très-profondément au-dessous du muscle, les phénomènes locaux et généraux se sont rapidement amendés, les douleurs de tête, la fièvre ont disparu, l'appétit est revenu et aujourd'hui le malade est dans un état relativement satisfaisant. Toutefois le pronostic reste toujours, comme nous l'avions indiqué précédemment, extrêmement alarmant pour l'avenir.

MALADIES DES YEUX

École pratique. — Cours de M. le Dr **E. LANDOLT.**

Du diagnostic des maladies des yeux.

IXe leçon. — **Influence de l'âge sur l'Amplitude d'accommodation ; — de la Presbyopie.**

Leçon recueillie par A. Charpentier.

Messieurs,

Nous avons dit que l'accommodation dépend d'une part de la contraction du muscle ciliaire, d'autre part de l'élasticité du cristallin.

Avec l'âge le muscle ciliaire perd de sa contractilité et le cristallin de son élasticité.

Ces deux facteurs, la faiblesse du muscle ciliaire et la rigidité croissante du cristallin, ont nécessairement une influence fâcheuse sur l'accommodation.

Ce qu'il y a d'étrange dans cette diminution de la force accommodatrice, c'est qu'elle n'attend pas, pour se produire, la décrépitude pour ainsi dire physiologique du corps humain, qui constitue la vieillesse, mais qu'elle commence déjà à un âge où les autres facultés du corps vont encore en se développant. C'est déjà à partir de l'âge de dix ans que l'accommodation commence à s'affaiblir, que l'amplitude d'accommodation diminue.

Donders, qui a découvert ce fait et qui en a établi les lois a donné un *schéma* qui représente l'*amplitude de l'accommodation aux différentes périodes de la vie* (Fig. 16).

Les chiffres placés sur le haut de la figure indiquent l'âge, ceux du côté gauche des dioptries.

La courbe *rr* correspond à la réfraction de l'œil à l'état de repos, c'est-à-dire à son *minimum* de réfraction.

Elle ne change pas, comme on le voit, jusqu'à l'âge de

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876; no 6 de 1877.

cinquante ans, mais à partir de cette époque, elle diminue : l'emmétrope devient hypermétrope, l'hypermétrope voit augmenter son hypermétropie, le myope perd de sa myopie et qui peut même, suivant son degré, devenir emmétrope ou hypermétrope.

La courbe, *pp*, indique la réfraction *positive* de l'œil, c'est-à-dire la force réfringente dont dispose l'œil pour s'adapter à des points situés en deçà de l'infini. Elle diminue graduellement et devient même, à partir de l'âge de 65 ans, plus faible que n'était, pendant les années précédentes, la réfraction de l'œil dépourvu d'accommodation. Malgré cela, il y a encore de l'accommodation aussi longtemps que les deux courbures restent séparées l'une de l'autre. Elle ne cesse qu'à l'âge de 75 ans où les deux courbes se confondent.

L'*amplitude d'accommodation* est évidemment représentée pour chaque âge par le nombre de dioptries com-

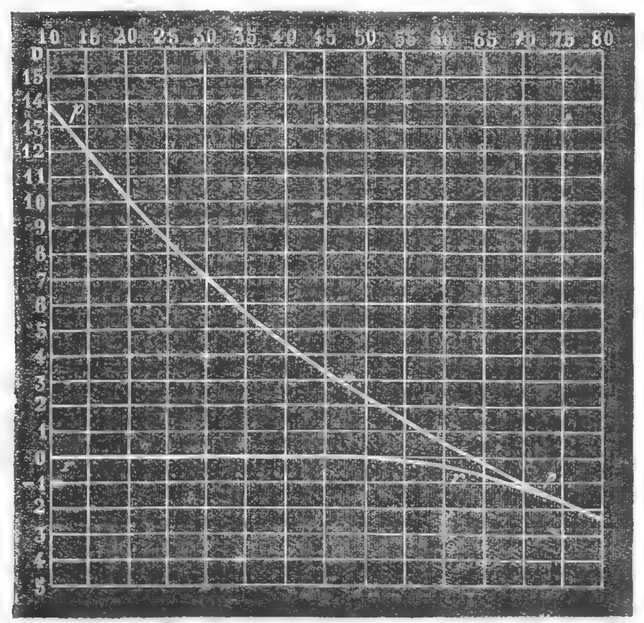


Fig. 16.

pris entre les deux courbes, sur la ligne verticale correspondant à l'âge. De cette façon, nous obtenons pour l'amplitude d'accommodation le tableau suivant :

TABLEAU I.

Age.	Amplitude d'accommodation en dioptries. a.
10	14.
15	12.
20	10.
25	8.5
30	7.
35	5.5
40	4.5
45	3.5
50	2.5
55	1.75
60	1.
65	0.75
70	0.25
75	0.00

L'amplitude d'accommodation est absolument la même pour l'amétropie que pour l'emmétropie, et les chiffres de notre série s'appliquent indifféremment à toutes les formes et à tous les degrés d'amétropie. L'amplitude d'accommodation, a, est pour tous la même. Mais p, la force réfringente positive de l'œil, n'est pas la même. Celle-ci est évidemment égale à la somme de la réfraction que présente l'œil à l'état de repos (r) et de celle qu'il peut s'ajouter à l'aide de son amplitude d'accommodation.

$$p = r + a.$$

Ce n'est que pour l'*emmétrope* que la force réfringente positive de l'œil est égale à l'amplitude d'accommodation ($p = a$) et cela seulement aussi longtemps que r est $= o$.

Dans l'*hypermétropie*, où r est négatif, p devient

$$p = a - r,$$

parce qu'une partie de l'amplitude d'accommodation sert à corriger l'hypermétropie.

Pour le *myope*, au contraire, r est *positif*, parce qu'à l'état de repos déjà il *représente* une quantité de réfraction positive ; la totalité de cette dernière devient donc dans ce cas $p = a + r$.

La distance du punctum proximum de l'œil est égale à la *distance focale de la totalité de la force réfringente positive* (p.).

Il s'ensuit que, malgré l'égalité de l'amplitude d'accommodation, le punctum proximum n'est pas situé à la même distance de l'œil dans les différents états de réfraction. Avec une amplitude d'accommodation égale, le punctum proximum est toujours plus éloigné pour un hypermétrope que pour un emmétrope et pour un emmétrope que pour un myope.

La distance du punctum proximum correspond pour l'emmétrope à la distance focale de la lentille qui représente son amplitude d'accommodation, pour les raisons que nous venons d'exposer.

Voici donc cette distance à différents âges dans l'emmétropie :

TABLEAU II.

Années.	Amplitude d'acc.	Distance du punctum proximum.
10	14. D	7. cm
15	12. »	8. »
20	10. »	10. »
25	8.5 »	11.7 »
30	7. »	14. »
35	5.5 »	18. »
40	4.5 »	22. »
45	3.5 »	28.6 »
50	2.5 »	40.5 »

A 55 ans l'emmétrope commence à devenir hypermétrope et quand même à 60 ans il dispose encore d'une dioptrie d'accommodation, son punctum proximum n'est pas situé à 100 cm parce qu'une partie de son accommodation lui sert pour corriger son hypermétropie acquise qui est égale à une 1/2 dioptrie. Avec cela son punctum proximum est seulement arrivé à l'infini. Il ne lui reste donc qu'une demi dioptrie pour ramener le punctum proximum de l'infini à une distance définie et celui-ci se trouve donc à $\frac{100}{0,5} = 200$ cm de l'œil.

Pour trouver la position du punctum proximum des amétropes, on n'a qu'à déterminer le p suivant les règles que nous venons d'indiquer, et sa distance focale donnera encore la distance du punctum proximum. Je veux dire que pour trouver la force réfringente positive des hypermétropes, il faut diminuer le p des emmétropes du nombre de dioptries qui représente l'hypermétropie, tandis qu'il faut y ajouter les dioptries qui constituent l'excès de réfraction des myopes.

Prenons un exemple : où se trouve le punctum proximum d'un hypermétrope de 3 dioptries à l'âge de 30 ans? Le p de l'emmétrope à cet âge est selon le diagramme (*Fig.* 16) et selon notre tableau I = 7 D. Diminuons le de 3 D et le p de notre hypermétrope sera

$$7 - 3 = 4,$$

dont la distance focale = 25cm. Voilà la distance cherchée. En effet l'amplitude d'accommodation de l'hypermétrope de 30 ans est la même, 7 D, que celle de l'emmétrope.

Seulement le premier en emploie 3 pour neutraliser son défaut de réfraction. Il ne lui reste donc que 4 D de réfraction positive.

Mais quelle est la distance du punctum proximum d'un myope de deux dioptries, au même âge de 30 ans ?

Ce degré de myopie représente déjà une quantité de réfraction positive de 2 D ; à celle-ci viennent s'ajouter encore les 7 D d'amplitude d'accommodation qui correspondent à l'âge de 30 ans, soit $2 + 7 = 9$ D, ce qui donne $\frac{100}{9} = 11$ cm pour la distance du punctum proximum ; ou selon notre règle : p de l'emmétrope étant $= 7$, celui du myope de 2 D est $= 7 + 2 = 9$ D, dont la distance focale $= 11^{cm}$.

La marche du punctum proximun est si régulière, qu'on pourrait, grâce à elle, déterminer l'âge avec assez de précision (en tenant compte de l'état de réfraction de l'œil).

Presbyopie.

En s'éloignant de plus en plus de l'œil, le punctum proximum doit nécessairement finir par dépasser la distance à laquelle on est habitué à lire et à écrire : Cette distance est environ 22 à 24^{cm}. Dès que le punctum proximum a dépassé cette limite, nous sommes évidemment gênés dans nos occupations ; nous devons nous accoutumer à une nouvelle distance, plus grande, ce qui est toujours plus ou moins compliqué. Même à une époque, où l'effort total de notre accommodation suffirait encore pour ramener le punctum proximum à la distance habituelle, mais non en deçà d'elle, le travail à cette distance devient très-fatigant, parce qu'il s'effectue à l'aide de la contraction maxima du muscle ciliaire.

L'état de l'œil où le punctum proximum dépasse la distance habituelle de la vision a évidemment son importance dans la pratique. C'est pour cela que Donders a donné à l'état de l'œil où le punctum proximum a dépassé 22^{cm} un nom spécial : *Presbyopie* (de πρεσбυς), *Presbyopie* parce que cette faiblesse de la vision est une conséquence de l'âge.

Vous voyez, Messieurs, que la définition de la presbyopie ne répond pas, comme les termes de myopie et d'hypermétropie, à un état nettement défini. La distance de 22^{cm} qu'on a choisie pour point de départ de la presbyopie est évidemment plus ou moins arbitraire. On aurait pu choisir tout aussi bien 20 ou 30^{cm}, ou une autre distance. Car un homme qui est habitué à lire à 30^{cm} n'est pas encore gêné par son défaut d'accommodation ; il ne sent pas encore l'influence de l'âge, la presbyopie, quand son punctum proximum se trouve à 22 ou 24^{cm}, tandis qu'un autre qui rapproche davantage les objets à observer, qui travaille par exemple à 18^{cm}, arrive plus tôt à l'état de presbyopie, toutes choses égales du côté de la réfraction.

De plus, même en supposant que tout le monde se serve de préférence de la distance de 22^{cm}, pour ces menus travaux, il est évident que tout le monde ne deviendrait pas presbyte au même âge, parce que la presbyopie dépend de la position du punctum proximum, et que, comme nous venons de l'exposer, malgré l'égalité de l'amplitude d'accommodation, celle-ci varie, suivant l'état de réfraction de l'individu.

Mais enfin le terme de presbyopie est accepté et la pratique paraît s'en trouver bien. Nous ne ferons donc pas d'objection et nous examinerons ce que c'est que la presbyopie dans les différentes formes et les différents degrés d'amétropie et quels moyens nous avons pour la découvrir et la corriger.

Nous disions que la presbyopie est caractérisée par ce fait que le punctum proximum a dépassé 22^{cm}. Pour voir à cette distance il faut évidemment $\frac{100}{22} = 4{,}5$ de force réfringente positive (p). Or, si l'œil ne voit plus à cette distance, c'est-à-dire lorsqu'il ne dispose plus de 4,5 D de réfraction positive, il faut évidemment augmenter sa réfraction à l'aide d'une lentille convexe, jusqu'à ce que p soit devenu $= 4{,}5$ D. Cette lentille sera donc la mesure du degré de la presbyopie. Nous pouvons donc compléter notre définition en disant que : *la presbyopie trouve son expression dans le nombre de dioptries qu'il faut ajouter à l'œil pour lui procurer une force réfringente positive de 4,5 D.*

Jetez un regard sur le schéma de Donders, ou sur notre colonne n° I, et vous verrez, que c'est à l'âge de 40 ans que l'œil emmétrope ne dispose plus que de 4,5 D et ne voit par conséquent plus en deçà de 22^{cm}. C'est donc à partir de cet âge que commence pour lui la presbyopie.

La presbyopie est, pour l'emmétrope, égale à la différence entre le nombre de dioptries qui représente sa force réfringente positive p et 4,5 D. C'est en même temps le numéro du verre de lunettes qu'il faut donner à l'emmétrope pour corriger sa presbyopie.

Nous obtenons donc, pour la presbyopie de l'œil emmétrope, le tableau suivant :

TABLEAU III.

Age.	p.	Presbyopie.	
40	4.5	4.5 — 4.5 = 0.	D.
45	3.5	4.5 — 3.5 = 1.	»
50	2.5	4.5 — 2.5 = 2.	»
55	1.5	4.5 — 1.5 = 3.	»
60	0.5	4.5 — 0.5 = 4.	»
65	0.	4.5 — 0. = 4.5	»
70	1.	4.5 + 1. = 5.5	»
75	1.5	4.5 + 1.5 = 6.	»
80	2.5	4.5 + 2.5 = 7.	»

p devient négatif à partir de l'âge de 65 ans parce que la courbe p dépasse la ligne o du schéma. C'est pour cela qu'il faut *ajouter* ce nombre à 4,5 pour obtenir le degré de la presbyopie.

Nulle à l'âge de 40 ans, la presbyopie augmente donc d'une dioptrie tous les cinq ans, jusqu'à l'âge de soixante ans. A partir de cette époque, elle augmente, tantôt d'une, tantôt d'une demi dioptrie dans le même temps.

Prenons, par exemple, un *emmétrope* de cinquante-cinq ans qui se plaint de l'insuffisance de sa vue. Quel numéro de lunettes lui donnerons-nous ? — Il a dépassé de quinze ans l'époque où commence la presbyopie, cela fait 3×5, et puisqu'il faut 1 D tous les cinq ans jusqu'à soixante ans, nous lui donnerons le numéro 3.

Un emmétrope qui lit jusqu'à 22^{cm} à l'aide du numéro 2 a cinquante ans puisque les deux dioptries dont il a besoin pour se donner une réfraction positive de 4,5 D indiquent qu'il a dépassé de $2 \times 5 = 10$ ans l'âge de 40 ans où commence la presbyopie.

Au-delà de 60 ans, ce calcul ne peut plus être employé, et il faut se rapporter alors au tableau III. Ainsi, la presbyopie d'un emmétrope octogénaire ne sera pas de 8 D, mais seulement de 7.

Pour les *amétropes* la presbyopie se calcule exactement de la même façon dès qu'on a corrigé l'amétropie, et le nombre de dioptries qu'il a fallu pour corriger l'amétropie, c'est-à-dire pour la changer en emmétropie, vient évidemment s'ajouter à celui qui corrige la presbyopie de l'emmétrope.

Prenons un *hypermétrope* de 2 D ; quel numéro demande-t-il à l'âge de soixante ans pour voir à 22^{cm} ? Il lui faut d'abord 2 D pour corriger son hypermétropre et de plus 4 D parce qu'il a dépassé de 4×5 ans l'âge où commence la presbyopie, ce qui fait en somme 6 D.

Quel âge donnerez-vous à un hypermétrope de 3 D qui porte le numéro 9 pour voir nettement à 22^{cm} ? Retranchons d'abord les 3 D qui corrigent l'hypermétropie. Il nous reste 6 et le tableau III nous indique que 6 D de presbyopie correspondent à l'âge de soixante-quinze ans.

Mais s'il se présente un *myope* de 3 D, âgé de soixante-cinq ans, comment procéderons-nous pour lui indiquer rapidement un numéro de lunettes pour lire et écrire le soir ? Nous nous disons : S'il était emmétrope il lui faudrait 4,5 D, mais il est myope, et pour se rendre emmétrope il a be-

soin d'un verre concave de 3 D. Ces 3 D négatives combinées avec les 4,5 positives donnent 4,5 — 3 = 1,5 D.

Vous voyez que, tandis que l'hypermétrope a toujours besoin de lunettes plus fortes que l'emmétrope pour corriger sa presbyopie, le myope demande des lunettes d'autant moins fortes que le degré de sa myopie est plus élevé.

En effet, prenons un myope de 4,5 D. Il ne deviendra pour ainsi dire jamais presbyte, parce que, même dépourvu d'accommodation, il dispose d'une force réfringente positive de 4,5 D : En d'autres termes, parce que son punctum remotum, auquel il est adapté à l'état de repos, est situé à 22cm. Il n'a donc pas à craindre la presbyopie, au moins pas avant soixante-cinq ans, âge où la force réfringente diminue et où l'accommodation ne suffit plus pour la rendre aussi forte qu'elle était avant. (Voir le diagramme : *r* a dépassé la ligne *o*, et *p* ne l'atteint plus).

Les personnes dont la myopie est plus forte que 4,5 D ont même besoin de verres concaves pour voir à 22cm, parce que même à l'état de repos elles sont adaptées à moins de 22cm et, puisqu'il n'y a pas d'accommodation négative, il leur faut des lentilles négatives pour voir à 22cm; en d'autres termes, leur réfraction étant toujours plus de 4,5 D, il faut toujours la diminuer pour la rendre = 4,5 D.

Un myope de 10 D aura besoin d'une lentille concave de 4,5 — 10 = —5,5 D pour s'adapter à 22cm jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans, quels que soient son âge et son amplitude d'accommodation. Sans accommodation, en effet, il est adapté à 10cm, et ce n'est qu'à partir de soixante-cinq ans, âge où le punctum remotum s'éloigne considérablement de l'œil, qu'il aura besoin de lentilles concaves moins fortes ; mais au moins jamais ne lui faudra-t-il de lunettes convexes.

Je ne veux pas augmenter les exemples, Messieurs, et cela d'autant moins qu'en pratique il vaut beaucoup mieux déterminer directement le numéro des lunettes qui conviennent au presbyte pour voir à la distance habituelle de son travail, que de se limiter à la détermination théorique. Vous rencontrerez en effet souvent des personnes qui se contentent de lunettes plus faibles que celles qui correspondent à la définition de la presbyopie et au diagramme de Donders. C'est parce que tout le monde ne travaille pas à 22cm.

Les considérations précédentes ont néanmoins leur importance pratique, parce qu'elles nous donnent des notions approximatives sur le choix des verres de lunettes, sur l'âge et surtout sur l'amplitude d'accommodation du malade. Ainsi, si vous trouvez un individu qui porte des lunettes plus fortes que ne le demandent sa réfraction et son âge, vous serez en droit de supposer un défaut d'accommodation que vous constaterez alors directement de la façon indiquée dans la dernière conférence.

Ne pensez pas, Messieurs, que nous nous soyons étendus trop longuement sur l'accommodation et la presbyobie. N'oubliez pas l'immense importance de la vision rapprochée dans nos pays civilisés. Ne croyez pas non plus qu'il suffise en somme de choisir ou de faire choisir au client les lunettes convexes qui lui conviennent le mieux pour voir de près, en vous disant : S'il les prend trop faibles, il les changera bientôt, s'il les prend trop fortes, elles n'en reposeront que mieux son accommodation. Non, Messieurs, il y a un intérêt réel et éminemment pratique à se rendre compte exactement de l'amplitude d'accommodation du malade.

L'amplitude d'accommodation, en effet, est pour ainsi dire le dynamomètre (la mesure de la force) du muscle ciliaire et celle-ci, à son tour, est l'indicateur le plus précis du fonctionnement de la troisième paire des nerfs crâniens qui est préposée en partie au muscle ciliaire. Un défaut dans l'amplitude d'accommodation devient ainsi très-souvent le symptôme le plus précieux et le plus sûr d'une paralysie diphthéritique, rhumatismale, syphilitique ou d'une affection cérébrale dont le début nous aurait échappé sans la détermination de la force accommodatrice.

(A suivre.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Les nourrissons.

Nos lecteurs se souviennent peut-être qu'au commencement de 1875, l'Assemblée nationale, préoccupée d'assurer avant de mourir des intérêts plus chers à son cœur, répondit distraitement à ceux qu'inquiétait le ralentissement marqué de l'accroissement de notre population, par une loi sur l'industrie nourricière. Nous avons dit à cette époque (1) ce qu'était cette loi et montré qu'elle se réduisait à un appel aux lumières et à la surveillance de l'administration, sur laquelle on se débarrassait du soin de trouver les moyens pratiques de restreindre la mortalité effrayante des enfants nouveau-nés envoyés en nourrice par leurs parents ou par l'assistance publique. Un peu plus tard, le Conseil municipal de Paris était à son tour saisi de la question pratique par la présentation de divers projets dûs à l'initiative de plusieurs médecins; l'examen de ces projets fut renvoyé à la 4e Commission chargée de « présenter, le plus promptement possible, un rapport sur la suite qu'il y aurait à leur donner au point de vue des voies et moyens d'exécution. » Le rapport de la Commission, rédigé par le Dr Thulié, et le règlement d'administration publique promis par la loi Th. Roussel sont venus au jour presque simultanément (24 et 28 février), la commission et l'administration ayant également pris leur temps. Cette coïncidence nous permettra de rechercher quels sont, depuis deux ans, les progrès faits vers l'amélioration d'une situation déplorable.

Le rapport de M. Thulié, s'il a le mérite de reconnaître que la dépopulation a d'autres causes que la mortalité excessive des enfants en nourrice, a, d'autre part, le tort de ne pas traiter assez spécialement de ce qui doit toucher spécialement le Conseil municipal de Paris. Il dit bien que :

« D'après la statistique municipale de 1873-1874, les enfants de 1 jour à 1 an, élevés à Paris, meurent dans la proportion de 27 p. 100. Et cependant il faut compter dans ce dernier chiffre tous les enfants de familles aisées, élevés sous les yeux et dans la maison de leurs parents, ce qui doit donner pour les enfants élevés chez des mercenaires des chiffres de mortalité considérable, puisque nous voyons que pour les crèches bien tenues, ce chiffre s'abaisse à 8 p. 100 environ. »

Mais il nous semble que ces renseignements ne suffisent pas, et qu'il eût été bon d'apprendre au Conseil, en décomposant les résultats statistiques, quelle est la mortalité des enfants élevés chez des mercenaires, puisque c'est d'eux surtout qu'il s'agit. Il est intéressant sans doute de savoir que dans les départements la mortalité des enfants assistés de un jour à un an varie de 90,50 0/0 (Loire-Inférieure) à 58,66 0/0 (Manche), mais c'est la proportion des *petits parisiens* succombant en nourrice que Paris doit surtout connaître, et il est à regretter que, faute d'éléments, sans doute, le rapport de M. Thulié n'ait pu être plus précis et plus étendu à ce sujet.

« Pour Paris, sur les 54,000 enfants environ qui naissent chaque année, plus de la moitié a péri avant quatre ans (enquête de la Commission de l'Académie de Médecine faite en 1869), et en comptant à part la mortalité des enfants envoyés en nourrice, on arrive au chiffre effrayant de 51 p. 100. »

La signification de ces chiffres aurait, pour nous, besoin d'être expliquée, et la distinction nous échappe qu'établit M. Thulié entre la mortalité générale et celle des enfants en nourrice, toutes deux étant de plus de 50 0/0, et la se-

(1) Voir le *Progrès Médical*, 1875, n° 6.

conde ne dépassant que de peu cette proportion. La mortalité générale, qui est de plus de la moitié, se composant de la mortalité des enfants en nourrice (51 0/0), et de celle des enfants restés chez eux, la proportion pour ces derniers serait d'au moins 49 0/0 ; cette faible différence paraît peu probable, et le chiffre de 51 0/0 doit être inférieur à la réalité, puisqu'on ne peut pas supposer que la mortalité générale dépasse celle des enfants en nourrice, à moins d'admettre la même hypothèse pour les enfants gardés par leurs parents. Quoi qu'il en soit de ces chiffres dont M. Thulié n'est pas responsable, il lui incombait de nous dire quelle est la mortalité des enfants pour chaque année et par catégorie, et nous ne le savons pas. On ne peut pas, d'après les chiffres en bloc qu'il nous donne, établir de comparaison entre la mortalité des enfants placés en nourrice à Paris et celle des enfants placés en province ; on reste même dans l'ignorance de la proportion de ces derniers qui succombent dans la première année ; on ne peut que prévoir un chiffre formidable, d'après celui de 51 0/0 pour les quatre premières années.

Ces détails auraient eu plus de prix pour nous que des considérations, très-vraies d'ailleurs, sur l'intérieur des nourrices de province. S'il s'était arrêté davantage à ces questions de chiffres, plus arides mais plus instructives, M. Thulié aurait certainement hésité à écrire cette phrase :

« Rappelons-nous que dans notre service départemental des enfants assistés où la surveillance est si bien faite, où les médecins choisissent les nourrices, les visitent périodiquement, les conseillent et essayent, vainement le plus souvent, de faire disparaître leurs préjugés sur l'alimentation, rappelons-nous dis-je, que la mortalité des enfants de un jour à un an, placés à la campagne, a été de 32 p. 100. Et c'est l'élite des enfants cependant, car tous ceux qui sont malades ou trop chétifs pour entreprendre le voyage, restent à l'hospice dépositaire jusqu'à guérison ou mort. »

Et en se demandant ce que vaut une surveillance bien faite n'aboutissant à rien qu'à perdre 32 0/0 d'enfants, choisis et élevés au sein, il aurait recherché et nous aurait dit ce que deviennent les autres restant à l'hospice dépositaire jusqu'à *guérison ou mort*.

Nous n'hésitons pas à adresser ces critiques à M. Thulié, parce que nous sommes persuadé que son esprit élevé et généreux n'y verra au fond que l'expression de sentiments semblables aux siens et d'un grand désir de voir apporter un prompt remède à une plaie profonde. Car, assurément, il pense comme nous que la parfaite connaissance du mal est la première condition de la guérison.

Le meilleur moyen de diminuer la mortalité des nouveau-nés serait évidemment l'alimentation au sein par la mère ; malheureusement, elle est impossible à obtenir le plus souvent et il faut se résigner, à défaut de nourrices en nombre suffisant, à recourir à l'alimentation artificielle. On en a beaucoup médit en s'appuyant sur les résultats désastreux qu'elle fournit d'après toutes les statistiques, la mortalité s'élevant dans le service du bureau municipal des nourrices, malgré les soins et les inspections, malgré l'attention que l'on mettait à choisir les femmes les plus soigneuses et les plus honorables, à une mortalité moyenne de 42 0/0 en 1874, et dans certaines localités de 66 0/0. M. Thulié fait justement observer que ces statistiques mettent au compte de l'alimentation artificielle, ce qui est dû à son application défectueuse et aux mauvaises conditions hygiéniques concomitantes. Cette manière de voir est partagée par de nombreux médecins et notamment par ceux qui proposent au Conseil d'expérimenter sérieusement l'alimentation artificielle dans des circonstances favorables. MM. Coudereau, Chalvet, Bertrand, Facorel, etc., ont demandé à l'administration ou à l'Académie de médecine de prendre l'initiative d'établissements où l'on pratiquerait en grand l'allaitement artificiel scientifiquement dirigé. Voici quel est, d'après le résumé de M. Thulié, le système proposé par le Dr Coudereau et soumis au Conseil municipal :

Pour éviter les dangers de l'encombrement, le docteur Coudereau regarde comme condition principale de ne pas réunir les enfants dans une maison, mais dans un village créé *ad hoc*, en dehors duquel seraient établis la ferme, les infirmeries, le pavillon d'isolement et les services. Ce village serait composé de pavillons isolés, divisés chacun en deux dortoirs de cinq lits d'enfants et d'un lit de nourrice ; deux nourrices par pavillon étant nécessaires pour le cas où l'une d'elles s'absenterait. Ces pavillons seraient sur pivot et pourraient être orientés selon la direction des vents. Par conséquent, l'isolement de chacun d'eux serait absolu. Le tube d'air pour chaque nourrisson s'élèverait à $18^{m},33$. — Derrière chaque pavillon serait un abri pour les chèvres, autour duquel il y aurait un espace semé d'herbes, dans lequel elles pourraient vivre au grand air, quand elles ne seraient pas utiles aux nourrissons. — Tout enfant nouveau-né devra être élevé exclusivement au sein pendant les deux premiers mois. Dans aucun cas, on ne se servira de l'alimentation mixte pendant les premières semaines (l'Assistance dirigeant pendant quinze jours au moins sur l'établissement, toutes les femmes sortant de la maison d'accouchement). L'enfant, devenu assez robuste pour n'être plus au sein, ne sera d'ailleurs alimenté que directement au pis de la chèvre ou avec du lait vivant de vache, c'est-à-dire sortant du pis de la bête. — Un médecin verra chaque jour les enfants et dirigera l'allaitement. — Un laboratoire sera annexé à l'établissement, qui serait une excellente école pour les nourrices qu'on y emploierait. — Le Dr Level, de son côté, proposait au Conseil d'affecter à cette expérimentation la ferme du bois de Vincennes et une subvention de 6,000 fr.

Le plan du Dr Coudereau est fort séduisant, et M. Thulié ne demanderait pas mieux que de le voir mis à exécution. Mais, il est obligé de conclure à l'impuissance du Conseil municipal pour le réaliser :

« Le Conseil municipal ne peut prendre une pareille initiative ; cela n'est ni dans ses attributions, ni de sa compétence. Il ne peut pas davantage subventionner d'avance une institution à créer, et sa jurisprudence constante est de ne subventionner que les établissements qui ont fonctionné déjà et dont les résultats pratiques ne peuvent être connus. Il ne peut qu'encourager l'initiative privée et engager les savants médecins, auteurs de différents projets dont nous avons parlé, à les mettre à exécution. »

Malheureusement M. Thulié a raison : le Conseil municipal ne peut rien que prier l'assistance publique de vouloir bien prendre l'affaire en mains. Le Conseil aura fait tout ce qui dépend de lui, quand il aura voté le vœu de la 4e Commission :

L'administration de l'Assistance publique mettra en expérience l'allaitement artificiel ; elle s'entourera, pour faire cette expérience, de toutes les données scientifiques actuelles. Sur ses plans et devis, la ville de Paris l'aidera, soit par le prêt d'un terrain, si elle en possède un dans des conditions favorables, soit par des subventions, soit enfin par les deux, si besoin est. L'administration hospitalière devra, dans le délai de trois mois, soumettre au Conseil un rapport sur les voies et moyens de réaliser cette dépense indispensable. Une Commission d'étude de cinq membres suivra l'expérimentation et tiendra le Conseil au courant des résultats obtenus.

Et, si dans trois mois ou davantage, persuadée que rien ne vaudra jamais son service départemental « où la surveillance est si bien faite, où des médecins choisissent les nourrices, les visitent périodiquement, les conseillent », l'Assistance publique n'a rien fait, la 4e Commission représentera son vœu, le Conseil le votera, et plus de la moitié des *petits Parisiens* continuera à remplir les cimetières de province, jusqu'à ce que se produisent les merveilleux effets attendus de la loi Th. Roussel, doublée du règlement dont il nous reste à parler. E. T.

L'Impartialité de la Gazette des Hôpitaux.

Nous avons signalé l'inconcevable fin de non-recevoir opposée à l'insertion, dans la *Gazette des hôpitaux*, de la lettre de notre vénéré maître M. Delasiauve, que nous avons publiée dans le dernier numéro du *Progrès médical*. M. Le Sourd, sur l'entremise d'un de nos plus estimés confrères, aurait motivé son refus en ce que son article du 27 février contenait une suffisante satisfaction, quand, en regard de la lettre, cet article atteste, au contraire, une aggravation des premières affirmations.

De quoi s'agit-il ? Du concours ? Pas le moins du monde. Nul n'y contredit ; chacun le réclame. S'égosiller dans sa poursuite, c'est enfoncer une porte ouverte, et M. Le Sourd ne s'évertue si fort à interpréter en sa faveur les paroles de M. Besnier que pour échapper à la désapprobation sévère que lui a infligée la Société médicale des hôpitaux (1).

M. Le Sourd loue, et c'est bien, M. Delasiauve d'être resté étranger aux démarches faites pour obtenir l'abolition de la limite d'âge ; mais il ajoute : « et de fait on se » souvient encore dans les bureaux de l'Assistance publi- » que de l'énergique protestation qu'il adressa contre une » mesure qui devait nécessairement faire crouler tout le » prestige scientifique d'une fraction des médecins des hô- » pitaux et porter un coup fatal à la spécialité des maladies » mentales. Il a été malheureusement bon prophète ; ses » craintes se sont réalisées. Qu'il ait jugé convenable, de- » puis, de bénéficier de la mesure contre laquelle il s'était » tant élevé, nous ne sommes point du tout enclin à le lui » reprocher. Le poëte l'a dit :

« L'homme absurde est celui qui ne change jamais. »

Or, si, ordinairement, la *Gazette des hôpitaux* est exactement informée de ce qui se passe à l'Assistance publique, on verra, par la lettre ci-dessous, à laquelle, sans doute, M. Le Sourd fera le même accueil qu'à la précédente, que ses reporters, cette fois, l'ont mal informé et que les protestations de M. Delasiauve, si parfois il en fit d'*énergiques*, portaient sur d'autres sujets, en particulier sur la suppression du concours.

Dans la circonstance, ses efforts s'épuisèrent à refuser une signature, et ils ne furent pas médiocres, car il lui en coûtait de se séparer de collègues affectionnés. Son héroïsme n'alla point au-delà. S'il se plaignit, ce fut sous le manteau de la cheminée. Il le fait observer, d'ailleurs, n'étant, ni eux ni lui, soumis à la limite d'âge, sur quel droit se serait-il appuyé pour s'insurger contre leurs réclamations ? Ajoutons que si :

« L'homme absurde est celui qui ne change jamais »

M. Delasiauve, tel que nous l'avons toujours connu, n'a pas le sens commun, étant resté invariable dans ses principes, dans son activité, dans sa simplicité, dans sa probité, dans ses amitiés, dans sa déférence pour tous, dans son amour de la science, du progrès et de ses semblables.

Dans un autre passage, M. Le Sourd cherche à donner le change. « Notre honorable confrère a désiré abandonner » de *son vivant*, son très-modique traitement à l'un de » ses anciens élèves, sans pour cela, créer un précédent » onéreux pour ceux de ses collègues qui éprouveraient » par la suite, la luxueuse fantaisie de réclamer des coad- » juteurs. L'intention partait d'un excellent cœur, mais la » combinaison n'était point pratique. »

A ces considérations la lettre de M. Delasiauve répondait : « Mon service est en désarroi ; il m'est impossible de fonctionner utilement, d'être remplacé par mes collègues. On m'accorde volontiers des congés ; ma conscience se refuse à en demander qui dépassent huit ou dix jours. »

Ces plaintes, ces réclamations auxquelles ses collègues se sont associés, en demandant des chefs de clinique tout au moins, et des élèves spéciaux, M. Delasiauve les formule depuis plus de dix ans. M. Le Sourd trouve la combinaison peu pratique ; et pourquoi ?

Les chefs de clinique n'existent-ils pas déjà dans certains services ? Tous les médecins des asiles en province n'ont-ils pas des adjoints et des internes spéciaux ? Dites plutôt qu'on a toujours éludé l'examen de la question, et qu'il serait bon qu'on s'occupât un peu moins de soi-même et un peu plus des besoins des malades. La *Gazette des hôpitaux* aurait là, y poussant, un plus beau rôle à remplir que celui auquel elle se condamne.

Ce qui semble préoccuper M. Le Sourd, c'est que M. Delasiauve, moyennant son auxiliaire, prît goût à se perpétuer dans son service. Allons, mon vieux, place à d'autres ! On conçoit qu'à ce point de vue, la combinaison serait peu pratique, et quelle est celle qu'il propose ? Que M. Berthier remplace M. Delasiauve, sans le déposséder ! Pour le coup, voilà qui peut passer pour une magnifique utopie !

Que ferait M. Berthier de mieux que ce que pourraient faire MM. Moreau (de Tours) ou Voisin ? N'ayez crainte, honorable défenseur de droits qui ne sont point menacés. M. Berthier descendra à la Salpêtrière, quand il plaira à l'administration, puisqu'il y a, indépendamment d'une portion de la 4ᵉ section disponible, la place de résidant vacante, et qui, la loi observée, ne serait point une sinécure.

Là, M. Le Sourd, était l'unique point litigieux que vous n'avez pas voulu voir ou qui, si vous l'aviez compris, vous eût épargné de folles divagations et, envers un des maîtres de la science, vieillard de 73 ans, comme vous dites, de scandaleux dénis de justice, témoignages flagrants d'une conscience troublée. B.

A M. le Dʳ Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Paris, 4 mars 1877.

Mon cher confrère,

Votre nouvel article rend plus louche une situation fort nette. Pourquoi substituer des explications vaines à ma simple réclamation ? Ma rédaction me va, non la vôtre. J'ai droit et, naturellement, je tiens à son insertion. Me contraindre pour l'obtenir à un procédé répugnant est un premier tort envers moi. Vous en avez un second, celui de m'obliger à vous suivre sur un terrain élargi.

D'abord, je n'ai rompu aucune lance en faveur de la limite d'âge. J'ai refusé, pressentant les conséquences, de m'associer à la pétition de mes collègues : voilà tout. Ensuite, ou mes souvenirs me serviraient mal, ou c'est plusieurs années après notre nomination par concours, que la limite d'âge a été établie. Je n'ai donc pu faillir à aucun principe, en ne résignant pas des fonctions où je suis rivé seulement par des considérations morales, et que je suis prêt, depuis des années, à abandonner, au moindre signe de l'autorité.

Ma demande peut vous paraître insolite. Ce serait là (il n'en est rien), son moindre défaut, répondant à un grand intérêt d'humanité en souffrance. En cas de pénurie des médecins d'hôpitaux, au fort d'une épidémie, refuserait-on, par respect de leurs prérogatives, le concours des médecins de la ville ? Moins ostensible, le besoin dont, pour mon compte, je n'ai cessé de souffrir, n'est ni moins grave, ni moins urgent. C'est à vérifier.

Très inconsidérément, vous jouez sur le mot d'ADJOINT. En principe, nous avons tous, pour combler une lacune palpable, indiqué cette création. Il ne s'agit de rien tel dans la demande que j'ai formée et qui, tout simplement, consiste à autoriser un médecin offrant toute garantie à m'assister habituellement et à me suppléer en mon absence. Qu'y a-t-il d'exorbitant ? abonder ne vicie pas. En quoi serait violée la règle ? Loin de déroger, l'administration, désintéressée, en se prêtant sans autre engagement à une mesure si profitable à l'un de ses services, ne ferait qu'entrer en plein dans son devoir. Sa résistance, dont vous la louez, mériterait certainement, une autre qualification. Au moins aurait-elle dû se livrer à une enquête. L'auxiliaire, dans son rôle, croîtrait lui-même en savoir et en expérience, avantage trop négligé. Enfin tout ce profit hygiénique, scientifique et moral, à l'avancement légitime de qui porterait-il atteinte ?

Vous osez appeler cela une luxueuse fantaisie. Y pensez-vous ? Permettez-moi une réflexion : comme les défenseurs des causes véreuses, vous vous accrochez à toutes les branches. Que vient faire, sous votre plume, le plus ancien des médecins de Bicêtre ? A vous entendre, mon excellent ami le docteur Berthier aurait proposé à l'administration de me sup-

(1) Nous reproduirons la note de M. Besnier.

pléer autant qu'il serait à ma convenance, en me conservant intégralement mes modestes honoraires. Que, dans son désintéressement, il eût songé à une pareille offre, je ne m'en étonnerais pas et je l'en remercierais. Il sent, toutefois, que si gracieuse qu'elle soit, je ne l'accepterais pas, ayant à la Salpêtrière des collègues qui, dans l'éventualité, s'empresseraient, j'en suis sûr, de me continuer un bon office que, chaque jour, nous nous rendons mutuellement.

M. Berthier connaît, de vieille date, mes intentions. Une place de résidant est vacante à la Salpêtrière. Il n'a dépendu de lui ni de moi qu'il n'y ait été pourvu. Elle lui appartient, et il sait pertinemment qu'au lieu d'opposer à sa promotion le respect de mes droits, j'en ferais volontiers le sacrifice. A tort, et bien malgré lui, on le ferait poser en victime.

En somme, tout ceci, mon cher confrère, ne vaut pas l'encre que, de part et d'autre, nous avons dépensée. Ma section est exigeante; j'y déploie une ardeur qui, on aime à me le répéter, n'a point faibli. Eh bien, j'estime qu'il y aurait plus à faire, et qu'un médecin capable et dévoué comme M. Bourneville, dans la tâche que je souhaiterais lui voir remplir, nous rendrait d'incalculables services.

Pardonnez-moi de vous imposer tant de lignes. C'est à vous-même qu'il faut vous en prendre. A quelque chose, d'ailleurs, malheur est parfois bon. Qui sait si l'éveil sur une question capitale ne deviendra pas le point de départ de réformes utiles ?

Je l'augure et vous prie, malgré la circonstance, d'agréer l'expression de mes sentiments confraternels.

DELASIAUVE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 mars 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. RICHET a commencé, chez le malade auquel M. Verneuil a pratiqué la gastrotomie, une série de recherches physiologiques. Il tire aujourd'hui les conclusions suivantes: — La faim n'est pas la conséquence de la vacuité de l'estomac. — L'acidité du suc gastrique est due à la présence de l'acide chlorhydrique et de l'acide lactique; elle est plus faible à jeun que pendant la digestion; elle ne varie pas avec la quantité du liquide; certains aliments tels que le vin et l'alcool l'augmentent, d'autres, comme le sucre de canne, la diminuent.

M. DARSONVAL, se basant sur ce fait qu'un objet placé au fond d'un liquide semble rapproché de la surface, a fait adapter, à l'extrémité inférieure d'un microscope, un tube en caoutchouc communiquant d'une part avec le corps du microscope, d'autre part avec une seringue dans laquelle se meut un piston porté sur une tige à pas de vis. En mettant dans cet appareil une certaine quantité d'eau, on peut, suivant qu'on fait avancer ou reculer le piston de la seringue, augmenter ou diminuer l'épaisseur du liquide contenu dans le microscope, et, par conséquent, rapprocher ou éloigner l'objet, de telle sorte qu'il est facile de le mettre au point sans toucher le microscope.

M. JAVAL montre un optomètre très ingénieusement construit. Les verres en sont gradués d'après le système métrique.

M. RAYMOND. Il y a, à la Charité, dans le service de M. Vulpian, un malade atteint d'*atrophie musculaire*, dont l'histoire clinique présente un certain intérêt au point de vue étiologique. Il s'agit d'un homme de 49 ans, qui exerce la profession de marbrier. A l'âge de quatre ans, il a eu une brûlure très-étendue du bras gauche dont il porte les traces ; sa main est un moignon informe qui ne présente plus qu'un doigt ; cependant le bras de ce côté est développé et assez bien musclé. Il y a quatre mois, ce malade, dont la profession est pénible, et qui était obligé de se servir presque exclusivement de son bras droit, a vu sa main se paralyser, sans douleur, sans fourmillement, sans trouble d'aucune sorte ; la paralysie a été progressivement croissante; aujourd'hui, il est facile de constater une atrophie déjà assez marquée des muscles de la main M. Vulpian, dans ce cas, voit un rapport entre la lésion primitive des nerfs du bras gauche et le phénomène actuel; il y a, dans ce cas, comme une sorte d'épine qui a été, sous l'influence du travail exagéré du bras droit, le point de départ de la lésion des cornes antérieures de la moelle. Je rappellerai, à ce propos, la communication que j'ai faite, il y a deux ans, avec M. Charcot: homme de 20 ans, tanneur, atteint dans son enfance d'une paralysie infantile du bras gauche; atrophie musculaire, par extension de la lésion d'une corne à l'autre, sous l'influence du travail exagéré du bras droit. Ce sont là des types d'atrophie musculaires professionnelles, consécutives à une lésion antérieure de la moelle, ou à une cause d'irritation.

Il y a également, dans le service, un autre type d'atrophie musculaire très curieux. Un soldat est blessé à Reischoffen par un éclat d'obus à la jambe droite; la plaie guérit très-bien ; le malade reprend ses occupations habituelles. Deux ans après, violentes douleurs le long du sciatique, et très-rapidement une atrophie de tous les muscles de la jambe et de la cuisse ; atrophie très-marquée, avec refroidissement des muscles, troubles vaso-moteurs, etc. Le malade va mieux sous l'influence des courants continus, mais l'atrophie musculaire est toujours très-intense.

M. GRANCHER. — Parfois la granulation tuberculeuse embryonnaire, au lieu de se développer autour d'un centre s'étend le long des vaisseaux On peut donner à cette forme le nom de granulation infiltrée; mais toutes sont identiques. Presque toujours on trouve, sur un poumon tuberculeux, les quatre formes ou plutôt les quatre états de la granulation tuberculeuse. Dans certains cas de pneumonie caséeuse on ne voit pas de granulations à l'œil nu ; mais alors même, toujours le microscope décèle la granulation tuberculeuse embryonnaire et la granulation infiltrée. — M. Grancher conclut que : 1° La granulation tuberculeuse de Virchow n'est qu'un simple état du tubercule; 2° la pneumonie caséeuse doit être appelée tuberculeuse; 3° l'évolution du tubercule dans la pneumonie caséeuse est identique à celle du tubercule dans la tuberculose.

M. CORNIL fait une communication très-écoutée sur le rôle des lymphatiques du poumon dans la propagation du cancer et sur laquelle nous reviendrons d'une façon particulière.

I. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 mars 1877. — PRÉSIDENCE de M. BOULEY.

M. LE PRÉSIDENT lit une lettre de Mme veuve BUIGNET, annonçant à l'Académie qu'elle vient de fonder par testament un prix de 1,500 fr. en l'honneur d'Henri Buignet. Ce prix annuel sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la physique et la chimie appliquées à la médecine. Une telle libéralité honore tout autant, sinon plus, la personne qui la fait que la compagnie qui la reçoit.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique. La commission présentait, en première ligne, M. Lancereaux ; en deuxième ligne, M. Parrot ; en troisième ligne, M. Cornil ; en quatrième ligne *ex æquo*, MM. Hayem et Voisin. Au premier tour de scrutin, les voix se sont partagées ainsi : 82 votants ; majorité, 42 : M. Lancereaux obtient 41 voix ; M. Parrot 38 ; M. Cornil 2; M. Voisin 1. — Au deuxième tour, sur 81 votants, M. Lancereaux obtient 42 voix, M. Parrot 39. En conséquence, M. Lancereaux est proclamé membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique.

Discussion sur l'étiologie et la propagation de la fièvre typhoïde.—M. BOULEY tient à montrer que ses paroles ont été mal interprétées et même exagérées par M. Guéneau de Mussy. Pour démontrer la propagation de la fièvre typhoïde par les émanations des égouts ou des fosses d'aisances, on a raisonné par induction et non pas par déduction, ce qui est tout différent. Prenant pour exemple un fait qui s'est produit dans la dernière épidémie, on a dit que la fièvre typhoïde avait particulièrement sévi sur les habitants d'une caserne sous laquelle passait le grand égout collecteur, et l'on en a conclu que l'égout avait été la cause du développement de la fièvre typhoïde. Mais l'égout ne passe pas que là : comment se fait-il donc que sur

son long parcours, nulle autre maison n'a été atteinte? A-t-on démontré que l'intensité de la maladie et le nombre des cas observés ont été en rapport avec le voisinage plus ou moins rapproché de l'égout? L'auteur anglais, cité par M. Guéneau de Mussy, semble émettre une opinion diamétralement opposée à celle qu'on lui a prêtée. Il dit que le voisinage des égouts loin d'être nuisible, peut avoir un certain avantage, par le fait de son action comme ventilateur. En somme, il n'est pas démontré que les émanations des égouts ont exercé une action nuisible particulière sur les égoutiers, sur les personnes qui font des promenades dans les égouts, sur les riverains et sur les habitants des terrains où l'engrais végétal est remplacé par les résidus d'égouts. M. Bouley ajoute que les égouts ont même la propriété de détruire les matières infectieuses par fermentation; et qu'ils rendent aussi un service public indiscutable. — La séance est levée à 5 heures. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 15 *décembre* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Communication directe de la cavité péritonéale avec le rectum par l'ouverture d'un abcès rétro-utérin. — Kyste gazeux de la plèvre. — Tuberculose ancienne. — Mort par poussée tuberculeuse récente du poumon et des reins; par M. PORAK, interne des hôpitaux.

S.... Victorine, 29 ans, domestique, entre le 27 octobre 1876 dans le service de M. MOUTARD-MARTIN, (salle Sainte-Claire, n° 25). C'est une femme forte, grasse; elle a été réglée à 14 ans et depuis toujours régulièrement. Elle n'accuse aucune maladie antérieure de quelque gravité, pas de fièvre, ni d'hémoptysie. La malade nous disait qu'elle avait accouché une première fois à terme en 1868; ses réponses à ce sujet étaient un peu indécises; elle nous a cependant dit qu'à partir du 25 août 1876, elle n'eut plus de relations avec son amant, qu'elle avait eu ses règles le 15 septembre, mais que la période suivante (Octobre) avait fait défaut et qu'à la suite d'une chute, le 14 octobre, elle avait été prise de douleurs qui simulaient absolument une fausse couche. Des renseignements plus précis nous ont fait savoir que cette malade s'est soumise une première fois à des manœuvres abortives qui ont été pratiquées par une sage femme, en 1868. Le 14 octobre, jour que Victorine S... assigne à la chute qu'elle fit, elle alla voir cette même femme, qui très-certainement renouvela les mêmes tentatives et la fit horriblement *souffrir*.

Depuis le 14 octobre, l'état de santé de la malade fut très-alarmant: frissonnements, fièvre surtout le soir, soif intense, chaleur vive de la peau, rougeur du visage, de plus, elle perdait continuellement des eaux rousses, mais d'ailleurs en petite quantité. Elle ressentit des douleurs pelviennes, très-intenses, survenant par accès et qu'elle attribuait à la fausse couche promise. Ces symptômes devinrent de plus en plus marqués, la malade fut forcé de s'aliter et elle entra à l'hôpital.

Elle avait la plus grande peine à uriner, elle n'était pas allée à la garde-robe depuis huit jours et elle ressentait au moment de son admission des douleurs expulsives. Ces symptômes avaient trompé le médecin qui l'adressait à l'hôpital avec le diagnostic: fausse couche.

Toucher vaginal. On trouvait une rétroversion utérine des plus marquées, le col utérin était appliqué dans le cul-de-sac antérieur et le museau de tanche regardait le pubis. Dans le cul-de-sac postérieur, on sentait une tumeur sans démarcation avec l'utérus, rénitente; le vagin était très-chaud. On ne pouvait pas sentir le corps de l'utérus par la palpation abdominale combinée avec le toucher vaginal. Par le toucher rectal, la tumeur était ronde et donnait une sensation peu nette de rénitence. Le diagnostic parut difficile à établir avec certitude entre une rétroversion de l'utérus gravide ou un abcès rétro-utérin. — Purgatif, cathétérisme répété, décubitus ventral.

29 *octobre*. Insomnie; douleurs excessives, lancinentes, fièvre intense. Au toucher: vagin très-chaud, même position du col; la tumeur du cul-de-sal postérieur a augmenté de volume et présente un sillon de démarcation avec le col utérin; la paroi recto-vaginale est épaissie et comme œdématiée. Par le toucher rectal, toujours même tumeur ronde, volumineuse, rénitente; au-dessus du pubis, on constate une matité de deux à trois travers de doigt. Il est bien évident que l'on a affaire à un abcès rétro-utérin, et que depuis hier il a augmenté de volume. — Cataplasmes, opium pour la nuit. — *Soir*. Les douleurs ont pris une intensité excessive; insomnie.

30 *octobre*. Le lendemain, à 9 heures, il y eut ouverture brusque de l'abcès à travers le rectum; il donna issue à une quantité considérable d'un pus très-fétide, dont on peut évaluer le volume à un litre et demi au moins; plusieurs alèzes ont été salies. Immédiatement détente de tous les symptômes. Repos et sommeil de plusieurs heures, suppression de douleurs, diminution de la fièvre. Les jours suivants écoulement de pus d'abord mélangé à du sang et ensuite sans mélange. Amélioration très-notable. Au toucher, l'utérus est redressé en partie, il est toujours lourd et peu mobile. Dans le cul-de-sac postérieur, tumeur peu étendue, irrégulière.

Traitement. Opiacés, lavements au chloral. — Amélioration progressive, la malade va beaucoup mieux, plus de fièvre; l'appétit revient.

6 *novembre*. On l'envoie prendre un bain. Elle ne se levait pas encore et on la porte sur un brancard. Elle le prit pendant une demi-heure; après quoi elle resta longtemps dans la salle de bains avant d'être reconduite à son lit. Elle eut froid. Elle était déjà un peu indisposée le matin et aussitôt remise dans son lit, elle fut prise d'un frisson intense avec tremblement, claquement des dents, douleurs de ventre très-vives, vomissements. La malade tousse, mais on n'entend dans sa poitrine que des râles ronflants et sibilants. Bouillon.

20 *novembre*. Toujours des vomissements et des douleurs de ventre, fièvre, toux continuelle, transpiration pendant la nuit, crachats nummulaires. Râles muqueux, ronflants, sibilants aux deux bases, rien au sommet. Depuis le 6 novembre ne prend plus que des bouillons ou des potages. La malade maigrit, pâlit, se cachectise. Aussi, quoique nous ne trouvions pas de signes bien évidents, nous n'en pensons pas moins qu'elle se tuberculise.

1er *décembre*. Tous les signes d'une pleurésie droite apparaissent. — 6 *décembre*. Mort.

AUTOPSIE. On a constaté à l'autopsie la pleurésie droite et les signes anatomiques de la bronchite. Aux deux sommets, on trouve deux masses peu étendues, du volume d'une noix tout au plus, qui sont le siége de pneumonie chronique. Au sommet gauche, on trouve de petites masses crétacées. La surface du sommet des poumons est froncée, irrégulière. Au sommet droit, il y a une masse du volume d'une noisette de matière caséeuse. Enfin, tandis que dans le sommet gauche, on trouve des granulations tuberculeuses du volume d'un grain de chénevis, opaques, on trouve à droite, sur la plèvre, des granulations tuberculeuses demi-transparentes.

A la base du lobe moyen il y a un *kyste gazeux*, un peu moins volumineux que le poing, qui est constitué par le soulèvement de la plèvre. Lorsqu'on le comprime, on fait rentrer l'air qu'il contient dans les alvéoles pulmonaires, dont on constate nettement la dilatation. Ce kyste pulmonaire ne contenant que des gaz, nous n'avons pu retrouver par l'insufflation le point par où se faisait cette communication. Mais nous n'avons entrepris cette recherche que huit jours après l'autopsie. Pas de cavernes, ni de masse caséeuse dans les parois du kyste. Le poumon, dans les parties voisines, est seulement grisâtre et un peu atélectasié.

Abdomen. — Météorisme intestinal. Des adhérences nombreuses réunissent les intestins. Elles sont minces, faciles à déchirer, organisées et le siége d'une fine vascularisation. Ces néo-membranes organisées ont pris la disposition de brides noirâtres établissant des adhérences entre l'épiploon pour venir s'insérer l'une sur le mésentère, l'autre sur l'intestin grêle, formant deux anses connexes. La première étrangle une portion de l'intestin, mais pas de façon à empêcher le cours des matières. Ces brides sont vasculaires, ainsi que les autres adhérences péritonéales.

Reins. — Hypertrophiés. La capsule rénale peut être très-facilement détachée. Les deux reins sont ramollis sur leur

surface externe autour des petites tumeurs jaunâtres ne dépassant pas les dimensions d'un grain de chènevis. Ces petites tumeurs se réunissent de façon à constituer des masses de même couleur, dont quelques-unes sont ramollies. Ce sont bien évidemment des tubercules rénaux. — Les uretères, très-congestionnés, sont le siége d'un picté rouge. Ils contiennent du pus.

L'*utérus* en rétroversion adhère au rectum par des adhérences qu'on peut détacher facilement, n'agglutinant pas des parois d'anses voisines d'intestin grêle. Ces adhérences forment une paroi supérieure incomplète à une cavité du volume d'une pomme d'api entre le rectum et l'utérus; les trompes et les ovaires agglutinés forment les parois latérales de cette cavité. Nous n'avons détruit ces adhérences que huit jours après l'autopsie. La face postérieure de l'utérus est recouverte d'une couche de fausses membranes noirâtres. Malgré un examen attentif, nous ne trouvons pas trace de granulations tuberculeuses. Les trompes sont rouges, les ovaires contiennent quelques vésicules de Graaf.

Lorsqu'on incise le rectum on trouve trois ouvertures à bords parfaitement lisses, comme taillées à l'emporte-pièce, du volume d'une pièce de quatre sous. Le tissu péri-rectal est épaissi. L'ouverture inférieure communique avec une collection d'un pus noirâtre. L'ouverture supérieure, au niveau du fond de l'utérus, communique directement avec la cavité péritonéale. On peut introduire facilement une sonde de cette cavité dans l'intérieur du rectum.

Réflexions. — Cette observation est surtout intéressante sous trois chefs :

1° Les abcès rétro-utérins sont assez rares. Dans ce cas, l'étiologie est bien nette. Au début, le diagnostic fut assez difficile à établir d'une façon précise avec la rétroversion utérine. Les affirmations de la malade qui se présentait à nous en nous disant qu'elle faisait une fausse couche, les renseignements douteux qu'elle nous donna tout d'abord, ne contribuèrent pas peu à cette indécision. Le surlendemain de son entrée, les symptômes furent assez nets pour ne plus permettre de doute;

2° Les parois de cet abcès n'étaient pas continues; la cavité n'était donc pas circonscrite. Aussi dès que l'ouverture eut lieu, il y eut une communication entre la cavité séreuse et le rectum. Pendant les six jours qui suivirent, la malade ne présenta pas de symptômes de péritonite. Elle allait bien et tout faisait prévoir qu'elle guérirait, lorsqu'à la suite d'une imprudence, d'un séjour prolongé dans un endroit humide où elle prit froid, elle revint dans sa salle avec des symptômes de péritonite. Cette tolérance de la séreuse au début nous paraît jeter un certain jour sur une question très-discutée actuellement en Allemagne. Là, on tend à généraliser les opérations de l'ovariotomie avec abandon du pédicule et des ligatures dans la cavité péritonéale. On ne suture que les bords de la plaie abdominale. Lorsqu'il y a eu des adhérences nombreuses, que l'on craint une suppuration consécutive, on introduit un drain dans le cul-de-sac postérieur du péritoine, établissant une communication des cavités péritonéale et vaginale. Notre observation indique, en effet, que cette communication n'entraîne pas forcément l'inflammation de la séreuse;

3° A la suite de ces symptômes généraux et locaux graves, une tuberculisation ancienne, dont les symptômes ont passé inaperçus à la malade, aussi bien qu'aux personnes qui l'entouraient depuis neuf ans, a été réveillée. Une poussée de tubercules récents des poumons et des reins en a été la conséquence. C'est à cette complication et à la pleurésie consécutive que notre malade a succombé.

Rétrécissement spasmodique de l'œsophage; par M. Dave, interne des hôpitaux.

Le 28 novembre 1876, entrait à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Mathilde, n° 10, dans le service de M. le Dr Raynaud, la nommée G...n Catherine, âgée de 39 ans, mais qui au premier abord en parait 50 à 60, tant elle se trouve dans un profond état de délabrement.

Depuis l'âge de 18 ans, nous dit-elle, elle est sujette à des accès de dysphagie durant parfois plusieurs semaines et caractérisés par les phénomènes suivants. L'ingestion des aliments est suivie, après un temps variable du rejet brusque de tout ce que la malade a avalé, rejet qui a lieu, tantôt immédiatement, tantôt après une heure au plus. Les aliments liquides sont mieux tolérés que les solides, mais parfois aucun aliment n'est supporté. Au moment de la déglutition, la malade accuse une douleur brusque, constrictive ; puis elle entend un glouglou tout spécial, et le vomissement survient. Les accidents se répètent pendant un nombre variable de jours, quelquefois assez longtemps pour que la malade tombe dans l'état d'amaigrissement profond où nous la trouvons, puis tout rentre dans l'ordre, et elle reprend rapidement son embonpoint normal.

Rien dans ses antécédents ne peut faire soupçonner ni la *syphilis* ni l'*hystérie* ; enfin elle n'a jamais avalé de liquides caustiques. Elle n'a jamais eu d'hématémèse ni de vomissements noirs. L'appétit est conservé. Depuis plusieurs mois, elle a des palpitations, et le soir un peu d'œdème des malléoles. Le dernier accès de dysphagie remonte à trois ans. La malade a été à cette époque dans le service de M. le Dr Oulmont, et les accidents ont rapidement cédé à l'usage du régime lacté. La malade ne peut se rappeler quel diagnostic a été posé à cette époque.

Les accidents actuels durent depuis six mois presque sans rémission, ce qui explique l'amaigrissement considérable de notre malade. Elle est mise au régime lacté, mais le lendemain on doit y renoncer à cause d'une diarrhée violente. Dans ces conditions, on pouvait penser à une paralysie de l'œsophage : mais alors comment expliquer ce rejet violent des aliments ? D'ailleurs les liquides passaient mieux que les solides. Il fallait donc revenir à l'idée d'un rétrécissement, et l'intermittence des accidents, ainsi que leur ancienneté, faisait planer un doute sur l'existence d'un rétrécissement organique. M. Raynaud songea donc à un rétrécissement spasmodique.

Le cathétérisme œsophagien fut pratiqué le 9 décembre ; à 41 centimètres environ de l'arcade dentaire, la sonde éprouvait un obstacle infranchissable, et, abandonnée à elle-même, subissait un ressaut brusque.

Dans un deuxième cathétérisme, pratiqué le 10 décembre en présence de M. le Dr Panas, le même obstacle fut senti d'abord, mais l'olive, de grosseur moyenne, pénétra sans trop de difficulté jusqu'à 46 cent. On était donc dans l'estomac. Le 12 septembre, devant l'impossibilité absolue d'alimentation, M. Raynaud résolut de nourrir la malade par une sonde. Le cathétérisme pratiqué, du bouillon fût versé à l'aide d'un entonnoir dans le pavillon de la sonde ; rien ne pénétra. 10 minutes après, nouvelle tentative, nouvel insuccès, la malade a une syncope. On retire la sonde, puis un quart d'heure après, elle est réintroduite, et un litre de bouillon injecté à l'aide d'une seringue. La malade mourut néanmoins dans un état syncopal une demi heure après. Le pouls, au moment de la mort, dépassa 220. La température, 10 minutes avant, était de 37°,2.

Autopsie. — Les viscères thoraciques enlevés, on aperçoit un énorme renflement fusiforme de l'œsophage, qui lui donne l'apparence d'un estomac. Le bouillon est dans la cavité gastrique, mais peut refluer très-facilement par la pression de l'estomac dans l'œsophage, et réciproquement. Le tube digestif est enlevé et placé sur la table. On voit, après l'avoir incisé, que l'orifice cardiaque est normal comme diamètre (il a 5 cent. de circonférence, et admettant facilement le pouce). Les parois de l'œsophage ne sont ni à ce niveau ni plus haut, épaissies ou indurées ; il n'y a dans leur épaisseur ni cicatrice, ni néoplasme quelconque.

Au-dessus du cardia s'étend un énorme renflement fusiforme de l'*œsophage*, qui occupe toute sa longueur, et lui donnent à la partie moyenne une circonférence de 17 cent. Immédiatement au-dessus du cardia, jusqu'à la partie moyenne, la muqueuse est parsemée d'ulcérations arrondies, confluentes, à bords souvent décollés, de profondeur variable, paraissant même entamer superficiellement la couche musculeuse en quelques points. Pas de perforation d'ailleurs. En un mot, l'aspect de l'œsophage est comparable en tous points à celui que l'on trouve au-dessus d'un rétrécissement.

La muqueuse stomacale est saine. L'intestin grêle est vide, rétracté profondément et diminué de calibre. Tous les autres organes paraissent parfaitement sains.

Les phénomènes observés pendant la vie, ainsi que les pièces nécroscopiques, me paraissent donc devoir faire admettre, malgré la rareté du fait, l'existence d'un rétrécissement spasmodique de l'œsophage, s'étant comporté comme un rétrécissement organique, en ce sens qu'il a entraîné la mort par inanition.

MM. Charcot, Debove et Longuet pensent que l'examen microscopique révélera l'existence d'une lésion au voisinage du cardia, en un point qui est manifestement rétréci.

Examen microscopique d'une tumeur du foie (Voir p. 420 l'observation et la description de la pièce, présentée par M. Léger, interne des hôpitaux).

L'examen fait par M. le Dr Malassez lui a montré qu'on avait eu affaire à une *gomme du foie*. Sur la préparation, la partie répondant aux masses jaunes de consistance élastique, apparaît sous un aspect granuleux amorphe ne présentant aucun tissu défini. Cette partie se trouve limitée à son pourtour par une bande mince de tissu connectif jaune, dont les cellules nombreuses et fortement colorées par le picro-carminate, rendent l'existence très-apparente. Plus en dehors, on aperçoit des travées de tissu conjonctif dans les mailles duquel se trouvent une ou plusieurs cellules hépatiques déformées, granuleuses et ratatinées. Ces cellules augmentent de nombre à mesure qu'on s'éloigne de la masse gommeuse, et finissent par retracer dans leur disposition la forme des lobules hépatiques. Mais là encore se voient, entre les lobules, des travées fibreuses de cirrhose périlobulaire, envoyant des prolongements dans l'intérieur du lobule. C'étaient, en un mot, les lésions de la cirrhose péri et intra-lobulaire. Un grand nombre des cellules qui entraient dans la constitution de ces lobules, présentaient la dégénérescence graisseuse.

Examen microscopique d'une tumeur du foie (voir p. 756, l'observation et la description de la pièce présentée par M. Léger, interne des hôpitaux).

Il s'agit également de gomme du foie. La masse informe répondant au centre dégénéré de la gomme était plus étendue, mais on trouvait toujours à ses limites extérieures la zone plus fortement colorée du tissu connectif, et au pourtour de cette bande, quelques cellules hépatiques altérées, comprimées dans les mailles du tissu fibreux.

Le tissu hépatique, examiné un peu loin de la tumeur, en un point d'apparence normale à l'œil nu, m'a présenté dans une grande étendue de la préparation les altérations de la cirrhose péri-lobulaire et intra-lobulaire. Celle-ci était même fort accusée en un point. Au pourtour, il existait deux ou trois lobules ne présentant que les lésions de la cirrhose péri-lobulaire, mais un grand nombre de leurs cellules hépatiques étaient en dégénérescence graisseuse.

Invagination chronique de l'intestin grêle; par M. Léger, interne des hôpitaux.

X., couturière, âgée de 65 ans, a perdu son père et un frère de la poitrine. Sa mère est morte à l'âge de 45 ans de la dysenterie. Elle-même a eu comme affections antérieures la fièvre typhoïde à 18 ans et ensuite plusieurs pneumonies ; mais jamais elle n'a souffert de l'estomac.

L'affection pour laquelle elle entre à l'hôpital, aurait débuté il y a un an par de grandes douleurs dans les côtés, en même temps qu'elle perdait l'appétit, mais sans provoquer alors de vomissements. Cet état amena rapidement une grande faiblesse qui l'a forcée à garder le lit depuis six mois. En même temps ses jambes enflent et deviennent douloureuses. Depuis quatre mois, il est survenu des vomissements après le peu de nourriture qu'elle pouvait prendre, mais jamais ils n'ont contenu de sang.

Les selles étaient assez rares, et n'avaient pas non plus présenté traces de sang. A son entrée, cette femme est maigre, au teint d'une pâleur mate, cachectique, qui en impose pour la teinte cancéreuse. Ses jambes ne sont plus enflées. Elle éprouve pour le pain et la viande un dégoût insurmontable et dit même qu'elle avale difficilement et rejette les liquides quand elle les prend trop vite. Ce signe fait rechercher si du côté de l'œsophage, il n'existerait pas quelque coarctation, mais la boule d'une sonde arrive facilement jusque dans l'estomac. Le vin est bien supporté, et malgré que la malade dise avoir des vomissements habituels, elle n'en présente aucun dans les dix premiers jours de son entrée. Les selles sont rares et difficiles. L'amaigrissement rend assez facile l'exploration de l'abdomen. On n'y trouve aucune trace de tumeur, mais la palpation est assez douloureuse du côté droit de l'épigastre. Il n'existe en même temps aucun trouble en dehors du tube digestif. La teinte de la malade, son affaiblissement et sa maigreur jointe à l'œdème qui a existé aux membres inférieurs, font conclure à l'existence d'une affection organique de l'estomac.

28 *octobre*. — La malade vomit le matin son chocolat une heure après l'avoir mangé, et c'est le premier vomissement qu'on constate depuis son entrée.

24 *novembre*. — On remarque de nouveau un vomissement. La malade, outre sa faiblesse toujours croissante, se plaint de douleurs vagues, erratiques, pour lesquelles on a recours aux piqûres de morphine.

5 *décembre*. — Outre la douleur qui existait à droite de l'épigastre sous la pression des doigts, on sent aujourd'hui une certaine résistance à ce niveau.

7 *décembre*. — A la constipation du début, succède une diarrhée assez abondante et la malade laisse aller sous elle.

10 *décembre*. — Cette diarrhée bilieuse persiste, quoique diminuée et ne présente comme coloration ou matières contenues, aucune particularité remarquable. Les vomissements persistent, quoique peu fréquents et bien éloignés du caractère incoercible qu'ils présentent quelquefois dans les affections intestinales. Ce que la malade supporte toujours très-bien, et prend avec plaisir, c'est le vin de Bagnols.

27 *décembre*. — L'affaiblissement s'accroît de plus en plus et il survient un délire calme. La diarrhée, plus ou moins abondante suivant les jours, ne change pas de caractères. L'abdomen est toujours aussi plat, sans aucun symptôme de péritonite et ne présente à la palpation rien autre chose que cette résistance située à droite de l'épigastre.

Les vomissements ont du reste cessé complétement. Les jambes sont œdématées. Les mains mêmes s'infiltrent légèrement et la malade entre dans une agonie tranquille qu'avait précédé son délire calme d'inanition. En résumé, elle avait présenté comme unique symptôme une faiblesse croissante avec œdème des jambes, avant son entrée et à la fin de son séjour à l'hôpital, avec des vomissements peu abondants quelque temps après l'ingestion des aliments et des boissons, survenus seulement çà et là dans le cours de sa maladie. A une constipation habituelle avait succédé de la diarrhée, sans que jamais on ait constaté aucun symptôme péritonéal; et la mort est survenue par inanition.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, adhérences généralisées, non vascularisées, paraissant anciennes et sans trace d'épanchement. Après avoir relevé l'épiploon, on voit dans le flanc droit, couché un peu obliquement vers le cœcum et situé sous la face inférieure du foie un cylindre d'intestin grêle simulant une portion d'intestin rempli de matières fécales et courbé sur lui-même en forme de croissant, quelques adhérences filamenteuses étendues de divers points de sa surface le maintenaient dans cette forme et le fixaient aussi aux anses voisines. Après avoir enlevé cette petite masse avec le paquet intestinal, on ne trouve aucune lésion de l'estomac qui n'est même pas très-rétréci, ni du duodénum; mais à 27 cent. de la terminaison de cette portion du tube digestif on voit une saillie brusque formée par le repli des parois de l'intestin grêle rentrant sur lui-même de haut en bas, repli qui forme un petit orifice circulaire, dans lequel s'engage le bout supérieur de l'intestin. C'est le commencement de la portion en forme de boudin qu'on apercevait dans le flanc.

Cette saillie en bourrelet se continue régulièrement sous forme de cylindre dans l'étendue de 4 centimètres où elle présente un nouveau bourrelet circulaire et excentrique.

Du fait même de ce ressaut, le cylindre devient un peu plus gros et se continue encore pendant 6 cent. pour présenter un nouveau relief, après lequel le cylindre se continue définitivement d'une manière régulière pour se terminer 8 cent. plus bas par l'affaissement sur elles-mêmes des parois qui forment le revêtement extérieur du cylindre et constituent à partir de ce point l'intestin normal dans tout le reste de son étendue. La longueur totale de cette portion de jéjunum arrondie, ferme et comme privée de canal central est donc de 18 cent. Le premier repli au-dessous du bourrelet d'origine parait s'enfoncer profondément, tandis que le dernier repli n'est formé que par une invagination de 1 cent. de profondeur dont on voit par conséquent la rigole terminale en écartant le rebord circulaire.

Après avoir introduit dans le bout supérieur une sonde qui passe assez facilement on sectionne le long du bord opposé au mésentère et l'on voit un petit canal perméable au centre du cylindre le plus interne qui, après être descendu de 16 cent., remonte sur lui-même et par derrière, appliquant sa surface séreuse à la surface séreuse de la première portion. Aucune adhérence n'unit ces deux surfaces qui ne sont même pas vascularisées. Le mésentère n'est pas altéré, mais comprimé en cordon et tirant sur la partie invaginée de manière à rendre arciforme le tube dans sa totalité. La partie qui constitue en remontant le second cylindre remonte jusqu'au bourrelet appliquant sa muqueuse qui regarde en dehors sur la muqueuse du cylindre qui lui est externe. Au niveau du bourrelet, il se continue en le formant avec l'origine de ce cylidnre qui est le plus extérieur. Si on suit ce dernier cylindre par sa face interne, on voit qu'il présente à 7 cent. de son origine, une saillie annulaire formée par la terminaison d'une plicature de ses parois. Le pli répond au fond du sillon qu'on a décrit à l'extérieur à 4 cent. au-dessous du bourrelet et les parois séreuses adossées au niveau ne présentent non plus que les autres, aucune trace d'adhérence. Au-dessous, on conduit cette paroi jusqu'au reste de l'intestin grêle. La seconde plicature peu profonde décrite à l'extérieur a disparu à la section.

La surface muqueuse du cylindre formant la lumière du canal central est rouge rosée recouverte d'un mucus grisâtre qui remplissait le petit canal persistant au centre de l'invagination Celle adossée à la muqueuse du cylindre extérieur est comme lavée, couverte d'un enduit poisseux semblable à du sébum.

La plicature du cylindre extérieur qui a seulement près de 3 centimètres de profondeur, a dû se produire la première, et ensuite le long bout d'intestin qui est replié sur lui-même dans l'étendue de 16 centimètres est passé en dedans d'elle pour former une invagination plus importante (1).

Reins présentant un peu de néphrite interstitielle. — *Foie*, légèrement gras, non augmenté de volume.

Cavité thoracique. Rien au cœur. Poumon gauche très-pigmenté et sain, avec 200 grammes de liquide et quelques flocons fibrineux, dans la plèvre. Sur le bord postérieur du poumon droit, à 2 centimètres au-dessus de la base, îlot un peu plus grand qu'une pièce de 5 francs, assez régulièrement arrondi, adhérent à la plèvre pariétale, présentant après sa séparation un aspect jaunâtre dû à la couche de faussses membranes qui le revêt. La consistance du tissu à ce niveau est mollasse, comme fluctuante. Sur une coupe passant au centre de cet îlot, on voit en ce point une poche pleine de putrilage couleur chocolat, d'odeur gangreneuse et ayant les dimensions d'un gros œuf de pigeon. Le tissu pulmonaire voisin est splénisé et ne surnage plus.

REMARQUE. Si on recherche des exemples de la lésion intestinale curieuse qui fait l'objet de cette présentation, on retrouve un fait très-intéressant rapporté tout au long par M. BUCQUOY dans le recueil de la Société médicale d'observation (1857-1858). L'homme qui en faisait le sujet avait été souffrant pendant 11 mois et n'avait présenté non plus aucun symptôme de péritonite. Il était du reste mort d'inanition, comme notre malade. A son sujet M. Bucquoy à fait remarquer que des différences existaient entre l'invagination du gros intestin et celle de l'intestin grêle, et en a tiré des indications thérapeutiques particulières. Toutes ces remarques ont été pleinement confirmées par cette nouvelle observation.

(1) Voir l'album de la Société.

M. HOUEL fait remarquer que ce fait se rapporte à la forme chronique de l'étranglement interne, forme dans laquelle il n'existe jamais d'adhérences au point où l'intestin s'engage dans son propre calibre ; par suite il ne peut y avoir en pareil cas aucune chance de guérison. Tout autre est la forme aiguë: des adhérences s'établissent à l'endroit où les tuniques invaginées se pénètrent, et dès lors il peut y avoir élimination d'un boudin complet, ce qui permet d'entrevoir une issue favorable au malade.

M. LÉGER pense que dans les invaginations de l'intestin grêle il n'existe ni adhérences ni collier inflammatoire.

M. HOUEL. C'est au contraire dans les invaginations de l'intestin grêle que le bourrelet existe le plus souvent. Cela tient à ce que la constriction des vaisseaux du mésentère qui sont placés entre le cylindre interne et le cylindre moyen amène une tuméfaction qui produit l'étranglement. Les mêmes conditions ne se retrouvent plus pour les invaginations du gros intestin, aussi l'étranglement y est-il beaucoup plus rare.

Le point où se rencontre de préférence l'étranglement est voisin de la partie inférieure de l'intestin grêle ; dans la forme aiguë de l'invagination, la violence des symptômes est d'autant plus grande que la lésion est plus voisine du duodénum.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 mars 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. PÉRIER lit un rapport sur un travail de M. Lemée (de Saint-Sever) relatif à une opération de taille uréthrale pratiquée chez une petite fille de 9 ans, dans le but d'extraire un calcul qui s'était formé autour d'une épingle. La commission chargée d'examiner ce travail approuve la conduite tenue par M. Lemée, et adhère aux considérations qui lui ont fait préférer la taille à la lithotritie.

M. ANGER a pratiqué deux fois la taille uréthrale chez la femme. Mais les résultats de ces opérations ont été différents. Dans le premier cas, la malade a guéri sans incontinence d'urine. Dans le second cas, au contraire, l'incontinence d'urine consécutive à l'incision du canal uréthral a persisté assez longtemps.

M. PAULET. Si la taille uréthrale présente le grave inconvénient d'être souvent le point de départ de l'incontinence d'urine, il y a pourtant bien des cas où il est impossible de faire une autre opération. La taille vaginale qu'on a imaginée dans l'intention de parer à cet accident est impraticable chez les jeunes sujets, attendu que le vagin permet à peine l'accès du doigt. M. Paulet a fait une opération de taille chez une jeune fille de 12 ans. Cette opération a déterminé une incontinence d'urine ; mais elle n'a duré qu'une quinzaine de jours.

M. VERNEUIL pense que chez la femme, la première opération que l'on doive tenter est la lithotritie. Lorsque la lithotritie est impossible, il faut recourir à la taille vaginale, pourvu que le vagin présente des dimensions suffisantes. Si l'on a affaire à des jeunes filles chez lesquelles les deux opérations précédentes paraissent impraticables, on doit prendre le parti de faire la taille sus-pubienne. Mais la taille uréthrale, est une opération à laquelle on ne doit se résoudre qu'en dernière ressource.

M. TILLAUX. Dans son *Traité d'anatomie chirurgicale*, Malgaigne s'élève vivement contre la taille uréthrale, eu égard à l'incontinence d'urine qui en résulte. D'un autre côté, M. Reliquet se prononce catégoriquement en faveur de la taille uréthrale, contre la lithotritie. M. Reliquet émet l'opinion que l'incontinence d'urine consécutive à la taille uréthrale est un accident qui devait se produire jadis beaucoup plus fréquemment qu'aujourd'hui, pour la raison que le chloroforme permet de dilater le col vésical sans solution de continuité ; au contraire chez les individus auxquels on fait subir la taille sans employer le chloroforme, il n'y a pas de résolution du sphincter

vésical, et l'incontinence d'urine a plus de chance de se produire. Il serait intéressant de vérifier si cette hypothèse est vraie. En tous cas, M. Tillaux demande à M. Verneuil s'il pense que la lithotritie soit, comme on le dit, supérieure chez la femme à ce qu'elle est chez l'homme. Telle n'est pas toutefois l'opinion des chirurgiens qui ont beaucoup pratiqué ce genre d'opération, et la raison en est simple : pour manœuvrer facilement un lithotriteur, il faut que la vessie contienne une certaine quantité de liquide; or chez la femme, l'urèthre est très-court, la vessie est plus irritable, et dès que l'on introduit un instrument dans la cavité vésicale, le liquide qui s'y trouvait s'écoule assez rapidement sur les côtés de l'instrument.

M. Lannelongue est d'avis que la présence d'un liquide dans la vessie n'est pas une condition indispensable pour pratiquer la lithotritie. On opère souvent *à sec*. Quant à l'opinion de M. Tillaux sur l'intolérance vésicale de la femme, elle n'est peut-être pas bien exacte. Enfin pour ce qui concerne le parallèle qu'on vient d'établir dans la discussion entre la taille et la lithotritie chez la femme, M. Lannelongue pense qu'on peut s'en rapporter au travail de M. Hybord. Il ressort de ce travail que la lithotritie est une opération qui présente peu de dangers, et qu'elle est même assez facile. D'ailleurs lorsqu'on a affaire à une malade atteinte de calcul vésical, on a tout intérêt à se servir du lithotriteur, quand ce ne serait que dans le but de connaître le volume, la forme et la consistance de ce calcul.

M. Duplay. En Amérique, on pratique beaucoup la taille vaginale. M. Duplay pense, comme M. Tillaux, que la présence de l'urine dans la vessie est une condition qui rend l'opération plus facile.

M. Després. La taille uréthrale est une opération mauvaise en ce sens, qu'elle peut donner lieu à l'incontinence d'urine, et que, d'autre part, elle ne produit pas plus d'effet que la simple dilatation de l'urèthre. Mais M. Després n'est pas pour cela bien partisan sur la lithrotritie. La lithrotitie, suivant la statistique de Giraldès, a donné plus de cas de mort que la taille. Le maniement du lithrotriteur dans la vessie entraîne des accidents souvent fort graves, et particulièrement la péritonite. M. Marjolin est de l'avis de M. Lannelongue, en ce qui concerne l'intolérance vésicale.

M. Lefort. Thompson recommande d'injecter de l'eau dans la vessie lorsque on doit pratiquer la lithotritie. D'abord le maniement de l'instrument devient ainsi plus facile; et de plus le liquide fait obstacle aux éclats de la pierre dont la projection sur les parois du réservoir urinaire pourrait produire des lésions graves.

M. Verneuil a pratiqué le matin même une exploration de la vessie chez une femme, et il a manœuvré avec une bien plus grande facilité que chez l'homme.

M. Lannelongue n'a pas voulu dire que pour opérer *à sec*, il fallait vider la vessie : il suffit de ne pas injecter de liquide pour qu'on se trouve dans les conditions d'une opération *à sec*.

M. Tillaux revient à sa première appréciation de la lithotritie chez la femme. Si cette opération est moins bonne chez la femme que chez l'homme, c'est parce que la vessie ne conserve pas le liquide qu'elle renferme, quel que soit ce liquide. C'est là précisément ce qui fait que le lithotriteur et les éclats des fragments du calcul ont plus de chances de produire des lésions sur la muqueuse.

M. Ledentu présente des pièces anatomiques provenant d'un homme mort dans son service, à la suite d'un anévrysme faux primitif de la région axillaire, qui s'était produit en même temps qu'une luxation de l'épaule. Nous renvoyons le lecteur aux *Bulletins de la Société*, et, pour cette observation intéressante qu'il serait indispensable de donner en détails.

E. Brissaud.

École de médecine et pharmacie d'Arras. — Par arrêté en date du 4 mars 1877, un concours sera ouvert le 6 août 1877, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à ladite école. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 10 janvier 1877. — Présidence de M. Labarraque père.

Classification des maladies mentales ayant pour double base la psychologie et la clinique ; par M. Delasiauve.

Pour les genres de notre second groupe, aliénations partielles, la doctrine et l'expérience ne s'accordent pas moins à les faire reconnaître et à les justifier. Le mal ayant sa source dans les éléments, respectivement *indépendants*, dont nous avons indiqué le mécanisme, non dans le fonctionnement syllogistique, que doit-il arriver ? Evidemment que si le fonctionnement syllogistique s'exerce avec les portions saines, le travail psychique restera normal, tandis que, dans l'hypothèse contraire, s'il subit la tyrannie des portions atteintes, il se produira des manifestations irrégulières — paroles, tendances, velléités, actes mêmes — corrélatives aux impressions, aux idées, aux sentiments, aux assertions, aux penchants anormaux, à leur nombre, à leur complexité, à leur énergie. On aura ainsi, troublant l'activité naturelle de la pensée, sans la détruire, un délire partiel où le croyant, sa marotte éveillée, *raisonnera en déraisonnant.*

Supposons un halluciné qu'une voix mystérieuse appelle. Il s'étonne ; mais elle se répète et, après le doute, se forme la conviction. Est-elle mystique ? Voit-il, entend-il Dieu, les anges ou les démons ? que de démarches bizarres et d'insanités en conséquence ! L'idée de poison éclot et s'enracine dans l'esprit d'un autre malade. Tout lui devient suspect, et les siens, et son entourage, et des personnes même éloignées. Il s'en écarte ou les accuse, inspectant avec anxiété et refusant les mets, les boissons ou les médicaments qu'on lui présente.

Dans une lettre fort bien écrite, une dame nous dépeint les tortures qu'on lui inflige. On l'électrise, on la magnétise, on lui souffle des odeurs suffocantes. La ligue ennemie agit aussi par le spiritisme. Elle en a acquis la preuve. Tel, relativement à sa santé, nourrit les plus vives alarmes, type de l'*hypochondrie*, qu'il ne faut pas confondre avec ce délire vaguement hypochondriaque des paralytiques généraux ou des obtus. Ou il redoute une lésion qui n'existe pas, ou il grossit à l'extrême les symptômes les plus insignifiants. En dehors de cela, les facultés peuvent être correctes. Le clavier cérébral ressemble à un piano dont certaines touches sont faussées. Harmonie ou désharmonie, selon que l'artiste les évite ou les atteint. Malheureusement, on ne règle pas à volonté l'activité nerveuse.

On se figure aisément les innombrables variétés de formes dont sont susceptibles les aliénations partielles. Autant de cas, autant de physionomies, à fond commun vis-à-vis du fonctionnement syllogistique, mais diverses par la nature des suggestions. Ce sont ces faits dont Esquirol avait constitué sa double classe des *monomanies* et des *lypémanies*. A l'une comme à l'autre de ces dénominations, nous eussions préféré celles ou de délire partiel, imaginée par Ferrus, ou de délire systématisé, produite par Morel et Falret. Ici, toutefois, saillit l'illusion de ce dernier dans les objections qu'il oppose à la monomanie. Selon lui, un délire borné à un point unique ne se conçoit guère. Mais nul ne l'a entendu ainsi. Point de conviction fausse ou de sentiment altéré qui n'aient leur rayonnement. L'erreur engendre l'erreur, et il en résulte une sorte de cantonnement où le malade se renferme.

Aussi, lorsque notre vénéré maître invoquait contre nos propres distinctions la solidarité des facultés et l'unité du délire, nous était-il facile de lui répondre victorieusement que peu nous importait l'*oligomanie* ou la *polymanie*, c'est-à-dire la multiplicité des aberrations morales, pourvu que, virtuellement, l'ordre syllogistique fût conservé, la question de degré s'effaçant devant la question de nature.

Mais nous-mêmes possédions-nous la vérité absolue ? Dans notre esprit subsistaient certains nuages qu'une induction plus approfondie de notre doctrine eût dissipés, si nous n'avions partagé cette opinion commune que, sauf dans les éga-

---

(1) Voir les nos 8 et 9.

rements momentanés, le délire partiel impliquait la fixité et la domination des conceptions maladives. On échappe rarement d'un seul coup à l'influence du milieu. En 1859, à la Société médicale du Panthéon, où nous avions fait une communication précédente, l'analyse d'un exemple curieux nous révéla un complément imprévu des idées que nous avions exposées devant la savante compagnie. Un séminariste d'Aix avait, dans la nuit, blessé au cou, avec une épée, un camarade endormi. Deux commissions spéciales avaient conclu à la folie et à l'irresponsabilité; l'une inclinant à la monomanie, l'autre au délire général. Une condamnation eut lieu, nonobstant. Les rapports furent publiés. Pour tout aliéniste, la conclusion des experts était légitime, malgré l'hésitation sur l'espèce.

En quoi donc consistait l'état mental de l'élève Raimbaud? Absolument comparable à ces rêveries de la veille si bien peintes par Lafontaine dans sa fable du pot au lait. Dans des colloques intimes, sous l'influence d'une sorte d'éréthisme nerveux, le malade suivait machinalement le mouvement des impressions, des sensations, des pensées des impulsions qui venaient confusément l'assaillir. L'isolement, la solitude favorisaient l'éclosion du travail, que brisait une distraction un peu forte. C'était comme un flot montant dans sa tête, d'ailleurs lourde et douloureuse. Tout cela s'enchevêtrait, marchait au hasard, sans la participation volontaire. Les scènes variaient à l'infini. C'était une fois, les comparant, le protestantisme qu'il préférait au papisme. En d'autres crises, il aspirait à la perfection chrétienne, il maudissait sa situation ou bien, s'éprenant pour tels ou tels camarades d'un amour mystique, il songeait ou à se retirer avec eux dans une thébaïde, ou à les immoler par jalousie. Certains thèmes, écrits sous cette influence, en reflétaient l'empreinte vagabonde, dont arguait un des experts pour croire à un délire général. Ce tourment, vaguement périodique, où germait fréquemment l'idée du suicide, se renouvela, intense, à diverses reprises, le jour du fatal événement. Il en avait rendu confident son confesseur. Lui-même, dans ses réponses aux magistrats, avait dit le mot de l'énigme : IL RÊVAIT. Raimbaud, qui comptait parmi les siens, des aliénés et des excentriques, aurait été sujet à de légères crises convulsives.

En pressant le cadre de nos aliénations partielles, nous y aurions naturellement, par opposition au délire fixe et systématisé, fait figurer ces fascinations subordonnées à la fortuité des fluctuations nerveuses. Elles comportent ce trait significatif que, le charme rompu, le malade a conscience de son trouble et des entraînements qu'il subit, qu'il s'en effraie, et que, partagé entre la crainte de commettre des actes dangereux ou de devenir fou, s'il ne le dissimule même à ses proches, il recherche les soins médicaux et parfois en arrive à solliciter comme une faveur la protection d'un asile.

Le premier mot qui s'est présenté à notre esprit pour qualifier ces cas est celui de *pseudomonomanie*, voulant montrer, par cette antithèse, l'erreur qui, généralement, les faisait classer parmi les monomanies. Le côté scientifique est mis, du reste, en relief dans ce sous-titre : *délire partiel diffus*: partiel, car le fonctionnement syllogistique subsiste; diffus, car il se compose d'éléments mobiles et variables.

On conçoit que la pseudomonomanie ait été méconnue. Ceux qu'elle tourmente ne sont point des fous ordinaires. On les rencontre surtout dans le monde, y remplissant leur rôle avec une apparence de raison. Une dame a vécu ainsi quinze ans avec son mari qui ne fut averti par elle qu'au milieu d'une crise intolérable. Et quels ne furent pas ses regrets? Il n'y avait qu'un malheureux, elle en avait fait un second. L'explosion ne se révèle, la plupart du temps, que par des coups de foudre : un meurtre, un suicide, un incendie, d'autant plus stupéfiants qu'on ne les eût pas attendus de leurs auteurs.

La science, à l'origine, ne voyait dans de pareils actes qu'un signe de monomanie instinctive. Elle négligeait le cortège des autres phénomènes. Aujourd'hui on réunit et on groupe avec soin les moindres circonstances, sans pourtant, s'il s'agit d'une inculpation criminelle, convaincre toujours les magistrats et les jurés, qui, la théorisation défaillante, et en présence du tableau noir de l'expertise, ne sauraient y accommoder celui d'un coupable qui semble en possession de son plein libre arbitre.

Ces exemples sont communs dans les procès criminels. Papavoine qui, sous la Restauration, immola deux enfants au bois de Vincennes, Jobard qui, au théâtre des Célestins à Lyon, poignarda une dame inconnue, Jeanson, autre séminariste, qui tua un camarade et mit le feu à Pont-à-Mousson, furent, comme Raimbaud et beaucoup d'autres, des pseudomonomanes, victimes d'erreurs juridiques. Dans des mémoires ultérieurs, nous avons réuni près de vingt-cinq observations personnelles de *délire partiel diffus*. Nous en pourrions citer maintenant une cinquantaine. On dirait les types coulés dans un même moule : tous *rêvent*. La propension au suicide est fréquente, et, par malheur, fréquemment aussi suivie d'effet. Des signes d'hypérémie méningienne font enfin de la pseudomonomanie une sorte de trait-d'union entre les délires général et partiel.

On a voulu faire du *délire des actes* et de la *folie raisonnante* des espèces distinctes. Mal délimitées, elles rentrent, plus ou moins, ou dans les pseudomonomanies, ou dans les délires monomaniaques, portant vaguement ou d'une façon isolée sur les sentiments et les passions, comme certaines perversions morales, la dipsomanie, le ratyriaris, la nymphamanie, le vagabondage, etc.

Je m'arrête, Messieurs et chers collègues, ayant usé bien longtemps d'une bonne volonté indulgente, dont je vous remercie. Si mon critérium est exact, vous avez pu apprécier d'abord quelles lumières nouvelles projette, sur les faits de l'ordre mental, la distinction psychologique que j'ai établie; avec quelle facilité ils viennent se caser respectivement à leur place naturelle; combien de netteté en résulte pour leur discussion, enfin quelles modifications profondes en reçoit la nomenclature. C'est ainsi que la stupidité, pour ses nombreuses formes moyenne et légère, a revendiqué, sur le délire partiel, la plupart des lypémanies; qu'une démarcation caractéristique a été signalée entre les agitations maniaque et hallucinatoire; mais surtout que les aliénations partielles ont été heureusement dédoublées par la séparation des délires systématisé et diffus. La médecine légale ne profite pas seule de ces changements. Au point de vue des causes, du diagnostic, du pronostic, des conditions cérébrales et du traitement, leurs conséquences ne sont pas moins considérables.

Parlerai-je de l'idiotie? Je me bornerai à un mot. On pourrait multiplier les degrés. Dubois (d'Amiens) en distinguait sept. La science s'est limitée à l'*imbécillité* et à l'*idiotie proprement dite*, selon que le deshérité intellectuel est capable du langage ou trop privé de discernement pour y atteindre. Au-dessus des imbéciles, Morel plaçait les *simples*. A cette catégorie nous avons ajouté les *insuffisants* et les *mobiles*.

Du reste, ces signes ne sont pas absolus. Outre la pénétration, on trouve, chez l'idiot comme chez l'homme ordinaire, les aptitudes, le caractère, les sentiments, les instincts, qui, inégalement départis, donnent à chacun une empreinte. Il y a les bons et les rageurs. Tout peut ne pas être mutilé. Tel, d'une classe au-dessous, l'emporte par des dons spéciaux ou ses manifestations morales sur de plus élevés dans l'échelle. Un de ces malheureux, âgé de 13 ans, pour unique marque d'activité psychique, frédonnait des airs et les rendait avec l'harmonium.

Certains auteurs ont indiqué des démences partielles. L'oubli des mots, des noms, des lieux, des personnes, par exemple. Des sentiments, des passions, des instincts aussi s'effacent, et comme chacun d'eux jouissait d'une vertu pondératrice, cette débilité pourrait incidemment se traduire par des exagérations monomaniaques en sens contraire. La haine parfois succède à l'amour. L'attention ne s'est point fixée sur ce point. Il y aurait peut-être là l'objet d'une étude intéressante.

Nous résumerons la nôtre dans le tableau suivant :

ALIÉNATIONS GÉNÉRALES.		ALIÉNATIONS PARTIELLES.	
Manie.	Excitation maniaque.	Pseudomonomanie ou délire partiel diffus.	
	Incohérente.		
	Très-incohérente.	Délire monomaniaque ou mieux fixé, systématisé.	
Démence.	Idiopathique.		
	Symptomatique.	Perceptif	Illusions.
	Consécutive.		Hallucinations.
	Sénile.	FORMES DIVERSES.	
PARALYSIE GÉNÉRALE.		Démences partielles.	
Stupidité.	Profonde.	Idiotie.	Simples, insuffisants, mobiles.
	Moyenne.		Imbécillité.
	Légère.		Idiotie proprement dite.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

La fièvre typhoïde et le traitement de cette maladie par les *bains froids* sont plus que jamais à l'ordre du jour à la Société médicale des hôpitaux. La discussion est engagée depuis longtemps et nous ne pouvons songer à la reprendre depuis son début; aussi l'analyserons-nous seulement à partir du discours de M. Peter.

La méthode des bains froids, dit M. PETER, s'adresse seulement à l'hyperthermie; elle ne vise qu'un symptôme isolé de cet état si complexe qui constitue la fièvre typhoïde, maladie générale au plus haut degré, intéressant tout l'organisme. Cette méthode est trop simple, et par suite elle est nécessairement illusoire; car rien n'est simple dans l'organisme vivant, rien n'est simple dans un état morbide comme la fièvre typhoïde. D'ailleurs l'examen des faits montre que l'on n'obtient pas toujours le résultat que l'on se propose, c'est-à-dire l'abaissement de température et que, par contre, dans d'autre cas, on a dépassé le but à tel point que des malades n'ont pu être réchauffés après le bain et ont succombé.

En outre, l'application systématique des bains froids peut être suivie d'accidents dont le mécanisme n'est que trop facile à expliquer. Il est tout naturel, en effet, que le sang, chassé de la périphérie, se porte vers les organes profonds et les muqueuses; aussi les congestions, les phlegmasies et surtout les hémorrhagies sont-elles fréquentes chez les malades traités par les bains froids: c'est un fait que reconnaissent même les partisans de la méthode.

Il est un autre accident plus redoutable encore: soumettre à l'impression brusque du froid un malade dont le muscle cardiaque est si souvent atteint de dégénérescence plus ou moins profonde, dont les forces sont généralement si déprimées, c'est l'exposer à une syncope qui peut le tuer dans le bain, et de fait, cette pratique qui rappelle par trop une expérience de laboratoire a pu produire des syncopes dans quelques cas, heureusement plus rares qu'on aurait pu le craindre.

M. BUCQUOY présente un malade atteint de *tuberculose de la langue.* Une large ulcération traitée par une solution d'acide phénique dans la glycérine (0,20 centig. pour 20 grammes) avait guéri une première fois. Peu de temps après, une fissure se forma au bord de la cicatrice et guérit aussi. Aujourd'hui, une nouvelle fissure se produit encore.

M. Bucquoy (de même que M. Féréol) n'a jamais vu ces ulcérations guéries d'une façon définitive. Elles se développent, non pas en s'étendant par leurs bords, mais par des ulcérations secondaires qui se produisent dans le voisinage des premières. A. S.

BIBLIOGRAPHIE

Des rapports de la phthisie pulmonaire avec l'aliénation mentale; par M. le Dr Paul MOREAU (de Tours).

Bien souvent de plus difficile à fixer que les causes héréditaires. Les uns tendent à en agrandir, les autres à en restreindre le cercle. Cela tient à l'incertitude des délimitations. En principe, M. Moreau (de Tours), père pense que certains germes peuvent, se transmettant dans les familles, se manifester sous des formes différentes, la phthisie, par exemple, devenir de l'aliénation mentale et, réciproquement, par cette migration, l'aliénation mentale se transformer en phthisie. On le conçoit, toute génération supposant deux facteurs et les idiosyncrasies surtout variant, pour chacun, en raison des conditions d'existence. Aux faits mentionnés dans les écrits de M. Moreau (de Tours), M. Paul Moreau, examinant le même point vient, dans l'*Abeille médicale* (29 janvier et 5 février 1877), en ajouter quelques autres. Sa prétention n'est point de résoudre le problème. « Nous voulons simplement, dit-il, indiquer les raisons sur » lesquelles nous nous appuyons pour voir dans ces deux » affections, phthisie et aliénation mentale, une véritable rela- » tion d'hérédité. »

Après avoir insisté sur les troubles intellectuels et moraux que l'on observe souvent dans la période d'incubation ou dans le cours de la phthisie, il démontre la vraisemblance de ce qu'il appelle l'hérédité indirecte. M. Piorry, dans sa thèse de concours pour le professorat, résume des idées analogues déjà émises par ses devanciers, « certaines affections pouvant, selon » ses expressions, se tranporter des pères aux enfants, en » *prenant une nouvelle forme.* » En Angleterre, le Dr Clouston reconnait de son côté, « que la folie a de la tendance à éclater » chez plus d'un membre d'une famille où il y a prédisposition » à la phthisie. »

Pour M. Paul Moreau, toutes les diathèses peuvent faire souche de névropathies; « un phthisique peut engendrer un névropathe, » ayant dans la délicatesse de sa constitution « un terrain propice où, surtout aux époques de l'évolution organique, peuvent germer et se développer la plupart des névroses. » Sur 367 sujets notoirement prédisposés, 53 auraient été frappés d'aliénation, du chef soit de la mère 30 fois, soit du père 19 fois, soit des grands parents 3 et 5 fois. Parmi les collatéraux entachés, on trouve en outre, 13 sœurs, 5 frères, 2 tantes, 1 oncle, 2 cousins.

Quant aux variétés psycho-cérébrales, elles se répartissent ainsi: épilepsie 23 cas, folie névropathique 9, stupeur 3, délire de persécution 5, mélancolie 5, paralysie générale 2, idiotie 2, excitation maniaque 1, scrofule 1.

L'enfance, puis l'âge adulte, sont particulièrement atteints. De son exposé M. Paul Moreau conclut en définitive, par cet aphorisme: « La phthisie, chez les parents, peut, en vertu de » la loi d'hérédité transformée, disparaître chez les enfants et » être remplacée par une affection mentale ou nerveuse. » Cinq observations viennent à l'appui des données précédentes.

1re obs. R..., 13 ans, épileptique depuis deux ans; après des phases d'agitation et d'une sorte de somnambulisme, dégradation profonde. Grand-père et grand-mère paternels, mère morts phthisiques.

2e obs. S..., 24 ans, franchement névropathique est poussée à des actes impulsifs et au suicide. Elle lutte, mais à grande peine. Père mort jeune de la poitrine.

3e obs. X..., 23 ans, petite et chétive, est douce, aimante, mais peu capable. Sœur, 20 ans, sourde-muette, également de taille et de physionomie enfantines. Père et mère morts de phthisie; cousin germain phthisique.

4e obs. Ch..., 32 ans; croit qu'on veut empoisonner elle et ses enfants. C'est un voisin qu'elle accuse d'abord, quoiqu'il ne lui ait jamais parlé. Son mari devient ensuite le complice et l'âme du complot. Elle porte chez le médecin et le commissaire les vases contenant les aliments et boissons suspects. Mère et frère morts de phthisie.

5e obs. C..., 33 ans, tombe folle à la suite des derniers événements. Injuriée, tenue pour vile et méprisable, elle affirme qu'on mêle du poison à ses aliments. Complication de paralysie générale à laquelle elle succombe. Mère phthisique, deux sœurs et trois frères morts phthisiques. Chez la malade, aucune lésion pulmonaire.

Dans tous ces cas, aucune autre cause que l'hérédité à laquelle la maladie nerveuse ou mentale puisse être assignée (1).

CORRESPONDANCE

Bordeaux, le 2 mars 1877.

Mon cher rédacteur,

..... Le nombre des élèves de notre école de médecine est actuellement de quatre cents: leur nombre va donc toujours croissant. Certains laboratoires sont devenus trop petits, et, entre autres, celui de chimie où les élèves se livrent à des manipulations.

Nous avons des cadavres en abondance et l'ardeur des élèves est consi-

(1) Nous citons surtout ces faits, comme des documents utiles à consulter, mais sans nous prononcer formellement.

dérable. Vous n'ignorez pas sans doute, que ici, l'élève n'a aucun droit à payer pour les études anatomiques et peut disséquer tout à son aise.

Quand le personnel de la Faculté sera-t-il nommé ? nous ne savons absolument rien à ce sujet ; mais nous voulons bien croire que M. le Ministre de l'Instruction publique n'attendra pas que la première pierre de l'édifice, mis au concours, ait été posée.

Dans une précédente lettre, je vous ai parlé des hospices généraux bâtis ou plutôt en construction sur les domaines de Pellegrin et de Canolle. Ces constructions abandonnées depuis trop longtemps déjà vont être reprises et cela pour recevoir *la Maternité* et *les Incurables* qui occupent aujourd'hui l'emplacement sur lequel doit s'élever notre Faculté.

Il a été donné six mois aux entrepreneurs pour mettre en état ces deux pavillons. Ce n'est donc qu'à la fin du mois d'octobre qu'on pourra commencer à démolir les hospices actuels de la Maternité et des Incurables. Mais à ce moment, il faudra avant toutes choses procéder aux adjudications et vous savez avec quelle lenteur se font généralement toutes ces affaires. Nous nous considérerons comme fort heureux, si dans les premiers jours de janvier 1878, on donne les premiers coups de pioche.

Nous allons donc voir sous peu, dans deux de ces splendides bâtiments de Pellegrin et de Canolle, la Maternité et les Incurables. Mais quand terminera-t-on les autres pavillons ? Il y a tout lieu d'espérer que ce sera bientôt. Une compagnie parisienne aurait fait des ouvertures à l'administration des hospices de Bordeaux pour acheter les locaux occupés par les enfants trouvés et les enfants assistés. Cette compagnie aurait l'intention de faire construire en ce point des magasins généraux qu'on pourrait relier facilement avec la ligne du Midi. Les immeubles en question représenteraient environ une somme de 1,600,000 fr. Serait-ce suffisant pour terminer les hospices généraux, je ne le crois pas ; mais, avec une pareille somme, on pourrait faire bien des choses. Je vous donne ces renseignements sous toute réserve.

Nous possédons à Bordeaux un splendide hôpital, à peu près le seul ouvert aujourd'hui aux élèves, mais qui en raison du nombre croissant des élèves et des exigences d'un enseignement de Faculté, va devenir trop étroit. Aussi est-il sérieusement question d'acheter un vaste emplacement situé derrière l'hôpital Saint-André et qui sert de caserne d'infanterie.

Voici, mon cher rédacteur, tout ce que je puis offrir de nouveau : Il y a encore beaucoup trop de *on dit*, mais c'est tout ce que je puis faire pour le moment..... P. B.

REVUE D'HYGIÈNE

De l'hygiène du vin; par le Docteur C. des BARRES.

> L'oiseau de l'oubli chante devant ceux qui s'enivrent et leur dérobe leur âme.
>
> (Maxime SCANDINAVE.)

Un jour, Alexandre le Grand buvait du vin, ce qu'il faisait souvent et très-volontiers ; Androcydes voyant que son maître l'absorbait avec indifférence et distraction, lui dit : « Rappelle-toi, grand roi, qu'en buvant du vin, tu bois le sang de la terre. »

Et de fait, cette divine ambroisie de nos pères ne tient-elle pas pour ainsi dire en dissolution, les rayons du soleil et les forces occultes de notre planète ? ne s'offre-t-elle pas à nos yeux comme une liqueur qui, dans ses gouttes de rubis ou d'or, semble augmenter la chaleur qui féconde, la lumière qui ravive l'énergie, qui donne le mouvement ?

N'est-ce pas dans la nature même des choses et dans une observation de tous les jours, que le vieillard de Cos a trouvé l'aphorisme qu'il formulait en ces termes magiques de vérité :

« Le vin est chose merveilleusement appropriée à l'homme, si, en santé comme en maladie, on l'administre avec à propos et juste mesure, suivant la constitution individuelle. »

Le vin doit à l'heureuse association de ses principes constitutifs (alcool, sels alcalins, tannin, éther œnantique) le privilége de n'être surpassé par aucun produit naturel ou factice comme moyen de réconfortation, quand les sources de la vie sont languissantes ou épuisées.

Si leur rôle alimentaire n'est pas très-étendu, il favorise indirectement la nutrition, en rendant moins nécessaire le nutriment, et en ralentissant la destruction organique.

En tout état de choses, l'influence de quelques-uns des principes constitutifs du vin, se complète par les propriétés des autres, de manière à charmer les sens du goût et de l'odorat, à exercer une action tonique et astringente sur l'estomac, à produire une excitation bienfaisante sur la circulation générale.

Les effets physiologiques du vin sont donc multiples : ce sont d'abord, plus mitigés et moins rapides, ceux qu'engendre l'alcool; viennent ensuite les effets produits par la complexité des matériaux organiques qui entrent dans leur composition, et qui, à certains égards, se rapprochent de ceux de l'organisme.

Pour l'individu, le choix du meilleur vin devient d'une importance capitale, car si le bon choix suffit pour prolonger de plusieurs années une existence précaire, le mauvais choix peut abréger la vie avec un cortége inséparable d'infirmités.

Les personnes, à système musculaire et adipeux très-développé, à organes respiratoires bien équilibrés, se trouveront toujours merveilleusement des boissons plus ou moins alcoolisées, en tenant compte bien entendu de leurs préférences instinctives pour les diverses qualités du vin.

Le professeur Bouchardat, qui est tout à la fois un savant hygiéniste et un œnophile des plus distingués, préconise le vin de Bourgogne : « pour les valétudinaires qui sont habitués à son usage, le Bourgogne des bons crûs de 5 à 10 ans est préférable à tout. »

Le Bourgogne, dit le D[r] Fonssagrives, est un vin autrement stimulant et chaud que le Bordeaux. C'est chez lui qu'on rencontre cette heureuse pondération de l'alcool et des acides, et les convalescents à digestions paresseuses s'en accommodent bien mieux que des meilleurs crûs du Bordelais.

Malgré ces deux grandes autorités, avec la généralité des praticiens, je donnais la préférence aux vins de Bordeaux, en raison de la quantité de tannin et de matière colorante plus considérable qu'ils renferment.

Toutefois, ayant eu l'occasion depuis plusieurs années d'étudier de plus près et sur une grande échelle l'administration du vin de Saint-Raphaël, j'ai dû me convaincre que dans les conditions indiquées par le professeur de Montpellier, il méritait de marcher, sans conteste, en première ligne.

Effectivement, le vin de Saint-Raphël dans lequel Gay-Lussac trouvait déjà 15.50 0/0 d'alcool pur, pendant que le haut Bourgogne en contenait 11 à 12 et le haut Bordeaux 8 à 9, figure dans la classification de M. Bouchardat comme le type des vins astringents tanniques (avec sucre et alcool).

Or, au point de vue hygiénique, les vins tanniques astringents et sucrés l'emportent de beaucoup sur les vins qui sont simplement alcooliques et sucrés, parce qu'ils s'accommodent mieux aux aptitudes de l'appareil digestif, quand ils sont pris à la dose modérée d'un verre à Bordeaux après chaque repas.

La saveur du vin de Saint-Raphaël est agréable, veloutée au palais, d'une astringence modérée ; il est sucré sans excès, chaud à l'estomac, et ne produit pas la sensation de cuisson qui caractérise les boissons alcooliques.

VARIA.

Mort de Richerand.

Nous avons la douleur d'annoncer, aujourd'hui, une perte nouvelle que vient de faire l'internat des hôpitaux déjà si éprouvé l'année dernière; Anthelme Richerand, vient de succomber à Dax, le 3 mars dernier. Bien que sa position eut pu lui permettre de choisir une profession moins pénible que la médecine, Richerand s'était souvenu qu'il portait un nom illustre dans cette science et, dès l'année 1869, il entrait à la Faculté.

La guerre éclate bientôt, et malgré sa santé déjà compromise, il s'engage, alors que sa classe n'était point appelée. Au bombardement de Nogent, son courage tranquille et modeste est remarqué de ses chefs ; porté à l'ordre du jour, il est proposé pour la médaille militaire que lui décerne immédiatement le gouverneur de Paris.

Puis il se remet au travail et nous le retrouvons dans les concours où ses connaissances profondes et solides le placent au premier rang. Richerand était aimé de ses chefs, qui avaient trouvé en lui un savant vrai et un collaborateur zélé : son talent était réel et sa modestie profonde, il n'avait ni un ennemi, ni un envieux. Son dévouement était sans bornes, il a lui-même hâté sa fin par le travail excessif qu'il s'imposait dans son service. Si l'on veut se rendre compte de la douleur profonde que vient de causer la nouvelle de sa mort, c'est à l'Hôtel-Dieu, au milieu des malades qu'il vient de quitter, qu'il faut se rendre : n'est-ce pas la plus belle récompense que puisse désirer le cœur d'un médecin ?

Exposition de 1878 : Anthropologie.

Parmi les sections qu'embrassera l'exposition internationale de 1878, une des plus intéressantes sera certainement celle des sciences anthropologiques. Nous apprenons que la société d'anthropologie de Paris vient de prendre, en vue de cette exposition, l'initiative d'une exhibition spéciale des sciences anthropologiques, comprenant : l'anthropologie proprement dite et la crâniologie ; l'ethnographie, surtout de la France et de l'Europe ; la paléontologie ou archéologie préhistorique; la démographie ou statistique comparée; la géographie médicale; la géographie linguistique. Elle a nommé, à cet effet, une commission dont le président est M. de Quatrefages, membre de l'Institut, et qui a pour vice-présidents MM. Henri Martin, sénateur, membre de l'Institut, le docteur Paul Broca, et pour secrétaires, MM. Gabriel de Mortillet et le docteur Paul Topinard. Parmi les membres élus nous voyons figurer le docteur de Ranse, M. Wilson, député, M. Louis Legay, le docteur Bertillon.

M. le sénateur Krantz, commissaire général de l'exposition internationale, a mis à la disposition de la commission un vaste local, compris dans les galeries qui entourent l'hémicycle central du palais du Trocadéro, et qui dominent la grande cascade et les jardins.

La Commission fait, dès maintenant, un appel chaleureux à tous ceux qui, soit en France, soit à l'étranger, s'intéressent au progrès des sciences anthropologiques. Elle voudrait dresser l'inventaire complet de l'état actuel de ces sciences, qui prennent chaque jour une plus grande importance. Les objets à exposer rentrent dans les catégories suivantes :

1° Crânes et ossements, momies, pièces concernant l'anatomie comparée des races humaines ; 2° instruments, méthodes d'enseignement ; 3° collections préhistoriques et ethnographiques; 4° photographies, peintures et dessins, sculptures et modelages; 5° cartes géographiques et tableaux concernant l'ethnologie, l'archéologie préhistorique, la linguistique, la démographie, la géographie médicale; 6° livres, journaux, brochures. (*Les Débats.*)

L'Université libre de Lille et le Conseil d'Etat.

Le directeur et les administrateurs de la Société anonyme de l'Institut catholique de Lille, avaient présenté au Conseil d'Etat une requête tendant à l'annulation, pour excès de pouvoir, d'un arrêté de M. le ministre de l'Intérieur par lequel, en vertu des pouvoirs qu'il tient de l'article 6 du décret du 25 mars 1872 sur la décentralisation administrative, il avait annulé : 1° un arrêté du préfet du Nord, en date du 16 novembre 1875, autorisant la commission administrative des hospices de Lille à traiter avec l'Université libre du Nord pour l'installation, dans l'hôpital Sainte-Eugénie, des cliniques médicale et chirurgicale de cette Université ; 2° un autre arrêté préfectoral du 1er février 1876, approuvant la convention passée les 22 et 24 décembre 1875 entre l'administration des hospices et l'Institut catholique de Lille.

Le Conseil d'Etat a reconnu que la convention dont il s'agit rentre, par sa nature, dans les objets qui, d'après l'article 8 de la loi du 7 août 1851, peuvent être réglés par les délibérations de la commission des hospices, sauf approbation par le préfet, sans que le Conseil municipal doive être appelé préalablement à donner son avis.

Que le traité, autorisé par la délibération et par l'arrêté préfectoral, a été passé par devant notaires, qu'il était régulier, qu'il avait reçu un commencement d'exécution par le payement de 50,000 fr. sur la somme de 140,000 francs, prix fixé par l'administration des hospices.

En conséquence, le Conseil d'Etat, considérant que le traité avait créé, — tant au profit de l'Institut catholique du Nord qu'à celui des hospices de Lille, des droits auxquels l'autorité administrative ne pouvait porter atteinte; que, dès lors, le Ministre de l'Intérieur a excédé ses pouvoirs en annulant, par sa décision du 31 décembre 1876, les arrêtés du préfet approuvant la délibération de la commission administrative des hospices, déclare : La décision du Ministre de l'Intérieur, en date du 31 oct. 1876, est annulée (*Un. méd.*).

Enfants assistés

On annonce qu'il se forme en ce moment à Paris une Société philantropique dont le but est d'arracher à la misère et au vice le plus grand nombre possible d'enfants assistés de la métropole, et d'en faire des colons utiles à eux-mêmes et au pays. L'Algérie, cette terre si fertile et si méconnue, a été choisie pour l'exécution de cette œuvre qui a pour titre ce nom suffisamment significatif : *l'Adoption*. Nous ne doutons pas de la réussite de cette œuvre éminemment morale, à la tête de laquelle se trouvent M. le comte Foucher de Careil, sénateur, président : M. Poinel, sénateur d'Oran, et M. le docteur A. Hureau de Villeneuve, vice-présidents. Nous citerons également parmi les membres de l'œuvre, MM. Crémieux, le vice-amiral Fleuriot de Langle ; Jacques, député algérien ; Ferdinand de Lesseps, Krantz, Malte Brun, etc. — (*Journal officiel*).

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Pinard commenceront le jeudi 15 mars, à 4 h. 1/2, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° anatomie, physiologie, grossesse ; 2° eutocie ; 3° dystocie ; 4° exercices pratiques. — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Pathologie interne. — M. le dr Debove commencera la seconde partie de son cours (semestre d'été) le jeudi 15 mars, à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique. Lundi et samedi.

23. Préparations pharmaceutiques de cicutine *(Dujardin-Beaumetz)*.

Voici la formule d'une solution de bromhydrate de cicutine pour injections hypodermiques.

Pr. :	Bromhydrate de cicutine cristallisé...	0gr,50
	Alcool	1 ,50
	Eau de laurier-cerise	23 ,00

1 gramme de liquide contient 2 centigrammes de sel cristallisé ; la goutte en contient 1 milligramme. Par la voie stomacale on pourra se servir soit de granules, soit de sirop, soit de solution. Voici les formules que nous proposons pour ces diverses préparations :

1° *Sirop de bromhydrate de cicutine.*

Pr. :	Sirop simple ou aromatisé à volonté..........	999 grammes.
	Bromhydrate de cicutine cristallisé, blanc et pur.	1 gramme.

10 grammes de sirop contiennent un centigramme de sel ou 6 milligrammes de cicutine pur.

2° *Granules de bromhydrate de cicutine.*

Pr. :	Bromhydrate de cicutine cristallisé.....	2 grammes.
	Sucre de lait	Q. S.
	Sirop de gomme	pour 1000 gr.

Chaque granule contient 2 milligrammes de sel, ou 1 milligramme d'alcaloïde.

3° *Solution de bromhydrate de cicutine.*

Pr. :	Bromhydrate de cicutine cristallisé....	0gr,30
	Eau de menthe	50 ,00
	Eau distillée	250 ,00

La cuillerée à bouche contiendra 1 centigramme de sel. Ajoutons que le bromhydrate de cicutine n'a aucun goût désagréable, et que les enfants même le prennent sans aucun dégoût. (Bouchardat. — *Annuaire de thérapeutique, p. 36*).

Administration générale de l'assistance publique a Paris. — Concours public pour la nomination à trois places de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. Ce concours sera ouvert le lundi 30 avril 1877, à quatre heures à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 29 mars 1877, et sera clos définitivement le samedi 14 avril, à trois heures. — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 16 avril 1877, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration générale de l'assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, n° 47. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le jeudi 15 mars jusqu'au mardi 3 avril inclusivement, de onze heures à trois heures.

Corps de santé militaire. — Sont nommés médecins stagiaires au Val-de-Grâce, MM. les docteurs Cliquet, Maderay, Lasserre, Durgiet, Deyde, Atgier, Gaillard, Hussenet et Pitoux. — MM. les médecins principaux de 2e classe Jacex et Noguès; M. le médecin major de 1re classe Spire et M. le médecin-major de 1re classe en non-activité Aubert sont déclarés en liquidation de retraite. MM. Morazzani, médecin-major de 1re classe, et Chalet, pharmacien-major de 1re classe, prennent leur retraite. — MM. Donnezan, médecin-major de 2e classe, et de Jeauffrais-Balsac, médecin-major de 1re classe donnent leur démission.

Société contre l'abus du tabac. — Prix. — *La Société contre l'abus du tabac* met au concours : 1° Un prix de 100 francs, pour l'instituteur primaire communal qui fera le meilleur mémoire en vue de prémunir la jeunesse contre les dangers de l'usage prématuré du tabac. Les concurrents doivent se renfermer dans les limites équivalant à 16 pages in-8 d'impression, au plus. 2° Un prix de 200 francs, pour le médecin qui relatera le plus grand nombre d'observations intéressantes et inédites de maladies causées par le tabac. 3° Un prix de 300 francs, pour l'auteur du meilleur mémoire relatif à l'influence du tabac sur les études, notamment dans les lycées, les écoles spéciales, civiles ou militaires, etc. Une médaille d'honneur sera, en outre, décerné à chaque lauréat.

Les concurrents doivent faire parvenir leurs travaux à l'adresse du Président, M. Decroix, rue Saint-Benoît, n° 5, au bureau de l'*Abeille médicale*, à Paris, au plus tard le 31 décembre 1877. La Société se réserve le droit de publier, en tout ou en partie, les travaux récompensés. Les noms et adresses des auteurs doivent être renfermés dans un pli cacheté joint au mémoire, selon la forme en usage. — Ce pli ne sera ouvert qu'autant que le concurrent mériterait le prix ou une autre récompense.

En outre des prix ci-dessus, des récompenses honorifiques ou pécuniaires seront décernées aux personnes qui adresseront à la Société les meilleurs travaux imprimés ou manuscrits sur le tabac, et à celle qui auront été signalées, soit pour leur propagande, soit pour leur zèle, comme agents des administrations, à faire exécuter les lois et règlements interdisant de fumer en certains endroits, notamment dans les chemins de fer.

Les personnes qui désirent faire partie de la Société doivent en faire la demande au Président, ou être présentées par un sociétaire. — *Bulletin périodique.* Cotisation annuelle, 6 fr. — Les statuts et règlement avec une

brochure sont à la disposition des personnes qui en font la demande. — Prix : 50 centimes au profit de la Société.

La muse républicaine. — Notre confrère M. Boué (de Villiers), qui dirige si vaillamment l'excellente publication collective : *la Muse républicaine*, fait appel aux jeunes poètes patriotes pour le volume de 1877, qui paraîtra en mai prochain. On sait le succès obtenu par les deux volumes de 1875 et 1876. En outre un concours est ouvert par la direction de la *Muse républicaine*. Le sujet de ce concours est : *Voltaire*, l'immortel poète et philosophe. Les compositions ne devront pas excéder 100 vers et être envoyées avant le 31 mars. Quatre prix (dont le buste de Voltaire), et plusieurs mentions honorables seront décernés.

Demander le programme à M. Boué (de Villiers), rédacteur de l'*Union républicaine de l'Eure*, à Evreux (Eure), qui enverra franco contre 6 fr. (au lieu de 10 fr.) les deux volumes illustrés parus de la *Muse républicaine*.

Librairie GERMER BAILLIÈRE, 8, place de l'Odéon.

Bouchardat (A.). Annuaire de thérapeutique de matière médicale de pharmacie et d'hygiène pour 1877. 37e année. Paris, 1877, in-18. 2 fr. 50

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie. — Le n° 3 contient les articles suivants : A. Boudet et A. Chauveau. Contribution à l'étude du mécanisme des bruits respiratoires normaux et anormaux. — Ollier. De l'excision des cartilages de conjugaison pour arrêter l'accroissement des os et remédier à certaines difformités du squelette (*suite et fin*). — J.-M. Charcot et A. Pitres. Contribution à l'étude des localisations dans l'écorce des hémisphères du cerveau. — Observations relatives aux paralysies et aux convulsions d'origine corticale (*suite*). — Hutinel. De la thrombose des veines rénales. — Terrillon. Albuminurie traumatique. — Sur le pansement à découvert, par Ei. Schwartz. — De l'influence des sels sur la contraction du muscle cardiaque, par Lépine. — Bibliographie. Andral par le professeur Chauffard. — L'enseignement de la médecine en Allemagne, par Louis Fiaux. — Variétés. — Nécrologie : W. Fergusson. Un an, 20 fr.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Parrot (J.). Clinique des nouveau-nés. L'athrepsie. Leçons recueillies par le dr Troisier. Paris, 1877. 1 vol. gr. in-8, avec 13 pl. dont 4 en couleur. 18 fr.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *février* vient de paraître. Un an : Paris 18 fr. ; Départements, 20 fr.

Lutaud (A.). Manuel de médecine légale et de jurisprudence médicale. Paris, 1877, in-12 de 736 pages avec 38 figures dans le texte. 8 fr. 50

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Charité. Service de M. Empis. Salle Saint-Michel (H.) : 10, fièvre typhoïde; 11, pneumonie; 16, emphysème pulmonaire. — Salle Ste-Marthe (F.) : 1, colique hépatique; 3, fièvre typhoïde; 9, affection cardiaque; 5, phthisie aiguë; 21, pelvi-péritonite.

Service de M. Trélat. — Salle Sainte-Rose (F.) : 1, kyste hydatique du foie; 2, corps fibreux de l'utérus; 4, endométrite ; 5, phlegmon des gaines de l'avant bras ; 10, troubles nutritifs de la jambe (hystérie) ; 11, kyste hydatique du foie ; 12, abcès de la glande vulvo-vaginale ; 14, arthrite suppurée du genou ; 15, fracture verticale du bassin ; 17, 20, pelvi-péritonite ; 19, syphilome ano-rectal. — Salle Saint-Jean (H.) : 4, chéiloplastie (cancroïde de la lèvre inférieure ; 5, iritis rhumatismale ; 8, polype naso-pharyngien ; 10, cataracte traumatique ; 11, périphlébites suppurées ; 12, tumeur carcinomateuse de l'aine ; 13, fracture de côte ; 14, fracture de jambe; 16, arthrite fongueuse métacarpo-phalangienne ; 18, fracture de la cupule radiale ; 19, 20, entorse tibio-tarsienne.

Hopital Saint-Antoine. — *Médecine.* Service de M. Brouardel. — Salle Saint-Augustin (H.) : 2, diabète et albuminurie ; 5, mal de Pott et pleurésie purulente; 8, hémiplégie avec contracture ; 16, tuberculose, caverne simulant un pneumothorax ; 18, emphysémateux; 34, alcoolisme aigu; 44, ulcère rond. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 4, cancer utérin; 7, rhumatisme articulaire aigu ; 9, tumeur abdominale ; 10, asystolie ; 18, albuminurie, mal de Bright; 19, cirrhose hypertrophique.

Service de M. Mesnet. — Salle Saint-Hilaire (H.) : 7, pleurésie aiguë ; 28, névralgie sciatique ; 29, chorée ; 31, angine diphthéritique ; 46, insuffisance aortique. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 6, fièvre typhoïde, tuberculose pulmonaire au début ; 10, rhumatisme articulaire aigu ; 13, phlegmon périnéphrétique ; 20, carcinome de l'intestin ; 1, hystéro-catalepsie.

Service de M. Constantin Paul. — Salles Saint-Eloi et Saint-Etienne (H.) : 2, épilepsie traumatique ; 6, affection mitrale; 23, cirrhose cardiaque; 28, rhumatisme articulaire aigu ; 43, pleurésie aiguë. — Salle Sainte-Jeanne : 5, insuffisance mitrale ; 7, leucocythémie ; 12, fièvre typhoïde (rechute) ; 13, pleurésie, phlegmatia alba dolens.

Service de M. Dujardin-Beaumetz. — Salle Saint-Lazare (H.) : 2, fièvre typhoïde ; 4, rhumatisme articulaire aigu ; 5, sciatique ; 25, spermatorrhée. — Salle Sainte-Agathe : 2, pleuro pneumonie ; 5, hémianesthésie hystérique ; 6, pelvipéritonite ; 8 *bis*, insuffisance mitrale ; 18 *bis*, hématocèle périutérine ; 20, pneumonie caséeuse.

Service de M. Ball. Leçons cliniques le jeudi à 10 h. Salle Saint-Louis (H.) : 5, pneumonie rhumatismale ; 9, délire des persécutions ; 19, monomanie ; 22, 23, 24, paralysie générale; 42, folie choréique. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 8, rhumatisme articulaire aigu ; 14, hémichorée ; 16, sclérose en plaques ; 18, fièvre typhoïde.

Chirurgie. Service de M. Gillette. — Salle Saint-Christophe (H.) : 4, tumeur fibro-plastique de la cuisse ; 8, hémorrhoïdes gangrénées ; 12, fracture du col anatomique de l'humérus ; 20, hypertrophie de la prostate ; 22, synovite des muscles fléchisseurs de l'avant-bras ; 23, anthrax. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 2, phlegmon du ligament large ; 8, synovite de la gaîne des péroniers d'origine blennorrhagique ; 4, métropéritonite traumatique ; 5, épithélioma du col de l'utérus ; 9, hypertrophie du col.

Service de M. B. Anger. — Salle Saint-Barnabé : 3, fistule anale ; 33, fracture du col de l'humérus ; 37, sarcocèle tuberculeux ; 53, arthrite du genou d'origine blennorrhagique ; 55, adénite scrofuleuse. — Salle Sainte-Marthe : 4, adéno-phlegmon du cou ; 7, abcès stercoral ; 11, cancer du sein; 15, kératite ulcéreuse avec hernie de l'iris ; 19, abcès froid ; 20 *bis*, périostite de l'avant-bras consécutive à une fièvre typhoïde.

Hopital Lariboisière. — Service de M. Féréol. — Salle Sainte-Joséphine (F.) : 3, coliques hépatiques ; 4, anévrysme de la crosse de l'aorte ; 11, pleurésie ; 21, rhumatisme blennorrhagique; 22, tumeur du petit bassin ; 27, néphrite parenchymateuse ; 30, goître exophthalmique ; 35, perforation du voile du palais d'origine scrofuleuse ; 17 *bis*, 18, 36, syphilis. — Salle Saint-Vincent (H.) : 1, albuminurie cardiaque ; 3, rhumatisme articulaire aigu, endo-péricardite ; 4, intoxication saturnine, albuminurie, polyarthrite déformante ; 8, syphilis, albuminurie ; 12, kystes hydatiques du poumon ; 13, typhlite et pérityphlite ; 15, insuffisance mitrale ; 15 *bis*, tuberculose pulmonaire, abcès ossifluents ; 18, 18 *bis*, ataxie locomotrice ; 19, paraplégie

d'origine spinale ; 25, 32, fièvre typhoïde ; 28, insuffisance aortique, cœur forcé ; 29, cirrhose du foie, ascite ; 33, polype du larynx.

Service de M. Ollivier. — Salle Sainte-Elisabeth (F.) : 3, thyroïdite aiguë ; 7, méningite tuberculeuse ; 8, sclérose en plaques ; 13, asystolie ; 20, érisypèle de la face chez une ictérique ; 23, insuffisance mitrale.

Hôpital du Midi. — Service de M. Simonet. Visite à 9 h. — 1re Salle : 2, trois chancres syphilitiques dont deux sur le fourreau de la verge et un au niveau de la rainure balano-préputiale. Bubon de l'aine droite; 5, chancres mous sous-préputiaux et bubon chancreux de l'aine droite ; 8, chancre gangréneux du gland ; 9, plaques muqueuses de la gorge, syphilides papuleuses généralisées; 28, végétations multiples sur le gland et sur la muqueuse préputiale. — 2e Salle : 8, syphilides papulo-squameuses ; 15, chancre mou sur le gland ; 25, blennorrhagie:plaques muqueuses à la gorge et sur la voûte palatine, syphilides papuleuses généralisées, impétigo du cuir chevelu. — 3e Salle : 15, testicule droit syphilitique. — 4e Salle : 7, blennorrhagie chronique.— 5e Salle : 4, plaques muqueuses sur le fourreau de la verge, le scrotum, à l'anus et dans la gorge. Pléiade ganglionnaire de l'aine droite ; 5, phimosis congénital, balanite.

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité (1875-1876) par U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. Prix :

De l'influence des Maladies du foie sur la marche des traumatismes, par F.-E.-Maurice Longuet. In-8 de 124 pages. Prix : 2 fr. 50.

Vacances médicales. On demande un docteur médecin à Rozoy-en-Brie (Seine-et-Marne) chef-lieu de canton et communes environnantes. S'adresser pour les renseignements précis: à Paris, chez M. Adam, sénateur et conseiller général du canton de Rozay, 4, rue de Miromesnil, avant midi. — Chez M. Adam fils, rue Richelieu, 29 ou chez M. Guillot, 30, rue Cler, à 6 h. du soir ; ces derniers tous deux conseillers municipaux de Rozay et délégués à cet effet par le Conseil municipal de Rozay et les communes environnantes.

On demande un jeune docteur ou un étudiant, ayant subi son cinquième, pour remplacer pendant quelques mois un médecin aux environs de Mâcon (6 kilom.) dans un poste lucratif. S'adresser pour renseignements, à M. Théodore David, 17, rue Jacob.

On demande à la Varenne-Saint-Hilaire (Seine) à 10 kilom. de Paris, un docteur en médecine. Position assurée. Beau et riche pays, site admirable sur les bords de la Marne. S'adresser à la Varenne-Saint-Hilaire, rue Saint-Hilaire, 7, chez le pharmacien et à Paris, chez le Dr Penot, rue de l'Ancienne-Comédie, no 12.

On demande : Un médecin à Jouy-en-Josas (Seine-et-Oise). — Un docteur à Fervaques (Calvados).

On demande à céder : Une clientèle de docteur à Ruelle (Charente).—Pour les renseignements s'adresser au secrétariat de l'Ecole de médecine, de 10 heures à 11 heures du matin et de 1 heure à 4 heures du soir.

On demande un médecin à Verneuil, chef-lieu de canton important du département de l'Eure. S'adresser aux bureaux du *Progrès*, de midi à cinq heures.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 11. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 17 MARS 1877.

Le Progrès Médical

MALADIES DES ENFANTS

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. ARCHAMBAULT.

De l'allaitement (1).

Leçons recueillies par M. E. DECAUDIN, interne du service.

Messieurs,

S'il est vrai de dire qu'un enfant allaité au sein va généralement bien ; il faut pourtant reconnaître qu'il y a des exceptions, relevant exclusivement de l'allaitement lui-même, et sur lesquelles vous pouvez avoir une action très-efficace, ainsi : 1° l'enfant peut ne pas recevoir assez de lait ; 2° en recevoir en trop grande abondance ; 3° son estomac peut ne pas s'accommoder du lait qu'il reçoit.

Il est remarquable de voir que ces trois conditions, très-différentes, aboutissent aux mêmes conséquences, c'est-à-dire : d'abord à la production de troubles gastro-intestinaux purement fonctionnels, à une véritable dyspepsie, puis à une véritable gastro-entérite caractérisée par des altérations, minimes il est vrai, mais qui rendent impossible l'absorption et la nutrition, et finissent par déterminer la mort, quand on les a laissés se développer en ne supprimant pas à temps leur cause première.

Insuffisance de l'allaitement. — C'est le cas qui se présente le plus fréquemment, et les choses s'y passent de la manière la plus insidieuse. Si l'insuffisance n'est pas très-considérable, on peut ne pas s'en apercevoir d'abord; l'enfant est à une sorte de ration d'entretien avec laquelle il gagne trop peu en développement et en poids, ou ne gagne même rien du tout. Si on n'est pas attentif, et qu'on ne se serve pas de la balance pour juger des tétées et de l'accroissement, on ne constate qu'incomplétement l'état des choses, ce qui entretient une fausse sécurité. Une nourrice attentive et sincère voit bien que l'enfant ne profite pas, que ses garde-robes sont un peu plus rares et moins abondantes, que les urines ne sont pas rendues en aussi grande quantité, que les couches ne sont plus aussi régulièrement ni aussi complétement mouillées. L'enfant est pâle, ses chairs sont molles; à certaines heures il crie d'une manière persistante ; si on le met au sein, il se calme pour un moment, et le quitte après avoir tété quelques instants, pour crier de plus belle. Ces cris sont généralement mis sur le compte des coliques, au compte desquelles on est trop enclin à mettre toutes les souffrances du bébé qui ne peut protester. Si la cause de cet état n'est pas saisie, il s'aggrave ; non-seulement le nourrisson ne gagne pas, mais il perd ; il s'établit une sorte d'autophagie. La diarrhée, si elle n'avait pas existé d'abord, commence à se montrer ; des selles petites, verdâtres, glaireuses, annoncent qu'il y a une véritable inflammation de la muqueuse intestinale, il survient de l'érythème ; aussitôt la muqueuse buccale rougit, devient acide ; il se fait du muguet, et l'enfant finit par succomber. Quand on vous signale quelques-uns de ces symptômes, sans tenir compte des explications dont on peut les accompagner, pensez à l'insuffisance de la nutrition. Voyez vous-même l'enfant téter, notez s'il se produit un véritable bruit de déglutition, et pendant un temps suffisant, car, certaines nourrices n'ont de lait que pour en fournir quelques gorgées après lesquelles l'enfant s'épuise en succions inutiles ; et, pour peu que vous ayez des doutes, faites des pesées; c'est le moyen sans réplique de constater et de montrer l'insuffisance de la sécrétion lactée.

Si le défaut de sécrétion lactée, porté à un haut degré, persiste quelques jours, vous devez ou changer la nourrice, ou recourir à l'alimentation mixte. S'il s'agit d'une nourrice le mieux est d'en prendre une autre. Si, au contraire, c'est la mère qui nourrit, il y a trois manières d'en sortir : 1° prendre une nourrice si faire se peut; 2° confier l'enfant à une nourrice en dehors de la famille ; 3° recourir à l'allaitement mixte. Le premier de ces moyens est généralement suivi d'un résultat entièrement favorable. Le second peut être aussi efficace, mais à la condition qu'il y ait réellement allaitement et allaitement suffisant. Je ne veux pas vous parler des nourrices qui ont pour spécialités de venir chercher à Paris des nourrissons et d'y renvoyer des actes de décès, mais de celles qui prennent un engagement sérieux et veulent le tenir, à la condition de ne pas sevrer leur propre enfant. Elles sont de bonne foi, mais ne peuvent tenir leurs promesses : leur enfant, et cela est trop naturel pour ne pas avoir lieu, reçoit la meilleure partie du lait, et le nourrisson n'a que la jouissance très-incomplète du sein qui lui avait été promis. N'acceptez pas les compromis dont votre jeune client, car c'est bien votre client, dans la véritable et ancienne acception du mot, serait la victime. Mieux vaut alors le laisser à sa mère et aider celle-ci avec du lait de vache préparé suivant l'âge de l'enfant et comme nous le dirons.

Quand le lait est trop abondant, il peut en résulter des inconvénients, mais ils sont moins fréquents et moins graves que dans les cas précédents. C'est chose commune que de voir les enfants remplir leur estomac au point que le moindre effort, la moindre contraction des muscles abdominaux, ou une simple pression sur la région épigastrique amène le rejet d'un flot de lait coagulé ; l'estomac surchargé se débarrasse d'ailleurs souvent, en ce cas, d'une manière spontanée et cela sans efforts sans souffrance, sans nausée. La disposition presque verticale de l'estomac chez le jeune enfant favorise ce rejet comme elle favorise le passage rapide du lait dans les intestins.

Si le caillot qui se forme dans l'estomac, et s'y dissout avant de pénétrer dans l'intestin, n'a pas subi cette modification à un degré suffisant, le lait sous forme de grumeaux blancs parcourt tout le tube digestif, et on le retrouve tel dans les garde-robes, qui, au lieu d'être d'un jaune homogène sont granitées par des points blancs. Cet état des garde-robes, s'il est habituel et joint surtout à des vomissements, indique d'une manière certaine que l'enfant reçoit trop de lait ; il y a dans ces cas une production et un dégagement de gaz intestinaux très-abondants, le ventre est un peu ballonné et on peut raisonnablement admettre qu'il y ait de temps à autre des coliques. Si on ne corrige pas cette alimentation vicieuse, la diarrhée survient : mais rien de plus facile que de remédier d'une façon efficace à ces troubles gastro-intestinaux. Vous n'avez autre chose à faire qu'à éloigner les tétées et à exiger qu'elles soient plus courtes. Rien ne vous presse, d'ailleurs, car l'enfant continue à profiter et quelquefois il suffit qu'il avance un peu en âge pour que les troubles disparaissent. Dans ce cas, la différence qui existait entre la capacité digestive et la puissance de la sécrétion lactée va chaque jour en s'effaçant. Mais les conséquences de ce trop plein de lait peuvent aller plus loin ; il survient une véritable diarrhée composée de matières jaunes piquetées de blanc, mais qui verdissent à l'air, dont l'émission se fait avec une grande abondance de gaz, très-fétides ; le plus souvent il survient un érythème des fesses ; et si ces enfants continuent à s'accroître, dans les premiers temps, ils ne tardent pas à rester stationnaires, ou à dépérir. Si on n'intervient pas, la diarrhée augmente, change de caractère ; elle est très-liquide, verte ou verdâtre à l'émission même, quelquefois glaireuse, d'autres fois séreuse ; elle peut même

(1) Voir le *Progrès médical*, nos 1, 5, 8.

prendre les caractères de celle du choléra infantile. Dans ces cas, il n'y a pas seulement trouble fonctionnel mais une véritable entérite. Il importe d'intervenir sans retard. Mais il y a une véritable difficulté à résoudre la question suivante. Les désordres qu'on observe sont-ils bien le résultat d'une trop grande abondance de lait ou bien celui-ci n'est-il pas impropre à l'alimentation du nourrisson dont l'estomac ne peut le supporter? N'est-ce pas là une dyspepsie ou une entérite par défaut d'accommodation? Si l'enfant s'était jusqu'alors trouvé bien du lait, à cela près qu'il vomissait et rendait dans les selles des grumeaux blancs, il est probable qu'on a affaire à des désordres qui dépendent d'un excès d'alimentation et, dans ce cas, il faut réduire les tétées à quelques minutes, les éloigner considérablement, pour donner à l'estomac le temps de se reposer et de se débarrasser; dans l'intervalle donner de l'eau sucrée coupée de moitié d'eau de Vichy ou d'eau de chaux, employer le bismuth dans une légère solution de gomme, la crème de bismuth de Quesneville, des onctions sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée, des sinapismes, etc. Ces derniers moyens sont applicables également dans le cas d'une entérite par défaut d'accommodation de l'estomac à l'aliment qu'il reçoit ; mais il importe ici de changer de nourrice, et c'est alors qu'il est bon de faire une étude du lait pour tâcher de découvrir la raison qui le rend impropre à la nutrition; que ce soit par insuffisance ou par excès des matières nutritives.

Toutefois, quand même vous découvririez qu'il répond, comme composition, aux conditions que doit réunir un bon lait, ce ne serait pas une raison pour garder la nourrice si les accidents que vous observez se sont montrés peu après qu'elle a commencé à donner le sein à l'enfant, et ont continué à aller en augmentant malgré un traitement rationnel. Mais il faut convenir qu'il y a, en pareille circonstance, des difficultés pratiques dont les plus expérimentés ont de la peine à se tirer; raison de plus pour y donner toute votre attention.

A côté de l'allaitement naturel, mais infiniment au-dessous, se place l'alimentation par le lait emprunté à un animal domestique : anesse, vache ou chèvre. Quand ce lait est donné seul, c'est l'allaitement artificiel, et on donne le nom d'allaitement mixte à celui dans lequel l'enfant reçoit outre le lait de la nourrice du lait fourni par un animal.

L'allaitement artificiel, entrepris dès la naissance, donne en général les résultats les plus défavorables, ce dont vous pouvez juger par ce que vous voyez à notre consultation; mais il faut dire qu'aucune des précautions, qu'aucun des soins capables de le rendre moins dangereux ne sont pris par les mères, dont l'éducation est absolument nulle à cet égard. Il y aurait à faire à ce sujet un petit code, une sorte de manuel guide; et je ne crains pas de dire que bien des médecins auraient à y puiser. Vous savez que le lait de vache et celui de chèvre surtout, l'emportent sur le lait de femme en matières solides, ce qui les rend trop lourds pour l'estomac des enfants naissants ; la caséine y prédomine et contribue suivant toute probabilité à rendre ces laits peu digestifs pour l'estomac des petits enfants. C'est au moins ce que l'on peut penser en voyant les caillots volumineux et consistants que ces derniers rejettent après avoir pris ce lait pur. La première chose à faire, c'est de comparer le lait que l'on veut employer avec celui de la femme et de le modifier de façon à le ramener autant que possible à la composition de ce dernier. Nous avons vu que le lait de vache diffère de celui de la femme surtout par la quantité de caséine : d'après une des analyses que je vous ai données, le premier de ces laits contiendrait 48 de caséine et le second 28 seulement pour 1,000 grammes.

Partant de cette donnée, comment, avec du lait de vache, arriver à faire un liquide qui, pour la quantité de caséine, soit identique au lait de femme? Rien de si simple : vous dites, si 1000 grammes de lait de vache contiennent 48 gr. de caséine, combien faudra-t-il de ce même lait pour en contenir 28 gr.? et il ne reste plus qu'à faire le calcul de proportion suivant :

$1000 : 48 :: X : 28 = \frac{1000 \times 28}{48} = 585.$ — En ajoutant à ces 585 grammes de lait de vache, 415 grammes d'où vous aurez un liquide contenant par rapport à la quantité d'eau, juste autant de caséine que le lait de femme.

Mais ce lait étendu d'eau que contient-il de sucre? Rien de si simple que de le savoir, et pour cela vous dites, si 1000 gr. de lait de vache contiennent 52 gr. de sucre, combien 585 en contiendront-ils? Vous n'avez plus qu'à faire le calcul suivant :

$1000 : 52 :: 585 : \times = \frac{52 \times 585}{1000} = 30,42.$ Ces 585 grammes contiennent donc 30 grammes de sucre et une fraction. Or, comme le lait de femme contient 46 ou 49, suivant les auteurs, de sucre de lait, vous avez à ajouter au liquide 16 grammes de sucre de lait.

De même vous trouvez que ce lait que vous venez de traiter en ajoutant de l'eau, comme nous venons de l'indiquer, contient une quantité de beurre trop minime dans la proportion de 4 à 5 grammes. Ainsi, pour faire, avec de bon lait de vache un liquide comparable au lait de femme, il faut prendre 6 parties de ce lait et y ajouter 4 parties d'eau, plus 15 à 16 grammes de sucre de lait et 4 grammes de beurre (l'addition de cette dernière partie se fait à l'aide de crême fraiche dont trois parties en poids équivalent à une partie de beurre). Dans la pratique, on néglige souvent cette dernière addition, sans inconvénient. Quant aux sels, on peut négliger la différence ou bien ajouter une très-minime quantité de phosphate et chaux porphyrisée.

Voici comment vous pourrez faire composer un biberon : 6 cuillerées de lait, 4 cuillerées d'eau chaude pour réchauffer le lait, 15 à 20 grammes de sucre de lait, ce qui est préférable, ou de sucre ordinaire.

Pour que cette préparation soit justifiée, je suppose qu'on a du lait pur, provenant d'une vache saine, bien nourrie, et qui n'ait pas été étendu d'eau comme cela se voit souvent dans les villes. Il importe que le lait soit nouvellement trait, et sous ce rapport il faut en avoir au moins de la traite du matin et de celle du soir. Le lait de 24 heures, même après avoir bouilli, tend à devenir acide, surtout en été. D'ailleurs, il est d'expérience que l'estomac des petits enfants digère mieux le lait non bouilli.

Je vous ai conseillé de couper le lait avec de l'eau chaude qui suffit pour le porter à une température qui se rapproche de celle qu'a le lait au sortir du sein ; on emploie, aussi, pour faire le coupage les décoctions d'orge, de gruau ou d'autres fécules, et on peut même dire que c'est ce qui se fait le plus habituellement. Ces liquides féculents ne conviennent point à l'estomac des tout petits enfants. Quand ceux-ci ont dépassé quatre mois, il n'en est plus de même, mais alors il est préférable, plutôt que d'employer ces liquides, d'ajouter une moindre quantité d'eau. Je me déclare absolument contre ces solutions, parce que les enfants les digèrent moins bien, et encore plus parce qu'elles deviennent facilement acides. Vous remarquerez, d'ailleurs, qu'on prépare, le plus souvent, en une fois ce qu'il en faut pour les vingt-quatre heures. N'est-il pas bien plus simple de s'adresser à l'eau, qu'on a toujours sous la main ; au lieu d'employer ce liquide qui, au bout d'un certain nombre d'heures, a de la tendance à aigrir. Un expérimentateur qui recherchait dans un asile d'enfants assistés quelle était l'état de la sécrétion salivaire, trouvait que presque tous les petits nourrissons avaient la bouche acide. Surpris de ce résultat, il examina les eaux panées et les eaux d'orge avec lesquelles on étendait le lait, et il trouva qu'elles rougissaient le papier de tournesol. Croyez-moi, bannissez ces préparations féculentes et remplacez-les par l'eau qui est beaucoup mieux supportée, toujours bonne et toute préparée. Préparez un breuvage frais pour chaque tétée. Je me demande ce que devient un liquide composé de lait sucré et d'eau d'orge, que certaines femmes promènent une partie de la journée dans leur poche pour le tenir tiède, et qu'elles présentent de temps à autre à leur enfant, dès qu'il

fait mine de crier. L'aliment est aussi défectueux que la manière de le donner. L'enfant élevé au biberon doit être réglé comme celui qui est au sein, mieux même, puisque l'aliment peut être considéré comme d'une digestion moins facile; toutes les heures et demie environ, pour les trois premiers mois, toutes les deux heures ou deux heures et demi ensuite, l'enfant recevra dans un biberon la quantité de lait fraichement préparée qui lui est destinée de 60 à 100 grammes dans les premiers temps, après trois mois 150 grammes. Je vois dans ce moment même un magnifique enfant de 3 mois qui boit au biberon en 5 ou 6 minutes 170 grammes de lait préparé comme je vous l'ai dit, toutes les 2 heures 1[2. Je suis persuadé que si on lui en donnait davantage il le prendrait. Les enfants qui prennent bien le biberon consomment beaucoup de liquide parce que, sans doute, celui-ci vient facilement; il importe de les limiter, surtout s'ils sont gourmands. Pour cela, il suffit de vous rappeler ce que je vous ai dit sur la quantité de lait que l'enfant au sein prend à chaque tétée, suivant son âge. Quand l'enfant a pris la quantité qu'on lui destine, ou qu'il paraît en avoir assez, il faut jeter ce qui reste de lait, laver le biberon et mettre le bout dans l'eau fraîche, pour éviter qu'avec l'usage il ne se fasse une fermentation acide ; cette sorte d'élevage exige la propreté la plus exquise. Je vous parle des biberons seulement, parce qu'il n'y a guère d'autre manière de donner le lait à un petit enfant, sauf à la cuillère, dans les premiers jours, quand il s'agit d'un enfant trop faible pour excercer la moindre succion. Mais quel est le meilleur biberon ? Le plus simple et le plus facile à nettoyer. Autrefois, un fabricant attachait son nom à l'instrument, qui était assez élevé de prix. Maintenant, on peut soi-même fabriquer un biberon avec la première bouteille venue, un tube en verre, et un bout en caoutchouc ; l'enfant fait monter le lait par aspiration et on n'a pas même besoin de tenir la bouteille qui est placée au côté du nourrisson. Mais, on abuse de cette facilité, en remplissant un énorme vase et le mettant à la disposition d'un petit enfant qui tète tant qu'il veut et ne manque pas de s'indigérer. Je vous le répète, cette manière d'élever les enfants ne doit point être traitée légèrement et demande beaucoup de soins. On peut encore fabriquer plus simplement un instrument de cette espèce en coiffant le goulot d'une bouteille d'un bout en caoutchouc préparé *ad hoc*, et en forme de tétine. Seulement, il faut ici tenir la bouteille à la main pour maintenir son orifice toujours plein de lait, sans quoi, le lait n'arriverait pas dans la bouche. De quelque façon qu'il s'y prenne, l'enfant ne peut avaler d'air et le lait coule doucement dans la bouche. La tétée terminée, on décoiffe la bouteille et on met le bout de caoutchouc dans l'eau. On reproche à ces bouts l'odeur et le goût qu'ils peuvent avoir. Tous les enfants le prennent bien, ils sont faciles à tenir propres, peu chers, et aucun inconvénient ne leur a été attribué. Vous serez libres, d'ailleurs, de choisir entre divers systèmes, tout cela est de peu d'importance, si l'aliment est frais, bien préparé, et si la personne qui le donne sait bien donner le biberon et l'entretenir dans un état de propreté irréprochable. (*A suivre*).

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de botanique organographique de physiologie végétale.* — M. Maxime Cornu, aide naturaliste, chargé du cours, commencera ses leçons le vendredi 16 mars 1877, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine. Ce cours aura pour objet l'étude anatomique et physiologique des végétaux cryptogames.

Deux conférences pratiques, auront lieu les mercredi et vendredi de chaque semaine au laboratoire de botanique (rue de Buffon, n° 63) ; elles seront consacrées à l'étude des végétaux qui font le sujet du cours. Ces conférences commenceront le vendredi 16 mars 1877, à trois heures. Les personnes qui se proposent de suivre régulièrement ces conférences, devront se faire inscrire le vendredi 16 mars 1877 après la leçon. Des excursions seront faites, en vue de récolter et d'étudier dans la nature, les végétaux inférieurs qu'on ne peut se procurer dans les jardins botaniques. Elles seront annoncées ultérieurement.

MUSÉUM. — M. Bonnet (Edmond), docteur en médecine, est nommé préparateur de la chaire de botanique (classifications et familles naturelles), au muséum d'histoire naturelle (emploi nouveau).

MALADIES DE LA PEAU

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. LAILLER.**

Des teignes.

Leçons recueillies par LANDOUZY, revues par le professeur (1).

VI LEÇON. — De la Pelade.

SOMMAIRE. — Définition. Aspect des plaques à la période d'état. — Deux périodes cliniques dans le développement de la pelade.— Période de germination : aspect terne, duveteux des cheveux, démangeaisons. Période d'alopécie : plaques glabres, lisses, achromateuses. — Evolution, extension de la pelade. — Calvitie des peladés.— Aspect des cheveux entourant les plaques.— Aspect des plaques qui doivent guérir. — Siége commun d'apparition de la pelade.

Pelade de la barbe : marche envahissante. Pelade généralisée. Nature de la pelade : opinion française, maladie parasitaire, microsporon Audouini, Gruby, Bazin. — Opinion étrangère, trophonévrose. — Opinion mixte de Tilbury Fox. — Arguments pour et contre le parasitisme. — Examen microscopique des cheveux peladés. — Siége épidermique des spores de la pelade : caractères des spores qu'on retrouve bien ailleurs que sur les peladés.

La pelade est-elle une teigne ? La théorie des troubles trophiques s'appuie-t-elle sur des preuves suffisantes, explique-t-elle l'aspect, la chute des cheveux, la décoloration de la peau ?

Diagnostic de la pelade : calvitie totale des convalescents ; calvitie en plaques des enfants qui ont eu des éruptions du cuir chevelu. — Diagnostic différentiel avec les plaques de pseudo-tondante.

Terminaisons de la pelade. — Traitement : rasure, excitation du cuir chevelu.

Messieurs,

Cette conférence sera tout entière consacrée à l'étude de la pelade : sa fréquence relative, autant que la diversité des opinions professées sur le siége et la nature de l'affection légitimera les considérations pratiques et théoriques sur lesquelles je devrai m'étendre.

Vous n'ignorez pas que le nom de pelade a été donné par M. Bazin à une affection cutanée caractérisée par une chute temporaire ou définitive des poils, avec ou sans achromie des surfaces cutanées devenues glabres.

Ces surfaces sont arrondies, nummulaires, s'étendent et se rejoignent par leur circonférence, ce qui donne à leurs bords une apparence festonnée dont, tout dernièrement encore, je vous faisais sentir l'intérêt diagnostique chez un de nos malades.

Les caractères que je viens de vous rappeler sont ceux de la pelade à la période d'état; ce sont ceux que vous pouvez constater chez ce jeune comptable dont je vous ai parlé plusieurs fois déjà et qui, du fait de la rasure, a contracté, dans le service, une tondante.

Ce qui spécifie la pelade, c'est la chute des poils, celle-ci est commune aux deux variétés admises par M. Bazin sous les noms de pelade décalvante et pelade achromateuse, cette dernière ayant pour caractéristique l'achromie cutanée.

Nous croyons, nous, qu'il y a là deux aspects et non deux variétés de la pelade, nous croyons qu'il y a là deux formes d'une seule et même affection dues à une seule et même cause, absolument comme l'état pityriasique et l'état sycosique sont deux périodes, deux manières d'être et de paraître de la mentagre parasitaire.

M. Bazin décrit trois périodes dans l'évolution de la pelade, mais, vous reconnaîtrez dans la pratique, qu'une de ces périodes, la seconde, est assez peu tranchée pour qu'on puisse la négliger : la première et la troisième périodes ont seules des caractères bien nets que vous devez connaître.

La première période ou de germination se caractérise par des démangeaisons qui apparaissent en un point où les cheveux ont un aspect terne et un peu poudreux.

Les démangeaisons continuant, le cuir chevelu prend un aspect tomenteux dû à la production d'un duvet grisâtre qui, pour M. Bazin, porterait les champignons cause de la pelade. Nous reviendrons sur ce point quand nous discuterons la nature de la maladie ; quoi qu'il en soit de l'in-

(1) Voir les n°s 45, 46, 51 et 52, de l'année 1876 et n°s 3, 6 7, 9 de 1877.

terprétation de ce duvet, son existence est réelle, elle annonce la seconde période de l'affection et prélude à la chute des cheveux.

La troisième période est la seule que vous constatiez dans la très-grande généralité des cas, les malades s'apercevant de leur affection alors seulement que leur cuir chevelu devient glabre, la troisième période est celle de l'alopécie. A ce moment, vous trouvez des plaques glabres, souvent lisses et luisantes comme l'ivoire : c'est tout au plus s'il reste sur les points malades quelques poils follets décolorés qu'on arrache avec grande facilité, comme vous pouvez le constater vous-mêmes sur la plaque que porte à la nuque ce petit garçon. Vous remarquerez aussi, que le derme est décoloré, dépigmenté, et qu'en même temps il paraît atrophié plus mince que celui des parties voisines. Ces différences de pigmentation et d'épaisseur sont parfaitement appréciables quand on pratique, à côté de la plaque malade, une rasure sur un point parfaitement sain comme cela a été fait chez notre comptable de la salle Saint-Mathieu.

Les plaques une fois formées, la maladie peut se terminer, soit par le rétablissement progressif de l'état normal, avec ou sans retour agressif, soit par une alopécie définitive.

L'évolution de la pelade peut être plus ou moins rapide, elle varie de quelques jours à des années : j'ai vu un maître d'études perdre, par une pelade extensive, tous ses cheveux en moins de quinze jours ; c'est là la variété décalvante. Le plus souvent, l'affection se perpétue en s'étendant, c'est ainsi que la dépilation devient universelle et que la maladie, gagnant tous les points velus, dégarnit les sourcils, les cils, les aisselles, le pénil, la poitrine et les membres; les faits de ce genre, pour être rares, ne sont pas si exceptionnels qu'on le suppose ; j'en ai vu plusieurs, dont deux récemment : le premier, chez un médecin américain qui n'avait plus un seul poil sur le corps, le second, chez ce clerc de notaire que mon collègue M. Hillairet traitait par l'araroba.

Contrairement au favus et à la tondante qu'on n'observe que chez les enfants (je me suis expliqué, vous vous le rappelez, sur l'origine infantile du favus de l'adulte), la pelade s'observe, et dans l'enfance et dans l'âge adulte, sans distinction de sexe, mais elle paraît affecter principalement les gens débiles et nerveux.

Maintes fois, Messieurs, à la consultation, par l'interrogatoire des parents qui nous amènent leurs enfants ou mieux encore, par les réponses des malades adultes, vous avez pu vous convaincre que les débuts de la pelade passent inaperçus au moins pour la première plaque : pour la seconde plaque, l'attention éveillée des malades, des parents ou du médecin, permet quelquefois d'observer cet aspect tomenteux du cuir chevelu, cette apparence terne des cheveux dont je vous ai parlé, ou bien encore, un nid de duvet au niveau duquel les cheveux tombent avec une extrême facilité.

En dehors de ces cas exceptionnels dans la pratique, la pelade se reconnaît par la calvitie, par l'apparition d'une ou de plusieurs plaques blanches, laiteuses, absolument glabres.

Parfois le cuir chevelu, au niveau des plaques, mais surtout à leur pourtour, a l'air empâté, comme œdémateux, suivant l'expression de M. Devergie : le plus habituellement, la peau est d'un blanc mat, comme déprimée, mais sans apparence cicatricielle. Cet état qui constitue la forme achromateuse est celui que vous offrent les trois malades réunis en ce moment dans le service. Cet aspect des plaques est fort caractéristique, si caractéristique que vous ne confondrez pas la calvitie d'un peladé avec celle d'un favique, pas plus que vous ne la confondrez avec la tonsure d'un trichophytique, même au lendemain d'une épilation : j'insisterai, du reste, sur les différences et les contrastes quand, tout à l'heure, à propos du diagnostic, je mettrai, sous vos yeux, côte à côte, plusieurs sujets atteints de chacune des variétés de teigne.

Dans le voisinage de la plaque de la nuque du petit garçon que je vous montrais tout à l'heure, vous remarquerez que, sur les frontières de la plaque, les cheveux sont grêles, décolorés, clairsemés, qu'ils s'arrachent en grand nombre et facilement. La chute de ces cheveux est imminente, le point qu'ils occupent va se fondre dans la première plaque; c'est ainsi que, de proche en proche, s'étend la pelade. Je vous ai fait remarquer que les cheveux décolorés l'étaient surtout vers leur collet, je vous ai montré qu'ils s'enlevaient sans leur gaîne épidermique, qu'ils s'arrachaient entiers avec un bouton maigre se terminant en pointe, en racine pivotante ou encore en crosse.

Sur la plaque même, avec un peu d'attention, vous enlèverez des cheveux follets qui seront décolorés ou blonds, longs seulement de quelques millimètres, et qui s'arrachent avec la plus grande facilité.

Quand l'alopécie devient définitive, ces cheveux follets deviennent plus rares, puis disparaissent; c'est alors, qu'on a cet aspect de plaque d'ivoire dont je vous ai parlé déjà. Quand, au contraire, les cheveux follets deviennent plus nombreux, quand ils perdent leurs caractères pour devenir plus forts, plus longs et plus colorés, c'est que la plaque guérit, que l'alopécie va disparaître et cela sans laisser de trace.

Le retour à l'état normal des plaques malades est successif comme l'a été l'évolution envahissante de la lésion ; c'est au centre de la plaque que commencent à repousser les cheveux sains et qu'ils sont déjà vigoureux et colorés alors que la circonférence de la même plaque est encore glabre ou seulement couverte de cheveux follets.

Dans les cas où plusieurs plaques existent au cuir chevelu, c'est la plus ancienne qui guérira la première et ainsi de suite, à tel point qu'on peut observer sur une même tête des plaques guéries, des plaques en voie de guérison, d'autres enfin sur lesquelles la lésion est encore à la période d'accroissement.

Ce sont là autant d'états et d'aspects divers que vous devez connaître, car ils vous permettront d'annoncer une guérison prochaine, ou, au contraire, de réserver votre pronostic.

Un détail aussi que vous ne devez pas ignorer, c'est que, assez fréquemment, chez les sujets âgés, les cheveux qui repoussent sur une plaque ne foncent pas en couleur et gardent définitivement une teinte qui jure avec le reste de la chevelure. Il peut arriver encore que des plaques guérissent tandis que d'autres restent indéfiniment glabres sans que rien puisse expliquer ces inconséquences. C'est ainsi qu'un de mes clients qui portait six plaques de pelade n'en a plus qu'une dont la guérison me paraît des plus problématiques, c'est ainsi encore qu'un de mes anciens internes, garde, depuis le collège, une plaque sur la région pariétale. Ces singularités dans la marche de l'affection doivent être rapprochées des récidives à longue échéance que rien n'explique ni ne fait prévoir : on ne comprend guère, comment, à plusieurs années d'intervalle, sans cause appréciable, l'affection reparaît soit sur place, soit près des points qu'elle a occupés déjà. Une particularité non moins curieuse est relative au point par lequel la maladie débute au cuir chevelu. Ce début n'a pas la variabilité grande que vous avez maintes fois constatée pour la tondante, dont la première tonsure se montre indifféremment sur un point quelconque des cheveux. Dans la pelade c'est souvent sur l'un des côtés de la nuque qu'apparaît la première plaque, et cela, avec une régularité presque constante dont la raison anatomique n'a pu encore être fournie. Ces singularités de l'histoire de la pelade ne trouvent pas, nous le verrons tout à l'heure, leur explication plus facile dans l'une ni dans l'autre des deux théories professées sur la nature de l'affection, théories que je vous exposerai tout au long quand je vous aurai dit quelques mots de la pelade de la barbe.

Pelade de la barbe. — La pelade de la barbe est une affection assez fréquente dont vous avez vu tout récemment un trop bel exemple chez ce clerc de notaire dont la face est absolument glabre. La pelade de la barbe assez

rebelle parcourt d'ordinaire la plus grande partie de la face : souvent elle est symétrique quoique le début, sur chacun des deux côtés de la figure, ne soit pas habituellement simultané : les sourcils et parfois les cils participent à la maladie, c'est alors que la pelade devient une véritable infirmité jetant dans l'hypochondrie les malades qui comprennent que, désormais, ils ne pourront plus rien faire pour cacher aux regards de tous l'affection dont ils sont atteints.

Quand la maladie doit guérir, les poils repousssent faibles et décolorés, et ce n'est que à la longue, qu'ils reprennent la même force et la même couleur que le reste de la barbe: ils restent souvent plus clairsemés et, parfois même, on voit des surfaces de la grandeur d'une pièce de vingt centimes complétement et définitivement glabres et achromateuses que les malades parviennent à dissimuler en se rasant complétement ou en portant de longs favoris.

Je vous ai dit déjà que la pelade se développait encore dans d'autres régions du corps : au pénil, au thorax, aux jambes même; sur toutes ces parties, sa marche est absolument celle que nous avons décrite pour le cuir chevelu.

Je vous ai fait remarquer, l'autre jour, à propos d'un malade de la consultation, que la coïncidence de la pelade aux régions velues du tronc et des membres est peut-être plus fréquente dans la décalvante que dans la variété achromateuse : je vous ai dit aussi que nous ne trouverions pas, dans les idées théoriques émises sur la nature de la maladie, la raison de cette plus grande diffusion de la pelade décalvante. (*A suivre.*)

CLINIQUE SYPHILIOGRAPHIQUE.

HÔPITAL DU MIDI. — M. SIMONET.

Syphilis. — Transmission par le tatouage.

Par Albert JOSIAS, Interne des hôpitaux.

D..., Georges, âgé de 19 ans, tourneur en bois, entre le 8 janvier 1877, à l'hôpital du Midi (service de M. SIMONET). Cet homme, d'une constitution lymphatique, ne présente aucun antécédent de famille.

Vers le 12 juin 1876, il se fit tatouer l'avant-bras droit. Cette opération consiste nous le rappelons, à représenter, d'abord avec l'encre ordinaire, la figure qu'on désire; puis, on pique la peau jusqu'au sang aux endroits préalablement tracés, en se servant d'une épingle qu'on a soin de tremper dans une solution colorée quelconque. Dans le cas présent, il s'agissait d'encre de Chine que l'opérateur avait délayée *dans sa salive*. En outre, après chaque piqûre, ce dernier laissait écouler une certaine quantité de *sa salive* sur les points touchés afin d'enlever les taches cutanées produites par l'encre de Chine en dehors de la limite déterminée. La séance de tatouage dura dix minutes. Notons à ce propos que l'opérateur avait, au dire du malade, mal à la bouche ainsi que le justifient des cautérisations faites avec le crayon de nitrate d'argent par un médecin de Tours.

Vers la fin d'août, c'est-à-dire deux mois et demi après l'inoculation, D... remarqua *trois petites saillies*, qu'il appelle des boutons, sur la face dorsale de l'avant-bras droit; deux d'entre elles, placées à côté l'une de l'autre, se trouvaient situées à deux centimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne; la troisième, isolée, à neuf centimètres au-dessus des précédentes. D... assure que ses boutons étaient, dès le début, encroûtés : il les écorcha à diverses reprises et l'enlèvement des croûtes fut suivi d'un léger écoulement de liquide blanc jaunâtre. Il appliqua, à ce moment *sur ses chancres*, des cataplasmes ; et, sous l'influence de ces topiques, les plaies ulcérées auraient augmenté d'étendue : les deux inférieures se réunirent même pour former une large plaie, excoriée et ayant une couleur rouge sombre. En même temps, D... accuse dans l'aisselle droite une adénite non douloureuse.

En octobre, un mois après les accidents primitifs, notre malade, sur les conseils de *huit* camarades qui se trouvaient dans la même situation que lui, se décida à consulter un médecin qui continua les cataplasmes et institua un traitement mercuriel. Les chancres se cicatrisèrent *vers la fin d'octobre*, c'est-à-dire deux mois après leur apparition. D'octobre en janvier, aucun accident ne survient ; dans les premiers jours de janvier 1877 se manifestent les premières conséquences de la syphilis acquise. Le 8 de ce mois, jour de son entrée à l'hôpital du Midi, 1re division, salle 3, lit 17, D... présente les particularités suivantes :

Plaques muqueuses sur les bords latéraux de la langue, sur la face muqueuse des deux lèvres, sur les piliers du voile du palais ; nous constatons également *des plaques* sur la muqueuse préputiale et sur le scrotum ; quelques croûtes dans les cheveux; dans chaque aine existe un ganglion induré, indolore. Les ganglions des aisselles, sous-maxillaires et cervicaux, sont volumineux et indolents. Le ganglion sus-épitrochléen n'était pas induré.

Les chancres cicatrisés de l'avant-bras droit présentent l'aspect suivant : le supérieur a la forme d'une pièce de vingt sous et offre une couleur rouge jambon ; l'inférieur (réunion des deux chancres) est oblong, à grand diamètre transversal qui présente trois centimètres et à petit diamètre qui mesure un centimètre et demi ; ce dernier présente une couleur rosée contrastant avec la couleur sombre du premier chancre. Pas de syphilides sur la peau.

Traitement : Trois pilules de sublimé (1 centigramme chaque) par jour. Cautérisation des plaques muqueuses avec le nitrate d'argent.

Après 22 jours de traitement les plaques muqueuses ont totalement disparu. — D... quitte l'hôpital le 3 février 1877.

Cette observation nous a paru digne d'intérêt à plusieurs titres : sans insister sur la bizarrerie du fait en lui-même, nous ferons observer qu'il n'est relaté dans aucun auteur, malgré le nombre considérable des individus tatoués. En ce qui concerne l'inoculation du virus syphilitique, il est certain que celui-ci, provenant des plaques muqueuses, a été charrié par la salive.

Nous noterons également : 1° La longue période d'incubation de deux mois et demi ; cette longue période rapproche ce fait des chancres d'inoculation (anonyme du Palatinat). Ne serait-elle point due, dans ces chancres extra-génitaux, à ce que le réseau des lymphatiques est moins serré qu'aux organes génitaux; 2° La cicatrisation lente des accidents primitifs. Celle-ci est d'autant plus étonnante que les chancres des membres supérieurs guérissent, d'ordinaire, rapidement. Il est vrai que le traitement purement émollient qui a été appliqué, pourrait expliquer ce cas particulier, le chancre pouvant être considéré comme une plaie de mauvaise nature qui, presque toujours, a besoin de modificateurs énergiques.

24. Acide salycilique : mode d'emploi.

1° *Potion.*

P. Acide salicylique.........	1 gramme.	
Huile d'amandes douces...	20	—
Gomme arabique........	10	—
Sirop amygdalin..........	25	—
Eau de fleurs d'oranger...	45	—

F. S. A. (*Wunderlich*).

Faire prendre toutes les 3 heures une cuillerée à thé de cette solution. S'en servir comme gargarisme d'heure en heure quand les enfants sont assez grands pour se gargariser, ou bien se servir de cette solution pour imbiber l'éponge. (*Fontheim*).

2° *Gargarisme.*

P. Acide salicylique	1 gr. 3	
Alcool................	15	—
Eau distillée	150	—

En faire usage toutes les heures.

Aux enfants qui ne savent pas se gargariser, faire prendre de 15 à 30 centigrammes d'acide salicylique dans de l'eau ou du vin. Dans les diphthéries. (*Wagner.*)

3° *Solution aqueuse glycérinée.*

P. Acide salicylique........	1 gramme.	
Glycérine...............	20	—
Eau distillée...........	80	—

Traiter l'acide par la glycérine et ajouter l'eau. (*Muller.*) (*Annuaire de thérapeutique*, p. 123.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Le rapport de M. Besnier sur les maladies régnantes.

Le rapport fait par M. Ernest Besnier à la *Société médicale des hôpitaux* sur les maladies régnantes pendant le dernier trimestre de 1876, a porté surtout sur la fièvre typhoïde, en raison de la persistance de l'épidémie qui avait débuté pendant le trimestre précédent.

Ce n'est pas à dire pour cela que les autres maladies n'aient point été observées avec la fréquence habituelle, loin de là. Ainsi, malgré la clémence de l'atmosphère (1), les *maladies* graves *des voies respiratoires* (phthisie pulmonaire, pneumonie, bronchite, pleurésie) ont présenté tant sous le rapport du nombre qu'au point de vue de la gravité une moyenne supérieure à celle des années précédentes.

La *diphthérie* suit depuis quelques années une marche progressivement et rapidement croissante. Le chiffre des cas observés dans les hôpitaux a été de 220 pendant le dernier trimestre de 1876, alors que l'on trouve en 1869, 81 cas; en 1872, 122; en 1873, 102; en 1874, 111; en 1875, 192. — La proportion des décès (70, 81 pour 100) a été plus élevée que dans aucune des années précédentes.

Un nombre assez considérable de cas de diphthérie se sont développés dans les salles, de façon à démontrer une fois de plus la nécessité de l'isolement; cette mesure, décidée en principe, allait être mise en pratique lorsqu'un nouveau plan a surgi des bureaux de la ville, « plan très-remarquable, dit M. Bergeron, mais auquel il ne manque que d'être exécuté, et à propos duquel on peut dire que le mieux est l'ennemi du bien (2). »

La *variole* ne survient point par épidémies isolées apparaissant brusquement et disparaissant de même; elles sont préparées, « et lorsque, après avoir atteint la limite de sa trajectoire, la variole reprend une marche ascendante, cette marche est continue, lentement, mais certainement d'année en année, interrompue par des rémissions saisonnières normales qui correspondent à la période estivale, et relevée par des exacerbations régulièrement hivernales qui dépassent chaque année celles de l'année précédente. » C'est ainsi qu'après avoir subi en 1873 l'abaissement le plus extraordinaire qu'elle ait jamais subi, la variole a repris depuis lors sa marche ascendante, comme le montrent trop bien les chiffres suivants, relatifs à l'entrée des varioleux dans les hôpitaux pendant le quatrième trimestre des années 1872, 1873, 1874, 1875, 1876. Voici ces chiffres : 12, 2, 27, 76, 141. Les chiffres correspondants de la mortalité ont été de 0, 0, 6, 24, 26. C'est ici qu'apparaît surtout l'intérêt des recherches auxquelles se livre M. Besnier, lorsqu'il s'agit d'une maladie qui, comme la variole, peut être enrayée si sûrement dans sa marche par la vaccination.

Ces recherches ne sont pas moins intéressantes pour ce qui concerne la *fièvre typhoïde*, bien que pour cette maladie, les conclusions relatives à la prophylaxie ne se dégagent pas encore aussi nettement. Après avoir subi à la fin du mois de juillet, à l'époque régulière de son accroissement saisonnier annuel, une exacerbation exceptionnelle par l'intensité et la gravité, la fièvre typhoïde a atteint son paroxysme au mois de novembre et a subi dans le mois de décembre un affaissement brusque: c'est ce que mettent en relief les chiffres suivants, indiquant les décès observés dans la ville de Paris, pendant les 6 derniers mois de l'année : 84, 306, 265, 188, 551, 253. Aujourd'hui, la maladie est très-décidément en voie de décroissance, mais non point absolument terminée, ainsi du reste que l'on pouvait le prévoir d'après la connaissance, malheureusement encore imparfaite, de la loi qui régit les épidémies de fièvre typhoïde. « C'est cette loi, disait M. Besnier, qui autorise à déclarer que selon toute probabilité, la décroissance, habituellement lente de la maladie, maintiendra jusqu'au printemps l'épidémie à un degré supérieur à la moyenne normale, sans préjudice de quelque exacerbation de moyenne intensité. *Le moment n'est donc pas encore venu* de fermer les services supplémentaires, de suspendre les mesures prophylactiques ni de rentrer dans la quiétude habituelle. »

Le chiffre total des décès causés à Paris, par la fièvre typhoïde pendant le semestre dernier, a été de 1.645; ce qui, en supposant une mortalité moyenne de 20 pour 100 correspond à 8 ou 9.000 malades, 1 pour 200 habitants). Il ne faut pas d'ailleurs perdre de vue que la mortalité est toujours plus élevée dans les hôpitaux; car, même sans tenir compte de l'influence nosocomiale, on doit se rappeler que l'on traite dans les hôpitaux surtout les cas graves (les fièvres légères étant soignées à domicile) et les sujets initialement placés dans les conditions sociales et hygiéniques les plus défavorables.

Dans le plus grand nombre des villes de l'Europe, la fièvre typhoïde a été inférieure à ce qu'elle est dans la période correspondante des années moyennes. Dans quelques-unes, elle a été supérieure, mais nulle part elle ne paraît avoir atteint le degré relatif d'intensité auquel elle s'est élevée à Paris. Dans plusieurs autres villes de France, le chiffre a été aussi plus élevé que la moyenne des dernières années.

Après avoir étudié les conditions étiologiques générales de la fièvre typhoïde, M. Besnier recherche dans quel sens agissent les influences particulières, en se basant sur les résultats de l'épidémie actuelle. Au point de vue du *sexe*, on peut dire que la fièvre typhoïde atteint un nombre d'hommes notablement plus élevé que celui des femmes ; elle frappe plus de garçons que de filles; mais la mortalité relative de la maladie étant plus élevée chez les femmes et chez les filles, le tribut définitif payé par les deux sexes à la maladie devient en réalité sensiblement égal.

L'influence des *professions* est mal connue et ne peut

(1) « La *température* moyenne du trimestre a été de 8°,8, supérieure de 1°,4 à la température moyenne du trimestre correspondant des 4 années précédentes, et supérieure de 1°,8 à la température moyenne du trimestre calculée pour 74 années, de 1734 à 1872. — La température moyenne du mois de décembre considérée isolément a été de 7°,1, chiffre tout-à-fait exceptionnel, et qui depuis 74 années, n'a été dépassé que 5 fois ; en 1806, 8°,7 ; en 1821, 7°,5 ; en 1833, 7°,9 ; en 1852, 8°,1 ; en 1868, 8°,8. — La *pression barométrique* s'est abaissée considérablement pendant le dernier mois du trimestre. Très-variable en octobre et novembre, les *vents* dominants ont soufflé surtout de l'ouest et du sud (S. — W.) pendant le mois de décembre. La *quantité de pluie* tombée a été inférieure à la moyenne du trimestre correspondant des quatre années précédentes. »

(2) Nous publierons quelques renseignements très-intéressants sur cette question dans le prochain numéro.

être définie d'une façon précise ; les domestiques, les journaliers, les ouvrières à l'aiguille, puis les professeurs, les écrivains, les artistes formaient la grande majorité des malades soignés dans les hôpitaux. On trouve aussi seize étudiants en pharmacie, ce qui paraît tenir surtout à ce que la condition générale des étudiants en pharmacie est assez peu fortunée.

Au point de vue de la *contagiosité* et de la *transmissibilité*, il est assez intéressant de remarquer que les infirmiers et infirmières ne figurent que pour 11 sur le total général de 2,315 malades soignés dans les hôpitaux. Les élèves en médecine « qui sont directement aux prises avec l'influence nosocomiale, qui n'habitent pas tous des palais, et sont tous dans l'âge véritable de la maladie, » ne paraissent pas avoir été plus atteints que les sujets qui ne fréquentent pas l'hôpital (1).

Cela ne veut pas dire, ajoute M. Besnier, que la fièvre typhoïde ne se transmet pas d'individu à individu ; cela veut dire qu'elle ne se transmet pas aisément, régulièrement, qu'elle ne joue elle-même qu'un rôle relatif dans la multiplication du mal.

Il y a du reste dans les problèmes relatifs à l'étiologie de la fièvre typhoïde beaucoup d'inconnues ou de points obscurs ; telles sont en particulier l'influence de l'altitude, de la situation, de la densité de la population, des eaux potables, etc. Pour arriver à résoudre ces différentes questions, dont l'importance ne peut être contestée, M. Besnier a étudié comparativement la fièvre typhoïde dans les différents quartiers de Paris. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet.

L'analyse d'un certain nombre de faits particuliers annexés au rapport de M. Besnier fournirait aussi matière à des considérations intéressantes, mais que nous ne pouvons aborder aujourd'hui. A. S.

(1) Les renseignements sont ici un peu contradictoires ; en effet, s'il n'y a eu aucun exemple de fièvre typhoïde parmi les élèves du Val-de-Grâce (Laveran), et parmi les élèves ou les infirmières de la Maternité (Hervieux), il ne faut pas oublier que M. Bourdon, sur les cinq élèves attachés à son service, a vu deux cas de fièvre typhoïde. Nous devons ajouter qu'il y a eu une dizaine de cas parmi les internes en médecine des hôpitaux. Il importe aussi de remarquer qu'à l'hôpital des Enfants-Malades, aucun enfant n'a été atteint, bien que les typhoïdiques amenés du dehors fussent très-nombreux.

Mort de M. Dolbeau.

M. le professeur DOLBEAU est mort le samedi 10 mars. Nos lecteurs trouveront plus loin une notice biographique indiquant ses principaux travaux. Ici, nous nous bornerons à rappeler que durant les terribles journées de la fin de mai 1871, moment où tant de médecins et de chirurgiens risquaient leur vie pour se rendre à leur hôpital et s'efforçaient d'arracher à des exécutions sommaires les malheureux, blessés ou malades, compromis dans l'insurrection et qu'ils avaient dans leurs salles, il s'est trouvé un médecin qui a dénoncé un de ses malades : ce médecin c'était M. Dolbeau.

Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Le point de départ de la discussion actuellement pendante à l'Académie de médecine a été un travail de M. N. Guéneau de Mussy portant pour titre : *Etude historique et critique sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde.* Ce travail, présenté dans la séance du 28 novembre 1876, est le résumé de nombreuses observations tirées de mémoires adressés à l'Académie, de travaux étrangers et surtout de ceux qui ont été publiés dans la Grande-Bretagne, et parmi ceux-ci en première ligne, des œuvres de William Budd et Murchinson (1).

M. G. de Mussy se déclare partisan convaincu de la cartagiosité de la fièvre typhoïde et pense que cette maladie ne peut pas se développer en dehors de la contagion: les véhicules et les principaux foyers de contagion sont d'une part les déjections des individus affectés, et d'autre part les réservoirs destinés à la réception des déjections. De là, à incriminer les communications des fosses d'aisance avec les égouts, les communications des égouts avec l'atmosphère des rues par l'intermédiaire des bouches libres ouvertes sur les voies publiques et avec l'atmosphère des maisons par l'intermédiaire des conduits d'eaux ménagères, il n'y avait qu'un pas : l'auteur n'a pas hésité à le franchir. Aussi, comme moyens prophylactiques, propose-t-il uniquement la désinfection exacte et complète des linges et des déjections des typhiques, la désinfection des fosses d'aisances et la fermeture des bouches d'égouts extérieures ou intérieures à l'aide de soupapes véritablement efficaces. Or, chacun sait, que dans la bonne ville de Paris de telles précautions ne sont prises, même en temps d'épidémie, ni par les établissements hospitaliers, ni par les habitants, ni par l'administration municipale.

A propos de l'offre qu'il fit à l'Académie, de la part de M. le Préfet de la Seine et de MM. Belgrand, Mille et Durand-Claye, de trois volumes relatifs à l'*Assainissement de la Seine par l'épuration et l'utilisation des eaux d'égout*, M. Bouley combattit l'opinion de M. Guéneau de Mussy en s'appuyant sur ce que ni les égoutiers, ni les vidangeurs, ni les personnes qui visitent les égouts, ni les ouvriers employés au dépotoir de Bondy, ne sont influencés par les émanations des déjections parisiennes et qu'ils ne paraissent pas payer un plus large tribut aux épidémies typhiques et cholériques que les autres habitants.

A cela, M. Guéneau de Mussy répond que les affirmations de son honorable contradicteur ne sont malheureusement pas accompagnées de preuves suffisantes pour pouvoir être admises comme des vérités indiscutables. Avant de dire que les égoutiers et les vidangeurs jouissent d'une immunité évidente au milieu des émanations morbigènes qu'ils respirent et absorbent constamment, il faudrait savoir s'ils ne sont pas dans des conditions particulières dont l'influence générale est bien connue, si par exemple ils n'ont pas dépassé l'âge qui prédispose le plus au développement de la fièvre typhoïde, s'ils n'ont pas été préalablement atteints d'une forme quelconque de cette fièvre, légère ou grave, si l'accoutumance n'est pas pour eux un préservatif heureux, etc. Or, les statistiques sont en général muettes sur tous ces points.

Les amateurs de promenades dans les égouts ne rapportent pas la fièvre typhoïde de leurs excursions, *dit-on* ! Cela est un on-dit, et cela n'est nullement prouvé. A-t-on suivi ces promeneurs ? S'est-on enquis soigneusement de leur santé pendant un certain temps après leurs pérégrina-

(1) Voir le n° 1 du *Progrès médical*, p. 6.

tions égoutières? Non. De tels arguments sont donc très-contestables, il est donc dangereux d'en faire les plus fermes soutiens d'une doctrine quelconque.

Mais, à côté des faits invoqués par M. Bouley, il en est d'autres qui ont une tout autre valeur. Dans la relation de la plupart des épidémies de fièvre typhoïde observées en France, en Angleterre, en Belgique, on a toujours démontré que le mal avait été transmis soit par les eaux potables, soit par le lait, après avoir pris naissance dans un point des villes et villages où le mélange des eaux potables ou des substances alimentaires avec les eaux primitivement infectées avait pu se faire. Et parmi les exemples les plus probants, M. Guéneau de Mussy raconte l'épidémie de Croydon, laquelle avait été même prédite par le médecin exerçant dans la localité.

« Deux réservoirs d'eau alimentent cette ville. D'ingénieuses et sagaces observations avaient démontré au docteur Carpenter, que les conduits de l'un d'eux, en contact avec des eaux d'égout, étaient érodés; et quand la pression était diminuée dans ces conduits, soit par une dépense d'eau excessive, soit par une interruption temporaire de la circulation en quelques points, interruption nécessitée par des travaux d'aménagement, l'eau d'égout y pénétrait et trahissait sa présence par une altération dans la couleur et dans la saveur de l'eau; et, à la suite de cet accident, on observait çà et là dans cette ville quelques cas de fièvre typhoïde. Le docteur Carpenter avait inutilement réclamé la réparation des tuyaux et le changement de certaines dispositions défectueuses, quand il apprend qu'on vient de décider des travaux dans le conduit principal du réservoir, qui feront interrompre pendant plusieurs jours, cinq ou six heures chaque jour, la circulation de l'eau et amèneront, par conséquent, une diminution considérable de la pression dans tous les tuyaux qui en dérivent. Il supplie qu'on n'entreprenne pas ce travail avant d'avoir remédié aux inconvénients qu'il avait signalés; on refuse d'accéder à sa demande ; il fait insérer sa protestation dans le procès-verbal de la municipalité; on n'en tient aucun compte ; on l'accuse, lui aussi, de prendre des déductions pour des preuves, et, quinze jours après, 400 cas de fièvre typhoïde éclataient à la fois dans Croydon, et, chose bien digne d'attention, ces 400 cas s'étaient développés exclusivement dans des districts alimentés par l'aqueduc dont la circulation avait été interrompue ; pas un seul cas ne s'était montré dans le reste de la ville. »

Des observations analogues à la précédente sont loin d'être rares. Faut-il en conclure que *nécessairement* les égouts sont des foyers d'épidémie? M. Guéneau de Mussy ne va pas jusque-là. Et sur ce point il faut distinguer : Quand la saison est chaude et sèche, quand les égouts sont mal tenus, quand le vannage est insuffisant, quand les eaux y contenues sont infectées de détritus typhogènes, alors on peut affirmer que la maladie est le plus souvent transmise par les égouts. Dans les conditions contraires, l'égout doit être innocenté. Enfin, l'orateur ajoute cette phrase importante : « Quand les liquides des fosses d'aisance ne contiennent pas de principes infectieux, il est douteux qu'ils s'y puissent développer spontanément. »

M. Bouley, dans la réponse qu'il fit aux critiques de M. Guéneau de Mussy, à la séance du 20 mars, s'est posé en défenseur convaincu des égouts. Jusqu'ici la statistique n'a pas prouvé que constamment il existât un rapport quelconque entre l'intensité d'une épidémie de fièvre typhoïde limité dans un espace restreint et le mauvais état des égouts voisins du lieu atteint. Murchison lui-même, un des auteurs le plus fréquemment cité dans cette discussion par M. Guéneau de Mussy, dit pertinemment que, souvent, l'existence d'une communication entre les égouts et les maisons particulières ne s'est point montrée une cause de propagation de la maladie, *au contraire*. Aussi, M. Bouley condamne-t-il hautement la méthode d'induction qu'ont employée pour les besoins de la cause les partisans de la propagation de la fièvre typhoïde par les eaux d'égout.

Poussant même les choses un peu plus loin, l'orateur pense que le rôle des égouts est éminemment utile, presqu'indispensable, en ce sens qu'ils favorisent au plus haut degré la destruction des matières organiques contagieuses provenant des déjections des malades.

On ne connait pas encore parfaitement la nature chimique des miasmes ou agents de contagion, mais d'après les travaux les plus récents, il est probable que ces miasmes appartiennent au groupe des substances organiques et jouissent des propriétés afférentes à ces substances. Tout le monde sait, que les substances organiques disparaissent toutes par la fermentation. Or, la fermentation est constante dans les égouts; elle s'y produit bien plus active, bien plus rapide, bien plus régulière que partout ailleurs, et certainement, les matières organiques putrides, infectieuses ou contagieuses ne peuvent pas échapper à son action puissante, loin de là. Pour les virus, la destruction par fermentation est la règle. Les substances virulentes, qui peuvent transmettre la rage, la morve, le charbon, perdent toutes leur activité dès qu'elles ont fermenté.

Ceci explique pourquoi les vidangeurs et surtout les ouvriers du dépotoir de Bondy, et les habitants de la plaine de Gennevilliers jouissent d'une immunité bien connue, ou mieux ne sont pas plus exposés aux épidémies cholériques, typhoïdes, que les autres habitants de Paris. C'est que les matières avec lesquels ils sont habituellement en contact ont perdu leur contagiosité grâce aux fermentations qu'elles ont subi en parcourant les égouts ou le lit même de la Seine. — Il est encore une autre circonstance utile à signaler : la dilution des matières organiques infectées qui jusqu'à un certain point atténue l'activité nocive de ces matières.

M. Bouley termine en disant que la démonstration ne lui a pas paru faite que les émanations servissent de véhicule aux contagions, et que, dès maintenant, on dût considérer comme une chose définitivement acquise les propriétés contagifères des effluves odorants qui s'échappent des bouches d'égout.

(*A suivre.*) M. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

***Séance du 10 mars** 1877.* — PRÉSIDENCE DE M. LÉPINE.

M. CADIAT a étudié le développement du tubercule sur les muqueuses, et il est arrivé à cette conclusion : toujours la lésion est identique. — M. GRANCHER rappelle que déjà M. Thaon a très-bien étudié et décrit les granulations tuberculeuses de la muqueuse intestinale.

M. LEVEN relate une observation d'ulcère de l'estomac survenu sous l'influence de la dyspepsie. Il présente des dessins montrant les altérations, dans ce cas, du tissu cellulaire sous-muqueux.

M. LANCEREAUX apporte des pièces anatomiques provenant d'un malade mort dans son service. C'est un homme de 42 ans, diabétique, depuis deux ans environ, maigre. — Il rendait dans les 24 heures 6 litres d'urine contenant 500 grammes de sucre. En décembre, il présenta des phénomènes de pneumonie. — *Autopsie* : Le tissu osseux est raréfié, les muscles atrophiés; les poumons présentent une altération que M. Lancereaux croit différente de la tuberculose; l'estomac est dilaté, les glandes en sont hypertrophiées. Du pancréas, il ne reste plus que le canal; le tissu a à peu près complétement disparu. Dans le canal, se trouve un calcul, qui l'obture entiè-

rement. — Faut-il admettre une liaison, entre cette oblitération et le diabète ?

M. Marey offre à la Société un recueil de mémoires sur les travaux faits dans son laboratoire au Collége de France.

M. Duval indique un nouveau mode de préparation pour les pièces anatomiques du système nerveux central.

M. Grancher expose les diverses modifications des cellules épithéliales alvéolaires dans la pneumonie caséeuse.

M. Moreau remet au nom de *M. Philippeaux,* une note sur la fécondation des grenouilles. — M. Pietkievictz fait une communication sur le système dentaire des ruminants.

M. Badal, montre un couteau lancéolaire à pointe mousse avec lequel il se propose de faire l'opération de la cataracte sans inciser l'iris. I. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 mars 1877. — Présidence de M. Bouley.

M. Personne lit une série de rapports au nom de la Commission des remèdes secrets.

M. Blot lit un rapport sur une pièce pathologique soumise à l'examen de l'Académie : Monstre double autositaire : monomphalien. Sternopage.

MM. Bouchardat et Jaccoud prononcent chacun un discours sur la discussion à l'ordre du jour, étiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde. Ces discours seront analysés dans le prochain Bulletin du *Progrès médical.*

La séance est levée à 5 heures. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 15 décembre 1876. — Présidence de M. Charcot.

Périsplénite dans la fièvre typhoïde; par M. E. Goetz, interne des hôpitaux.

Le 2 novembre 1876 est entrée dans le service de M. Guyot, a Lariboisière, une malade âgée de 20 ans, atteinte d'une fièvre typhoïde au début. — La maladie a été des plus graves : diarrhée abondante, congestion pulmonaire intense, ataxo-adynamie pendant plusieurs jours ; à plusieurs reprises on a cru que la malade allait succomber. Arrivée au vingt-cinquième jour de sa maladie une légère amélioration se produit ; les symptômes généraux s'amendent, mais la faiblesse est extrême. — La malade refuse toute alimentation, elle est prise d'un délire violent : incohérence dans les idées et dans les paroles, agitation continuelle, crachotement ; bref, elle présente tous les symptômes du délire d'inanition. — La convalescence est encore entravée par les accidents fréquents dans la fièvre typhoïde : abcès sous-cutanés, eschares profondes au sacrum. — L'affaiblissement s'accentue de jour en jour davantage, enfin, au trente-huitième jour de sa maladie elle succombe rapidement ; un épanchement pleurétique assez abondant qui s'est produit dans les derniers jours de la vie, doit avoir contribué à cette terminaison.

Autopsie. — On constate les lésions de la dothiénentérie en voie de réparation dans une partie de l'*intestin grêle ;* mais, au niveau de la portion terminale de l'iléon, les plaques de Peyer sont encore ulcérées et peu avancées pour la période à laquelle la maladie est arrivée.

La *plèvre* du côté droit est remplie par une quantité notable de liquide louche ; des adhérences, très-faciles à déchirer, se constatent au niv au du bord postérieur du poumon et à son sommet. Le cerveau est pâle, anémié. — Les autres organes n'offrent rien d'anormal.

La *rate* seule présente une lésion qui nous a paru intéressante et fort rare : elle a triplé de volume ; son diamètre longitudinal mesure 16 cent., le diamètre transversal 11 cent. ; son tissu est mou et assez friable. La face externe est fixée dans toute son étendue à la face inférieure du diaphragme : des adhérences fibreuses et probablement anciennes, si l'on en juge par le solidité qu'elles présentent, ont accolé les deux feuillets du péritoine qui entoure la rate, et il est impossible de les séparer. Le diaphragme, dans la partie qui répond à la face externe de la rate, le péritoine et le viscère ne font qu'un. Au niveau de la partie inférieure de cette face, les adhérences sont un peu moins fortes, on peut les déchirer ; on aperçoit alors le péritoine épaissi et un peu grisâtre.

Tout le reste de la séreuse est absolument sain ; au niveau de la face interne de la rate, elle est lisse et ses deux feuillets glissent facilement l'un sur l'autre, l'épiploon gastro-splénique ne présente rien d'anormal.

Il nous paraît donc évident que, dans le cas dont il s'agit, il y a eu une inflammation localisée au péritoine qui entoure la rate, une véritable périsplénite.

Réflexions. — Cet accident est fort rare : aucun des auteurs classiques n'en fait mention, et pourtant la rate étant constamment le siége d'une congestion intense dans la fièvre typhoïde, on peut admettre que cette congestion puisse aller jusqu'à l'inflammation.

Cette complication ne s'est, du reste, traduite par aucun symptôme pendant la vie ; mais nous rapprocherions volontiers cet exemple de péritonite partielle siégeant à l'hypochondre gauche, dans le cours d'une fièvre typhoïde, d'un cas dans lequel une douleur très-vive, sous les fausses côtes du côté gauche, avait fait penser à la possibilité d'une inflammation splénique ou périsplénique. — Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans, qui présenta pendant une fièvre typhoïde assez grave une douleur intense dans la région de la rate, accompagnée d'une hypertrophie notable de cet organe. Ces accidents persistèrent pendant quelques jours et cédèrent à une médication révulsive locale ; le malade guérit parfaitement bien.

N'y aurait-il pas eu, dans ce cas, une légère poussée de péritonite aigüe enrayée dès le début ? Chez la malade qui fait l'objet de cette présentation, la prostration au moment où la périsplénite s'est produite, était telle qu'il est parfaitement admissible que la douleur ait pu passer inaperçue. On ne peut admettre qu'il y ait eu propagation d'une inflammation de voisinage : la *plèvre droite,* avons-nous dit, était seule le siége d'une lésion phlegmasique ; celle du côté gauche était absolument saine. Il nous paraît donc logique d'émettre l'hypothèse d'une périsplénite consécutive à la congestion de la rate.

M. Charcot fait remarquer à propos de ce fait qu'une douleur très-vive survenant dans la région splénique au cours d'une affection cardiaque permet de reconnaître la formation d'infarctus de cet organe. Une douleur très-vive survenue pendant une fièvre typhoïde, à ce même niveau, permettrait peut-être de diagnostiquer la périsplénite.

M. Jean dit que dans une autopsie de fièvre typhoïde au onzième jour il a rencontré une périsplénite très-marquée. Le malade avait en effet présenté une douleur très-vive dans l'hypochondre gauche.

Cas de polydactylie : Deux pouces sur un seul métacarpien. — Anomalie des artères de l'avant-bras ; par M. Chuquet, interne des hôpitaux.

La pièce a été recueillie sur un homme de 51 ans, apporté dans le coma, salle Sainte-Anne 21, service de M. Duguet (hôpital Temporaire).

Les malformations siégent au membre supérieur droit. Le pouce unique est remplacé par deux pouces dont chacun a la longueur du pouce ordinaire, la grosseur n'est que le tiers de la normale.

Chacun de ces doigts rudimentaires possède un ongle, deux phalanges et une enveloppe cutanée propre. Celle-ci toutefois n'est distincte que jusqu'au niveau de l'articulation des phalanges ; plus bas, il existe un repli interdigital qui unit les deux premières phalanges.

Les deux pouces sont articulés avec le premier métacarpien et ont une synoviale commune.

Le tendon du long fléchisseur du pouce est bifurqué au niveau de la partie inférieure de la première phalange et une expansion tendineuse unit à ce niveau, ou si l'on veut au niveau de la membrane interdigitale, les deux pouces dont les mouvements sont par suite toujours associés.

Quant aux extenseurs, ils ont également une disposition particulière : le long et le court se juxtaposent et s'unissent

par le bord de leur tendon au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

De ce centre tendineux, partent ensuite les fibres qui vont s'insérer sur la face dorsale des deux phalanges.

Les muscles de l'éminence thénar sont très-faibles ; ils ont à peu près moitié de leur volume normal. L'opposant n'existe pas. Le court adducteur se divise en deux faisceaux ; l'externe s'insère à un os sésamoïde situé devant l'articulation du pouce externe avec le métacarpien, l'interne a un os sésamoïde analogue situé devant le pouce interne. Le court fléchisseur n'a qu'un faisceau volumineux qui s'insère à l'os sésamoïde interne. L'adducteur s'insère au même point et de plus à la partie interne de l'extrémité supérieure de la première phalange du pouce. Il n'y a que deux nerfs collatéraux. L'artère la plus volumineuse est située en avant du côté de la flexion ; elle occupe l'espace situé entre les deux pouces. Si d'autres artères existent à la face dorsale, elles sont de très-faible calibre, car l'injection n'y a pas pénétré.

Une autre anomalie existe sur ce membre supérieur. L'artère radiale est du diamètre d'une plume de corbeau, elle suit cependant son trajet normal, mais se termine au niveau de la tabatière anatomique. L'artère cubitale très-volumineuse, suivant son trajet normal, fournit à presque tout l'avant-bras. Elle forme à elle seule les deux arcades palmaires ; l'inter-osseuse n'est pas développée pour suppléer à l'insuffisance de la radiale. C'est de l'arcade palmaire superficielle que part la branche palmaire destinée aux deux pouces.

Les muscles et les autres organes ne présentent rien de remarquable dans le reste du membre supérieur droit. Nous n'avons pas constaté d'autres malformations chez le même sujet.

Ossification développée au niveau du tendon du brachial antérieur ; par M. Chuquet, interne des hôpitaux.

La pièce a été recueillie à l'amphithéâtre des hôpitaux sur un homme de 45 ans environ.

L'ossification dont il s'agit a une longueur de quatre centimètres et demi sur une largeur de trois environ et une épaisseur de cinq à six millimètres. Simple en haut, au point où elle donne insertion aux fibres du brachial antérieur, elle est bifurquée en bas ; une des branches épaisses va s'insérer par l'intermédiaire des fibres résistantes au sommet de l'apophyse coronoïde; l'autre branche se porte sur le ligament annulaire du radius et de son extrémité partent des fibres qui se confondent avec celles de la partie antérieure du ligament latéral externe.

Tout le brachial antérieur ne s'insère pas à la partie supérieure de l'ossification, une portion passe devant elle pour aller s'attacher à la base de l'apophyse coronoïde. De la cavité coronoïdienne partent deux tractus ligamenteux qui se portent aux deux branches inférieures. Cette ossification est faite d'un tissu osseux compacte, d'un aspect analogue à celui de l'humérus.

Il n'existait pas d'arthrite sèche soit dans cette articulation soit dans les autres. Le tendon du brachial antérieur de l'autre côté était normal. Sur le squelette du même sujet, on trouvait des apophyses au niveau de l'insertion de certains muscles, des adducteurs par exemple, comme une tendance à leur exubérance osseuse dont l'exemple le plus remarquable était donné par la lésion que nous décrivons.

Les ossifications dans l'épaisseur des tendons sont bien connues, mais rarement elles offrent un volume comparable à celui-ci. C'est pourquoi mis en présence d'une tumeur si insolite, l'embarras du clinicien devait être grand. On pouvait penser comme cela a été fait, alors que la pièce n'était pas disséquée, à une fracture ancienne de l'apophyse coronoïde avec absence de consolidation osseuse et cal fibreux. Aussi ce fait nous paraît renfermer avec son intérêt anatomique un enseignement clinique de quelque importance.

Hypertrophie cardiaque dans un cas de néphrite parenchymateuse ; par M. Chuquet, interne des hôpitaux.

Théven..., 59 ans, terrassier, est entré salle Sainte-Anne, n° 25, hôpital temporaire, service de M. Duguet, le 17 novembre 1876.

Cet homme présente un œdème considérable des membres inférieurs et des parois abdominale et thoracique qu'il fait remonter à cinq jours seulement. Auparavant, il était assez bien portant pour travailler et il ne donne aucune cause à sa maladie. Son hydropisie constitue d'après lui tout son mal. Il ne se plaint d'aucune douleur, il a conservé un excellent appétit et en somme son état général est assez satisfaisant. Il n'a pas de vomissements, pas de troubles oculaires. Il rend de l'urine en faible quantité : elle est foncée, chargée de sels qui se déposent par le refroidissement, elle contient une assez forte proportion d'albumine pour que le liquide se coagule presque en masse par la chaleur et l'acide azotique.

La percussion de la poitrine donne de la matité aux deux bases, l'auscultation des râles sous-crépitants dans les mêmes points, correspondant à l'œdème pulmonaire. Des râles de même sorte sont entendus aux deux sommets.

L'expectoration est peu abondante, formée d'un liquide blanchâtre, visqueux, mélangé de quelques crachats purulents qu'on attribue à de la bronchite.

Les battements du cœur sont forts : on ne peut percevoir le lieu où bat la pointe. Au foyer des bruits de l'orifice mitral, il existe un léger bruit de galop.

Le diagnostic ne semble pas douteux : il s'agit d'une néphrite parenchymateuse.

Dans les jours qui suivent on voit survenir quelques phénomènes nouveaux, une hématurie peu abondante qui dure de 4 à 5 jours, de l'ascite, de la rétention d'urine quelques jours avant la mort.

Le 11 décembre, le malade meurt sans complications avec un œdème énorme et dans un véritable état cachectique. Le traitement avait consisté en lait, perchlorure de fer au début, plus tard, toniques, teinture de scille.

Autopsie. — *Cavité abdominale.* — Le péritoine est distendu, par sept ou huit litres de sérosité ressemblant à de l'eau de riz. — L'intestin est comme lavé, blanchâtre, vide de matières. On n'y trouve pas d'ulcérations. — Le foie est normal. — La rate plus petite que normalement.

Les reins sont doublés de volume, la capsule n'est pas adhérente, on ne trouve pas de kystes à la superficie. La coupe montre une substance corticale d'un blanc mat, la substance médullaire a sa coloration normale : ce sont les lésions de la néphrite parenchymateuse (gros reins blancs).

Cavité thoracique. — Le poumon droit présente à sa base un œdème considérable, à son sommet cinq ou six points limités, caséeux, gros comme des avelines. De l'autre côté, même œdème de la base ; au sommet, il existe deux ou trois cavernes dont une a la dimension d'un petit œuf de pigeon.

Le cœur frappe aussitôt par l'hypertrophie du ventricule gauche dont l'épaisseur des parois notablement augmentée, atteint en certains points 18 et 19 mm. Ces parois sont fermes et, si on les coupe, elles ne s'effacent pas, mais continuent à présenter une cavité dont les dimensions sont doublées. Les colonnes charnues ont atteint un très-grand développement. La valvule mitrale est légèrement indurée au niveau de l'extrémité des valves. — Les valvules aortiques sont suffisantes. — Pas de rétrécissement de l'orifice. — Le reste du cœur est normal. Dans le système artériel, il existe peu d'athérome, même au niveau des artères de la base du cerveau.

Cavité encéphalique. — Pas d'hémorrhagie, ni de traces d'ancienne hémorrhagie.

Remarque. — Il existe ici une hypertrophie notable du ventricule gauche amenée par une néphrite parenchymateuse. Aucune autre cause n'a pu la provoquer : il n'existe pas d'athérome généralisé, pas de lésion aortique, rien qui ait pu augmenter la pression dans le système aortique, si ce n'est l'obstacle qui siégeait dans le rein. Il existe donc des exceptions à la règle qui veut que la néphrite interstitielle seule puisse déterminer l'hypertrophie cardiaque.

Sarcome pulsatif de l'extrémité supérieure du tibia droit à marche très-rapide. — Amputation de la cuisse. — Examen histologique; par MM. Bazy et Lataste, internes des hôpitaux.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels autres qu'une

entorse du cou-de-pied droit il y a environ quinze ans. Légers antécédents alcooliques. — Il y a six semaines, douleurs lancinantes intermittentes dans la partie inférieure de la jambe droite. La marche n'était pas embarrassée. Il y a un mois, tandis qu'il marchait, il éprouve une douleur à la partie supérieure de la jambe droite ; *dès lors* il ne peut s'en servir, on le rapporte chez lui. On a appliqué de la teinture d'iode et des vésicatoires à ce niveau, mais peu à peu est apparu à l'endroit douloureux, un gonflement qui a marché très-vite, traité sans résultats par des révulsifs variés. Le malade entre alors à l'hôpital.

Etat actuel. — Homme fort, assez vigoureux, doué d'un embonpoint notable, mais pâle, n'a pas maigri. Cœur un peu hypertrophié ; artères peu athéromateuses. Appétit modéré. Rien du côté du tube digestif ni des organes respiratoires. Rien du côté du système nerveux.

La *jambe droite* est en demi-flexion, les mouvements sont un peu douloureux. Rien au genou. Immédiatement au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, il existe une tumeur donnant à cette partie de la jambe une forme cylindrique, faisant saillie du côté externe et du côté interne un peu moins à la partie antérieure, assez douloureuse à la pression. En arrière, pas de tumeur à proprement parler, mais de l'empâtement. Peau normale ni amincie ni adhérente aux tissus sous-jacents. Un peu plus chaude cependant que du côté opposé.

La consistance varie suivant les points : dure à la partie antérieure, plus molle du côté interne, plus molle encore du côté externe, où l'on sent une fluctuation manifeste, perceptible dans tous les sens. A la partie interne, au contraire, cette fluctuation n'est nette que dans le sens vertical et dans une faible étendue. Irradiations douloureuses, élancements sur la partie inférieure de la jambe, augmentés par les mouvements.

La tumeur semble embrasser le tibia, le péroné est intact. En l'examinant avec soin, on sent un mouvement d'expansion isochrone aux battements du pouls, perceptible surtout du côté externe ; il est arrêté par la compression de la fémorale, réductibilité très-peu marquée ou même nulle. Ce mouvement n'est perçu ni à la partie antérieure ni à la partie postérieure ; il est faible du côté interne. Souffle léger diastolique au niveau de cette tumeur.

Les battements de la pédieuse sont nettement perçus, ainsi que ceux de la tibiale postérieure. Sur la face interne des condyles, passe une artère sous-cutanée du volume de la radiale. Veines sous-cutanées du genou assez développées.

Circonférence de la jambe au niveau de la tumeur, 0,39 cent.
— saine au même niveau, 0,33 cent

Pas d'engorgement ganglionnaire.

7 *novembre*. — Ponction avec l'aspirateur Dieulafoy. Issue de quelques gouttes de sang pur ; l'aiguille retirée, le sang coule. Il est arrêté assez difficilement par l'occlusion de la plaie avec le collodion. Petit thrombus sous-cutané.

24 *novembre*. — On propose l'amputation au malade, qui en est fort étonné et demande à réfléchir. La jambe mesure 41 cent. Il existe une fracture pathologique caractérisée par des mouvements de latéralité avec de la crépitation.

9 *décembre*. — L'opération est acceptée et est faite dans l'épaisseur même des condyles au dessus du cul-de-sac sous-occipital. Mensuration avant l'amputation, 0,43 cent.

Examen macroscopique de la tumeur. Les muscles sont disséqués à partir de leur extrémité inférieure. La tumeur entoure complétement le tibia, laissant en quelque sorte intacte la crête de cet os, que l'on pouvait du reste sentir à travers la peau. La surface est lisse et formée par une membrane fibreuse dense, qui semble formée par le périoste, qui engainerait donc complétement la tumeur. Dans quelques points, prolongements vermiformes, s'avançant dans l'épaisseur des muscles voisins.

La tumeur occupe les 2/3 supérieurs du tibia. En avant, le jambier antérieur est aplati, repoussé, atrophié, ainsi que les extenseurs des orteils. Tout l'espace interosseux est aussi comblé à sa partie supérieure par la tumeur. En arrière, le muscle poplité est aminci et étalé sur la tumeur. Celle-ci a dépassé la ligne oblique du tibia, qui a creusé un sillon sur la masse qui est ainsi divisée en deux parties, l'une supérieure, l'autre inférieure.

Les vaisseaux poplités n'offrent pas d'altération, mais le nerf tibial postérieur est augmenté de volume et injecté. Le sang qui remplissait la tumeur a disparu par suite de l'application de la bande d'Esmarch. Néanmoins elle est assez molle.

A la *coupe*, on voit qu'elle est formée d'un tissu blanc-jaunâtre, comme translucide, lobulé, ayant détruit en grande partie le tibia et déterminé deux fractures, une au-dessous de la tubérosité antérieure où l'os est en grande partie resorbé, une autre dans l'épaisseur du plateau articulaire. La ligne de cette fracture est courbe à concavité inférieure, de sorte que l'extrémité articulaire semble recevoir l'extrémité supérieure de la diaphyse. L'articulation du genou est saine. Le tibia est sain à 6 cent. environ au-dessous de l'extrémité inférieure de la tumeur.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à plusieurs titres : par son développement très-rapide, cette tumeur aurait pu être prise pour une tumeur inflammatoire, si un examen *très-attentif* n'avait fait percevoir le mouvement d'expansion.

Cette rapidité est un fait d'autant plus digne d'être signalé, que le sujet est un homme qui a déjà 51 ans. De plus, si l'on s'en rapporte aux faits cliniques, on doit croire que ce sarcome s'est développé primitivement dans l'os, puisque la tumeur n'est apparue que quelque temps après cette douleur très-vive et cette impossibilité de marcher qui ont été les premiers signes de la fracture. Or, on sait que les sarcomes périostiques sont de beaucoup les plus fréquents. Du reste, l'examen histologique semble plaider en faveur d'un sarcome de ce dernier genre : les irradiations douloureuses, expliquées par la névrite du tibial postérieur, feraient croire que ce point de départ a été périphérique et dans la partie postérieure du tibia. L'examen clinique a montré la nécessité d'une amputation à bref délai, fait que l'examen anatomique a confirmé.

Examen microscopique; par M. E. Chambard, (fait au laboratoire d'histologie du Collége de France.)

Le fragment de la tumeur qui doit être soumis à l'examen microscopique se compose d'une masse lobulée, dont les lobules, séparés par des travées fibreuses, ont une couleur blanc grisâtre, une consistance variable : ferme en certains points, gélatineuse en d'autres et sont en plusieurs endroits le siége de petites hémorrhagies. Une partie de ce fragment est soumise pendant 24 heures à l'action de l'alcool au tiers, le reste est durci au moyen de macérations successives dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Les coupes qui en sont faites, sont montées dans la glycérine renfermant 10 p. 100 de picro-carminate d'ammoniaque.

A. Eléments dissociés. — Cellules de toutes formes et de toutes dimensions, se rapprochant cependant de la forme des éléments embryonnaires globo-cellulaires et fibro-cellulaires.

Leur protoplasma est généralement peu abondant eu égard au volume des noyaux. Il contient, pour beaucoup de cellules, de nombreuses granulations graisseuses, soit disséminées dans la masse, soit rangées en couronne autour du noyau.

Les noyaux sont volumineux, sphériques, souvent situés hors du centre de la cellule ; ils se colorent fortement en rouge par le carmin, ont un double contour et possèdent un ou deux nucléoles volumineux. Le diamètre moyen des noyaux oscille entre 12 m. m. et 14 m. m., celui des nucléoles entre 2 m. m. et 3 m. m. Les dimensions des cellules sont trop diverses pour être notées. Les cellules voisines du type globo-cellulaire sont en majorité.

b. — Cellules plus volumineuses et plus irrégulières possédant deux, trois et quatre noyaux. Plusieurs de ceux-ci sont en partie masqués par les granulations proto-plasmiques et apparaissent comme des taches rouges, à bords irréguliers et diffus dans lesquelles on a peine à retrouver la nucléole.

γ. — Myéloplaxes peu nombreux constitués par des masses protoplasmiques aplaties et peu granuleuses, à bords irréguliers, nets, anguleux, contenant un certain nombre de noyaux présentant les mêmes caractères que ceux des cel-

lules uninucléaires. Un des plus volumineux qui aient été vus avait huit noyaux visibles et présentait une largeur de 62 c.

p. — Quelques cellules volumineuses, en raquette, pourvues d'un noyau nucléole volumineux, séparé du protoplasma par une zone claire, assez semblable, par conséquent, à des physalides.

e. — Quelques leucocytes et des globules rouges du sang.

B. — *Coupes.* A un faible grossissement, ocul. 2, obj. 2, Hart. — Les coupes montrent la texture lobulée dont on pouvait déjà se rendre compte par un simple examen microscopique d'une section de la tumeur. Celle-ci apparait nettement comme constituée par des masses homogènes divisées en lobules par des travées fibreuses d'épaisseur très-variable contenant un grand nombre de vaisseaux sanguins.

a. — Travées fibreuses. — Larges bandes de tissu fibreux adulte, pouvant avoir jusqu'à 2 millimètres de largeur. Elles sont parcourues par de nombreux vaisseaux. Artères volumineuses et saines, pourvues d'une tunique musculeuse assez forte. Larges sinus veineux, creusés dans le tissu conjonctif et revêtus d'un endothelium intact, d'autant plus abondants qu'on se rapproche des masses sarcomateuses et pouvant avoir jusqu'à 90 m. de largeur. Autour de certains de ces sinus se voient de petites agglomérations de leucocytes et des amas de granulations d'hémotosine.

b. — Trabécules. — Subdivisent en lobules, d'une manière complète ou incomplète, les lobes circonscrits par les travées que nous venons de décrire. — Elles se composent de minces tractus conjonctifs qui peuvent disparaitre et dans ce cas la limite entre deux lobules n'est plus représentée que par une série de sinus veineux formés d'une mince paroi fibreuse avec revêtement endothélial. Ces sinus ont une largeur de 60 m. à 80 m.

c. — Masses sarcomateuses. — Leur composition histologique varie selon les lobules examinés.

Certaines parties sont constituées par des éléments globocellulaires pressés les uns contre les autres et sont parcourues par de fins tractus d'éléments fuso-cellulaires fasciculés qui semblent circonscrire de petits départements de la masse pathologique et indiquer l'ébauche d'une lobulation future.

Ailleurs, les éléments cellulaires bien que nombreux encore sont séparés par une gangue conjonctive de récente formation.

Toutes les parties de la tumeur sont parcourues par de nombreux et gros capillaires à parois embryonnaires qui se voient surtout bien dans les parties un peu fibreuses des préparations. Leur diamètre va de 12 m. à 75 m.

En un point on constate une hémorrhagie au sein d'une portion fibreuse de la tumeur, les fibres conjonctives et les éléments cellulaires sont dissociés par l'épanchement sanguin qui se traduit par de nombreux globules rouges et des amas de granulations d'hématosine. Là plus que partout ailleurs, les cellules ont subi l'infiltralion granulo-graisseuse.

C. Action de l'iode. — Les cellules obtenues, à l'état frais, par le râclage et soumises à l'action de la solution iodo-iodurée, prennent une coloration jaune rougeâtre qui devient tout à fait caractéristique par l'addition d'acide sulfurique dilué. — Leur protoplasma contient alors des granulations qui ont la couleur acajou. Ces cellules renferment donc, comme celles des tumeurs soumises à un accroissement rapide, une quantité notable de matière glycogène.

D. Conclusion. — Il résulte des caractères histologiques qui précèdent que la portion de tumeur examinée est essentiellement un sarcome globo-cellulaire, très-vasculaire, avec tendance à la formation du tissu fibreux.

Monoplégie portant sur les muscles extenseurs de l'avant-bras droit ; par M. Mahot, interne des hôpitaux.

Bern... Simon, 48 ans, cordonnier, entre dans le service de M. Molland (hôpital Saint-Antoine), le 16 octobre dernier, pour une paralysie limitée du bras et de l'avant-bras droit.

Cette paralysie datait de trois semaines environ ; elle était survenue brusquement à la suite d'une attaque apoplectiforme avec chute, perte de connaissance et convulsions violentes.

Lorsque le malade revint à lui, après dix minutes, son bras droit était le siége de la monoplégie que nous constatons. Avant cette attaque, la santé du malade était bonne, pas de syphilis ; cependant depuis quelque temps il toussait et éprouvait de violents maux de tête accompagnés parfois de vomissements.

Le 16 *octobre*, jour de son entrée, il se présente avec les symptômes suivants : à l'auscultation, signes physiques d'un épanchement pleural abondant du côté droit ; cet épanchement est probablement ancien. — Rien au cœur.

Le jour même de son entrée, le malade eut une attaque convulsive caractérisée par des secousses violentes de la jambe et du bras droits et du côté droit de la face.

Perte de la parole pendant l'attaque, connaissance conservée. L'attaque dura dix minutes environ ; la terminaison fut graduelle, le malade conserva seulement pendant quelque temps avec la monoplégie brachiale qui ne fut pas modifiée, un peu de stupeur et une gêne plus marquée de la parole.

Les jours suivants ces attaques se reproduisirent fréquemment, mais à partir du 29 octobre elles se modifièrent en ce sens que les convulsions se limitèrent presque exclusivement au bras et à l'avant-bras droits. — La jambe et le côté droit de la face demeurèrent immobiles.

Dans ses périodes de calme le malade accuse une céphalalgie violente ; il est habituellement somnolent, son intelligence est très-diminuée. Parfois en mangeant il est pris de quintes de toux et rejette avec des efforts de vomissement les aliments qu'il déglutit.

Parole légèrement embarrassée. — Côté *droit* de la face moins mobile que le gauche. Commissure labiale droite abaissée. sillon naso-labial moins accusé du même côté. Ces derniers symptômes de paralysie faciale sont très-peu accusés et exigent un examen attentif pour être perçus. — *Paralysie incomplète* du membre supérieur droit portant particulièrement sur les extenseurs du poignet et des doigts. — Pas de saturnisme antérieur. Les fléchisseurs sont également atteints mais à un degré moindre.

Le malade soulève difficilement le bras et l'avant-bras sans pouvoir atteindre l'horizontale. Si on lui ordonne d'élever la main au-dessus du lit, cette main devient immédiatement le siége d'un tremblement violent dont les oscillations d'abord étendues s'affaiblissent progressivement. Pas d'atrophie. *Sensibilité* conservée dans tous ses modes ; en quelques points seulement un certain retard dans la perception.

Les *membres inférieurs* et le bras gauche n'offrent rien de particulier, le malade marche sans difficulté.

30 *novembre*. — Le malade peut encore marcher, mais difficilement ; s'il se lève il est pris de vertiges et chancelle comme un homme ivre. L'état général s'aggrave, parésie des sphincters.

6 *décembre*. — La paralysie du bras droit est plus complète que précédemment, le côté droit de la face nous semble toujours légèrement parésié, le malade est beaucoup plus absorbé.

9 *décembre*. — Les symptômes d'oppression dus à l'épanchement que nous avons constaté deviennent plus menaçants. *Mort* le 9 décembre à 8 h. 1/2 du soir.

Autopsie. *Thorax.* — Epanchement liquide abondant dans la cavité pleurale droite.

Encéphale. Hémisphère droit. — Rien à noter.

Hémisphère gauche : La *tumeur* qui semble appartenir à la variété décrite par Virchow sous le nom de gliôme, a les dimensions d'une pièce de 10 centimes ; elle siége exclusivement sur la frontale ascendante droite, à la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale et au niveau du pli anastomotique qui relie cette dernière à la frontale ascendante. La circonvolution pariétale ascendante n'est intéressée en rien, et au niveau de la tumeur on a pu séparer sans difficulté les deux lèvres du sillon de Rolando.

Les *méninges* sont adhérentes au niveau de cette production, et leur adhérence est assez intime pour ne pas permettre leur ablation sans intéresser la surface de la tumeur.

I. **Du cancer du larynx**; rapport de M. Paul Reclus, aide d'anatomie de la Faculté, sur la candidature de M. Eugène Monod, interne des hôpitaux.

Le cancer du larynx est une affection rare. Il suffit, pour s'en convaincre, de constater le petit nombre d'observations authentiques qui ont été publiées. Mais il convient de faire, tout d'abord, une distinction importante. En raison des rapports anatomiques qui unissent le larynx au pharynx, on conçoit aisément qu'une tumeur peut très bien se développer sur la paroi postérieure du premier de ces organes et appartenir cependant au second. Faut-il exclure ou non les tumeurs de ce genre du nombre des cancers laryngiens? Les auteurs ne sont pas d'accord. Tandis que M. Krishaber soutient qu'elles doivent en être séparées comme appartenant au tube digestif, M. Isambert, au contraire, en fait une variété de cancers du larynx, qu'il désigne sous le nom de cancer extrinsèque. Une discussion sur ce sujet s'est élevée récemment au sein de la Société anatomique, lors d'une présentation de cancer pharyngo-laryngé (séance du 16 avril 1876). Or, quand on parle de tumeur cancéreuse du larynx, il importe de s'entendre préalablement sur ce point; la variété que nous signalons étant de beaucoup la plus commune, la question de rareté ou de fréquence de l'affection, sera singulièrement modifiée selon qu'on adoptera l'une ou l'autre des deux opinions. Mais, s'il faut bien reconnaître que le larynx est le plus souvent atteint consécutivement et que les troubles respiratoires viennent tôt ou tard se confondre avec les symptômes observés du côté des voies digestives, il est incontestable, d'autre part, qu'au point de vue anatomique, la distinction doit être faite, et qu'il convient de réserver le nom de cancer primitif du larynx à celui qui se développe d'emblée dans la cavité de l'organe.

Ainsi définie, l'affection est très-peu connue. Dans un rapport lu à la Société anatomique en 1863, M. Brouardel, faisant pour la première fois un relevé des observations publiées, constatait qu'elles atteignaient le chiffre de quatre. Depuis lors, quelques faits nouveaux se sont produits, épars dans la littérature médicale; M. Blanc les a rassemblés dans sa thèse (*Cancer primitif du larynx*, Paris 1872), et d'après ces documents, il a essayé de présenter une description d'ensemble de la maladie. MM. Krishaber et Bœckel, dans leurs articles sur la pathologie du larynx dans les deux dictionnaires, ne consacrent au cancer que quelques lignes, surtout destinées à faire ressortir les désidérata de la science sur ce point. Enfin, M. Isambert, dans un travail récent inséré dans les *Annales des maladies du larynx* (mars 1876), s'est efforcé de grouper les faits et de jeter les bases d'une histoire du cancer du larynx. On le voit, l'attention commence à être attirée vers ces faits. Il nous a paru intéressant de rapprocher le cas présenté par M. E. Monod des faits du même genre que nous avons analysés et de résumer brièvement ce qu'on connait aujourd'hui de positif sur cette importante question.

Nous passerons sous silence le côté anatomo-pathologique. Les observations accompagnées d'un examen histologique sont encore trop peu nombreuses pour qu'il soit possible de décrire à part les différentes espèces de tumeurs malignes du larynx. Le cas qui nous sert de type se rapporte à la variété qui parait être de beaucoup la plus fréquente, l'épithélioma. Un fait qui est digne de remarque parce que nous ne l'avons trouvé signalé dans aucune autre observation, c'est la propagation du cancer au corps thyroïde.

Le cancer laryngé est une maladie de l'âge mûr. Une statistique faite par M. Blanc montre que, sur 29 cas, 15 ont été observés de 50 à 72 ans et 7 de 40 à 50 ans. L'observation présente vient à l'appui de cette proposition; nous pourrions citer quatre autres faits semblables. Le sexe masculin y est de beaucoup le plus sujet; d'après nos relevés, on ne trouve guère qu'une femme atteinte pour six hommes. Ce qui frappe dans la relation des observations, c'est l'absence souvent notée de tout antécédent héréditaire ou de maladie antérieure: nous avons relevé sept cas où l'affection atteint des individus bien constitués et d'une santé robuste. Ces particularités exceptées, l'étiologie des tumeurs cancéreuses du larynx est enveloppée d'une grande obscurité. Il est à remarquer que les causes prédisposantes des affections du larynx en général, telles que le refroidissement ou l'exercice immodéré de la parole, semblent avoir, dans ce cas spécial, une influence presque nulle.

Les symptômes fonctionnels qui attirent d'abord l'attention du malade n'offrent rien de caractéristique. Dans l'observation actuelle, le premier symptôme fut un trouble de la phonation; nous avons relevé le même mode de début dans presque tous les cas. La voix, sans cause appréciable, devient enrouée ou simplement voilée. Quelquefois les troubles respiratoires ouvrent la scène, sinon ils ne tardent pas à succéder à l'enrouement. C'est d'abord de l'essoufflement, de la fatigue pendant la marche, bientôt une gêne de la respiration, gêne dont les malades rapportent très-bien le siége dans le larynx, puis une dyspnée continuelle survient.

On peut expliquer cette succession des symptômes par la marche même du mal qui, débutant le plus souvent par les parties antérieures de l'organe, envahit progressivement d'avant en arrière les cordes vocales, puis les cartilages aryténoïdes. Ce n'est pas seulement là une vue théorique: on trouve dans l'observation de Demarquay, citée dans la thèse de M. Blanc, une confirmation de cette hypothèse. Chez son malade, qui avait présenté de son vivant de l'aphonie sans qu'il y eût eu asphyxie, on constata, à l'autopsie, une disparition complète de la glotte vocale avec intégrité de la glotte respiratoire.

La durée de cette période de début est variable. Dans les observations où l'époque d'apparition des premiers symptômes était signalée, elle n'a jamais dépassé cinq ans; ce chiffre peut être donné comme exceptionnel; en général, lorsque les malades viennent réclamer les soins médicaux, ils font remonter leurs troubles fonctionnels à un an, dix-huit mois ou deux ans. La *douleur* au niveau de la région laryngée a été quelquefois observée, mais elle est loin d'être constante. Nous en dirons autant de la *toux* qui est rare et peut manquer complétement. Un signe qui fait moins souvent défaut est une *expectoration* muqueuse plus ou moins abondante, mêlée parfois de stries sanguinolentes.

La dyspnée une fois établie devient le symptôme prédominant, le plus directement périlleux pour le malade qui vient presque toujours réclamer de lui-même l'opération. Or, à cette période, les troubles respiratoires présentent les caractères de toute dyspnée d'ordre mécanique, c'est-à-dire qu'ils sont continus, et si l'art n'intervient pas, le malade succombe aux progrès de l'asphyxie.

Nous lisons dans l'observation de M. Monod que l'inspiration était très-pénible, bruyante à distance, s'accompagnant d'un bruit de cornage qui se transformait par intervalles en sifflement aigu; l'expiration, au contraire, était relativement facile. Nous avons trouvé ce caractère, si connu dans les affections du larynx, noté dans plusieurs autres observations. Par contre, dans le cas actuel, le malade n'a pas eu de véritables accès spasmodiques, accès qui ont été signalés un certain nombre de fois. — L'aphonie est la règle à cette période de la maladie; la voix peut même être complétement éteinte plusieurs mois avant que la suffocation crée un danger imminent.

Un dernier symptôme fonctionnel qui a été très-accusé chez notre malade est la *dysphagie*. Elle peut reconnaître plusieurs causes. Dans le cas particulier, la gêne de la déglutition des liquides consécutive à l'opération pourrait être rapportée à la section du cartilage cricoïde. On sait, en effet, que ce cartilage donne insertion à l'un des faisceaux du constricteur inférieur du pharynx, et d'après M. Krishaber, l'accident que nous signalons serait la règle après la cricotomie. Plus tard, la déglutition des solides devint presque impossible, à tel point que le malade prenait pour toute nourriture quelques gorgées de lait et de bouillon lesquelles ne passaient que lorsqu'il renversait fortement la tête en arrière. L'autopsie a rendu un compte exact de ce fait en révélant la présence d'une sorte de soupape fermée par les aryténoïdes dégénérés qui s'abaissait horizontalement dans la cavité de l'œsophage et opposait ainsi un obstacle matériel au cours des matières. C'est contre ce

même obstacle que venait butter la sonde œsophagienne dans les tentatives répétées et toujours infructueuses qu'on a faites pour nourrir artificiellement le malade dans les derniers temps de son existence. La dysphagie est signalée dans quelques observations ; cependant elle nous paraît être l'exception tant que le mal est limité à la cavité même du larynx ; lorsque la paroi postérieure est envahie par l'ulcération, l'apparition de ce symptôme s'explique tout naturellement. Aussi, malgré le petit nombre de faits dont nous disposons, on peut avancer que la dysphagie s'observe bien plus fréquemment dans le cancer extrinsèque ou laryngo-pharyngien que dans le cancer primitif proprement dit.

L'exploration physique permet dans certains cas de reconnaître quelques ganglions indurés sous l'angle de la mâchoire ou sur le trajet des vaisseaux du cou ; mais il faut savoir que ce signe peut faire absolument défaut. Nous ferons la même remarque à l'occasion d'un signe indiqué par M. Isambert et qu'il donne comme caractéristique lorsqu'il existe, nous voulons parler de la forme du larynx en bouclier et de sa consistance qui ressemble à celle d'une *carapace de crustacé*.

Tout ce que nous avons trouvé noté dans plusieurs des observations que nous avons consultées et dans celle qui fait le sujet de ce rapport, c'est une induration avec hypertrophie en masse de tous les tissus environnant le larynx.

L'ensemble des symptômes que nous venons d'énumérer doit faire songer à la nécessité de l'examen laryngoscopique. Celui-ci donnera des résultats différents suivant les cas et surtout suivant l'époque de l'exploration. Comme il arrive le plus souvent que la maladie est en pleine voie d'évolution lorsque le médecin est consulté, on peut dire d'une manière générale que l'inspection révèle la présence d'une tumeur faisant saillie dans la cavité laryngienne, ayant détruit les parties constituantes de l'organe, en particulier, les cordes vocales qui sont le plus souvent volumineuses et presque au contact ; ou bien, comme dans le cas présent, elles ont disparu au milieu du tissu morbide.

La durée totale de la maladie a été de deux ans chez notre malade ; il est mort par épuisement résultant à la fois du défaut de nourriture et de la dyspnée continue. Il n'a pas présenté les symptômes de la cachexie cancéreuse, et, fait digne de remarque que nous avons vu signalé dans plusieurs observations, on n'a pas trouvé à l'autopsie de généralisation de la diathèse. Dans les seize cas que nous avons analysés et qui nous ont paru se rapporter tous à des cancers intra-laryngiens confirmés, la marche de la maladie s'est montrée à nous toujours la même. C'est le plus souvent après une période d'enrouement qui a duré un an ou dix-huit mois que les malades alarmés par les progrès de la dyspnée viennent réclamer les soins médicaux. Si l'art n'intervient pas, ils succombent rapidement par asphyxie, nous avons noté cette terminaison dans cinq cas où la mort survint de deux à dix-huit mois après l'apparition des premiers symptômes. Mais, dans la grande majorité des cas, le chirurgien en présence des accès de suffocation du malade et de l'obstacle matériel au passage de l'air constaté par le laryngoscope, pratique la trachéotomie ou comme dans le cas actuel la cricotomie. Sur un relevé de onze cas, nous trouvons que la durée moyenne de l'existence à la suite de l'opération a été de dix à douze mois. C'est dire que la section trachéale est une utile ressource à laquelle il est presque toujours indiqué de recourir au moins à une certaine période de la maladie. Sans doute, ce n'est là qu'un moyen palliatif qui laisse la cause du mal intacte ; mais, n'eût-elle d'autre résultat que d'entretenir la vie du malade même pendant quelques semaines, ce serait encore un motif suffisant pour que l'opération fût toujours tentée. Si notre but était de présenter une étude complète du cancer laryngé, ce serait le lieu de discuter la valeur des traitements chirurgicaux qui ont été proposés contre cette affection dans ce qui regarde la laryngotomie, nous renvoyons au mémoire que M. Désormeaux a présenté sur les indications de cette opération à la Société de chirurgie.

Quant à l'extirpation totale du larynx, elle a été pratiquée neuf fois sur le vivant ; les résultats sont consignés dans la thèse de M. Hermontier (Paris, 1876). Quatre fois le malade a succombé du quatrième au quatorzième jour après l'opération, deux fois il est mort de récidive dans une période de trois à six mois ; quant aux trois autres cas qui auraient été suivis de guérison, nous n'avons de renseignements que sur un seul opéré, celui du professeur Botini, de Turin, qui se portait à merveille seize mois après l'opération. De pareils résultats montrent qu'une semblable entreprise, si périlleuse qu'elle paraisse, a pu être menée à bout, mais nous doutons qu'ils encouragent beaucoup de praticiens à suivre l'exemple de ces hardis novateurs.

MALADIES DES VOIES URINAIRES.

I. Exposé pratique des différents procédés à employer pour faire cesser la rétention d'urine; par le Dr Moreau Wolf.

II. De la dilatation médiate des rétrécissements de l'urèthre; par le Dr Ed. Langlebert. Paris, Delahaye.

III. Etude clinique sur l'uréthrotomie interne; par le Dr Félix Martinet. Paris, Coccoz.

IV. Essai sur les contractures du col de la vessie; par le Dr C. Sebeaux. Paris, Delahaye.

V. Des manifestations du rhumatisme sur l'urèthre et la vessie; par le Dr J. Guilland. Paris, Delahaye 1876.

I. M. Moreau Wolf commence son ouvrage par un grand tableau synoptique fort intéressant de toutes les causes de la rétention d'urine. Signalons en passant, sans y attacher grande importance, une petite omission : celle de ces rétentions d'urine difficiles à expliquer que l'on a observées après les luxations de la cuisse; des rétentions d'urine après l'accouchement; mais cela ne rentre pas dans la spécialité des voies urinaires.

Je ne puis énumérer les divers modes de traitement de la rétention indiqués par M. Moreau Wolf, auteur comme on sait, d'un instrument ingénieux, le divulseur rétrograde. Mais je tiens à dire que la brochure que vient de publier ce chirurgien est faite consciencieusement et a le mérite assez rare, dans les publications faites par les spécialistes des voies urinaires, de rendre à chacun ce qui lui appartient et de ne pas être seulement un travail de polémique destiné à prôner les théories ou les inventions de son auteur. Le praticien non spécialiste y trouvera les indications nécessaires pour répondre aux besoins de la clinique jusqu'à ce qu'un chirurgien expert puisse être appelé si le cas est trop complexe.

II. Le procédé de M. Langlebert consiste dans l'emploi d'une série de bougies olivaires en gomme élastique présentant une fente longitudinale et d'une série de mandrins ayant une extrémité renflée en olive. Supposons maintenant un rétrécissement admettant le n° 14. Nous passons dans une bougie fendue n° 14 un mandrin n° 15 ou 16 jusqu'au milieu de la bougie. Une fois la bougie introduite dans le rétrécissement, on fait avancer l'olive qui, sans toucher directement aux parois du canal, amène en écartant celles de la sonde une dilatation d'un ou deux

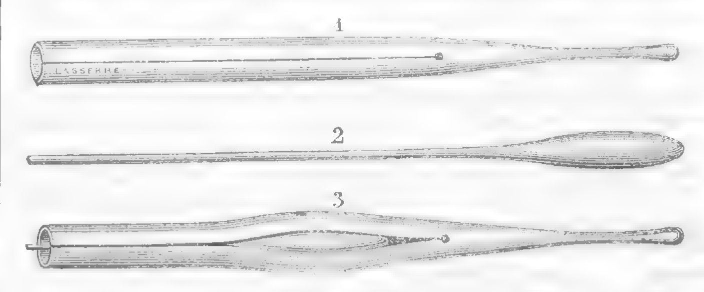


Fig. 17
1 Sonde fendue sans mandrin. — 2 Mandrin. — 3 Sonde avec le mandrin introduit.

numéros. On voit que cette manœuvre est en très-petit et en plus doux l'opération de la divulsion dont M. Langlebert n'est guère partisan. Il est certain que cette méthode, appliquée avec précaution, doit donner de bons résultats. Mais d'autre part, lorsque la dilatation classique est faite avec soin, est-ce que les résultats n'en sont pas excellents ? M. Langlebert parle des rétrécissements commençants, du peu de résistance qu'ils présentent aux moyens thérapeutiques et de la nécessité de sonder tous les malades atteints de suintement uréthral pour ne pas laisser les rétrécissements se confirmer, *principiis obsta* :

c'est toujours la vieille maxime. M. Langlebert termine par cet aphorisme en lettres capitales : *dilater toujours*, *couper rarement*, *ne rompre jamais*, qui, pour lui, résume la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre.

III. L'enseignement donné à Necker par M. le Dr Guyon est presque chaque année la source de travaux intéressants sur les maladies des voies urinaires. La thèse de M. Martinet sur l'uréthrotomie interne peut être considérée comme le complément de celle de M. Reverdin. C'est une étude consciencieuse des résultats de l'opération basée sur des faits bien observés sur des chiffres, en somme un bon travail.

Qu'on nous permette, cependant une petite observation : M. Martinet se fait trop le défenseur d'une opération qui n'a pas besoin d'être défendue ; je m'explique : l'uréthrotomie interne n'a aucun danger, c'est mille fois prouvé, dans les cas légers, et du reste ces cas légers, étant souvent justiciables de la dilatation temporaire, c'est à ce dernier moyen de traitement qu'il faut avoir recours. Dans les cas graves, elle devient une opération de nécessité, et comme toutes les opérations sur les voies urinaires, elle peut avoir des conséquences fâcheuses surtout quand les reins sont trop malades. Il arrivera donc forcément que le chirurgien consciencieux se verra obligé de pratiquer l'uréthrotomie dans des cas où, bien qu'ayant peu de chances de succès, elle reste le seul moyen de salut possible.

Il est clair que les quelques morts qu'on aura dans des cas semblables et que M. Guyon, malgré ses soins et son habileté, n'a pas pu éviter, n'ôtent rien à l'innocuité de l'uréthrotomie interne, quand on la fait dans de bonnes conditions. Où nous nous associons aux conseils donnés par M. Martinet, c'est lorsqu'il indique la nécessité de précautions minutieuses pour éviter tout accident consécutif : l'usage de la sonde à demeure, le repos au lit, etc.

IV. Les contractures du col de la vessie ont été l'objet de nombreuses discussions. On a commencé par discuter sur l'acception qu'il faut donner au mot col de la vessie, les uns désignant sous ce nom un sphincter composé de fibres lisses, situé à l'entrée de la vessie, les autres comprenant sous cette désignation tout le sphincter vésical, qui, pour tout chirurgien ayant exploré un urèthre, commence au niveau de la portion membraneuse de ce conduit.

Actuellement, il est peu de chirurgiens qui n'aient rencontré le spasme uréthral ou même des rétentions d'urine purement spasmodiques. Nous avons soigné un malade qui présentait de nombreuses rétentions d'urine, quoique on pût introduire dans sa vessie une bougie en gomme ou une bougie Béniqué en étain, de 7 millimètres de diamètre (n° 21, filière Charrière). Souvent, dans le cours de la dilatation progressive des rétrécissements de l'urèthre, on voit survenir de ces faits de spasme momentané. C'est là toutefois un sujet dont l'étude laisse beaucoup à désirer encore et c'est avec plaisir qu'on voit paraître des travaux sur cette question. M. Sebeaux a cru qu'on pouvait distinguer la contracture limitée au sphincter lisse de la contracture de la portion membraneuse. Il considère comme rétention par contracture : 1° certaines rétentions dues à des lésions de l'appareil génito-urinaire, cystite, affections des uretères, des reins, des vésicules séminales, de l'utérus chez la femme, etc.; — 2° des rétentions dues à des lésions aiguës ou chroniques du cerveau et de la moelle;

3° des rétentions dues à des névroses ou à des modifications de l'innervation dont la nature nous échappe, contracture hystérique, spasme qui survient aux gens impressionnables et qui les empêche d'uriner en présence d'une autre personne, rétention à la suite de luxations de la hanche, de traumatismes de la zone génitale, et même d'opérations sur d'autres parties du corps (rétention à la suite du redressement d'une ankylose du coude (Verneuil).

Nous ferons deux reproches à l'auteur de ce travail consciencieux : le premier, c'est de n'avoir pas discuté la question de la paralysie vésicale et de la contracture du col, point très-important, vu l'extension que M. Sebeaux donne à la contracture ; le second, c'est de n'avoir pas suffisamment insisté sur le moyen de reconnaître que la contracture siége à l'entrée de la vessie et qu'elle n'existe pas en même temps au niveau de la portion membraneuse. L'auteur donne bien quelques indications que l'on pourrait, suivant lui, tirer du catétérisme ; mais il nous semble que son opinion est loin d'être suffisamment établie. En résumé, le travail de M. Sebeaux est un contingent honorable fourni à l'étude de la contracture, mais il ne la résout pas, et il est permis de croire que ce sujet ne pourra être bien élucidé que lorsque la physiologie nous aura donné des renseignements plus précis sur le mécanisme de la miction normale.

V. C'est l'étude si intéressante, mais si complexe et si ardue des rapports du rhumatisme avec la blennorrhagie qui fait l'objet du travail du Dr Guilland. Il commence par trancher une question délicate et qui divise depuis longtemps les syphiliographes: la blennorrhagie est-elle une affection virulente? peut-on contracter la blennorrhagie avec une femme qui ne l'a pas? M. Guilland pense avec Ricord, Fournier et leur école que la blennorrhagie n'est pas virulente. Cette opinion est opposée à celle de Rollet, Diday etc., qui pensent qu'on n'attrape la chaudepisse qu'avec une femme qui l'a.

En dehors de ces opinions qui sont toutes les deux faciles à défendre et dont la discussion m'entraînerait trop loin pour le moment, il y a un fait positif : c'est qu'une irritation violente du canal par un agent chimique ou mécanique peut donner un écoulement. Tout le monde connaît, en effet, la célèbre expérience de Swediaur qui se fit dans l'urèthre une injection d'ammoniaque et eût une chaudepisse à marche ascendante comme la chaudepisse classique ; cette blennorrhagie lui dura plusieurs semaines. On connaît aussi le fait des écoulements provoqués par le passage des sondes, et, surtout par leur séjour dans le canal. L'écoulement provoqué chez Swediaur, ces uréthrites de cathétérisme seraient-ils contagieux? il est difficile de répondre à cette question par des faits précis. Donc, passons outre et voyons ce que dit M. Guilland : s'appuyant sur l'opinion du professeur Peter, il dit que des faits nombreux prouvent que le rhumatisme peut entretenir la chaudepisse et que, dans bien des cas où l'on parle de rhumatisme blennorrhagique, il vaudrait mieux dire blennorrhagie rhumatismale. Pour le Dr Guilland, c'est plutôt le rhumatisme qui est la cause de la blennorrhagie que la blennorrhagie qui est la cause du rhumatisme. On pourrait objecter la marche spéciale de l'arthrite blennorrhagique, l'absence, chez certains malades de tout autre symptôme de rhumatisme en dehors de la blennorrhagie, et citer des rhumatisants chez qui la blennorrhagie n'amène pas l'arthrite. Il y a donc là matière à contestation.

Quant au fait avancé par M. Guilland que le rhumatisme entretient la chaudepisse, il est appuyé sur un certain nombre d'observations qui semblent assez probantes. Notre auteur va plus loin : il pense que le rhumatisme peut amener la blennorrhagie en dehors de toute contagion et même de tout rapport sexuel. Il cite à ce propos six observations extrêmement intéressantes qui n'ont absolument qu'un tort, c'est d'être trop peu nombreuses eu égard au nombre de rhumatisants et de malades atteints de blennorrhagie que chaque praticien peut observer. Il y a en particulier dans les observations citées par M. Guilland deux faits de malades chez qui chaque attaque de rhumatisme était suivie de chaudepisse.

On notera aussi la coexistence signalée par l'auteur d'inflammation de la conjonctive, de la muqueuse nasale, du pharynx qui se développaient en même temps que la blennorrhagie. Il y aurait donc là une manifestation directe du rhumatisme au même titre que l'angine, les fluxions articulaires etc., etc.

Il va sans dire que ces faits, avant d'être admis sans conteste, réclament un contrôle sévère, basé sur des observations multipliées. Nous devons savoir gré à M. Guilland d'avoir abordé cette question. La brochure comprend une seconde partie consacrée aux cystites rhumatismales. Cette seconde partie est traitée avec soin ; mais nous n'y insisterons pas, car les opinions qui y sont soutenues rentrent dans le domaine des faits généralement acceptés. Dr A. Malherbe.

VARIA.

M. Dolbeau.

M. Dolbeau est mort ces jours derniers à l'âge de 47 ans. Interne de la promotion de 1851, il fut reçu aide d'anatomie en 1854, prosecteur en 1857, et arriva bientôt au Bureau central (1858) et à l'agrégation (1866). Il a laissé de nombreux travaux relatifs à l'anatomie et à la pathologie externe : Ses préparations pour le prosectorat mirent en lumière quelques points importants du système vasculaire du bassin et de l'œil ; de fréquentes communications à la Société anatomique, plus tard à celle de chirurgie, dont il fut président, témoignent de son activité scientifique. Nous citerons parmi ses principaux mémoires, sa thèse inaugurale : *Sur les grands kystes de la face convexe du foie* (1856) ; — Un *mémoire sur la grenouillette sanguine* (1857) ; des mémoires sur divers points de l'étude des tumeurs cartilagineuses, celles de la *parotide* (1858), *des doigts* (1858), des *mâchoires* (1858), du *bassin* (1860), des *glandes cutanées* (1861). En 1860, thèse d'agrégation sur l'*Emphysème traumatique*, étude intéressante et pleine d'un grand esprit clinique. A partir de cette époque, la Société de chirurgie eut de M. Dolbeau nombre de présentations relatives aux voies urinaires ; parmi les principaux travaux qui résultèrent de ces études spéciales, citons : le mémoire sur l'*Epispadias* (1861), le *Traité de la pierre dans la vessie* (1854). Ce dernier ouvrage, joint à sa *Clinique chirurgicale* (1866), suffirait à assurer à M. Dolbeau une place remarquable dans la chirurgie contemporaine. Nous lui devons aussi une étude sur les *Luxations fémorales* (1868), un travail sur les *Exostoses du sinus frontal* (1866), et quelques articles du Dictionnaire encyclopédique. Comme professeur, M. Dolbeau eut un succès assez notable dans ses cours libres d'anatomie et de chirurgie. En 1867, il fut nommé professeur à la Faculté de Paris ; son cours y fut toujours fort intéressant, pratique et suivi par les élèves.

M. Dolbeau fut en outre un des plus habiles opérateurs ; sa clientèle était étendue et répondait à son savoir.

Nous voudrions pouvoir terminer ici cette notice, mais cependant il est certains côtés de sa vie professionnelle que nous ne saurions passer sous silence, d'autant que de trop élogieux panégyriques, publiés dans les journaux, tendraient à le donner, chose inacceptable, comme le modèle des vertus médicales ; ses amis, dont nous comprenons l'attachement, ont agi un peu légèrement. En effet, dans plusieurs circonstances, lors de sa nomination au professorat, lors des concours de l'Ecole pratique, M. Dolbeau n'avait pas montré toutes les qualités que ses amis lui attribuent ; dans une occasion plus malheureuse encore, il parut faire passer l'esprit de parti avant le pur accomplissement de son devoir médical. Ces faits, qu'on a essayé d'atténuer, n'en resteront pas moins comme une tache éternelle sur sa mémoire.

H. C. de Boyer.

M. Vernois.

M. Vernois est mort à Paris, à l'âge de 68 ans ; membre de l'Académie de médecine depuis 1861, du Conseil d'hygiène depuis 1852 et reçu médecin des hôpitaux en 1844, cet auteur a publié nombre de mémoires ayant trait, pour la plupart, à des questions d'hygiène publique.

La carrière médicale de Vernois s'ouvrit sous d'heureux auspices ; externe en 1830, il se signalait par son dévouement aux blessés ; interne en 1832, il se distinguait dans les concours et combattait avec succès la méthode nouvelle d'Hahnemann.

Nous signalerons parmi les principaux ouvrages de Vernois : sa thèse inaugurale : *Etudes physiologiques et cliniques pour servir à l'histoire des bruits des artères, suivies de propositions sur la syphilis, les affections cutanées, etc.*, 1837 ; parmi ces propositions, on remarque une série d'aphorismes concernant la philosophie naturelle, et considérés par M. E. Geoffroy-Saint-Hilaire comme le meilleur exposé de ses doctrines ; en 1838, Vernois se présentait à l'agrégation, sa thèse sur l'*Etat fébrile chronique* tendait à combattre l'entité fébrile et à considérer la fièvre comme l'expression d'un état morbide toujours appréciable des éléments et des tissus du corps ; en 1844, nouvelle thèse d'agrégation sur le *Diagnostic thérapeutique des maladies du foie et sa valeur au point de vue anatomique.* Le succès ne vint pas couronner ses efforts. Nous citerons parmi les opuscules de Vernois : *De la pneumonie chez les nouveau-nés ; De la courbure des ongles dans les maladies ; Des dimensions du thymus chez l'enfant nouveau-né ; Du siége des bruits de souffle vasculaires. Mémoire sur la diminution des globules du lait pendant les phlegmasies aiguës chez les nourrices ; Mémoire sur les dimensions du cœur des nouveau-nés* (366 cas sont analysés). *Sur le sucre du foie et ses variations à l'état pathologique ; Sur l'extinction de l'absorption pendant la période algide du choléra ; Sur le mal de Bright* (1856). A partir de 1883, Vernois se consacra complétement à l'hygiène, et publia en 1860 le *Traité d'hygiène industrielle et administrative* que l'on considère comme l'ouvrage le plus complet sur la matière : parmi les nombreux mémoires relatifs à l'hygiène, nous signalerons surtout : *L'action des poussières de charbon et de bronze ; — Les verts arsenicaux chez les fleuristes ; — La main des ouvriers et artisans au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale ; — De l'état hygiénique des lycées de l'empire* (1868) ; — *Codex hygiénique des lycées et colléges* (1872).

Vernois fut surtout remarquable par son aptitude à s'occuper avec un égal succès de sujets si divers ; à cette grande facilité de travail, il joignait des connaissances étendues et un esprit de répartie souvent apprécié dans les discussions académiques, une de ces dernières, celle relative à la docimasie pulmonaire, eut à l'époque un certain retentissement.

H. de B.

Faculté de Médecine.

Thèses du 1er au 23 février 1877.

30. M. Raoult. Des atrophies de la papille.
31. M. Chesnel. Etude clinique sur le cancer latent de l'estomac.
32. M. David. De l'eczéma impétigineux et de sa contagion.
33. M. Maire. Seméiologie de la pigmentation.
34. M. Fornel. Hygiène navale, campagne de circumnavigation à bord de la frégate française l'*Alceste* (relation médicale).
35. M. Bouvier. De l'influence du traumatisme et des irritations extérieures dans le développement des productions tuberculeuses.
36. M. A. Petit. Considérations sur le traitement immédiat et consécutif des lésions de l'urèthre à la suite de chute sur le périnée.
37. M. Beugnon. Etude sur l'otorrhée et sur ses complications.

39. M. Paul Petit. Recherches sur les relations qui peuvent exister entre l'excrétion de l'urée et le processus fébrile.
40. M. Gauthier. Des fistules gastro-cutanées.
41. M. Mattrais. Quelques faits à propos d'une épidémie de tétanie.
42. M. Lemoine. Le décubitus aigu dans l'alcoolisme chronique.
43. M. Heydenreich. Des fractures de l'extrémité supérieure du tibia.
44. M. Vincent. Des phénomènes oculo-pupillaires dans l'ataxie locomotrice progressive et la paralysie générale des aliénés.
45. M. Guillon. L'hématocèle vaginale.
46. M. Delaunay. Etude sur le cloisonnement transversal du vagin complet et incomplet, d'origine congénitale.
47. M. Gravier. Etude sur la syncope, symptômes, définitions et pathogénie.
48. M. Lecomte. Essai sur les complications osseuses et articulaires de l'ataxie locomotrice.
49. M. Lefebvre Constant. De l'apoplexie spinale.
50. M. Nivard. De l'amputation dans la zone emphysémateuse des membres atteints de gangrène traumatique.
58. M. Ricklin. Etude critique sur l'anémie pernicieuse progressive.
59. M. Azambe. Etude sur la rechute dans la fièvre typhoïde.
60. M. Laroche. De la flexion de la cuisse sur le bassin, de cause extra-articulaire.
61. M. Hosteing.
62. M. Février. Des fistules dans les rétrécissements du rectum.
63. M. Arciaux. De la gravité du pneumothorax survenant brusquement à la suite du traumatisme thoracique.
*58. M. Simon. De la compression rapide des artères avec ou sans anesthésie dans le traitement des anévrysmes.
*59. M. Martel. De la syphilis laryngée.
*60. M. Dusaussay. Etudes sur les varices de l'œsophage dans la cirrhose hépatique.
*61. M. Nazand. Des nodosites sous-cutanées dans le cancer viscéral.
*62. M. Butel. Contribution à l'étude de la rétention biliaire.
*63. M. Merz. Du traitement des fièvres pernicieuses.
64. M. Bureau. Essai sur la signification du cœcum.
65. Audibert. Essai sur le rôle du sang dans le phénomène de la généralisation du cancer de l'estomac.
66. M. Berlion. Contribution à l'étude de l'herpès palpébral.
67. M. Mauquat. Essai sur les décollements épiphysaires traumatiques.

68. M. Viard. Etude sur les résultats définitifs des amputations.
69. M. Richet. De la sensibilité.
70. M. Dureau. Du traitement de sciatique rebelle par les injections de nitrate d'argent.
71. M. Simonneau. De la conservation des mouvements associés dans les hémiplégies de cause cérébrale.
72. M. Arjo. Histoire et traitement chirurgical des cavernes pulmonaires.
73. M. Charles Herveou. Cancer primitif du péritoine.
74. M. Arnold. Contribution à l'étude du traitement des ulcères par l'électricité.
75. M. Boucher. De la maladie de Parkinson (paralysie agitante) et en particulier de la forme fruste.
76. M. A. Robin. Essai d'urologie clinique; la fièvre typhoïde.
77. M. Amédée Mercier. Du traitement du zona, notamment par les applications topiques de perchlorure de fer.

N. B. Les n^{os} marqués d'un astérique, et figurant déjà plus haut, sont copiés textuellement sur les feuilles de la Faculté.

COURS D'ÉTÉ. — *Accouchements.* — M. Pajot commencera son cours le mardi 20 mars à midi.

Pathologie expérimentale comparée. M. Vulpian commencera son cours le jeudi 22 mars, à deux heures.

Hygiène. — M. Bouchardat commencera son cours, le samedi 17 mars, à quatre heures.

Physiologie. — M. Béclard commencera son cours le vendredi 23 mars, à midi (grand amphithéâtre).

Thérapeutique et matière médicale. M. Gubler commencera son cours le samedi 17 mars, à cinq heures (grand amphithéâtre).

· *Pathologie chirurgicale.* M. Trélat commencera son cours le vendredi 23 mars.

Pharmacologie. — M. Regnauld commencera son cours le mardi 20 mars, à onze heures (grand amphithéâtre).

Pathologie médicale. — M. Peter commencera son cours le mardi 20 mars, à trois heures (grand amphithéâtre).

Histoire naturelle. — M. Baillon commencera son cours le lundi 19 mars, à onze heures (grand amphithéâtre).

Médecine légale. — M. le docteur Brouardel, agrégé suppléant M. Tardieu, commencera son cours le lundi 19 mars, à quatre heures (grand amphithéâtre).

Anatomie pathologiqme. M. Charcot commenera son cours le vendredi 23 mars, à deux heures (grand amphithéâtre).

AVIS.—*Inscriptions et consignations pour les examens de fin d'année et les examens de doctorat.* — 1° Le registre des inscriptions sera ouvert le lundi 9 avril et sera clos le jeudi 26 à 4 heures : les inscriptions seront reçues les lundi, mardi, mercredi et jeudi de 9 heures à 11 heures du matin, et de 1 heure à 4 heures de l'après-midi; 2° les élèves autorisés à subir les examens de fin d'année au mois d'avril, devront consigner, le lundi 9, le mardi 20, le mercredi 21 et le jeudi 22 mars, de 1 heure à 4 heures. Les consignations ne seront reçues que sur la production de la décision ministérielle, qui accorde l'autorisation. — Les consignations pour les examens de doctorat continueront à être reçues le vendredi et le samedi de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures. — Toutefois, conformément à la décision prise par l'assemblée de la Faculté, les consignations, suivant la nature de l'examen, ne seront plus reçues : pour le premier doctorat après le 15 avril; — pour le deuxième, après le 1er juin; — pour le troisième, après le 15 mai; — pour le quatrième, après le 1er mai; — pour le cinquième, après 15 juin. Il ne pourra plus être dérogé à ces prescriptions.

ECOLE PRATIQUE. — Les exercices de médecine opératoire commenceront le mardi 10 avril à 2 heures; ils auront lieu tous les jours de 2 à 4 heures, dans les pavillons n°s 1 et 2. L'admission aura lieu sur la présentation d'une carte, qui sera délivrée au secrétariat les vendredi et samedi, de 1 heure à 4 heures.

Un roi à l'hôpital.

A la salle des paysans de l'hôpital Saint-André se trouve couché un roi déchu et malheureux que nos lecteurs connaissent certainement de nom. C'est Orélie Antoine Ier, roi d'Araucanie, autrement dit M. de Thounens, ancien avoué de Périgueux. Ce monarque n'a pas seulement à se plaindre de la politique, hélas ! la maladie l'a atteint comme un simple mortel : *pauperum tabernas regum que turrer!* Affecté depuis de longues années, d'un rétrécissement de l'intestin, Orélie Ier s'est trouvé arrêté au Brésil par une constipation des plus rebelles. Le rectum était devenu absolument infranchissable. Le ventre se ballonnait, bleuissait. Les selles manquaient depuis une trentaine de jours, le malade allait s'affaiblissant chaque jour, le péril était imminent, quand un chirurgien français, du nom de Quinch, né en Bourgogne et non pas en Gascogne, comme on pourrait le supposer, entreprit de sauver le pauvre mourant. Il se mit à la recherche du côlon dans la fosse iliaque gauche, le trouva, le fendit, établit un anus contre nature et ressuscita le grand chef des Aucas! Malheureusement le trône ne lui a pas été rendu du même coup, et l'infortuné M. de Thounens, victime des vicissitudes du sort est venu chercher à l'hôpital Saint-André la guérison d'une infirmité qui le déconsidère à ses propres yeux. — (*Gaz. méd. de Bordeaux*).

Hôpitaux de Saint-Pétersbourg.

D'après une statistique dressée par M. le docteur Hubner et publiée par le journal *la Santé*, le nombre des malades entrés dans les hôpitaux de Saint-Pétersbourg en 1876, s'est élevé à 67,879 et le nombre des décès à 8,096. C'est le trimestre d'hiver qui a fourni le chiffre le plus élevé d'entrées (18,638), et le trimestre de printemps le maximum de décès (2,372). La fièvre typhoïde est la maladie qui a donné le plus fort contingent d'entrées (9,342) et de décès (1,225) ; après viennent par ordre d'importance les fièvres récurrentes et les affections aiguës des organes respiratoires. — (*Journal officiel*).

Jurisprudence pharmaceutique.

LES PRÊTE-NOMS DEVANT LE TRIBUNAL DE LYON. — Sur l'initiative du parquet de Lyon, le tribunal correctionnel de cette ville, vient de condamner, le 2 janvier dernier, le sieur Duclouse, herboriste, qui exploitait une officine, rue de l'Angine, n° 1, avec l'aide d'un prête-nom, le sieur Bariez, et il a ordonné la fermeture de l'officine. La Société des pharmaciens de Lyon avait fait intervenir au procès un certain nombre de parties civiles, qui n'ont obtenu, à titre de dommages-intérêts, que la condamnation des prévenus aux dépens et au paiement des frais faits par elles. — (*Répertoire de pharmacie, etc.*).

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. BUDIN et PINARD ont recommencé le jeudi 15 mars, à 4 h. 1/2, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° anatomie, physiologie, grossesse; 2° eutocie; 3° dystocie; 4° exercices pratiques. — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Pathologie interne. — M. le d^r DEBOVE a commencé la seconde partie de son cours (semestre d'été) le jeudi 15 mars, à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique. Lundi et samedi.

Cours particulier de technique microscopique. Manipulations pratiques. — M. le d^r LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie des cliniques, recommencera son cours, le jeudi, 22 mars, dans son laboratoire particulier, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les manipulations micrographiques et de leur permettre de faire les analyses qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés *individuellement* et répètent *eux-mêmes*, toutes les expériences. Le cours dure six semaines. — Des microscopes et les instruments nécessaires, sont à leur disposition. — On s'inscrit chez le d^r Latteux, 4, rue Jean Lantier, de midi à une heure.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — 1,851,782 habitants. Pendant la semaine finissant le 8 mars 1877 on a déclaré 999 décès, soit 28,1 décès par mille habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 22 ; — rougeole, 12 ; — scarlatine, 3 ; — variole, 4 ; — croup, 30; — angine couenneuse, 35; — bronchite aiguë, 14; — pneumonie, 85; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3; — choléra nostras, »; — dyssenterie, »; — affections puerpérales, 6; — érysipèle, 2; — autres affections aiguës, 223; — affections chroniques, 474, dont 187 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 33 ;— causes accidentelles, 23. — (*Journal officiel*).

MORTALITÉ A PARIS. 1,851,792 habitants (recensement de 1872). Pendant la semaine finissant le 15 mars 1877, on a déclaré 1,051 décès, soit 295 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 18; — rougeole, 17 ; — scarlatine, 3; — variole, 2; — croup, 22; — angine couenneuse, 28 ; — bronchite, 60; — pneumonie, 67; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 6; — choléra nostras, »; — dysentérie, »; — affections puerpérales, 10; — érysipèle, 4, — autres affections aiguës, 279; — affections chroniques, 471, dont 194 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 39; — causes accidentelles, 22.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par décret en date du 12 mars 1877, M. le d^r Moutard-Martin, médecin des hôpitaux, a été nommé membre du Conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, en remplacement de M. le d^r Moissenet, admis à l'honorariat.

CONCOURS POUR LE BUREAU CENTRAL. — (*Médecine*). — *Candidats* : MM. Carrière, Chouppe, Danlos, Debove, Gingeot, Gouguenheim, Gouraud, Hallopeau, Hanot, Hirtz, Homolle, Huchard, Joffroy, Labarraque, Laborde, Lacombe, Lagrave, Landrieux, Legroux, Lorey, Percheron, Quinquaud, Rathery, Raymond, Renault (A.), Renaut (J.), Rendu, Ruck, Sanné, Schweich, Sevestre, Tenneson, Troisier. — *Juges* : MM. Roger, Nonat, Woillez, Bazin, Moissenet, Cornil, Fournier, Oulmont, Marjolin. — *Juges suppléants* : MM. Paul, Lasègue, Triboulet, Frémy, Brouardel, Guyot, Jaccoud.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur PETER, commencera ses leçons de pathologie interne, le mardi 20 mars, à trois heures, et les continuera les mardi, jeudi et samedi suivants, à la même heure. — Il traitera des maladies de l'appareil respiratoire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — A l'avenir le chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, participera aux examens de la Faculté.—M. Bataillar (Paul) aucien élève de l'Ecole des chartes, archi-

viste paléographe, est nommé archiviste de la Faculté de médecine de Paris (au rang de bibliothécaire.) — M. Ramondet est délégué dans les fonctions de préparateur du laboratoire de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Gordon, bibliothécaire adjoint, à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé bibliothécaire à ladite Faculté, en remplacement de M. Kuhnholtz-Lordat, admis sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Revue médicale roumaine. — Nous annonçons avec le plus vif plaisir l'apparition de cette *Revue* rédigée en français. Son rédacteur en chef est M. le Docteur C.-A. *Policronie*. La *Revue médicale roumaine* parait chaque mois, Bureau, 16, strada Pitar Mosu, Bucarest. Un numéro, 1 fr.

Peste bovine. — Les journaux hessois annoncent que les autorités du grand-duché de Hesse viennent de prendre les mesures les plus sévères pour empêcher la propagation de la peste bovine. Le gouvernement a institué dans chaque commune une commission de surveillance présidée par le bourgmestre. — (*Journal officiel*).

Générosité américaine. — On accuse quelquefois les Américains d'infériorité par rapport aux peuples de l'ancien Monde; ce reproche ne nous paraît pas justifié, au moins sous le rapport de la bienfaisance. En effet, nulle part autant qu'aux Etats-Unis, on ne voit des citoyens riches léguer en mourant pour des œuvres vraiment utiles des sommes aussi considérables. En voici un nouvel exemple.

M. Vanderbilt avait de son vivant fondé à Nashville, Etat de Tennesse, une université qui porte son nom. Cet établissement, à qui Vanderbilt fit un don de 700,000 dollars (3,500,000 fr.), a été inauguré le 4 octobre 1875. L'an dernier, le nombre des étudiants y était de 300. Cette université comprend une Faculté de théologie avec 4 professeurs, une Faculté de droit qui en a 3, une Faculté de médecine et une Faculté des sciences et des lettres qui en ont 11 chacune. La bibliothèque de l'établissement se compose de 6,000 volumes : pour l'achat du matériel scientifique, il a été dépensé plus de 50,000 dollars (250,000 fr.). — (*Journal officiel*).

Nécrologie. — Un savant physicien allemand, d'un nom illustre, M. Poggendorf, vient de mourir à Berlin, à l'âge de 81 ans. M. Poggendorf dirigeait depuis 43 ans les *Annales de physique*. Pour rajeunir ce recueil et en étendre le cadre, il venait d'y joindre un supplément, la *Revue de la physique*, dont il n'a pas eu la satisfaction de voir paraître le premier numéro. Professeur à l'Université de Berlin, membre de l'Académie des sciences, M. Poggendorf a consacré la plus grande partie de ses travaux à faire progresser la science de l'électricité. On lui doit la théorie des machines de Stoltz, l'indication du bichromate comme argent de polarisation dans les piles, etc. Il a entrepris avec Wœhler et Liebig un grand dictionnaire de chimie, et il est l'auteur du *Dictionnaire bibliographique scientifique*, ouvrage nécessaire et familier à tous les travailleurs. Le nom glorieux de M. Poggendorf n'appartient pas seulement à l'Allemagne, il est le patrimoine de tous les pays où la science est en honneur. — (*Gazette médicale de Paris*). — Voyet, Emmanuel-Laurent, né à Chartres en 1834, est mort dans cette ville le 26 décembre 1876. Il était le fils du docteur Voyet, chevalier de la Légion-d'Honneur et médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu de Chartres, et il lui avait succédé comme médecin de cet hôpital. Il avait été reçu interne provisoire des hôpitaux de Paris en 1865, interne en 1866, et passa ses quatre années d'internat à la Maternité à Beaujon, à Necker, aux Enfants malades et à Saint-Louis. Il soutint, le 2 février 1870, sa thèse pour le doctorat, sur cette question : *De quelques observations sur la thoracentèse chez les enfants*. Cette thèse de 100 pages avait été composée d'après les matériaux recueillis à l'Hôpital des Enfants. — (*La France médicale*).

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'École-de-Médecine.

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveaux-nés, par J.-H. Depaul, ; Secrétaire de la rédaction : de Soyer. Le numéro de *mars* vient de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Normand (A.). — Mémoire sur la diarrhée dite de Cochinchine. Paris, 1877, in-8° de 52 pages avec planche.

Bureau (L.). — Essai sur la signification du cœcum. Paris, 1877. Imp. Parent, in-8 de 101 pages avec figures.

Gallard (T.). — Du traitement de l'ulcère simple de l'estomac. Paris 1877, in-8 de 14 pages.

Thermes (G.). — Etude sur le bain térébenthiné ou thermo-résineux, Paris 1877, in-8 de 32 pages.

André Davignan. — Eau minérale sulfureuse de Saint-Charles (Guadeloupe). Paris 1877. impr. Parent.

Clément (E.). — Traitement de la variole par les bains froids. Lyon, Genève, Bâle, 1877, in-8 de 40 pages avec planche.

Berger (O.). — Zur Lehre von der primären lateral sclérose, des rückenmarkes (Tabes dorsalis spasmodica. (Leipzig, 1877, Verlag von Veit et Comp. in-8.

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Viande crue et Alcool.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital des Cliniques. — Service de M. Broca. (H.): 1, cataracte; 6, fracture de côtes; 8, hernie irréductible; 9, lympho-sarcome; 15, épithélioma de la lèvre; 27, ténosite crépitante. — (F) : 2, périostite alvéolo-dentaire;

11, fracture de jambe; 13, phlegmon diffus de la jambe; 20, kératite phlycténulaire.

Hôpital de la Pitié. Service de M. Gallard. Salle du Rosaire (F.): 7, polype utérin; 9, ovarite double; 18, métrite chronique, avortement; 20, anévrysme de l'aorte thoracique et de l'art. carotide droite; 21, 38, avortement; 31, néphrite; 34, bronchite capillaire. — (H.): 6, diabète; 13, 37, ataxie locomotrice; 43, 42, hémorrhagie cérébrale; 27, cirrhose; 35, affection cardiaque.

Service de M. Gombault. Salle Saint-Michel (H.): 2, cirrhose hépatique; 3, adénie; 4, rhumatisme articulaire; 7, hydatides pulmonaires, caverne, kyste hydatique sous-cutané; 8, fièvre typhoïde, rechute; 10, hémiplégie, hémianesthésie, syphilis; 16, rétraction de l'aponévrose palmaire, saturnisme chronique; 18, rhumatisme articulaire subaigu; 19, phthisie laryngée; 30, myélite diffuse, insuffisance aortique, rétraction des aponévroses palmaires; 23, gangrène pulmonaire; 27, tuberculose pulmonaire, albuminurie; 30, fièvre typhoïde, rechute; 34, rhumatisme articulaire aigu, péricardite. — Salle Notre-Dame (F.): 9, anasarque des nouveau-nés, athrepsie; 15, insertion vicieuse du placenta, affection cardiaque; 12, vice de conformation, arrêt de développement du vagin et du col utérin, grossesse, accouchement normal; 24, grossesse et syphilis; 27, syphilis; 29, hystérie, chorée, vomissements hystériques; 36, rhumatisme noueux; 35, phlegmon du ligament large; 38, syphilis sénile; 42, affection cardiaque; 43, phthisie, rhumatisme subaigu; 44, métrite hémorrhagique.

Service de M. Labbé. Salle Saint-Gabriel (H.): 3, épithélioma du cuir chevelu; 9, conjonctivite purulente, hernie de l'iris; 10, carie de l'os malaire; 41, blennorrhagie, abcès du cordon; 42, division de la voûte palatine et du voile du palais; 43, luxation sous-coracoïdienne. — (F.): 19, testicule syphilitique; 20, staphylorraphie; 26, coxalgie; 27, sarcome de la cuisse; 29, cancroïde du rectum; 30, résection de la tête de l'humérus; 31, abcès de la marge de l'anus; 32, trochantérite; 32, mal de Pott, abcès par congestion, pansement de Lister.

Hôpital Cochin. Service de M. Bucquoy. Salle Saint-Jean: 6, néphrite catarrhale; 8, endo-péricardite et aortite; 10, maladie de Bright; 13, mal de Bright, saturnisme, 16, fièvre typhoïde; 17, insuffisance et rétrécissement aortique, insuffisance mitrale. — Salle Saint-Philippe: 2 et 6, métro-péritonite puerpérale infection purulente; 10, exostose syphilitique; 13, fièvre intermittente; 14, insuffisance et rétrécissement mitral, aortite; 16 et 20, polyurie; 21, insuffisance mitrale et tricuspide. — Salle Sainte-Marie: 3 et 6, rhumatisme articulaire, endopéricardite, pleurésie; 5, laryngite syphilitique.

Hôpital Saint-Louis. — Cliniques dermatologique et syphiligraphique. — Lundi. — M. Vidal. Leçon sur les caractères extérieurs, le diagnostic et l'anatomie pathologique des maladies cutanées, salle Saint-Jean, 9 h. 1/2. — M. Guibout. Leçon clinique sur les maladies des femmes, salle Henri IV, à 8 h. 1/2. — M. Besnier. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Mardi. — M. Fournier. Conférences cliniques sur les maladies syphilitiques au lit des malades, salles Saint-Thomas et Saint-Louis, à 8 h. 1/2. — M. Hillairet. Consultation externe, à 9 h.

Mercredi. — M. Besnier. Conférences cliniques et thérapeutiques au lit des malades sur les affections de la peau, salles Saint-Léon et Saint-Thomas, à 8 h. 1/2. — M. Lailler. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Jeudi. — M. Hillairet. Conférences cliniques sur les maladies de la peau, salle Henri IV, à 9 heures. — M. Vidal. Consultation externe, à 9 heures.

Vendredi. — M. Lailler. Conférences cliniques sur les affections cutanées, leur traitement, salle Saint-Foy et Saint-Mathieu, 8 h. 1/2. — M. Vidal. Conférence clinique et visite des malades, salle Saint-Jean, à 9 h. — M. Fournier. Cours complémentaire de la faculté, maladies syphilitiques, à l'amphithéâtre d'opérations, à 9 h. 1/2 — M. Guibout. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Samedi. — M. Guibout. Leçon clinique sur les maladies de la peau, salles Saint-Charles, à 8 h. 1/2. — M. Fournier. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Dimanche. — M. Lailler. Leçon sur les teignes avec examen pratique et démonstrations; Pavillon Saint-Mathieu, à 9 h. très-précises. — Première leçon le 30 avril.

Cliniques chirurgicales. — Lundi, mercredi, vendredi. M. Péan. Consultation externe, à 9 h 1/2. — *Samedi.* M. Péan. Opérations et clinique chirurgicale à l'amphithéâtre, à 9 h.

Mardi, jeudi, samedi. — M. Duplay. Consultation externe, à 9 h. 1/2; 8 h. le jeudi.) — *Jeudi.* — M. Duplay. Opérations et clinique chirurgicale, à l'amphithéâtre, à 9 h.

Médecine. Maladies de la peau. Service de M. Hillairet. Visite à 9 heures, consultation le mardi, leçon au lit des malades le jeudi. — Salle Henri IV: eczéma de la face avec fièvre intermittente; 3, séborrhée syphilitique; 6, gomme scrofuleuse du voile du palais; 30, eczema lamelleux. — Salle Saint-Louis: 10, syphilis serpigineuse; 16, mycosis fongoïde; 75, sycosis. — Pavillon Gabrielle: lèpre tuberculeuse.

Service de M. Lailler. Visite à 8 h. 1/2; consultation le mercredi; leçon au lit des malades le vendredi, leçon sur les teignes le samedi; lundi, spéculum. — Salle Sainte-Foy: 1, chancre infectant de la lèvre inférieure; 10, érythème marginé de la face et de la nuque. — Salle Saint-Mathieu: 16, pelade; 28, acné punctata; 58, syphilide papulo-squameuse; 53, syphilis et psoriasis; 54, purpura hémorrhagique.

Service de M. Guibout. Visite à 8 h. 1/2; consultation le vendredi; lundi, spéculum et leçon clinique sur les maladies des femmes. — Salle Saint-Charles: 3, icthyose; 11, cancroïde; 37, onyxis syphilitique; 43, paraplégie. — Salle Henri IV: 50, corps fibreux de l'utérus.

Service de M. Vidal. Visite à 9 heures; consultation le jeudi; leçon au lit des malades le vendredi; traitement du lupus par les scarifications, le lundi;

samedi, spéculum. — Salle Saint-Ferdinand : accouchements. — Salle Saint-Jean : 7, pachydermie tubéreuse; 9, paraplégie hystérique; 15, sclérodermie; 20 *bis*, molluscum généralisé; 21, adénie; 23, icthyose congénitale; 29, pityriasis roséa ; 37, lipômes symétriques; 39, encéphalopathie saturnine albuminurie; 47, purpura hémorrhagique; 61 et 63, épithélioma du nez; 62, lupus du pied, pachydermie et icthyose de la jambe; 77, gomme de l'amygdale.

Service de M. Besnier. — Visite à 8 h. 1/2; consultation le lundi, mardi et samedi, leçon et examen des malades; vendredi spéculum. — Salle Saint-Jean : 9, acné arthritique; 46, syphilide végétante de la lèvre et du front; 54, scrofulide phlegmoneuse; 64, lupus érythémateux; 72, icthyose. — Salle Saint-Thomas : 56, mycosis fongoïde; 57, syphilide érythémateuse chez un enfant de 20 mois; 48, lupus tuberculo-ulcéreux du nez et de la voûte palatine; 75, épithélioma ulcéré du nez.

Service de M. Fournier. — Visite à 9 h.; consultation le samedi; cours complémentaire des maladies syphilitiques le mardi et le vendredi à 9 h. — Salle Saint-Thomas : 2, syphilis maligne; 7, carie syphilitique de l'ethmoïde; 11, chancre de la lèvre; [illegible] — Salle Saint-Louis : 22, syphilis cérébrale; 34, glossite tertiaire; 39, gommes multiples du palais; 49, gommes du poumon.

Chirurgie. — Service de M. Péan. — Visite à 9 h.; consultation lundi, mercredi, vendredi; leçon et opération le samedi; spéculum mardi. — Salle Saint-Augustin : 4, rétrécissement syphilitique du rectum; 7, écrasement de la main. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 55, phlegmon péri-utérin; 41, fracture de la colonne vertébrale; (H.) : 26, hématocèle spontanée; 35, hématocèle traumatique; 10, épithélioma de la mamelle chez un homme; 16, ostéite épiphysaire.

Service de M. Duplay. — Visite à 8 h. 1/2; consultations, mardi, jeudi, samedi; opérations le jeudi; examen des yeux et des oreilles le lundi; spéculum le vendredi. — Salle Sainte-Marthe : 61, péritonite traumatique suppurée, ouverture spontanée par l'ombilic; 67, kyste de l'ovaire suppuré, drainage; 72, exostoses symétriques. — Salle Saint-Augustin : 13, tumeur de la parotide; 30, ostéo-sarcome du tibia; 65, épiplocèle congénitale avec hydrocèle de la tunique vaginale; 68, chéiloplastie; 38, contracture des muscles de la face et masticateurs à la suite d'un traumatisme violent de la région.

Vacances médicales. On demande un docteur médecin à Rozoy-en-Brie (Seine-et-Marne) chef-lieu de canton et communes environnantes. S'adresser pour les renseignements précis : à Paris, chez M. Adam, sénateur et conseiller général du canton de Rozay, 4, rue de Miromesnil, avant midi. — Chez M. Adam fils, rue Richelieu, 29 ou chez M. Guillot, 30, rue Cler, à 6 h. du soir ; ces derniers tous deux conseillers municipaux de Rozay et délégués à cet effet par le Conseil municipal de Rozay et les communes environnantes.

On demande à la Varenne-Saint-Hilaire (Seine) à 10 kilom. de Paris, un docteur en médecine. Position assurée. Beau et riche pays, site admirable sur les bords de la Marne. S'adresser à la Varenne-Saint-Hilaire, rue Saint-Hilaire, 7, chez le pharmacien et à Paris, chez le Dr Penot, rue de l'Ancienne-Comédie, n° 12.

On demande : Un médecin à Jouy-en-Josas (Seine-et-Oise). — Un docteur à Fervaques (Calvados).

On demande à céder : Une clientèle de docteur à Ruelle (Charente). — Pour les renseignements s'adresser au secrétariat de l'Ecole de médecine, de 10 heures à 11 heures du matin et de 1 heure à 4 heures du soir.

On demande un médecin à Verneuil, chef-lieu de canton important du département de l'Eure. S'adresser aux bureaux du *Progrès*, de midi à à cinq heures.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 12. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 24 MARS 1877.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Des causes qui peuvent modifier les bruits de souffle cardiaques et en particulier de ces modifications sous l'influence des changements de position des malades ;

Par **CUFFER**, interne lauréat des hôpitaux.

Dans le cours de l'année 1876, ayant l'honneur d'être l'interne de M. le professeur Potain, nous avons été à même d'étudier avec beaucoup de détails certains points de la pathologie du cœur. C'est le résultat de quelques-unes de nos recherches que nous allons exposer dans ce travail.

Nous eûmes maintes fois l'occasion d'observer que sous certaines influences, et en particulier sous l'influence des changements de position des malades, les souffles cardiaques se modifiaient d'une façon toute particulière.

Ce sont ces modifications que nous allons exposer et dont nous essaierons de donner l'explication. Nous n'aurons en vue actuellement que les souffles intra-cardiaques organiques.

Il est un certain nombre de modifications des souffles organiques que l'on connait depuis longtemps. C'est ainsi que l'on sait parfaitement qu'un souffle organique va en augmentant avec le degré d'insuffisance ou de rétrécissement jusqu'au moment où le cœur perd la force suffisante pour lancer assez de sang à travers l'orifice malade ; alors le souffle diminue. Ce fait est bien connu, et, dans l'asystolie, on constate que des souffles, existant alors que le cœur se contractait suffisamment, disparaissent au moment où les contractions cardiaques deviennent trop faibles, pour reparaître au bout de quelque temps lorsque l'hypertrophie compensatrice est apparue.

On sait également que, au moment de la disparition des souffles primitivement entendus, on entend un nouveau souffle à la pointe du cœur au niveau du bord droit du sternum ; ce souffle a été décrit par M. le professeur Parrot sous le nom de murmure asystolique, souffle de l'asystolie, il se passe dans le cœur droit et dépend d'une insuffisance tricuspidienne, laquelle est le dernier terme de l'affection cardiaque. Nous verrons quelles sont les modifications de ce dernier souffle lui-même.

Ce que nous venons de dire se rapporte aux affections chroniques du cœur, où les souffles se modifient sous l'influence de l'impuissance du cœur à se contracter assez pour produire un souffle.

Dans l'*endocardite aiguë*, les souffles se modifient également, mais par un tout autre mécanisme. On constate souvent, dès le début d'une endocardite, un souffle à la pointe et au premier temps. Il est évident que les désordres produits par l'inflammation de l'endocarde ne sont pas encore assez accentués pour produire un rétrécissement ou une insuffisance permanente, et ce qui le prouve c'est que l'on voit quelquefois le souffle disparaître complétement au bout de quelques jours.

Pourquoi donc le souffle s'est-il produit? Par quel mécanisme a-t-il pu disparaître? Nous avons pris pour exemple un souffle de la pointe, car un souffle de la base au premier temps est souvent, dans le cours du rhumatisme articulaire, un souffle anémique. Nous voulons prendre un souffle dû réellement à une endocardite.

Voici l'explication que l'on peut proposer : Dans l'endocardite aiguë, sous l'influence de l'inflammation, il se produit une contracture des muscles papillaires ; ceux-ci étant alors raccourcis entraînent avec eux les cordages tendineux qui s'insèrent aux bords libres des valvules ; il en résulte que les bords libres des valvules ne peuvent plus se mettre en contact au moment de la systole du ventricule, et l'on constate alors un souffle d'insuffisance auriculo-ventriculaire. Mais, lorsque, par suite du traitement, la période inflammatoire a disparu, la contracture des muscles papillaires diminue ; ces muscles reviennent peu à peu à leur longueur normale, les valvules ne tardent pas à pouvoir se remettre en contact, l'insuffisance cesse et le souffle disparaît. Ces cas sont évidemment les plus favorables ; mais le fait le plus ordinaire est le passage à l'*état chronique*.

Si la contracture des muscles papillaires disparaît, d'autres lésions persistent et s'aggravent ; les exsudats inflammatoires s'organisent au niveau des valvules, celles-ci s'épaississent, contractent entre elles des adhérences, et, après un temps plus ou moins long, les valvules deviennent insuffisantes, les orifices se rétrécissent d'une façon permanente et le souffle est lui-même persistant. Bien entendu cette persistance est subordonnée à certaines conditions ; nous avons dit plus haut comment le souffle se modifiait et disparaissait dans l'*asystolie,* nous n'y reviendrons pas.

Mais, en dehors des attaques d'asystolie, ces souffles organiques ne possèdent pas toujours le même timbre, la même intensité. Il est un certain nombre de conditions qui modifient beaucoup ces bruits et qui peuvent, dans certains cas, en imposer pour des souffles extra-cardiaques.

Nous espérons pouvoir prouver que si, dans certaines circonstances, malgré un examen attentif et une auscultation très-détaillée, on prend un souffle intra-cardiaque pour un souffle extra-cardiaque et réciproquement, c'est que l'on ne tient pas assez compte de certaines modifications qui, seules, permettent d'établir un diagnostic certain. Nous montrerons combien est importante et indispensable l'auscultation du cœur dans différentes positions, pour avoir une idée nette de la nature d'un bruit de souffle.

Evidemment, lorsqu'un souffle cardiaque s'accompagne de désordres circulatoires tels que l'on ne peut douter de sa nature, l'intérêt est moindre si l'on constate quelques modifications qui le rapprochent d'un souffle extracardiaque ; ces modifications n'ébranlent nullement le diagnostic. Mais ce qui est bien plus important, c'est de déterminer la véritable signification de ces changements dans les cas douteux, c'est d'en établir la valeur séméiologique. Cependant nous ne nous bornerons pas à ces derniers cas : nous étudierons d'abord les modifications dans les cas de maladie organique du cœur bien caractérisée ; cette étude nous permettra de tirer des indications diagnostiques plus faciles à saisir dans les cas embarrassants.

RÈGLE GÉNÉRALE. — Nous pouvons dès l'abord établir en principe que *tous les souffles se modifient en s'atténuant, lorsque l'on fait passer le malade de la position couchée à la position assise et penchée en avant.* Tous les souffles organiques qu'il nous a été donné d'observer sont rentrés dans cette règle générale.

Ce fait nous avait au début beaucoup frappé, puisque jusque-là nous étions habitué à regarder cette modification comme étant le propre des souffles *extra-cardiaques.* Nous avons observé de plus près et nous avons pu nous convaincre que cette modification tout en étant presque semblable, présentait cependant quelques particularités qui permettent encore d'établir une distinction entre les souffles intra-cardiaques et ceux qui se passent en dehors du cœur.

Nous commencerons par établir la vérité de notre proposition ; nous chercherons ensuite à indiquer quel est, suivant nous, le mécanisme par lequel se produisent les modifications des souffles.

Lésions mitrales. — X.., salle Saint-Jean, nº 6, entré le 12 février 1876, à Necker. — Première attaque de rhumatisme articulaire généralisé. Le surlendemain de son entrée à l'hôpital, cet homme présenta tous les signes d'une *endopéricardite* : frottement péricardique augmentant dans la position assise, assourdissement des bruits du cœur, frémissement à la palpation, etc.

Pour ce qui regarde l'endocardite, nous constatâmes un bruit de souffle systolique à la pointe. Mais, tandis que nous cherchions les modifications du frottement péricardique dans la position assise, nous observâmes très-nettement que le souffle de la pointe diminuait d'intensité et changeait de timbre lorsque le malade s'asseyait et se penchait en avant. Ce n'était cependant pas un souffle extra-cardiaque, car le souffle était manifestement systolique et non pas postsystolique comme la plupart des souffles extra-cardiaques ; de plus il se passait dans un point où le cœur n'était pas recouvert par le poumon, enfin il se propageait vers l'aisselle gauche. — Il n'y avait pas encore, à cette période, de modifications du pouls, ni de troubles circulatoires en rapport avec la lésion mitrale, mais ce fait n'a rien qui doive surprendre, étant donné le début très-rapproché de l'endocardite. Le souffle était donc bien intracardiaque, symptomatique d'une insuffisance mitrale.

Cette observation est une de celles qui nous ont permis de croire que, dans l'endocardite aiguë, le souffle ne se produit pas par le passage du sang au niveau des valvules rugueuses ou boursouflées, car à cette période de la maladie (2e jour à dater du début) les lésions ne sont pas encore aussi accentuées.

Nous pensons qu'ici le souffle était produit, ainsi que nous avons eu l'occasion de le dire dans nos généralités du début, par suite de la contracture des muscles papillaires amenant une impossibilité des valves de la mitrale à se mettre au contact l'une de l'autre. Disons en passant que la marche de la maladie semble avoir donné raison à cette manière de voir. Au bout de quelques jours, en effet, à la suite d'une application de ventouses scarifiées et d'un vésicatoire sur la région précordiale, tout signe d'endopéricardite disparut. Or, n'est-il pas plus logique de penser que l'insuffisance mitrale qui n'a été que passagère, était due uniquement à une cause passagère elle-même, comme une contracture inflammatoire des muscles papillaires, plutôt qu'à une altération des valvules qui, certainement, n'aurait pas pu disparaître en si peu de temps.

Ceci dit, comment pouvait-on s'expliquer la diminution du souffle dans la position assise ? Nous examinerons plus loin, dans le chapitre *mécanisme, l'influence de la position sur la circulation et sur la tension sanguine intracardiaque*, ainsi que les résultats qui en découlent à propos des souffles ; pour le moment nous dirons seulement l'opinion que nous avons eue à propos de cette observation. (C'est d'ailleurs la marche que nous suivrons pour l'étude de nos observations, désirant indiquer chemin faisant les raisons qui nous ont amené à expliquer de différentes façons les modifications des souffles.)

Dans cette observation, les battements du cœur étaient énergiques, le pouls n'était pas modifié par le changement de position. Le souffle seul variait ; il diminuait ainsi que nous l'avons dit, dans la position assise. Or, il est un fait facile à constater, c'est que, *dans la position assise, le cœur se déplace et s'abaisse ;* en s'abaissant, la pointe vient se mettre au contact avec le diaphragme.

Que se passe-t-il alors ? La pointe du cœur se laisse refouler légèrement, il est vrai, de bas en haut. De cette façon, le diamètre longitudinal du cœur se trouve raccourci ; or, si l'on tient compte de la contracture des muscles papillaires indiquée plus haut, contracture qui était, suivant nous, la cause de l'insuffisance mitrale, on comprend que de même que la pointe du cœur est relevée, les muscles papillaires le sont aussi, et que, par conséquent, le refoulement de la pointe du cœur contrebalance et annihile, en grande partie du moins, l'action produite sur les cordages tendineux par la contracture des muscles papillaires. Il s'ensuit que les valves de la mitrale peuvent se rapprocher davantage et que l'insuffisance diminue et par là même le souffle.

Si, maintenant, le malade est replacé dans la position horizontale, l'effet disparaît, la pointe du cœur reprend sa position primitive, le cœur revient à sa longueur ordinaire, et la contracture des muscles papillaires n'étant plus contrebalancée, l'insuffisance reparaît en même temps que le souffle avec ses caractères primitifs.

L'opinion que je viens d'émettre n'est pas une pure hypothèse. On peut s'en convaincre *expérimentalement.*

Voici ce que nous avons constaté sur le cœur d'une femme morte dans le service de M. Potain, à Necker, salle Sainte-Eulalie, nº 1. — Cette femme, dont j'ai montré le cœur à la *Société anatomique* le 30 avril 1876, avait présenté pendant la vie des symptômes évidents d'insuffisance mitrale avec hypertrophie cardiaque très-considérable.

Elle mourut subitement, et, à l'autopsie, on trouva un cœur énorme. Le cœur gauche surtout était volumineux. — En ouvrant le ventricule gauche, nous vîmes qu'en effet les parois étaient très-épaisses, mais évidemment le volume exagéré dépendait principalement d'une dilatation considérable de ce ventricule. — L'insuffisance mitrale était aussi nette que possible, la circonférence de l'orifice mitral mesurait 16 cent. Cependant, malgré cette énorme dilatation de l'orifice mitral, le reflux de l'eau que nous avions introduite dans le ventricule gauche, était moins marqué qu'on aurait pu le penser. C'est qu'en effet, si l'orifice était très-large, les valvules étaient très-grandes, beaucoup plus étendues que de coutume. Il s'ensuivait qu'elles pouvaient presque se mettre en contact par leur bord libre au moment où l'on comprimait le ventricule sur l'eau contenue dans cette cavité. Or, et c'est là le point le plus intéressant pour nous en ce moment, si l'on soulevait légèrement la pointe du cœur de manière à raccourcir le cœur, et si, les choses étant ainsi disposées, on venait à comprimer le ventricule, on voyait très-manifestement les valvules se mettre en contact parfait et tout reflux disparaitre.

Cette expérience est donc bien une preuve de la diminution et même de la cessation complète d'une insuffisance mitrale, lorsque l'on réalise les conditions énoncées plus haut. Il est bien certain que, chez cette femme, la dimension énorme des valvules permettait de produire plus facilement ce phénomène ; mais c'est là un point accessoire, c'est une question de plus ou de moins Il n'en reste pas moins acquis que *le raccourcissement du cœur peut faire disparaître dans une certaine mesure une insuffisance mitrale ou tout au moins compenser ses effets* par le même mécanisme que nous venons de voir. Or, ce que l'on produit expérimentalement doit se produire naturellement, et ce refoulement de la pointe du cœur que la main détermine directement sur le cadavre, s'opère sur le vivant, lorsque, dans la position assise, cette pointe du cœur vient reposer sur le diaphragme. Nous ajouterons même que le *moment de la respiration* n'est pas sans influence sur la production de ce phénomène. L'effet est plus marqué dans l'*expiration*, lorsque le diaphragme s'élève et soulève davantage la pointe du cœur qui repose sur lui. Dans l'*inspiration*, au contraire, le fait est moins marqué pour la raison inverse, c'est-à-dire l'abaissement du diaphragme. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur l'influence de la respiration sur les souffles.

Il nous serait facile de donner d'autres exemples de la modification que nous venons d'étudier pour le souffle d'insuffisance mitrale. Tous les cas d'insuffisance mitrale que nous avons observés ont présenté ce caractère.

Mais si l'explication précédente peut être vraie pour l'insuffisance mitrale, il n'en est plus de même pour le *rétrécissement*. Ici interviennent certaines conditions particulières. (*A suivre.*)

Faculté de médecine de Nancy. — Chaire vacante. — Par arrêté du 22 février 1877, M. le Ministre de l'Instruction publique a déclaré qu'il y a lieu de pourvoir à la chaire de chimie médicale et de toxicologie vacante à la Faculté de médecine de Nancy. Aux termes des statuts et des règlements universitaires une double liste de présentation est demandée à la Faculté et au conseil académique. En conséquence, MM. les aspirants à cette chaire sont invités à faire parvenir leurs titres par envoi affranchi soit à M. le recteur, soit à M. le doyen avant le 1er avril prochain. Les candidats auront à produire : Un acte de naissance dûment légalisé ; le diplôme de docteur en médecine. Ils auront soin de faire connaître en outre : La nature et la durée de leurs services dans l'enseignement, les thèses, ouvrages et mémoires divers qu'ils auront publiés.

MALADIES DE LA PEAU

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LAILLER.

Des teignes.

Leçons recueillies par LANDOUZY, revues par le professeur (1).

VIe LEÇON. — De la Pelade.

Vous savez, Messieurs, que, pour M. Bazin, la pelade est une affection parasitaire causée par la présence du champignon, trouvé en 1843, par Gruby, dans la poussière épidermique du porrigo decalvans, et auquel il donna le nom de miscrosporon Audouini.

Cette opinion, après avoir été acceptée et propagée par les élèves de M. Bazin, n'a plus guère cours qu'en France : en Angleterre elle compte un seul partisan, Anderson, élève de Saint-Louis.

Hebra, après avoir admis le champignon d'Audouin, rejette absolument la nature parasitaire de la pelade; sa manière de voir est de tous points partagée par Baërensprung, Neumann, Kaposi en Allemagne, Wilson en Angleterre, Duhring en Amérique, Horand à Lyon.

Tilbury Fox, sans trop donner les raisons de son éclectisme, distingue deux espèces de pelade et établit ainsi l'accord entre les écoles française et étrangères : pour Fox, l'alopécie serait un terme générique comprenant la tinea decalvans (pelade décalvante), affection parasitaire et l'alopecia areata, non parasitaire répondant à la pelade achromateuse de Bazin.

En France, presque tout le monde croit à la nature parasitaire de la pelade, mais bien peu d'entre nous, si tant est qu'il y en ait, ont été assez heureux pour jamais rencontrer le parasite découvert en 1843 par Gruby: je ne sache pas qu'aucun de mes collègues de Saint-Louis ait plus que moi revu le champignon tel que le décrit M. Bazin. Et pourtant, tous les caractères de la pelade sont ceux d'une teigne : son mode d'accroissement, sa contagiosité probable, sa guérison, ses récidives deviennent singulièrement inexplicables pour quiconque n'admet pas l'existence d'un parasite.

La contagion de la pelade paraît à peu près certaine, je pourrais vous en citer maints exemples tant ceux que divers auteurs ont rapportés (2), que ceux de ma pratique; témoin, le fait de ce collégien qui, après avoir contracté la pelade de son voisin de rang, la donna à son frère, témoin encore cette jeune fille qui, par deux fois, prit la pelade en se servant, à la campagne, des objets de toilette d'une de ses amies. Je dois ajouter pourtant, et ce sont là des arguments sans cesse invoqués par les anticontagionistes, par les antiparasitaires, que la contagion n'a pu encore être démontrée expérimentalement comme elle l'a été si fréquemment et si facilement pour les autres teignes, je dois ajouter encore que la contagion est singulièrement moins fréquente que pour le favus ou la tondante.

S'il n'est pas rare de voir un de nos enfants entrés pour un favus ou une pelade, contracter une tondante ou un herpès circiné, je n'ai jamais vu d'exemple de contagion de pelade dans mes salles. Plusieurs fois vous avez examiné à la consultation un homme que la pelade a fait presque chauve; et bien, cet homme a couché pendant plusieurs semaines avec son fils, âgé de dix ans, sans que celui-ci contractât la maladie de son père. Dernièrement, une mère atteinte d'une plaque achromateuse des plus nettes, m'amenait son enfant pour une affection du cuir chevelu : l'enfant avait bel et bien une tondante et quelque soin que je misse à examiner les cheveux, je ne pus rien découvrir qui dût me faire supposer qu'il fut menacé d'une pelade. Je connais deux ménages dans lesquels la femme porte une pelade depuis plusieurs années sans que ni le mari ni les enfants aient jamais rien eu.

En regard de ces cas dont nous sommes chaque jour témoins, mettez les faits dans lesquels, quelques recherches qu'on fasse, on ne trouve pas de source de contage ; ces faits encore, de parents ou d'enfants qui vivent au milieu d'une nombreuse famille sans infecter personne ; rappelez-vous ces cas dont je vous ai parlé, dans lesquels on voit une pelade se cantonner dans un point du cuir chevelu sans tendance à l'envahissement ou à la guérison ; rappelez-vous, que la pelade, avec une extrême fréquence dont la raison nous échappe, se fixe ou au moins commence sur la nuque; rappelez vos souvenirs cliniques et vous en arriverez, presque malgré vous, à vous demander si l'opinion mixte de Tilbury Foy, qui professe la dualité de la décalvante, ne serait pas l'expression de la vérité.

En dépit des contradictions apparentes et des difficultés de la clinique, en dépit des dénégations qu'a soulevées l'existence d'un parasite dans la pelade, celui-ci existe réellement, seulement, personne, excepté Tilbury Fox ne l'a vu sous la forme qu'avaient jusqu'à ce jour consacrée les descriptions de Gruby et de M. Bazin. Jamais personne n'a constaté ni branches, ni tiges, ni tubes mélangés à des spores ou sporules ; personne surtout n'a vu les champignons sur les cheveux qui, sauf encore une apparence anomale mais non constante de leur racine, paraissent indemnes.

Voici ce que l'on observe quand, au microscope, on examine les cheveux de la pelade :

1° Une atrophie générale du cheveu qui est d'autant plus aminci et plus décoloré qu'on se rapproche davantage de sa racine;

2° Un pointillé brun, granulé, un peu ovoïde, à grand diamètre, répondant à la longueur du cheveu, n'ayant aucun des caractères des spores.

3° Sur certains cheveux, une sorte de renflement causé par une dissociation des fibres longitudinales qui ferait croire à un écrasement par les mors d'une pince, c'est une sorte de fracture incomplète avec éclats. Il est probable que les cheveux courts, en massue, que l'on rencontre çà et là, ne sont que des cheveux complétement brisés au niveau des renflements : leur extrémité libre, au lieu d'être égale et régulièrement arrondie représente une sorte de brisure un peu différente de celle que l'on observe dans la tondante, en ce qu'elle présente une espèce de renflement qui n'existe pas dans cette dernière.

4° La racine du cheveu s'arrache presque toujours dans sa gaîne; elle est mince, atrophiée, déformée comme une racine de colza, ou en crosse.

Il ne semble pas que le parasite de la pelade *commence son développement à la surface des cheveux* (1) : l'habitat exclusif des spores de la pelade paraît être la surface ou bien les lames de l'épiderme comme l'établissent les dernières recherches de MM. Malassez (2) et Courrèges (3).

Ce n'est donc, Messieurs, ni sur les cheveux avoisinant les plaques, ni sur les poils follets recouvrant leur centre que vous chercherez le champignon, mais sur les pellicules épidermiques que vous enlevez par grattage : bien dégraissées vous examinerez ces pellicules à un grossissement de 400 diamètres ; vous pourrez observer de petits groupes de spores rondes ou ovoïdes, dont le volume varie de 1 μ à 5 μ. Ces spores vous apparaîtront toujours sans aucun mélange de tubes de mycélium, ce qui conduit à admettre que leur génération est endogène.

L'existence de ces spores dans la pelade conduit logiquement à leur imputer les lésions de la maladie ; j'avoue pourtant, que s'il est facile d'admettre qu'après avoir pénétré

(1) Voir les nos 45, 46, 51 et 52, de l'année 1876 et nos 3, 6, 7, 9 et 11 de 1877.

(2) Gillette père a rapporté (*Gazette médicale*, 1839), l'histoire d'une petite épidémie de pelade qui avait éclaté dans un collége de Paris, quinze jours après l'entrée d'un enfant qui portait une plaque glabre au-devant de l'oreille.

(1) Gruby. — *Recherches sur la nature, le siége et le développement du porrigo decalvans ou phyto-alopécie*. In *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, 1843. T. XVII, p. 301.

(2) *Note sur le champignon de la Pelade*, par L. Malassez. *Arch. de physiologie normale et pathologique*, 2e série. T. I, 1874, p. 203.

(3) *Etude sur la Pelade*. Th. inaug. Paris, 1874, no 113.

les lames épidermiques, le parasite puisse arriver jusque dans la gaîne des poils, amener la prolifération de celui-ci et aboutir à un pityriasis pilaris (cause probable de la chute des poils et de l'atrophie de ceux qui succéderont aux premiers), j'avoue, dis-je, que l'état achromateux de la peau est d'une interprétation plus difficile. Je ne comprends guère comment, un champignon habitant exclusivement à la surface ou entre les lames de l'épiderme peut entraîner la décoloration de ce dernier, le parasite ne pénétrant pas et n'influençant pas le réseau de Malpighi. Et puis, pour tout vous dire, Messieurs, ces spores vous les rencontrerez chez des sujets non peladés, chez des pityriasiques, vous les trouverez même chez des sujets dont le cuir chevelu est parfaitement sain. Dans ces cas vous les rencontrerez, je le veux bien, moins nombreuses que chez les peladés, mais, je ne sache pas, que cette question de plus ou de moins, ait, en matière de parasitisme et de contagion une valeur telle, que le rôle du champignon ne puisse pas être discuté par les partisans de la doctrine antiparasitaire. C'est la banalité relative de ces spores qui conduit quelques auteurs à ne voir dans leur existence qu'un fait sans importance, qu'une coïncidence, le microsporon étant considéré par eux comme l'*hôte habituel de toutes nos têtes*. De là, à voir dans la présence des spores non la cause, mais la résultante de la maladie, il n'y avait qu'un pas, ce pas a été fait et quelques personnes professent cette manière de voir.

Sans aller aussi loin que ceux qui voient partout les soi-disant spores de la pelade, les champignons des serviettes (1), comme ils les appellent encore pour bien établir la banalité de ce champignon, je reconnais, Messieurs, qu'il s'en faut que les spores trouvées chez les peladés aient une portée qui puisse être mise en parallèle avec la valeur de l'Achorion Schœnleinii, du Trichophyton ou du microsporon furfur. A ce propos, je vous ferai remarquer que le champignon de la pelade, à ne considérer que son histoire naturelle, diffère des parasites étudiés dans le favus et dans la trichophytie : tandis que l'achorion et le trichophyton se caractérisent par l'existence simultanée, en proportion différente, cela est vrai, de spores et de tubes de mycélium, des *spores seules* se trouvent dans la pelade.

Une autre différence encore est le siége qu'occupe le parasite : tandis que l'achorion et le trichophyton occupent les poils, les spores de la pelade habitent exclusivement *à la surface ou entre les lames de l'épiderme*.

A ce point de vue, il y aurait à se demander si la pelade devrait être maintenue dans le cadre des teignes : à s'en tenir à la définition de M. Bazin (définition que nous avons adoptée) à savoir, que toute teigne est *une affection des poils, produite ou entretenue par la présence d'un végétal parasite*, on serait tenté d'enlever la pelade à la famille des teignes, puisque personne, depuis Gruby et M. Bazin, n'a revu de champignon INFECTANT LES CHEVEUX des peladés. A s'en tenir aux caractères micrographiques que je vous ai donnés, il semblerait plus logique de rapprocher la pelade du pityriasis versicolor, de cette affection que nous étudierons prochainement et qui est étroitement liée au développement d'un parasite qui HABITE, *lui aussi*, L'ÉPIDERME. J'avoue qu'il y a bien plus de raisons de placer les spores de la pelade à côté du microsporon furfur que de les ranger à côté de l'achorion et du trichophyton : les spores de la pelade sont des parasites épidermophytes au même titre que le microsporon furfur ; leur habitat les éloigne donc des parasites dits trichophytiques de l'achorion Schœnleinii et du trichophyton proprement dit.

Si nous nous bornons à soulever cette question de la place que devrait occuper la pelade dans une classification nosologique, d'autres la résolvent qui se prononcent catégoriquement contre la nature parasitaire du porrigo decalvans : pour tous ceux qui nient le parasitisme, pour ceux qui croient à une trophonévrose, il est clair que la pelade ne saurait être une teigne.

Sa nature parasitaire, je vous l'ai dit, n'est plus admise à l'étranger et commence à être rejetée en France. S'appuyant sur ces faits, d'une part que la pelade atteint surtout les sujets impressionnables et nerveux, les femmes plus que les hommes (ce qui n'est pas démontré), d'autre part, que la preuve anatomique n'a pu être fournie depuis Gruby et M. Bazin ; s'appuyant encore sur ces faits, que la contagion est rare comparée aux cas si communément observés dans l'histoire du favus et de la tondante, frappés du lieu d'élection qui ne s'accorde guère avec l'idée parasitaire, presque tous les auteurs voient, aujourd'hui, dans l'achromie et l'alopécie de la pelade la résultante d'une affection nerveuse, la conséquence d'une trophonévrose, c'est ainsi que Hebra (1) professe que « l'alopécie areata » est produite par une lésion de l'influx nerveux qui se » traduit par un trouble de nutrition dans la formation et » la production des cheveux. »

Jusqu'à présent, cette manière de voir reste à l'état d'hypothèse; si elle prétend s'appuyer sur quelques-unes des raisons que je vous ai signalées allant à l'encontre de la contagion, elle peut à son tour être attaquée par quelques-unes des raisons qui militent en faveur du parasitisme. Les cas d'hérédité de pelade sont exceptionnels, si tant est que la science en relate de bien nets et de bien établis; de plus, quelque soin qu'on mette à rechercher les troubles d'innervation chez les peladés (anesthésie, hyperesthésie, céphalée, etc., etc.), quelque patience qu'on mette à fouiller leurs antécédents au point de vue du nervosisme, recherches que je fais personnellement ou par mes internes, depuis plusieurs années, on ne trouve rien, à peu d'exceptions près qui permette d'apporter des preuves sérieuses à l'appui de la théorie trophique. J'ai tenu, Messieurs, à vous faire connaître le fort et le faible de chacune des deux théories en présence, vous laissant voir que chacune d'elles a besoin d'accumuler encore preuves cliniques sur preuves anatomo-pathologiques avant de se faire admettre sans conteste. (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Des spasmes fonctionnels.

Résumé d'un mémoire de M. S. Weir MITCHELL, inséré dans le n° d'octobre 1876 de l'*American journal of medical sciences*.

Nous pensons intéresser les lecteurs du *Progrès* en publiant aujourd'hui la traduction presque littérale d'un mémoire de M. Weir Mitchell sur les spasmes fonctionnels : cette étude toute française ébauchée déjà par Duchenne dans son important *Traité d'électrothérapie*, tend à s'accroître chaque jour de nouveaux faits ; ceux de M. Weir Mitchell sont surtout importants par le soulagement produit grâce à une thérapeutique rationnelle :

Duchenne a défini ainsi le spasme fonctionnel : « C'est » une affection caractérisée par des contractions patholo- » giques, douloureuses ou non, mais se manifestant seule- » ment pendant l'exercice de certains mouvements volon- » taires ou instinctifs ; » le type de l'affection est donné par la crampe des écrivains. Laissant de côté les cas connus, l'auteur appelle l'attention sur un groupe de faits reliés aux précédents, mais présentant cependant quelques particularités importantes : on peut les diviser en trois classes.

1° Celle dans laquelle l'activité fonctionnelle d'un muscle ou d'une série de muscles donne lieu par moments, à l'exagération du mouvement naturel et quelquefois à une contraction spasmodique de groupes plus éloignés.

2° Celle où le spasme se révèle à l'état tonique ou clonique dans des groupes de muscles éloignés et non compris dans le mouvement primitif.

3° Celle où la station ou la marche causent des mouve-

(1) *Note sur la nature de la pelade ou alopécie areata*, par Anton Nyström, de Stockholm ; in *Annales de dermatologie*, 1875-1876. T. VII, p. 440.

(1) *Traité des maladies de la peau*, deuxième volume, premier fascicule, 1874.

ments généralisés et désordonnés dans les membres, le tronc, la face, et donnent lieu à un spasme, impossible à maîtriser, mais ne s'accompagnant pas de perte de connaissance. — Le premier groupe est un des plus curieux. Il est rare d'observer une pure exagération d'un mouvement normal, quelquefois il en est ainsi pour la crampe des écrivains, mais le plus souvent elle est douloureuse, et l'incoordination devient inévitable. Quelquefois, cependant, un acte moteur devient tout-à-coup exagéré; ce spasme peut n'être que temporaire comme l'indique l'observation suivante:

Observation I. — Un homme était fabricant de montres, il s'occupait à saisir et à ajuster des vis très-tenues; il y avait déjà trente ans qu'il faisait ce métier, quand, il y a deux ans, il fut pris d'un spasme fonctionnel: quand je commençai à le questionner, écrit M. Mitchell, il prit quelques pilules au fond d'une fiole posée sur ma table, sans pouvoir me montrer son spasme, car, disait-il, les objets étaient plus gros que ses vis: il prit alors quelques petits fragments d'allumette et bientôt son pouce et son index s'arrêtaient et se serraient avec force: j'eus la plus grande peine à les disjoindre, et fus fort étonné de trouver sa contraction spasmodique plus énergique que celle qu'il était capable de produire normalement. Cette crampe survenait de 10 à 12 fois par jour et persistait entre 10 et 30 minutes. Quelquefois, il arrivait à dégager la vis avec un fil d'archal sans pour cela empêcher le spasme; à la fin, cet accident lui survenait en tournant les pages d'un livre, qu'il déchirait alors. Il avait remarqué que sa crampe se produisait rapidement s'il se mettait dans sa posture de travail, et diminuait de fréquence quand il se tenait debout.

Ce cas est le meilleur exemple de spasme fonctionnel résultant de la simple exagération d'un mouvement normal. Il était non douloureux, et ne causait qu'un peu de frémissement, comme tout excès de travail musculaire peut le produire chez certains sujets.

Dès que le spasme cessait, le malade pouvait choisir une vis pour continuer son travail. Ce malade avait en vain essayé presque tous les moyens thérapeutiques, les anesthésiques même n'avaient pu empêcher le retour de son affection, ni l'électricité; le repos seul le soulageait, aussi dut-il changer de profession et se retirer à la campagne comme cultivateur. Comme nous le savons tous, bien des métiers causent des spasmes des muscles surmenés (*crampes du mollet* chez les tourneurs). Le plus souvent, ils sont douloureux et de peu de durée; mais quelquefois, dit l'auteur, ils sont de l'espèce que je ne saurais mieux désigner que sous le nom de *lock spasm* (1), crampe durable et sans douleur. En voici un bon exemple.

Observation II.— Un scieur de bois, âgé de 40 ans, fut pris subitement d'un spasme du biceps, la scie fut arrêtée tout-à-coup malgré les efforts du malade, et le biceps ne cessa d'être contracté que pendant le sommeil; après être survenus à intervalles éloignés ces spasmes se produisent une à deux fois par jour avec une intensité variable. Dans une de ces attaques M. M... s'efforça en vain d'étendre l'avant-bras; il dut s'arrêter craignant de rompre les os; il fit alors pencher le malade, lui attacha au poignet un plateau chargé de 80 livres; pendant cinq minutes le biceps continua à être rigide puis céda brusquement. Après avoir enlevé les poids, le spasme ne revint pas. M. M... essaya en vain un traitement que lui suggérait cette indication; on est étonné de l'effort que pouvait supporter ce biceps, cependant la puissance développée dans ce cas est légère par rapport à celles que sont capables de déployer des hystériques dans leurs contractures, pendant des années tout entières.

Dans ce cas, M. M. eut recours à l'électrisation par un courant induit, un des pôles étant placé assez bas sur le biceps en dehors, et l'autre au-dessus sur le ventre musculaire; le courant le plus fort possible fut appliqué deux fois par jour et pendant toute la durée du spasme, on fit aussi quelques injections hypodermiques d'atropine dans le globe musculaire, c'est un traitement que MM. Morehouse, Keen et Mitchell ont souvent employé au *U. S. Hospital for diseases of the nervous système*. Peu à peu le spasme devint moins fort, puis il disparut.

(1) Expression impossible à rendre en français, le mot *loch*, veut dire cadenas, verrou, etc., implique l'idée d'arrêt, de fermeture résistante.

Les renseignements sont moins complets sur un troisième cas.

Observation III. — Un officier reçut une balle à travers le bras et l'avant-bras, au moment même où il tirait son sabre; il s'aperçut alors qu'il ne pouvait cesser de serrer la garde de son arme. C'est ce qui arrive du reste assez souvent dans ces sortes de blessures, M. M... ne croit pas qu'il y eut de relation entre cette crampe et le spasme. La blessure avait intéressé le médian et le radial; pendant plusieurs mois cet homme eut une douleur brûlante dans la paume de la main; lorsqu'il tenait quelque chose dans le creux de la main, une douleur aiguë ss faisait sentir au niveau de la division palmaire du médian, et tout-à-coup les fléchisseurs fermaient la main et cela avec une violence telle que les ongles des doigts s'incrustaient dans la peau; la douleur initiale cessait au moment de la contraction et celle-ci n'était nullement douloureuse par elle-même. Ce malade croyait que son spasme provenait de l'attouchement d'un point plus sensible; je l'ai en vain cherché; l'ensemble de la paume de la main était hyperesthésié. — 12 vésicatoires placés successivement dans la paume de la main eurent pour résultat de le débarrasser de ce trouble fonctionnel. — Il y a déjà un an qu'il est guéri.

Dans ce cas, il semble évident que le spasme était d'origine réflexe; il donnait lieu aux craintes les plus singulières, le malade n'osant rien saisir, de peur de ne plus pouvoir lâcher prise.

M. Mitchell pense que ces cas sont très-rares, comme le sont aussi ceux où un acte musculaire cause un mouvement éloigné. Le cas le plus fréquent est celui dans lequel un membre paralysé est levé pendant l'acte de bailler, les spasmes grotesques de la face en sont aussi un exemple, comme dans le cas de miss Inman, donné par Marshall Hall. Quand cette malade baissait volontairement la commissure labiale droite, l'œil droit se fermait d'une façon spasmodique. Dans un autre cas cité en France, une blessure du côté gauche de la face avait causé le spasme suivant: Quand le malade se servait de ses mâchoires, pour parler ou mâcher, tout-à-coup les muscles de la région sous-labiale se contractaient en causant une grimace atroce: l'action normale d'une groupe musculaire donnait le branle à une contraction involontaire d'un autre groupe. Le cas suivant est aussi fort curieux.

Observation IV. — Un plombier de 45 ans, se portant bien, reçut sur la nuque un bloc de glace qui le fit tomber; pendant trois mois il souffrit de raideur de la nuque et peu à peu sa tête s'inclinait vers la gauche. Au bout de ce temps, il fut pris de spasmes hideux du trapèze, du sternocléido, des muscles péritrachéaux: au moins une fois par minute, la tête était jetée en arrière, tordue vers la gauche, les épaules se levaient et une véritable tempête (*storm*) de contractions rapides et énergiques s'étendait sur les muscles de la face.

Le malade fut fort amélioré par l'usage du bromure et du gelseminum à hautes doses, mais son spasme revint l'année d'après. Dans l'intervalle, il eut un trouble bien plus pénible. Dès qu'il commençait à mâcher ses aliments, les muscles sous maxillaires abaissaient violemment la mâchoire et la maintenaient ainsi; aussi devait-il fermer sa bouche béante à l'aide de la main. Il n'avalait qu'avec terreur; à peine la bouchée était elle passée que la mâchoire s'écartait et que son spasme du cou survenait, la sueur perlait sur son front et l'attaque était alors finie. En avalant très vite, il évitait quelquefois son spasme. Dans cet exemple les muscles atteints sont bien ceux qui ont à entrer en action pour mâcher, parler, etc.; mais leur rôle n'en est pas moins contingent, puisque, par leurs nerfs, ils dépendent de branches en dehors du facial et sont, par leurs origines nerveuses, éloignés au même titre que tout autre groupe musculaire.

M. Mitchell a vu bien des exemples de ce spasme, dus pour la plupart, à l'action de mastiquer. Dans un cas, le mouvement convulsif se manifestait de la façon suivante (*Fig. 18*): la tête se jetait en arrière, la colonne se courbait et une contracture du mollet survenait, aussi le malade prenait-il une sorte de posture accroupie. Il a vu aussi certains malades chez lesquels les phénomènes anormaux sont causés par la progression, acte physiologique s'il en fut; ce sont des exagérations de la marche.

OBSERVATION V. Enfant rosé, bien portant, âgé de six ans. Dans ses antécédents, rien à noter que la rougeole: quand il marchait, la jambe gauche se comportait bien, mais quand il projetait la droite en avant, dès qu'il levait les orteils pour quitter terre, il était pris d'un spasme soudain du jambier antérieur et du péronier antérieur, tel que le pied était trop fléchi; le relâchement se faisait instantanément; dès que le pied touchait terre, le second acte, celui de l'élévation du talon, se faisait d'une façon excessive et spasmodique.

L'enfant était soulevé brusquement, et la contraction des gastro-cnémiens s'exagérant, la jambe était jetée en arrière, comme si la cheville avait été arrêtée par une corde. Quand on faisait coucher ce jeune garçon, il remuait le pied comme il

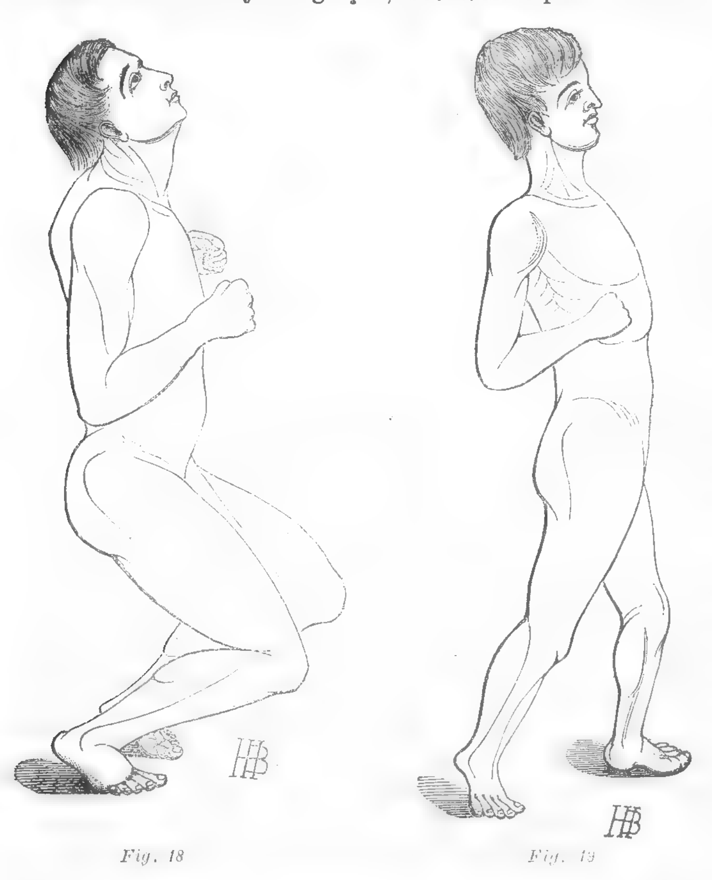


Fig. 18 *Fig. 19*

voulait sans spasme. On ne put en provoquer le retour ni par la pression, par les coups, ni par le chatouillement de la plante.

Dernièrement, en juillet 1875, M. Mitchell vit à sa clinique, un cas semblable au précédent, au moins par certains points.

OBSERVATION VI. Une petite fille âgée de 7 ans, d'apparence délicate, mais sans antécédents morbides, n'a fait que ramper à partir de deux ans et n'a marché qu'à cinq ans; elle ne présente cependant aucun trouble des fonctions cérébrales.

Les mouvements des pieds sont normaux, sauf celui de flexion qui ne s'exécute pas complétement, le pied se met à angle droit avec la jambe et ne dépasse pas cette limite à cause de la résistance du tendon d'Achille qui est trop court. Au-dessus du genou, les muscles sont dans cet état curieux qu'on trouve quelquefois dans les paralysies limitées de l'adulte et que Séguin a si bien décrit. C'est un état de tension, variable selon les cas, et tel que, si l'on fléchit la jambe sur la cuisse, les extenseurs cèdent lentement avec une certaine résistance, de même, en étendant la jambe, les fléchisseurs résistent aussi. Il en est de même quel que soit le mouvement essayé, les antagonistes se contractent et chaque mouvement volontaire devient lent et difficile, s'il n'est pas aboli, ce qu'on observe dans les formes les plus graves. Quand on fait exécuter au membre un mouvement passif, les muscles ne résistent pas d'une façon saccadée mais bien également, presque moelleusement; il semble qu'on courbe une barre d'un métal mou; aussi dans la clinique de M. M... a-t-on pris l'habitude d'appeler ces jambes des « jambes en tuyau de plomb ». Revenons à notre fillette; outre cette semi-contracture permanente, elle avait un spasme des gastro-cnémiens qui soulevaient brusquement l'enfant, si elle marchait vite elle était tout le temps sur la pointe des pieds; en marchant lentement au contraire, elle n'exagérait que le second mouvement de la progression.

Il y avait dans ce cas une contracture légère et permanente des muscles du mollet, alternant avec un spasme fonctionnel qui changeait de jambe à chaque pas; on vint à bout de cet état par la ténotomie du tendon d'Achille, la résistance cessant le spasme n'avait plus de raison d'être. La secousse produite par les mouvements successifs projetait l'enfant en avant, et pour conserver l'équilibre, le ventre était jeté en avant et les épaules portées en arrière (*fig. 19*). H. DE BOYER.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Ouverture du cours de M. Peter.

C'est mardi dernier, que M. PETER a pris possession de la chaire de pathologie médicale. Le nouveau professeur a été accueilli par des applaudissements prolongés, et M. Peter a pu voir que s'il avait su conquérir les suffrages de ses collègues, il réunissait en même temps ceux de la jeunesse des écoles.

Le professeur a rendu d'abord un pieux hommage à la mémoire de ses anciens maîtres, Cruveilhier, Monneret et Trousseau; en quelques paroles émues, il a retracé la part prise par chacun d'eux au progrès des sciences médicales: l'éloge de Trousseau, surtout, a été tracé de main de maître, par ce disciple aimé du grand clinicien.

Esquissant ensuite à grands traits l'histoire de la médecine, M. Peter a montré par quelles vicissitudes elle a passé avant de mériter ce nom de science, que bien des gens lui refusent encore aujourd'hui par un étrange « déni de justice. » Il a fait voir toute l'influence qu'avait exercé le génie de Laënnec sur cette heureuse évolution. Laënnec n'a pas seulement découvert l'auscultation, il a du même coup créé une nouvelle méthode médicale, et dans l'histoire de la médecine, le XIXe siècle portera le nom de siècle de Laënnec.

M. Peter a exposé ensuite en quelques mots, le rôle du médecin dans la société; il peut se résumer dans cette phrase si simplement éloquente du professeur: « Se trouvant chaque jour en face de deux misères, la misère physique et la misère sociale, le médecin est toujours pour les opprimés contre les oppresseurs. »

En terminant ce discours inaugural, le professeur a fait appel aux jeunes travailleurs; il les a exhortés à marcher virilement dans la voie du progrès; c'est à eux qu'il appartient de rendre le XXe siècle plus glorieux encore pour la science médicale que ne l'a été le XIXe.

M. Peter a conquis les sympathies de son auditoire; sa parole est facile, imagée, et s'il nous est permis d'exprimer un regret, c'est que sa voix un peu faible, ne parvienne pas toujours malgré ses efforts, jusqu'aux derniers bancs de l'amphithéâtre. M. Peter peut être assuré qu'à chacun de ses cours, de nombreux auditeurs se presseront autour de cette chaire qu'il a laborieusement méritée et glorieusement conquise.

Cours de M. le professeur Pajot.

M. le professeur PAJOT a commencé son cours, le mardi 20 mars, au milieu d'une affluence considérable d'élèves, venus pour entendre la voix du maître, qui a été si sym-

pathique à tant de générations et ne cesse de l'être. Il a, dans sa première leçon, indiqué les sujets qu'il se propose de traiter cette année. Il laisse à de plus jeunes, le soin d'enseigner ailleurs la grossesse et ses accidents, pour lui, il exposera le mécanisme de l'accouchement, la délivrance, les hémorrhagies et les opérations; il insistera surtout sur certaines questions nées d'hier et qui sont à l'ordre du jour. La verve, l'entrain et l'inimitable talent du professeur Pajot, ont soulevé à maintes reprises, les applaudissements de l'auditoire tout entier.

Ouverture du cours de M. Brouardel.

M. Brouardel, chargé cette année, de suppléer M. le professeur Tardieu, a commencé son cours de médecine légale, le lundi 19 mars à 4 heures. Après avoir rappelé le rôle capital qu'a joué M. Tardieu dans la rénovation de la science médico-légale, M. Brouardel a rendu un légitime hommage à la mémoire de Lorain, qui avait apporté, lui aussi, dans cette branche de la médecine, cette conscience et cette sagacité qui rendent sa perte à jamais regrettable, M. Brouardel a pu compuiser les cartons de Lorain: c'est une bonne fortune qu'a eue le professeur et dont bénéficieront les élèves. M. Brouardel s'est attaché, dans cette première leçon, à démontrer que, s'il y a une médecine et une chirurgie d'urgence, il y a aussi, ce dont on ne se doute pas assez, une *médecine légale d'urgence*, sur laquelle tout médecin doit posséder des notions suffisamment étendues. Aussi s'efforcera-t-il surtout de faire connaître à ses auditeurs le côté pratique des questions médico-légales, ainsi que les devoirs du médecin légiste.

C'est le sort du cours de médecine légale d'être toujours un peu délaissé par les étudiants, et il serait à désirer, dans l'intérêt des médecins comme dans celui de la justice, qu'il fut plus assidûment suivi (1). Nul n'est plus capable que M. Brouardel d'obtenir cet important résultat. Le jeune et savant professeur, retrouvera autour de lui dans la chaire de médecine légale, les sympathies qu'il n'a jamais cessé de rencontrer parmi les élèves, sympathies d'autant plus précieuses et durables, qu'elles s'adressent à la fois à son caractère et à son talent.

Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde.

M. Bouchardat, dans la séance du 13 mars, laissant de côté la question des égouts, porte plus spécialement son attention sur l'étiologie de la fièvre typhoïde considérée au point de vue de la pathologie générale. Il professe depuis trop longtemps l'hypothèse de la contagion de la fièvre typhoïde pour l'abandonner aujourd'hui; aussi se déclare-t-il tout d'abord contagioniste convaincu. Sa conviction intime, se base sur quatre ordres de faits, tous puisés dans l'observation clinique pure et simple: 1° La fièvre typhoïde présente de très-grandes analogies avec les fièvres éruptives, variole, rougeole, scarlatine, et entr'autres, la préservation absolue, sinon du moins relative, après une première atteinte. Si, d'une part, les fièvres éruptives ne récidivent guère chez le même individu, d'autre part elles sont éminemment contagieuses; il en est de même pour la fièvre typhoïde. 2° Dans les grandes villes, il est difficile de suivre la marche d'une épidémie de fièvre typhoïde, parce que la maladie y est presque constamment endémique; mais l'observation des épidémies atteignant les villages, permet de reconnaître sûrement et sans conteste le caractère contagieux du mal. Celui-ci se transmet du voisin au voisin, d'une maison à une autre, d'un village à un ou plusieurs villages dont les habitants ont eu des rapports avec les habitants primitivement contaminés. La filière n'est pas interrompue. 3° Dans les grands centres, la maladie frappe plus spécialement les nouveaux venus, ceux qui ne sont point encore acclimatés ou n'ont point subi antérieurement les atteintes de la fièvre. 4° Enfin, et c'est un point capital, la statistique accuse nettement la contagiosité de la fièvre typhoïde. Ainsi, d'après M. Laveran, directeur du Val-de-Grâce, « si on compte le nombre des décès par suite de fièvre typhoïde, sur 1,000 décès, on arrive aux résultats suivants: gardes de Paris, 114; sapeurs-pompiers, 200; *infirmiers militaires*, 397. »

Dans une autre partie de son discours, M. Bouchardat, traite de deux questions répondant à des idées d'un autre ordre. Quel est la nature du miasme typhogène? Comment se propage-t-il?

Jusqu'ici, les instruments d'optique n'ont pas permis *de voir* un ferment organisé qui soit la caractéristique de la fièvre typhoïde. Si ferment il y a, ce doit être un ferment de second ordre, ayant certains points de ressemblance avec les ferments du suc gastrique et de la salive, mais différant totalement de ceux-ci par une propriété toute spéciale, celle de se perpétuer. Mais, hâtons-nous de dire que l'existence d'un ferment typhique est encore exclusivement hypothétique et ne peut faire le sujet d'une discussion en règle.

Le mode de propagation du miasme typhogène, n'est pas bien démontré à l'heure actuelle. Beaucoup de médecins pensent que les excréta des malades et surtout les matières fécales, sont les véhicules ordinaires de ce miasme. Pour M. Bouchardat, ce point de doctrine n'est pas absolument indiscutable. « Ne s'agit-il pas là de simples coïncidences? N'a-t-on pas pris pour la vraie cause, passée inaperçue, une condition apparente, mais en réalité inoffensive? Bien des faits corroborent ces idées. » D'où cette conclusion de l'orateur: « dans ma pensée, la transmission de la fièvre typhoïde par les émanations des fosses d'aisances et des égouts n'est pas démontrée. »

M. Bouchardat va plus loin encore, il nie l'évolution spontanée de la fièvre typhoïde. La fièvre typhoïde est endémique dans les grandes villes; quand elle y revêt la forme épidémique, c'est que des conditions hygiéniques particulières en sont la cause directe. Mais, dans les villages isolés, dans les petites agglomérations de maisons, jamais elle ne se développe spontanément: si l'on ne trouve pas la filière de la contagion, c'est que l'observation est incomplète. M. Bouchardat termine sa lecture en prédisant la possibilité, dans trois ou six mois, d'une nouvelle épidémie de fièvre typhoïde à Paris, coïncidant avec l'arrivée des ouvriers du bâtiment.

M Jaccoud, dans un discours admirablement ... *récité* (et ça été son principal mérite, à mon humble avis), n'a fait en réalité que répondre à M. Bouchardat, tout en paraissant argumenter M. Guéneau de Mussy. Sa dissertation toute entière porte exclusivement sur l'origine fé-

(1) Il serait aussi vivement à désirer que des expériences pratiques fussent instituées. C'est là une lacune extrêmement regrettable.

cale de la fièvre typhoïde. Pour lui, la fièvre typhoïde, là où elle n'est pas endémique, a pour origine habituelle, sinon même exclusive et unique, « un état des fosses, des conduits ou des égouts, qui a permis soit l'exhalation du contenu au dehors, soit son mélange avec l'eau potable, ou bien encore un changement tellurique, qui a porté subitement au maximum les émanations de matières excrémentitielles fortuitement accumulées. »

Et, à l'appui de son dire, malgré le reproche qu'il adresse à M. Guéneau de Mussy d'avoir pris ses exemples dans la littérature étrangère, il cite 106 observations toutes recueillies en Alsace,— Luxembourg, — Belgique,— Allemagne dans toutes ses contrées, — Angleterre dans toutes ses parties, sauf les centres à épidémie,—Danemark,—Etats-Unis,— Holstein,— Norwége,— Suisse,— Ile de la Trinité (Antilles). La conclusion du discours de M. Jaccoud est celle-ci « l'origine fécale de la fièvre typhoïde est au nombre des vérités étiologiques les mieux établies; en fait, *cette origine*, et *l'origine par transmission*, voilà ce qui est de *plus positif*, *de plus démontré et de plus démontrable* dans cette question si importante. »

De cette notion découlent un certain nombre de préceptes directement applicables à l'hygiène publique et privée qui peuvent se résumer ainsi: Faciliter l'irrigation et la pente dans les conduits excrémentitiels; empêcher la stagnation et l'accumulation des matières fécales; favoriser l'infiltration dans le sol; empêcher le mélange des matières et de l'eau potable, intercepter toute communication directe et indirecte entre le système des canaux excrémentitiels et le système des conduites d'eau par l'intermédiaire des water-closets ou des bains.

— La discussion actuelle n'est pas encore épuisée à l'Académie. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des nouveaux discours qui seront prononcés à cette occasion.

M. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances de février 1877.

MM. Hardy et Gallois ont repris l'étude de l'action de l'inée sur l'organisme. Leurs prédécesseurs avaient toujours opéré avec des extraits aqueux ou alcooliques; ils ont, eux, réussi à isoler le principe actif sous forme cristallisée. La *strophantine* qu'ils ont découverte n'est point un alcaloïde, elle ne rentre pas non plus dans les glucosides; elle n'est point azotée. Un petit cristal placé sous la peau d'une grenouille arrête les battements du cœur, bien avant que les mouvements des membres aient été entravés. Les aigrettes des graines du strophantus contiennent aussi une matière cristallisée, l'*inéine*, mais elle est sans action sur le cœur.

MM. Feltz et Ritter, ayant injecté à des chiens de la fuschine pure et exempte d'arsenic, ont vu que cette substance produisait une sorte d'ivresse avec titubation, convulsions et agitation continuelle. L'intelligence ne semble pourtant pas atteinte. Les expérimentateurs se sont assurés que la fuschine seule, dans leurs expériences, pouvait être considérée comme cause des accidents qu'ils observaient.

M. Bavay donne une description complète de l'anguillula intestinalis, découverte par le docteur Normand, chez les malades atteints de diarrhée de Cochinchine. Il n'a pu jusqu'à présent observer que des femelles. Ces animaux se tiennent surtout dans le duodénum. On rencontre quelquefois les œufs de l'anguillula intestinalis dans les déjections. Ce ver est du reste infiniment plus rare que l'anguillula stercoralis. On avait depuis longtemps observé que des jeunes chiens, à peine mis au monde, avaient le sang rempli de vers nématoïdes, nommés *filaria hæmatica*. On en avait conclu à une diathèse vermineuse, à une génération spontanée de ces êtres.

MM. Galeb et Pourquier pensent qu'en vertu même de leur forme, ces vers peuvent traverser les parois des artères, gagner le placenta maternel et de là le fœtus. Les filaires adultes ayant de 15 à 38 cent. de long, il est évident que l'observation de MM. Galeb et Pourquier ne s'applique qu'à leurs embryons, qui sont microscopiques.

M. le général Morin revient sur la falsification des substances alimentaires. Certains industriels colorent le vin avec la fuschine : on sait quel est l'inconvénient de cette fraude, une autre tromperie pour être moins révoltante, n'en est pas moins blâmable. Quelques commerçants colorent le vin blanc à bas prix au moyen de vin rouge très-foncé: le résultat de ce mélange se vend pour du vin rouge; en réalité, il a les qualités physiologiques du vin blanc et peut être fort nuisible à certaines personnes. La coloration des légumes conservés par les sels de cuivre n'est destinée qu'à flatter l'œil de l'acheteur; elle est sans utilité, elle peut être nuisible si certaines personnes, les marins par exemple, se nourrissent pendant longtemps avec des produits ainsi falsifiés. Il y a des mesures de police à prendre contre de pareilles tromperies.

M. Pasteur a recherché s'il existait vraiment des sels de cuivre dans les conserves alimentaires. Or, dans des petits pois achetés chez les principaux marchands de Paris, il a toujours trouvé un dix-millième de sels de cuivre. Que ces sels soient ou non aussi nuisibles qu'on l'a dit, il est certain que les fabricants se rendent coupables du délit de tromperie sur la qualité de la matière vendue.

M. Pasteur avait mis M. Bastian au défi de répéter ses expériences sur la fermentation de l'urine en se servant de *liquor potassæ* bouillie pendant 20 minutes à 110°. M. Bastian a répété ses expériences dans ces conditions et néanmoins les bactéries apparaissent rapidement dans le liquide. M. Bastian espère que bientôt il pourra répéter ses expériences devant une Commission compétente. — M. Pasteur appuie la demande de M. Bastian.

M. Bergeron déclare opposer à M. Galippe le démenti le plus absolu; préoccupé des intérêts de la justice et de la santé publique, il ne veut pas que l'on se croie désormais autorisé à laisser le vert de gris se mélanger aux aliments.

M. Barral a toujours trouvé de l'iode dans l'huile extraite du foie des poissons. — Il a reconnu que dans le lait des animaux soumis au régime iodé, l'iode se rencontrait non-seulement dans le sérum mais encore dans la substance grasse.

M. Jobert a examiné au Brésil un poisson, le *Callicthys asper* qui présente de singuliers phénomènes respiratoires. Il avale de l'air et rend presque immédiatement par l'anus une quantité de gaz équivalente. Ce gaz contient de 2 à 4 0/0 d'acide carbonique et un excès d'azote ainsi que cela se voit chez le *cobitis fossilis*.

Dans quelques observations microscopiques, on a intérêt à faire varier la mise au foyer du micros cope sans toucher ni à l'instrument, ni aux objets et sans altérer la ligne de visée, — M. Govi y arrive en interposant entre l'objet et l'objectif une petite cuve contenant de l'eau dont le niveau peut être changé au moyen d'un vase communiquant.

M. Fagel présente son procédé de photo-micrographie, et M. Weyreneuf fait remarquer les nombreux avantages qui s'y rattachent. (Voir *Progrès médical*, p. 127.)

M. Marey a étudié les décharges d'une torpille au moyen de l'électromètre de Lippmann. Il a vu que l'addition des flux successifs d'une torpille était très-comparable à ce qui se passe dans la contraction musculaire.

M. Rabuteau a analysé le foie d'une femme morte de tuberculose et qui en 122 jours avait absorbé 43 gr. de sulfate de cuivre. Le foie de cette femme contenait 2 gr., 39 de cuivre. Il semble donc imprudent d'affirmer la mort par intoxication de personnes dont le foie contenait seulement 8 à 10 cent. de cuivre : il s'agit là d'une malade du service de M. Charcot, dont M. Bourneville a publié l'observation dans le *Progrès médical* (1874, p. 471).

M. J. GUÉRIN a injecté le sang, les selles, et l'urine de malades morts de fièvre typhoïde à des lapins. Ces lapins sont morts. M. Guérin en a conclu que les selles, le sang et l'urine des malades contenaient le poison typhique.

M. BRAME présente un mémoire sur le traitement des ophthalmies. Il préconise surtout l'iodure d'argent, le tannin et les ventouses scarifiées.

MM. FELTZ et RITTER ont empoisonné des animaux par les sels de cuivre. Ils proposent les conclusions suivantes : Bien que le sulfate de cuivre ne provoque pas la mort immédiate il ne peut être regardé comme inoffensif. Pour qu'il y ait mort, il faut une dose telle que personne ne consentirait à avaler de plein gré des aliments ou des boissons présentant un goût aussi atroce. — M. GALIPPE, en réponse à la protestation de M. Bergeron, déclare maintenir ses conclusions.

P. REGNARD.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 *mars* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. LABORDE expose à la Société les résultats d'expériences récentes sur la toxité des sels de cuivre. Employant de nouvelles méthodes, il est parvenu à faire absorber aux animaux une quantité de sulfate de cuivre suffisante pour déterminer des signes non équivoques d'empoisonnement. Tantôt il porte à l'aide de la sonde œsophagienne, dans l'estomac des chiens à jeun, le sel de cuivre mélangé à des aliments; tantôt il l'injecte sous la peau. Si la dose a été suffisante, l'animal meurt dans un état de prostration profonde et avec des symptômes d'entérite très-accusés. Les réactifs décèlent la présence des sels de cuivre dans les urines, ce qui prouve qu'ils ont été absorbés.

M. GALIPPE. Au point de vue de la toxicologie, les expériences de M. Laborde ne sauraient être considérées comme probantes. Les injections sous-cutanées de sulfate de cuivre déterminent des désordres locaux extrêmement graves. Il a vu un chien succomber à ces accidents locaux. Mais il ne croit pas que, en injectant sous la peau d'un chien 4 grammes de sulfate de cuivre dissous dans 30 grammes d'eau, on puisse faire mourir cet animal d'intoxication cuivrique.

M. LABORDE n'a pas vu se produire des désordres locaux dont parle M. Galippe. A l'autopsie, on ne trouve pas de péritonite par propagation, mais une entérite et une congestion des principaux viscères. Ces lésions sont produites par les sels de cuivre absorbés comme le démontre leur présence dans les urines de l'animal en expérience. — Un animal aussi résistant que le chien ne saurait, en 14 ou 15 heures, succomber à une simple inflammation ou même aux eschares survenant au niveau des piqûres. — L'intoxication par le cuivre est possible : un malade de l'hôpital de la Charité s'est suicidé en absorbant un sel de ce métal.

M. GALIPPE. L'autopsie de ce malade n'a pas été faite avec assez de soin pour établir un empoisonnement.

M. LABORDE. L'homme auquel il est fait allusion a réellement succombé à un empoisonnement par le cuivre, car il en a présenté tous les symptômes; en particulier, les vomissements bleuâtres et à odeur alliacée.

M. GALIPPE. Il est incontestable que les sels de cuivre sont toxiques, et on peut avaler du sulfate de cuivre comme on avale de l'acide sulfurique. Mais, au point de vue de la médecine légale, il est impossible d'empoisonner un homme avec du sulfate de cuivre, sans que celui-ci s'en aperçoive. Ce sel a une saveur tellement désagréable qu'une solution de 10 centigrammes dans un litre d'eau suffit pour provoquer, lorsqu'on en dépose une goutte sur la langue, le dégoût le plus profond. — Certains médecins légistes disent que les sels de cuivre peuvent tuer par les vomissements incoërcibles qu'ils occasionnent. Mais, à la dose de 10 centigrammes par litre, le sulfate de cuivre n'est même pas un vomitif; et, déjà, il est impossible de méconnaître sa saveur. — D'un autre côté, d'aucuns semblent admettre que dès qu'on a trouvé 3 milligrammes de cuivre dans le foie d'un homme, on peut conclure à un empoisonnement ; mais des exemples assez frappants démontrent le contraire. — M. BOCHEFONTAINE confirme l'opinion de M. Galippe.

M. RABUTEAU. Dès 1873, j'ai démontré, à l'aide du chlorure de cuivre, que ce métal est un poison musculaire et détermine la mort par arrêt du cœur. C'est une syncope qui survient et tue l'animal.

M. DURET fait connaître, par une note, les premiers résultats de ses recherches sur l'ordre d'apparition et le mode de formation des circonvolutions et de l'expansion pédonculaire.

M. ONIMUS. Des expériences qui ont été faites à propos de la métallothérapie, il m'est impossible d'admettre la conclusion suivante: Que, pour ramener la sensibilité dans les parties anesthésiées, l'action des courants faibles est plus efficace que celle des courants de moyenne intensité. Souvent, au contraire, on ne peut amener le retour de la sensibilité par l'action de courants très-faibles appliqués pendant 1 heure à 1 heure 1/2, tandis qu'on l'obtient très-vite, à l'aide d'un courant de 30 éléments.

I. BESSON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 *mars* 1877. — PRÉSIDENCE de M. BOULEY.

M. le Président annonce à l'Académie, la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Hervez de Chégoin, membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

— Suite de la discussion sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

M. GUÉNEAU DE MUSSY reprend une à une les objections qui lui ont été faites par M. Bouley et s'efforce de démontrer qu'elles n'infirment en rien les conclusions de son précédent discours. Les émanations des égouts sont nuisibles; c'est là une vérité contre laquelle il n'y a rien à dire. Les égouts isolés peuvent être le véhicule de l'infection; c'est encore là une vérité que viennent corroborer des observations innombrables et bien établies : épidémies de Tours, de Courbevoie, de Paris, de Windsor, de Croydon, etc., etc., expériences de Davaine, de Liouville, etc. Jusqu'ici on n'a pas pu montrer d'une manière tangible quelle était la nature du miasme typhogène, et cependant il existe. L'expérimentation est peu pratiquable en ce qui concerne particulièrement ce miasme.

Quoiqu'il en soit, il est certain qu'il y a un véritable danger public dans les conditions mauvaises où peuvent se trouver les égouts. Il est nécessaire d'exécuter immédiatement les prescriptions qui peuvent contrebalancer les effets nuisibles d'un mal indispensable. Ce faisant, on n'aurait pas à répondre à l'objection de jeter la terreur dans les esprits. Il est inutile de dissimuler et de prendre des ménagements, puisque tout en indiquant le mal, on donne en même temps le remède. M. Guéneau de Mussy termine sa communication en répondant à M. Jaccoud, auquel il reproche de n'avoir pas lu son travail primitif et d'avoir, par conséquent, présenté des allégations erronées et absolument incomplètes. Du reste, la théorie de M. Jaccoud est inadmissible ; car il n'est nullement prouvé que la seule décomposition des matières fécales puisse devenir l'origine de la fièvre typhoïde.

M. PÉAN présente à l'Académie une pièce anatomique qu'il vient d'enlever. C'est un kyste utérin ou plutôt un utérus kystique dont la structure et la nature lui semblent dignes d'attention. — Une commission est nommée pour étudier cette pièce. — Comité secret à 4 h. 1/2.

M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 15 *décembre* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Foyer gangreneux du lobe occipital. — Gangrène du poumon. — Ulcères simples de l'estomac; par Ch. SAZIC interne provisoire.

Ch... 32 ans, concierge, est entrée le 8 septembre 1876 comme atteinte d'aliénation mentale dans le service de M. VOISIN à la Salpêtrière. A son arrivée la malade présente un délire mélancolique avec refus de parler et de manger, peurs, craintes qu'on assassine ses enfants. Elle dit souffrir de douleurs épigastriques très-vives. Pas d'antécédents héréditaires. Parle très-peu mais facilement et la mémoire est conservée.

Intégrité des sens. Rien du côté du cœur ni des poumons. Marche facile, lente. Force des mains suffisante. Pas de modification dans la sensibilité des membres. Pas de douleur spinale spontanée ou à la pression.

9 *novembre* application d'un vésicatoire sur l'abdomen pour calmer les douleurs épigastriques.

7 *décembre*, la malade est très-affaiblie, la peau est sèche, la soif vive, l'haleine est excessivement fétide ; température fébrile, râles muqueux au sommet du poumon droit. Dilatation considérable des pupilles, urine rouge et trouble ; hématémèses et selles sanguinolentes. On diagnostique une gangrène pulmonaire. La sensibilité et la motilité explorées nouvellement ne présentent rien d'anormal. La malade a repris sa raison depuis le 27 novembre ; elle reconnaît et parle avec les personnes de sa famille qui sont venues la voir.

8, 9 *décembre* l'état de prostration augmente; aucun symptôme nouveau. On n'a pas remarqué de convulsions pendant toute la maladie.

Autopsie : Pas d'eschares au sacrum ni aux membres inférieurs, rien de particulier dans le crâne, ni dans la dure-mère.

Encéphale : poids 1,110. *Hémisphère droit*. A la partie la plus postérieure du lobe occipital, on constate un ramollissement qui a une étendue en largeur de 5 centimètres et d'avant en arrière de 3 centimètres. Il y a des adhérences entre les méninges et la substance grise. La partie ramollie est rougeâtre et il existe à sa limite une série de pertuis vasculaires gorgés de sang. La partie ainsi altérée occupe la substance grise des circonvolutions occipitales, mais surtout la substance blanche sous-jacente.

Ce ramollissement existe aussi au-dessus, à la partie la plus élevée des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et le lobule paracentral est lui-même, à sa partie supérieure, un peu atteint par le processus gangreneux. Au niveau de ces circonvolutions, la méninge est adhérente et ecchymosée.

Hémisphère gauche. Il n'existe pas d'adhérences cérébro-méningées; on y note seulement de la pâleur de la substance corticale de la couche optique et du corps strié. — Pas de lésions appréciables dans les nerfs de la base, le bulbe, la protubérance, ni dans les ventricules, le corps calleux.

Estomac. A l'extérieur présente une teinte violacée. Une ouverture faite laisse sortir une grande quantité de liquide sanguinolent avec caillots. — Le long de la petite courbure on voit quatre ulcères ronds, coupés à pic, de 3 à 5 millimètres. La tunique muqueuse est atteinte entièrement par un des ulcères. — *Poumons*. Adhérences pleurales à droite dans toute la hauteur. Gangrène avec liquide purulent du tiers supérieur du poumon droit. Au sommet du poumon gauche, deux cavités du volume d'un pois avec épaississement fibreux du tissu ambiant. — *Cœur*. Un caillot dans l'orifice pulmonaire. Sang fluide (dit groseille) dans le ventricule gauche. Pas de lésion valvulaire. — *Foie*. Décoloré, presque exsangue, mollasse.

Réflexions. L'histoire de cette malade nous paraît intéressante à plusieurs points de vue :

1° On y trouve la confirmation d'un fait déjà formulé par M. Charcot, que les lésions des lobes postérieurs du cerveau sont souvent silencieuses ;

2° Le défaut d'eschares fessières malgré la lésion des lobes cérébraux postérieurs, contrairement à l'assertion de M. Joffroy.

3° Enfin, la généralisation d'un processus gangreneux dans les principaux organes de l'économie, cerveau, poumons, estomac, coïncidant avec un état particulier de diffluence sanguine.

20. Hémorrhagie cérébrale ayant détruit la capsule externe et l'avant-mur du côté gauche. — Hémiplégie droite guérie en huit jours; par MM. Brault et L. de Beurmann, internes des hôpitaux.

Cou..., Michel, 71 ans, entre le 13 octobre 1876, à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. *Benj. Anger*), pour de vastes brûlures ayant détruit une partie de la peau du tronc et des bras. Ses antécédents pathologiques sont nuls.

17 *novembre*. Etant couché dans son lit, il est frappé d'apoplexie ; il perd connaissance et reste dans le coma pendant vingt heures à peu près. Le lendemain, il a repris connaissance, mais l'intelligence est encore très-obtuse, la parole est embarrassée, et il existe une hémiplégie droite caractérisée par la perte presque complète des mouvements du bras, l'affaiblissement de tous les muscles de la jambe et de la cuisse ; enfin, l'effacement du pli naso-labial du côté droit et l'immobilité du même côté de la face. La sensibilité est intacte dans tous ses modes ; il n'y a pas de déviation de la tête ni des yeux.

20 *novembre*. L'intelligence est presque complétement revenue ; la parole est lente, mais a repris toute sa netteté. L'hémiplégie faciale a disparu ; les mouvements du membre supérieur et du membre inférieur droits, sont encore faibles, mais notablement plus étendus qu'il y a deux jours.

L'amélioration s'accentue les jours suivants, et le 25 novembre on constate que les mouvements du bras et de la jambe droits ont repris toute leur force et leur étendue : ils sont redevenus égaux à ceux du côté gauche.

Les jours suivants, le malade reste dans le même état ; aucun autre accident d'origine cérébrale ne se produit ; il ne subsiste d'autre trace de l'attaque apoplectique du 17 novembre qu'un peu d'affaissement intellectuel.

Cependant, C.... s'affaiblit graduellement, et, le 13 décembre 1876, il succomba épuisé par la suppuration à laquelle donnent lieu, depuis son entrée, les vastes brûlures dont il est couvert.

Autopsie. On trouve dans le lobe cérébral gauche une vaste hémorrhagie ayant détruit la capsule externe, l'avant-mur et entamé un peu la partie externe du noyau extra-ventriculaire du corps strié. Le foyer a, d'avant en arrière, une longueur de 3 centimètres, sa hauteur est de 2 cent. 1/2, et sa largeur de 2 ou 3 millimètres seulement ; il a une forme à peu près linéaire, rectiligne, et est compris dans un plan antéro-postérieur parallèle à la grande scissure inter-hémisphérique. Son centre est occupé par un caillot sanguin noir, dense, adhérant aux parties voisines contuses et dilacérées. Celles-ci offrent une teinte rougeâtre ocreuse diminuant peu à peu d'intensité et se perdant à 1 centimètre environ des bords du foyer ; cette teinte est beaucoup plus accusée en dehors, en avant et en arrière, qu'en dedans (1).

Le lobe cérébral droit, le cervelet, les pédoncules et le bulbe ne présentent aucune altération — Rien à noter dans les autres organes.

Réflexions. Le diagnostic du siége de la lésion trouvée à l'autopsie avait été posé, pendant la vie, grâce aux notions que nous possédons actuellement, sur les localisations cérébrales. On sait, en effet, aujourd'hui, que les lésions produisant l'hémiplégie curable n'intéressent jamais, en aucun point, la capsule interne et siégent le plus souvent dans la capsule externe et l'avant-mur. Ce qu'il y a de particulièrement remarquable dans l'observation qu'on vient de lire, c'est la guérison extrêmement rapide d'une hémiplégie en rapport avec une hémorrhagie aussi considérable ; à ce titre, elle nous a semblé particulièrement démonstrative de l'exactitude des idées actuelles sur la pathologie cérébrale.

23. Hernie obturatrice étranglée; par M. Dusaussay, interne des hopitaux.

F. M., 80 ans, journalière, entrée le 15 décembre 1876 dans le service de M. Millard, à Lariboisière, (Sainte-Joséphine n° 9).

Les seuls renseignements que l'on put obtenir sont les suivants : malgré son grand âge ,la malade se porterait assez bien d'habitude. Il y a 8 jours, sans cause appréciable, elle aurait cessé d'aller à la selle et de rendre des gaz par l'anus, et presque aussitôt elle aurait été prise de vomissements incessants. Ces symptômes ont persisté depuis le début ; l'état général a été s'aggravant de jour en jour ; et la faiblesse est devenue extrême. C'est dans cet état que la malade est amenée à l'hôpital. Ajoutons que cette femme aurait eu l'habitude

(1) La pièce montrant le foyer sur une coupe horizontale antéro-postérieure, est déposée au Musée Dupuytren.

de porter, du côté gauche, un bandage herniaire. Il est impossible de savoir depuis quand elle portait ce bandage, pourquoi elle le portait et où elle le plaçait.

Le 16, au moment de la visite, la malade est dans l'état suivant : Face grippée, yeux excavés, faciès abdominal prononcé faiblesse très-grande. L'intelligence est très-obtuse ; la malade ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse. Depuis son entrée, la veille, elle n'a rien rendu par l'anus ; elle n'a pas vomi. — Le ventre est un peu ballonné, sans être très-tendu. On voit se dessiner quelques anses intestinales sous les téguments, au-dessous de l'ombilic. La pression sur l'abdomen paraît peu douloureuse. La palpation ne permet du reste de trouver dans le ventre ni tumeur, ni épanchement, ni empâtement.

Les régions inguinales et crurales des deux côtés sont explorées avec le plus grand soin. Nulle part on ne trouve de tumeur herniaire ; nulle part non plus on ne trouve de traces du bandage dont nous avons parlé précédemment. — Rien au cœur. Rien dans la poitrine. Extrémités froides. Pouls très-petit. Langue sèche, grillée. — *Prescription* : huile de ricin — potion cardiale. Ce purgatif n'est pas vomi, mais il n'amène aucune selle. La malade s'affaiblit progressivement et meurt à 7 heures du soir.

Autopsie le 18. — Les poumons, le cœur, le foie, etc., ne présentent rien d'intéressant à noter. Pas d'ascite. Pas de traces de péritonite. En examinant avec soin l'intestin laissé en place on n'aperçoit qu'une anse, qui correspond à la partie moyenne de l'intestin grêle, et engagée dans le canal sous pubien du côté gauche.

Le bout supérieur de l'anse correspond à la partie inféro-interne de l'orifice ; ce bout est notablement dilaté ; et cette dilatation s'étend aux quelques anses placées au-dessus du point étranglé, mais ne va pas jusqu'à l'estomac. Le bout inférieur, au contraire, est vidé et rétracté ; il est situé en dehors et au-dessus du précédent. Ajoutons que le bout supérieur est recourbé en arc de cercle sous-tendu par une corde mésentérique très-prononcée. Après avoir disséqué avec précaution la région obturatrice par l'extérieur, on constate immédiatement au-dessous de la branche horizontale du pubis, au-devant de la membrane obturatrice une tumeur de la grosseur d'une petite noix placée sous les muscles adducteurs, arrondie, fluctuante et d'une matité absolue ; c'est le sac de la hernie. L'intestin est fortement maintenu dans ce sac, car des tractions assez énergiques ne peuvent l'en dégager.

Pas de traces de sphacèle du côté de l'intestin qui, au-dessus de l'étanglement, a une coloration violacée assez prononcée. L'estomac et l'intestin jusqu'à la partie étranglée contiennent des matières fécaloïdes demi-liquides.

Du côté droit, il n'existe pas de hernie, mais l'orifice interne du canal sous pubien est très-notablement élargi puisqu'on y introduit sans difficulté le petit doigt qui pénètre dans une cavité assez grande pour loger presque toute la dernière phalange. — Le sac de la hernie n'a pas été ouvert, la pièce ayant été conservée pour être déposée au musée Dupuytren.

24. **Cirrhose du foie ; varices œsophagiennes ; mort par hémorrhagie** ; par M. Dusaussay, interne des hôpitaux.

Al. L., 36 ans, marchand des quatre saisons, entre pour la dernière fois à Lariboisière le 13 décembre 1876, salle Saint-Vincent n° 20, dans le service de M. Millard. — Depuis le mois de décembre 1874, ce malade est entré 5 fois chez M. Millard et chaque fois pour des vomissements de sang extrêmement abondants. — Pour ma part, il m'a été donné de l'observer à trois reprises différentes ; c'est avec les matériaux recueillis pendant chacun de ces séjours que je vais essayer de reconstituer l'histoire intéressante du malade.

Antécédents. — Al... a eu, en Afrique, pendant qu'il était au service, la fièvre intermittente et la dysenterie. Ce sont là, du reste, les seules affections graves dont il ait jamais été atteint. Depuis 1866 environ, jusqu'à la fin de 1874, il s'est livré à des excès alcooliques journaliers. Il avoue franchement qu'il buvait 3 à 4 litres de vin par jour. Aussi, avait-il depuis longtemps déjà des pituites, tantôt jaunes, tantôt vertes, qui revenaient chaque matin. Pendant cette période il n'a jamais vomi d'aliments, n'a jamais rendu de sang par aucune voie.

En résumé, en dehors de ces pituites, santé excellente jusqu'au milieu du mois d'octobre. A cette époque, sans cause connue, pendant son travail, Alexandre rend, sans efforts, une assez grande quantité de sang, par la bouche. Cet accident amène à sa suite une certaine faiblesse générale, pas assez grande toutefois pour forcer le malade à interrompre ses occupations. Sa santé était parfaitement rétablie quelques jours après.

A... avait repris ses habitudes de boisson, sans tenir compte de ce premier avertissement, lorsque, le 25 novembre, il est pris de nausées avec sensation de chaleur à la gorge, et il rend, en l'espace de quelques minutes, environ 2 litres de sang liquide, mais noir. Bientôt après, il a successivement plusieurs garde-robes liquides paraissant formées par du sang altéré.

Du 25 au 28 novembre, les hématémèses ne se reproduisent pas, mais les selles continuent à contenir du sang en abondance. Le malade, épuisé par ces pertes de sang, se décide à entrer à Lariboisière le 28 novembre (service de M. Millard).

Voici dans quel état il se trouve à ce moment : la faiblesse est tellement grande, qu'il peut à peine se remuer dans son lit, où il garde sans cesse le décubitus dorsal. Il existe une décoloration absolue de la peau et de toutes les muqueuses. Etourdissements et bourdonnements d'oreille continuels. Crampes et douleurs dans les membres inférieurs, Pouls rapide, dur. Souffle cardiaque au 1er temps, à la base ; souffle double dans les carotides. Rien dans la poitrine. Encore quelques nausées, mais pas de vomissements ; les garde-robes contiennent encore un peu de sang. Le ventre est très-ballonné, mais sonore partout. Pas d'ascite. Rien d'anormal du côté des vaisseaux de la paroi abdominale. Le foie a son volume normal. — Urines normales.

Prescription : Lait. — Glace. — Sirop de perchlorure de fer 30 grammes. — Vésicatoire à l'épigastre.

2 *décembre*. — Le malade n'a pas vomi et les selles ne contiennent plus de sang ; le tympanisme est beaucoup moindre. Au moment de l'entrée, A.... se plaignait, depuis deux jours d'une douleur assez vive à l'épigastre. Aujourd'hui cette douleur a disparu. — Du reste, même état. — On cesse le perchlorure.

8 *décembre*. — Le malade va beaucoup mieux : il est moins pâle, moins faible, ne vomit pas, va régulièrement à la selle (matières normales) ; il supporte bien le régime lacté exclusif.

11 *décembre*. — Très-léger œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. — Pas d'ascite. — Pas de varices. — Pas d'hémorrhoïdes. — Les urines ne contiennent pas d'albumine.

19. — Les forces reviennent quoique lentement. La peau et les muqueuses reprennent leurs couleurs normales. — Pas de vomissement ; pas de méléna. — On associe la viande et le pain au régime lacté.

20 *janvier* 1875. — Le malade sort absolument guéri (au moins en apparence). Les digestions se font bien ; le malade mange avec appétit, va régulièrement à la selle, il ne souffre nulle part. — Le foie a son volume normal. — Il n'existe ni développement anormal des veines sous-cutanées abdominales, ni ascite, ni œdème des jambes.

Au *mois de mai* 1875, le malade a une nouvelle hématénèse, cette fois peu abondante ; mais, en revanche, il perd, pendant plusieurs jours, une grande quantité de sang dans les garde-robes. Epuisé, il entre, pour la seconde fois, dans la salle Saint-Vincent, y reste juste un mois pendant lequel il est soumis au régime lacté le plus strict ; puis, au bout de ce temps, il sort, encore un peu faible, mais bien portant, ne perdant plus de sang, mangeant et digérant bien.

Il reste dans cet état pendant près de 6 mois, sans faire de nouveaux excès, au moins il le dit. Mais dans le courant de décembre 1875, toujours sans cause appréciable, 3e hématémèse, peu abondante comme la précédente, mais suivie de selles sanglantes excessivement copieuses. Cette fois A..... reste chez lui, se met au régime lacté, et 20 jours après, il se trouve assez bien pour pouvoir reprendre ses occupations.

5 *mai* 1876. — Alexandre entre pour la 3e fois chez M. Millard. Cette fois il est malade depuis 3 jours ; il n'a pas vomi,

mais il a été pris de coliques avec sueurs froides et sentiment de défaillance ; il a examiné ses garde-robes, et il a constaté qu'elles étaient formées exclusivement par du sang à peine altéré. Ce méléna ayant persisté, le malade profondément affaibli, a été obligé de suspendre son travail.

Au moment de l'entrée, on constate les mêmes symptômes qu'au mois de décembre 1874. Je trouve dans mes notes du 6 mai : Faiblesse extrême ; le malade ne peut se tenir assis sur son lit. — Décoloration complète des muqueuses et de la peau qui a la couleur de la cire. — Souffle anémique à la base du cœur et dans les carotides. — Douleur vive à l'épigastre, spontanée et augmentée par la pression. — Ventre ballonné, météorisme prononcé, *pas traces d'ascite.* — Pas de développement des veines sous-cutanées abdominales. — Le *foie* a son volume normal, pas de douleur à son niveau. — Pas d'œdème des membres inférieurs. — Le malade ne tousse pas ; la percussion et l'auscultation ne dénotent rien d'anormal de ce côté. — Deux garde-robes depuis l'entrée, composées en totalité de sang liquide d'un noir violacé. — Glace. — Régime lacté.

7 mai. — Pas de vomissements, mais persistance du sang dans les selles ; un demi litre rendu depuis hier.

10. — Garde-robes normales. Rien de nouveau à noter. Deux cautères à l'épigastre.

20. — Pas d'hémorrhagie nouvelle. Le malade, encore très-faible, est un peu moins pâle ; il ne souffre plus de l'estomac ; ses digestions sont bonnes. Régime lacté. — Deux nouveaux cautères à la région épigastrique.

12 juin. — Le malade n'a pas vomi depuis son entrée, le méléna n'a pas reparu. Le visage reprend une teinte rosée ; les forces reviennent ; la douleur épigastrique n'existe plus l'appétit est bon et les digestions régulières. — Pas d'œdème des membres inférieurs. — Le ventre a repris son volume normal. — Régime mixte.

15. — L'état général s'améliore de jour en jour.

22. — Santé parfaite. Le malade est presque en état de reprendre ses occupations. Il sort. — Il rentre pour la 4ᵉ fois le *6 juillet* 1876, moins de 15 jours après son précédent séjour. Une fois sorti de l'hôpital, il se garde bien de suivre les règles d'hygiène et le régime qu'on lui avait tracés ; aussi, il y a maintenant 8 jours, après avoir mangé du ragoût, il est pris de douleurs vives à l'épigastre, de nausées : il vomit son dîner, mais sans mélange de sang ; puis, quelques heures après, en allant à la selle il s'aperçoit qu'il perd de nouveau du sang par l'anus. Les jours suivants, les vomissements continuent ainsi que le méléna. Aujourd'hui, ces symptômes ont disparu et le malade ne conserve plus qu'une grande faiblesse. Il sort très-amélioré le *20 juillet*, mais trop faible encore pour travailler. — Il traîne jusqu'au *9 août*, rentre à ce moment dans le service de M. Jaccoud qui le soigne jusqu'au 17 septembre pour un ulcère de l'estomac.

Il sort de la salle Saint-Jérôme moins souffrant, mais encore très-anémié. Depuis cette époque jusqu'au 13 décembre, date de sa dernière rentrée, il n'a jamais été tout-à-fait bien portant. A plusieurs reprises il a recommencé à travailler ; mais, chaque fois, le manque de forces l'a obligé bien vite à s'arrêter. Toutefois, pendant cette période il n'a pas eu de nouvelle hémorrhagie.

13 décembre, soir. A. .. nous est ramené, perdant du sang par la bouche et par l'anus, depuis 3 jours ; la faiblesse du malade est telle qu'il peut à peine prononcer quelques mots. Pâleur cadavérique. — Pouls presque insensible. — Refroidissement des extrémités. — Le ventre est normal. — Pas de développement des veines abdominales. — Pas d'ascite (autant qu'un examen rapide permet de l'affirmer). — Pas d'œdème des jambes. — Boissons glacées. — Todd. — Sinapismes.

14 et 15. Pas d'hématémèses, mais plusieurs selles sanglantes. — Etat général très-mauvais. — Subdelirium sans agitation. — Syncopes au moindre mouvement. — Pas de fièvre, — Pouls presque insensible. — Pas de convulsions. — Dans la journée du 15, A.... s'affaiblit encore, s'il est possible, et s'éteint le 16 décembre, un peu avant la visite.

AUTOPSIE le 17, 25 heures après la mort. Les organes *encéphaliques* ne présentent absolument rien à noter. Les deux *poumons* sont complétement exsangues, du reste parfaitement sains ; ils sont tous deux fixés à la paroi thoracique par des adhérences anciennes. Pas d'épanchement pleural. — Le *péricarde* est sain, ne contient pas de sérosité.

Le *cœur* est de volume normal. — Teinte feuille morte assez prononcée du myocarde. — Pas de lésions valvulaires. La *cavité péritonéale* contient à peine quelques cuillerées de sérosité transparente ; pas de fausses membranes ; pas de signes de péritonite. *Epiploon* et *mésentère* extrêmement graisseux, Le *foie* est notablement moins volumineux qu'à l'état normal. Il mesure transversalement 24 centimètres ; 14 seulement d'avant en arrière et 6 verticalement. Il pèse 1360 grammes. Sa capsule est épaissie, sa surface très-irrégulière, lobulée, mamelonnée. L'extrémité gauche surtout est très-déformée ; elle est comme étranglée, comme pédiculée. Le tissu hépatique est dur et crie sous le couteau ; en outre il est complètement exsangue. Sur une coupe, le tissu est formé par des îlots jaunâtres séparés les uns des autres par des tractus d'un blanc grisâtre, les vaisseaux restent béants, mais ne paraissent pas dilatés. Les *voies biliaires* sont normales. — La vésicule est remplie d'une bile visqueuse, de couleur brunâtre foncée ; on n'y trouve pas de calculs.

La *rate* est sensiblement augmentée de volume, il existe de la périsplénite manifeste ; à la coupe le tissu est beaucoup plus dense qu'à l'état normal ; il présente une couleur rose pâle uniforme. Le *pancréas* est sain. Les *reins* ont leur volume normal : ils se décortiquent facilement et ne présentent, à l'œil nu, d'autre altération qu'une anémie extrême, anémie qu'on retrouve, du reste, au même degré, dans tous les organes.

Tube digestif. — Le *pharynx* est sain. Il n'en est pas de même de l'*œsophage*. On trouve en effet, dans ce dernier, des *varices* très-accusées. Ces varices commencent *brusquement à 2 centimètres au-dessus du cardia*, qui lui est sain, et de là, remontent vers le pharynx dans une hauteur de 9 centimètres. Ces varices font tout le tour de l'œsophage, mais sont plus prononcées cependant à la partie postérieure du conduit. Elles sont constituées par des veines un peu flexueuses, assez régulièrement longitudinales, anastomosées de distance en distance et de volume variable. L'une d'elles, située en arrière, a presque le volume d'une plume d'oie, les autres sont plus petites. — Au moment de l'autopsie ces veines, dilatées, ont une coloration noirâtre qu'elles doivent au sang dont elles sont gorgées. — Dans toute la hauteur occupée par les varices, la muqueuse œsophagienne a une teinte plus foncée qu'à l'état normal. Au-dessus et au-dessous elle reprend brusquement sa couleur habituelle. — En dehors de ces lésions, on constate en outre, 3 ulcérations situées sur 3 veines dilatées. Deux de ces ulcérations sont extrêmement superficielles ; ce sont plutôt des érosions de 1 millimètre de diamètre, placées sur de petites veines dont elles n'ont entamé qu'en partie les tuniques. Il n'en est pas de même de la 3ᵉ ulcération qui se trouve sur le gros vaisseau décrit plus haut. Ici toutes les tuniques ont été détruites, de telle sorte que la lumière de la vessie communique avec la cavité œsophagienne, par un orifice de 2 millimètres environ, et si nettement arrondi, qu'il semble taillé à l'emporte-pièce. Dans tous les autres points, les parois des varices sont intactes, mais elles sont presque partout très-amincies. Un stylet, introduit par l'ulcération précédente pénètre, sans difficulté, dans la veine, à une assez grande distance. Cette expérience, répétée sur des varices voisines, donne le même résultat. Du reste la paroi interne des veines dilatées est lisse et ne présente rien qui ressemble à des valvules.

L'*estomac* renferme environ 300 grammes de sang, en partie liquide, en partie coagulé, et mêlé à du mucus filant. Une fois lavé, il se présente dans un état d'intégrité parfaite : on n'y trouve ni ulcérations, ni vascularisation anormale, ni épaississement. Ajoutons que la *veine coronaire stomachique* est normale, ainsi que les veines thoraciques, en dehors de l'œsophage.

L'*intestin* est rempli de sang, surtout le gros intestin. On évalue à un litre au moins la quantité totale. Comme l'estomac, cette partie du tube digestif est saine d'un bout à l'autre. A peine, de place en place, quelques taches rougeâtres

qui paraissent le résultat de l'imbibition. — On ne trouve pas d'*hémorrhoïdes*.

L'examen microscopique du foie a été fait, au collége de France, par mon ami Dave qui a constaté, dans le point examiné, les lésions caractéristiques, mais encore peu avancées, de la cirrhose multilobulaires de MM. Charcot et Gombault. L'état ratatiné du foie et son atrophie commençante, permettent de penser que l'examen, répété sur d'autres points, aurait fait trouver des lésions plus avancées

25. Abcès du cerveau; par M. Dusaussay, interne des hôpitaux.

M..., 35 ans, dessinateur, entré le 8 décembre 1876 à Lariboisière (service de M. Millard), salle St-Vincent, nº 16.

Les renseignements suivants sont fournies par la femme du malade. Depuis longtemps M... fait de continuels excès de boisson. Malgré cela il a toujours eu une bonne santé jusqu'en 1875, époque à laquelle il a eu une pleurésie à droite. Depuis, il a toujours toussé et a craché du sang à plusieurs reprises

Il y a 15 jours, sans cause appréciable, le malade éprouve une sensation bizarre; il lui semble que sa tête se détraque tout d'un coup. En dehors de cela, rien. Mais à partir de ce moment la mémoire, bonne jusque-là, commence à diminuer très-sensiblement et d'une façon continue.

Le 8 décembre, c'est-à-dire le matin même de l'entrée, M... éprouve une certaine faiblesse dans tout le côté droit. Cette parésie très-légère, jointe à la diminution de la mémoire constitue tout ce qu'on a noté avant l'entrée du malade à l'hôpital.

9 *décembre*. Le visage est pâle et a une expression d'hébétude très-marquée. Le malade comprend très-bien les questions qu'on lui adresse; mais ses réponses sont lentes à venir; on voit qu'il est obligé de faire un grand effort pour se ressouvenir des choses sur lesquelles on l'interroge. Du reste, il n'existe aucun trouble de la parole.

Rien du côté des yeux. Pas de paralysie du côté de la face. Faiblesse peu accusée de la main droite. Le malade traine un peu la jambe droite en marchant. Sensibilité intacte partout. Constipation. Urines normales. Rien au cœur. Matité dans la moitié inférieure du poumon droit en arrière. A ce niveau respiration un peu faible, mélangée de frottements et de râles peu abondants. — Rien dans le reste de la poitrine. T. 37°; soir, T. 37°,2.

10 *décembre*. La parésie est un peu plus prononcée qu'hier. Cependant le malade put encore marcher et se servir de sa main droite pour manger. Rien autre à noter.

Vésicatoire à la nuque. T, soir 37°3.

11 *décembre*, M.... peut à peine remuer son bras droit. La paralysie de la jambe droite est également plus prononcée, moins cependant que celle du membre supérieur, car le malade peut encore faire quelques pas, soutenu par l'infirmier. Rien a la face. Intelligence très-obtuse. Répond encore aux questions qu'on lui adresse. T. matin, 37° 3.: soir, 37°

12 *décembre*. Paralysie absolue du bras droit; moins complète de la jambe droite du même côté. Très légère hémiplégie faciale droite. Le malade siffle encore très-bien. Il s'étrangle quelquefois en buvant. Sensibilité conservée. Le soir, hémiplégie droite absolue. Pas de mouvements reflexes. Les réponses deviennent de plus en plus lentes. T. matin, 37° 4; soir, 37° 5. Lavement purgatif.

13 *décembre*. Ne peut presque plus parler. Du reste, même état. T. matin, 36°,8; soir, 37°.

14 *décembre*. Le malade comprend encore ce qu'on lui dit, car il tire la langue, ferme les yeux, etc.; mais à toutes les questions il ne répond autre chose que «monte à terre, monte à terre». Ce sont les seules paroles qu'on puisse lui arracher. Hémiplégie droite absolue. Pas de mouvements reflexes. Sensibilité persiste intacte. La face semble toujours très-légèrement déviée à gauche. Pupilles égales, de dimension moyenne. Pas de strabisme. Paralysie des spincters. Quelques râles de Bronchite des deux côtés, en avant, sans matité.

En arrière matité très-accusée dans la moitié inférieure droite — frottements à ce niveau. — Rien aux sommets. Matin. T. 37°, 2 : soir. T. 36°, 9.

15. Sensibilité un peu ralentie du côté paralysé. Quelques mouvements réflexes. Bouche légèrement tirée à gauche. Ne peut plus siffler. Rien dans le reste de la face. Intelligence intacte — mais ne répond pas un mot. Les urines et les matières fécales sont rendues involontairement. Matin. T. 37°; soir. T. 37°.

16. Le matin, même hémiplégie droite absolue avec contracture des fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras. — Paralysie de la moitié inférieure droite de la face. Rien du côté des yeux. Comprend bien, mais ne parle plus. Déglutition normale. T. 37°, 2. Le soir, chute de la paupière supérieure droite. Contracture plus prononcée du bras; elle augmente dès qu'on touche le membre. De temps en temps mouvements spontanés et involontaires de pronation et de supination. T. 37°, 5.

17. Pas de contracture. Coma. Respiration stertoreuse sueurs profuses. Résolution et insensibilité complètes. P. 140; R. 48; T. 38°, 2; soir. P. 160; R. 60; T. 39°, 6. 18, mort à 3 heures du matin.

Autopsie le 19. *Cœur* sain. *Poumons*. Pas de tubercules. Un peu de congestion aux deux bases. Adhérences anciennes du côté droit. Rien du côté des *méninges*.

Cerveau. Abcès siégeant à la partie moyenne de l'hémisphère cérébral gauche (voir à la séance du 29 décembre les résultats de l'examen fait au laboratoire de M. Charcot.)

26. Dilatation anévrysmale symétrique des sylviennes à leur origine. — Rupture de la poche droite dans le troisième ventricule. — Nappe sanguine sous-méningée due à la rupture de l'artère sylvienne droite vers la partie moyenne de la scissure de sylvius (plaques athéromateuses); par M. G. Marchant, interne des hôpitaux.

El., 50 ans, ménagère. Pas de renseignements sur les antécédents de cette malade qui est apportée (service de M. le Dr C. Paul) à l'hôpital Saint-Antoine le 18 décembre 1876. Le matin même elle a été prise subitement d'une attaque, à la suite de laquelle elle a perdu connaissance. Plongée dans le coma au moment de son entrée, elle présente une paralysie motrice complète du bras gauche, incomplète de la jambe gauche, c'est-à-dire qu'elle peut lui imprimer encore quelques mouvements; par exemple lorsqu'on la pince, on la voit remuer ce membre comme pour se soustraire à cette douleur. La sensibilité est conservée partout (sensibilité à la douleur), mais elle parait plus lente au membre inférieur gauche que dans les autres points du corps.

Du côté de la tête on observe une déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite. La déviation des yeux n'est pas absolue en ce sens que la malade suit un objet lumineux qu'on place devant ses yeux : mais ce mouvement des globes oculaires s'arrête à droite dès que l'axe antéro-postérieur de l'œil a atteint la ligne médiane ; en un mot, la malade ne peut pas regarder avec son œil droit, du côté gauche au-delà de la ligne médiane. (Cet examen a été rendu assez facile, car le lendemain de son entrée la malade avait repris un peu connaissance). Les pupilles se contractent mal.

Enfin, la malade présente une contracture généralisée, tant dans les membres supérieurs qu'inférieurs; cette contracture est passagère, variable, mais pas plus prédominante d'un côté que de l'autre. Paralysie des sphincters.

Pendant les quelques heures où la malade a pu répondre vaguement à nos questions, elle a accusé une vive douleur de tête à droite: elle y portait constamment sa main.

Morte dans la journée du 20 décembre après avoir présenté du stertor et une gêne respiratoire croissante.

Autopsie, le 22 décembre. L'examen des organes de la cavité thoraco-abdominale ne présente rien de spécial. Plaques athéromateuses sur l'aorte près de son origine; pas de lésions valvulaires du cœur.

A l'ouverture de la cavité crânienne, après avoir incisé la dure-mère, les faces externes et supérieures du cerveau apparaissent, rouges, infiltrées d'une nappe sanguine rouge noirâtre — cette infiltration est sous-méningée, c'est-à-dire qu'elle n'est pas en rapport avec la face interne de la dure-mère. L'encéphale enlevé, et le cerveau reposant sur une table par

sa convexité on aperçoit sur sa face inférieure deux dilatations anévrysmales de la sylvienne à son origine, du volume d'une petite noisette, et recouvertes par les lèvres de la scissure de Sylvius.

La communicante antérieure naît des deux côtés de ces dilatations. En écartant la scissure de Sylvius on aperçoit sur l'artère une série de petites dilatations en chapelet du volume d'un petit pois. Une de ces dilatations a cédé même, au niveau de la paroi moyenne de la scissure Sylvius et le sang a fait irruption sous les méninges: il a suivi les sillons cérébraux comme autant de canaux et est venu baigner peu à peu tous les points de la convexité de l'hémisphère. De là cette teinte sanguine qui nous a frappé au premier abord. Le tronc basilaire est lui-même athéromateux et dilaté par place.

En faisant une coupe antéro-postérieure de l'encéphale et en faisant passer le couteau à travers la scissure inter-hémisphérique on a pu constater que le troisième ventricule était gorgé de sang et que la dilatation anévrysmale droite s'était rompue dans son intérieur.

Cette observation nous a paru intéressante surtout au point de vue anatomo-pathologique. Il y a ici en effet une certaine symétrie des lésions vasculaires. Il est probable que la rupture de la poche anévrysmale droite et de la petite dilatation située plus haut et à gauche sur le parcours de la sylvienne ont eu lieu en même temps. Les phénomènes de contracture observés pendant la vie peuvent être mis sur le compte de l'hémorrhagie ventriculaire et de l'infiltration sanguine généralisée de la surface du cerveau: peut-être aurait-on pu trouver dans le moment précis du début de la contracture une donnée capable d'établir si la contracture doit être mise plutôt sur le compte de la rupture anévrysmale qui a été soudaine, qu'attribuée à la nappe sanguine qui a demandé pour se répandre un certain laps de temps.

Ce problème ne présente pas d'ailleurs grand intérêt: nous n'avons pu avoir sur ce point aucun renseignement.

27. Hémorrhagie cérébrale ; par M. Barié, interne des hôpitaux.

Hémorrhagie cérébrale survenue à l'âge de onze ans. — Foyer hémorrhagique cicatrisé, occupant la capsule externe, le noyau lenticulaire gauche et s'étendant en avant sur la capsule interne. — Hémiplégie droite indélébile, avec raccourcissement et atrophie considérables des membres paralysés et contracture permanente des fléchisseurs des doigts et des orteils. — Nouvel ictus apoplectique survenant six ans après : Convulsions épileptiformes, déviation conjuguée des yeux ; abaissement unilatéral de la température, coma. — Mort. — Action nuisible de la faradisation.

Clara L....., âgée de 17 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. le docteur Peter, Sainte-Adélaïde, nº 14), le 28 novembre 1876. Cette jeune fille, à l'âge de *onze* ans, après s'être couchée au mois d'avril, dans une prairie humide et y avoir dormi pendant plusieurs heures, fut saisie par le froid et se réveilla frappée d'hémiplégie droite, qui persiste depuis six ans, sans aucune amélioration, et pour laquelle elle vient réclamer des soins.

Cette jeune fille, vigoureuse pour son âge et fort intelligente, se présente à nous avec les caractères suivants :

Hémiplégie des membres supérieur et inférieur, du côté droit, sans paralysie faciale : le bras, absolument inerte, pend le long du thorax; la malade déclare qu'il est absolument *mort*. L'avant-bras est dans une demi-flexion permanente sur le bras, en outre, les *doigts contracturés*, sont fléchis dans la paume de la main, et cela si fortement, qu'en les soulevant un peu, on distingue leur empreinte, profondément marquée sur la face palmaire de la main.

Le *membre inférieur* droit est également paralysé, mais moins complétement, car la malade peut rester debout, à condition de prendre un point d'appui sur une canne ou un meuble. La marche est possible, mais elle est très-lente et la malade traîne sa jambe droite, pour ainsi dire à la remorque. La paralysie n'a porté que sur la motilité; la sensibilité paraît intacte au bras et à la jambe. De plus, les *membres paralysés présentent un raccourcissement considérable*, avec *atrophie en épaisseur*. Voici d'ailleurs les mensurations comparatives :

	CÔTÉ SAIN.	CÔTÉ PARALYSÉ.
Longueur : De l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe.	Membre inférieur gauche. 0,85 centimètres.	Membre inférieur droit. 0,83 centimètres.
Epaisseur : Circonférence passant par le milieu de la jambe.	Jambe gauche. 0,315 millimètres.	Jambe droite. 0,265 millimètres.
Longueur	Membre supérieur gauche. 0,515 millimètres.	Membre supérieur droit. 0,510 millimètres.
Épaisseur : Masses musculaires à la partie médiane du bras.	Bras gauche. 0,255 millimètres.	Bras droit. 0,240 millimètres.

Par suite du raccourcissement du membre inférieur droit, il résulte une véritable claudication, qui vient encore gêner la marche, déjà si difficile.

En dehors de cette hémiplégie, la jeune fille a une excellente santé; beaucoup d'appétit; rien au cœur ni aux poumons. Menstruation irrégulière. — Durant la première semaine de son séjour dans nos salles, la malade n'a pris que des bains sulfureux, mais dès les premiers jours de décembre, il fut décidé qu'on aurait recours à la faradisation. La malade fut en effet électrisée méthodiquement tous les deux jours. Ce traitement semblait lui être très-pénible : après chaque séance, elle se plaignait vivement d'une céphalalgie frontale extrêmement vive, qui durait plusieurs heures, elle était en outre couverte d'une sueur abondante, et pendant le reste de la journée devenait très-nerveuse et impressionnable. Malgré tout, la malade désirait vivement que l'électrisation fût continuée, car dès la troisième séance, elle ressentait une certaine chaleur avec une sorte d'excitation dans le membre supérieur, qui lui paraissait être devenu moins inerte. L'usage des bains sulfureux était continu; plusieurs fois la malade s'y était trouvée mal, et assez fréquemment le matin, elle était sujette à des évanouissements. En présence de ces malaises répétés, M. Peter fit, le 16 décembre, cesser complétement la faradisation, qui était devenue d'ailleurs fort douloureuse.

18 *décembre*. — Depuis deux jours, la malade est plus souffrante, elle n'a plus d'appétit; elle paraît très triste ; elle répond lentement aux questions et a un certain embarras de la parole, quelques mots même sont complétement bredouillés. — Vers 6 heures du matin, la malade se disposait à aller aux bains sulfureux, mais à peine debout, elle perd connaissance et est prise d'attaques convulsives violentes.

A 8 heures et demie, nous la trouvons dans l'état suivant : Face rouge, couverte de sueur abondante, ainsi que le reste du corps ; *la face est inclinée à gauche*, et toute la tête repose appuyée sur l'oreille et la joue gauches, en même temps, il y a une *déviation conjuguée des yeux à droite*. Ces signes ont persisté jusqu'à la mort, et si on venait à déplacer la face et à la faire regarder à droite, elle reprenait sa rotation à gauche quand on l'abandonnait à elle-même. En outre, le bras droit est le siége de secousses, de *convulsions cloniques* constantes; l'avant-bras a gardé sa demi-flexion sur le bras et les doigts sont toujours contracturés en flexion; notons aussi qu'il y a un certain degré de contracture du bras gauche, dans la flexion, mais sans convulsion aucune. La face est normale, pas de secousses convulsives; déjà seulement une très-petite quantité de salive mousseuse à la commissure labiale gauche. — Perte complète de connaissance, la malade pousse de temps à autre une sorte de grognement inarticulé, lorsqu'on lui adresse la parole. La sensibilité est complétement obtuse sur toutes les parties du corps. — Dyspnée excessive, râles trachéaux nombreux.

Les pupilles sont dilatées d'une façon égale des deux côtés, et complétement insensibles à la lumière. — *Temp. axill.*, 39,4. — *Pouls*, 135. — *Respiration*, 82. — Le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal. Pas de vomissements.

En présence de ces symptômes graves et subits, il y avait

lieu de songer qu'il s'était formé brusquement un nouveau foyer hémorrhagique ou peut-être des poussées congestives autour du foyer primitif; de plus, il était possible, vu les attaques convulsives épileptiformes, que la lésion fût proche d'un ventricule, *peut-être même y avait-il* une véritable inondation de cette cavité. Enfin on pouvait encore songer à la possibilité d'une hémorrhagie méningée. M. Peter prescrivit une saignée de 400 grammes, un lavement purgatif et 2 grammes de bromure de potassium, sinapismes. Une heure après la saignée, l'état général ne s'était pas amendé : T. ax., 39°,8; P., 132. — Soir, 5 heures, je trouve la malade dans le même état que le matin, les secousses convulsives persistent et n'ont pas cessé dans la journée.

Les yeux sont excavés profondément. Sensibilité complétement abolie. En outre, on peut observer le phénomène suivant:

Toute la moitié droite du corps est très-refroidie; sur la face il semble qu'une ligne partage exactement la région en deux parties égales; toute la moitié droite est refroidie; une aile du nez, la moitié du menton, etc., etc., sont froids, l'autre moitié a conservé sa température normale. De même les membres supérieur et inférieur droit (côté paralysé) sont beaucoup plus froids :

Températures comparatives :

Avant-bras droit, 34°,2 ; —Avant-bras gauche, 36°; *Tempér.* axil. 40°,7; — Pouls, 170° ; — Respir., 100°.

Mort dans la nuit à 2 heures du matin.

AUTOPSIE le 20 décembre (1). Rien de particulier dans les organes thoraciques ou abdominaux.

Cerveau. — *Méninges* absolument normales. En faisant la *coupe verticale post-mamillaire*, sur l'*hémisphère gauche*, nous trouvons un foyer hémorrhagique ancien, déjà cicatrisé. Ce foyer qui a plus de 0 m. 05 cent. de long., occupe la plus grande partie de la capsule externe, le 3e segment du noyau lenticulaire et se prolonge en avant, dans la capsule interne, jusqu'au niveau de la couronne rayonnante, bien au-delà du noyau caudé.

Sa plus grande largeur, située en amont du noyau lenticulaire mesure 0,007 millim. Ce foyer est très-ancien, il a une teinte grisâtre prononcée, ses parois sont garnies par un tissu très-ténu, lâche, tout-à-fait analogue à une toile légère de tissu conjonctif. C'est un foyer cicatrisé, devenu celluleux. — A sa pointe antérieure seule, on retrouve quelques petites trainées jaunes ocreuses. — Tout autour le tissu cérébral est normal et ne présente aucune trace de poussée conjonctive. C'est la *seule* lésion que nous trouvions dans l'encéphale malgré les coupes les plus minutieuses. Rien dans les ventricules.

Cervelet, normal.

Bulbe. La pyramide antérieure gauche présente une teinte gris-sale qui tranche sur la coloration blanche de la pyramide droite. En outre, elle parait un peu aplatie, déprimée transversalement.

Moelle épinière. Toute la région antérieure présente une coloration *jaunâtre* et une *dureté remarquable*, on dirait une *moelle de liége*. Les régions postérieures semblent normales. Rien à signaler dans les méninges spinales.

La moelle épinière conservée et durcie dans l'acide chromique très-dilué sera examinée ultérieurement au microscope.

RÉFLEXIONS. — L'histoire de cette malade nous semble être des plus intéressantes : Elle doit être examinée au point de vue de l'accident primitif datant de 6 ans, et de l'ictus apoplectique récent qui a amené la mort.

A. — Il y a 6 ans cette jeune fille a été brusquement frappée d'hémiplégie droite, laquelle a persisté jusqu'à sa mort en s'accompagnant d'atrophie et de contracture des membres paralysés. L'autopsie nous donne la clef de ces phénomènes cliniques; un foyer hémorrhagique s'est formé à son siège le plus habituel. aux dépens d'une artère lenticulo-striée, artère de l'hémorrhagie cérébrale de Charcot, de la capsule externe, et dans la partie la plus externe du noyau lenticulé. Fut-il resté localisé dans ces régions, l'hémiplégie était susceptible de s'amender, mais le foyer dépassant le noyau extra-ventriculaire, est venu envahir la capsule interne dans sa portion antérieure. Or, il est bien établi aujourd'hui, que les lésions de cette région amènent avec elles, une *hémiplégie motrice indélébile* suivie bientôt de *contracture* des membres paralysés. Ces faits décrits par Turck (de Vienne) 1852; par Cruveilhier, par M. Bouchard, et remis en lumière par M. Charcot, ont été attribués à une myélite consécutive qui envahirait surtout les cordons latéraux; elle a été décrite sous le nom de *sclérose médullaire fasciculée descendante*, partie de l'encéphale, la lésion envahit la protubérance et la pyramide bullaire du même côté, pour passer de là dans le cordon latéral du côté opposé. Rappelons que chez notre malade la pyramide antérieure du même côté était grisâtre, et légèrement aplatie, ce qui est conforme aux données anatomiques précédentes.

L'autopsie a donc expliqué de tous points les phénomènes de l'hémiplégie indélébile observée chez notre malade. Quant à l'atrophie en longueur et en épaisseur des membres paralysés ce sont là des phénomènes d'*arrêt de développement*, lésions nerveuses, s'étant produites pendant la période de croissance de l'individu.

B. — Pour de ce qui est des phénomènes ultimes, il faut avouer que l'autopsie ne nous fournit aucun éclaircissement, et la cause de ce nouvel ictus apoplectique nous semble des plus obscures. En effet, pas traces de lésions récentes : ni nouveau foyer, ni poussées congestives autour de l'ancien, rien dans les ventricules. En l'absence de toute explication anatomique, nous serions peut-être autorisés, à proposer l'explication suivante : On se rappelle combien était douloureuse l'électrisation pour la malade : chaque séance était suivie de céphalalgie intense et tenace, en outre, toute la journée la malade était dans un état de surexcitation nerveuse remarquable. Ne pourrait-on pas supposer qu'il y a eu une excitation profonde vers les centres nerveux, capable de provoquer les accidents ultimes? Nous n'avons trouvé dans les auteurs, aucune relations d'accidents graves produits par la faradisation, aussi nous ne proposons cette explication que sous toutes réserves, n'ignorant pas combien peu elle satisfait l'esprit.

(1) Dessin dans l'album de la Société.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

M. LIBERMANN présente une *lampe à réflecteur* pour le pharynx, les fosses nasales et le larynx et permettant d'examiner les malades dans leur lit.

M. E. Besnier lit son rapport trimestriel sur les *maladies régnantes* (V. le n° 11 du *Progrès médical*).

M. PETER continue sur le *Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids*, l'argumentation qu'il a commencée dans la dernière séance.

Chez les malades atteints de fièvre typhoïde, et traités par les bains froids, on a signalé des accidents que paraissent n'avoir jamais observés les anciens médecins, et qui semblent être de véritables catastrophes. Telle est la mort subite dans le bain. Un médecin de Lyon, chargé d'un service où l'on applique journellement la méthode, un jeune médecin de l'Ain, M. M. Raynaud à Lariboisière, ont vu des cas de syncope pendant un bain, et le médecin de Lyon, comme M. M. Raynaud n'hésitent pas à attribuer au bain cet accident.

Les hémorrhagies nasales et surtout les hémorrhagies intestinales sont beaucoup plus fréquentes chez les malades traités par les bains froids. Biermer, grand partisan de la méthode, avoue cependant qu'il a observé souvent des hémorrhagies intestinales, et que la mort pouvait dans un certain nombre de cas, être attribuée à cet accident. Il en est de même à Lyon, à Paris même : dans le service de M. Féréol, une femme était prise d'épistaxis à la suite de chaque bain.

Les bains froids ont dans quelques cas amené des phlegmasies véritables. M. Proust a vu mourir de pneumonie deux malades traités par les bains froids. La pleurésie, complication si rare dans la fièvre typhoïde, a été constatée un certain nombre de fois, chez les malades soumis aux bains froids; on a aussi vu des vomiques. On a même observé des acci-

dents absolument étranges, des douleurs atroces dans les membres, et dans un cas à la suite de ces douleurs un panaris avec nécrose, souvent aussi des abcès multiples.

M. Peter revient ensuite sur l'hyperthermie, point de départ de la méthode de Brandt. C'est elle, dit-on, qui fait tout le mal; mais on peut avoir 41° et même 42° sans aucun des phénomènes nerveux que l'on attribue à cette élévation de température. Un chirurgien des hôpitaux a pu suivre un malade qui, pendant 8 jours, eut une température supérieure à 42° et guérit néamoins. M. Krishaber a fait sur lui-même au Hammam une expérience intéressante : après un séjour de trois quarts d'heure dans une étude sèche à 80°, il avait une température de 41° et le pouls à 148; étant de nouveau entré dans l'étuve après un certain temps de repos, il vit la température atteindre 41°, 4 et le pouls devenir incomptable; le lendemain seulement, les choses étaient rentrées dans l'état normal. Or, pendant tout ce temps, l'intelligence était parfaitement conservée, et toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement. Comment donc soutenir après cela que l'hyperthermie est le phénomène capital dans la fièvre typhoïde, et celui qui fait tout le mal?

M. Féréol n'a pas une seule fois observé d'abcès sur 36 malades traités par les bains froids. A. S.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

A l'ouverture de la séance du mercredi 14 mars, M. Panas a annoncé la mort de M. Dolbeau, ancien président de la Société de chirurgie; la séance a été levée immédiatement.

Séance du 21 mars 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Marjolin, rapporteur d'une commission composée de MM. Giraud-Teulon, Boinet, et Marjolin, donne lecture du rapport relatif aux réclamations que M. le comte de Bruc a adressées à la Société, au sujet d'une communication de M. Lefort. La Commission s'est livrée à une enquête minutieuse. Elle a écrit au secrétaire de l'Université de Londres, et il lui a été répondu : que jamais M. de Bruc n'avait été reçu docteur de cette Université, et que toute pièce conférant à M. le comte de Bruc le titre de docteur *doit être considérée comme un faux diplôme*. La Commission en a conclu que tous les faits énoncés par M. Lefort sont absolument exacts, et que M. Lefort n'a rien à rétracter des termes dont il s'est servi à l'égard de M. de Bruc. — Les conclusions de la commission, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.

M. Verneuil lit un rapport sur deux travaux de M. le docteur Nepveu, intitulés : 1° Contribution à l'étude de la dénudation des nerfs; 2° contribution à l'histoire du lymphangiome de la langue.

M. Terrier, donne lecture d'un rapport sur l'étude clinique de l'ostéosarcome des membres, par M. Poinsot.

M. Gillette, à l'occasion de cette lecture, fait remarquer que le diagnostic de l'ostéosarcome des membres, n'a pas été fait par M. Poinsot, dès le début de l'affection.

M. Tillaux. Le diagnostic est presque toujours impossible, quand on n'assiste qu'au commencement de la maladie. On ne sait si l'on a affaire à un ostéosarcome ou à une tumeur blanche. Mais, au bout de quelque temps, le diagnostic devient assez facile. Il est un signe auquel on peut s'en rapporter : lorsqu'un individu est atteint d'une affection articulaire inflammatoire, l'immobilisation et la compression lui procurent toujours un soulagement très-notable; c'est le contraire qui se produit dans le cas d'ostéosarcome. — MM. Lefort, Panas et Verneuil, rappellent plusieurs cas d'ostéosarcome, qu'ils ont eu à observer.

M. Berger lit un travail sur un fait de luxation sous-astragalienne complète en dehors (de Broca), en-dedans (de Malgaigne), avec rotation autour de l'axe vertical.

M. Monod lit un travail sur l'angiome douloureux.

M. Terrier. Présentation d'une pièce anatomique : ovaire d'une femme à laquelle M. Terrier a pratiqué l'ovariotomie il y a trois ans. E. B.

REVUE D'HYGIÈNE

I. La sophistication des vins; par Arm. Gautier. Paris, J.-B. Baillière, 1877, 200 pages.

II. De l'hygiène dans les lésions organiques du cœur compensées; par M. Aug. Baudin. Paris, 1876. V.-A. Delahaye, 74 pages.

III. Histoire de la peste bubonique en Caucase, en Arménie et en Australie; par M. J.-D. Tholozan. Paris, Masson, 1876. 67 pages.

IV. Du pain; par L. Violet. Paris, 1876. Delahaye, 85 pages.

V. L'expédition de Kabylie orientale et du Hodna, Souvenirs d'un médecin militaire; par le Dr A. Treille; — Paris. J.-B. Baillière, 1876. 194 pages.

I. — On a beaucoup parlé depuis quelque temps de la coloration artificielle des vins et de leur sophistication; mais personne ne pouvait le faire avec plus de compétence que M. Gautier, directeur du laboratoire de chimie de la Faculté de médecine de Paris. J'engage les amateurs de bon vin à méditer son livre. Ils y verront avec effroi les tripotages auxquels se livrent les marchands de vins en gros et en détail. Depuis l'innocente fleur de mauve et la fade baie de sureau jusqu'à la fuschine arsénicale, il n'est point de matière susceptible de donner une couleur rouge, qui n'ait été subtilement introduite dans l'hygiénique boisson avec laquelle Noé se *tonifiait*. Heureusement les chimistes ont le réactif long, et M. Gautier nous donne une série de réactions aussi pratiques qu'assurées pour reconnaître toutes ces fraudes. Il n'est pas jusqu'à la simple addition d'eau claire qui ne puisse être décelée. Décoré du nom honnête de mouillage, elle domine toute la question de la sophistication des vins. Ecoutez ce qu'en dit M. Gautier :

« Les droits d'octroi élevés de certaines villes et particulièrement de Paris, ont beaucoup contribué à généraliser ces fraudes, qui permettent d'éviter partiellement l'impôt. Le vin, forcé de couleur et viné à 15 degrés, est introduit à Bercy, puis les droits acquittés, *dédoublé* avec de l'eau. Le marchand en gros le livre alors au détaillant. C'est au tour de celui-ci à le faire foisonner et à recourir à ses connaissances de chimie interlope, à moins qu'il ne se borne tout simplement à l'emploi de ce réactif du métier : *l'eau de fontaine*. »

Trop heureux le consommateur, si les choses en restaient là! mais le débitant appelle à son secours, afin d'exagérer encore la dose d'eau, les bois de Fernambouc, du Brésil, de Campêche, la cochenille, le phytolacca, la mauve, la betterave, le sureau, l'hyèble, le troëne, le myrtille, l'orseille, l'indigo, la fuschine arsenicale et non arsenicale, la carottine, la cramoisine, la sanguine, en un mot, toutes les *friponines* imaginables. En mettant à la portée de toutes les personnes qui ont quelques notions scientifiques, la manière de reconnaître ces fraudes, M. Gautier rend un véritable service au public, et tout le monde s'accordera à réclamer avec lui les sévérités de la police contre de tels agissements, qui portent aussi bien préjudice à la santé qu'à la bourse de l'acheteur. Au XVIe siècle déjà, Guillaume Bouchet disait : « Une République bien policée devrait punir ces brouille-vins. »

II. S'il y avait des degrés dans les sciences, assurément l'hygiène occuperait le premier rang. M. le docteur Baudin, dans une thèse bien conçue et bien écrite, nous montre tous les avantages que les plus implacables des maladies organiques, celles du cœur, peuvent retirer d'une hygiène bien comprise. C'est merveille de voir que là où la thérapeutique est presque impuissante, un genre de vie bien étudié et dont M. Baudin décrit minutieusement toutes les conditions, peut enrayer pendant des années les effets d'une maladie grave qui ne pardonne guère, mais avec laquelle l'hygiène seule peut entrer en lutte.

Nous aurions voulu que l'auteur insistât davantage sur les résultats finaux de cette médication sur l'hygiène, qui retarde quelquefois la terminaison fatale de la maladie dans de telles limites, que cela peut en vérité passer pour une guérison. On trouvera dans cette thèse de très-bonnes indications, sur les prescriptions hygiéniques relatives à l'habitation, aux vêtements, à l'alimentation, aux exercices, etc.

III. Le docteur Tholozan n'est pas un de ces épidémistes en chambre, qui tirent sur la carte des cordons sanitaires, en di-

sant aux épidémies : tu n'iras pas plus loin. Je ne crois pas qu'il y ait de médecin mieux placé, pour voir de près et bien connaître les questions relatives à la peste. Par conséquent, son opinion possède une valeur réelle et doit être prise en grande considération. Le présent mémoire, qui est le troisième que l'auteur publie sur la peste, confirme les idées précédemment émises par ce savant. Cette maladie, dont on a fait à tort le type des maladies contagieuses, relèverait beaucoup plus d'influences telluriques ou organiques que de la contagion proprement dite. M. Tholozan démontre par des faits clairement exposés, que la simultanéité avec laquelle la peste a souvent fait son apparition dans des lieux très-éloignés les uns des autres, et entre lesquels les communications n'étaient pas possibles, est une preuve que la théorie de la contagion, telle que l'admet l'ardente école de M. Fauvel, ne suffit pas à rendre compte de ces phénomènes.

Le livre de M. Tholozan démontre une fois de plus la nécessité de rompre avec les traditions du passé que gardent soigneusement les contagionistes. Au lieu de se reposer avec quiétude dans des doctrines commodes mais, qu'une foule de faits condamnent, cherchons, comme l'éminent médecin du Schah de Perse, à pénétrer les véritables causes et à les connaître, afin de les combattre avec succès.

IV. — La curiosité de l'homme a toujours été éveillée sur ce qui constitue sa nourriture et sa boisson. M. Violet ne nous apprend point il est vrai quel est ce bienfaiteur inconnu qui fut l'inventeur du pain : l'histoire n'a pas enregistré son nom et c'est sans doute un aliment préhistorique. Si l'auteur ne nous renseigne pas sur ce point, du moins nous raconte-t-il fort longuement la fabrication du pain. Qui le croirait ? cet aliment si ancien, si primitif, a subi des transformations qui l'ont rendu méconnaissable, et il y a plus de différence entre le pain viennois ou la flûte que nous mettons dans notre potage et le pain de nos ancêtres qu'il n'y en a entre le gorille et la race nègre. Les Romains connaissaient bien la panification et leur pain de luxe différait peu du nôtre, ainsi que l'attestent les échantillons retrouvés à Pompéi. Mais il est probable que le pain des Sarmates et des Arvernes ressemblait fort à ces galettes pâteuses, mal cuites et indigestes qu'on décore de nos jours du nom de pain en Asie-Mineure. Pourquoi donc ces différences ? C'est que dans la fabrication du pain, comme dans celle du vin, de la bière, etc., l'homme manie un agent sur lequel il n'a encore que peu de données scientifiques, la fermentation. Tout se réduit donc à des à peu près, à une expérience personnelle difficile à transmettre, ce qui explique les différences si considérables qu'on observe entre les pains de diverses provenances.

V. — La révolte de la Kabylie en 1871 ne peut être considérée que comme un épisode au milieu de nos grands désastres Promptement réprimée par une poignée de troupes à la tête desquelles se trouvaient les généraux Lallement et Saussier, elle a offert au point de vue du service médical des faits très-curieux, que le docteur Treille, médecin aide-major de l'expédition a recueillis dans un intéressant volume. Je dis intéressant parce qu'à côté du bulletin médical de la colonne expéditionnaire l'auteur relate rapidement les faits militaires accomplis, faits qui ne sont point sans importance et qui étaient appelés à un plus grand retentissement, s'ils avaient eu lieu à une époque où l'attention du public n'était point confisquée au profit des grands évènements dont la France était le théâtre.

Ce qui distingue encore ce livre, c'est un esprit critique très éclairé qui nous montre que d'un bout à l'autre de la France, des bords du Rhin au Sahara, les fautes et les vices de l'administration militaire étaient les mêmes. Partout le docteur Treille nous fait toucher du doigt l'incapacité des intendances militaires, l'instabilité de l'organisation, tout remis en question à chaque instant, un personnel d'ambulance très-restreint et mal employé : « Les fatigues ont été grandes pour le personnel médical, dit-il. Il y en a peu parmi nous qui n'aient été atteints par les maladies une ou deux fois, mais chacun de nous est resté sur la brèche, tant que ses forces ne l'ont pas tout-à-fait trahi. Il n'y a eu qu'un médecin d'évacué. Mais ces fatigues, nous les compterions pour rien, si nous avions la consolation de nous dire : Nous avons suffi à tout, nos services ont été bien employés. Malheureusement nous ne pouvons nous faire d'illusion, et nous avons le devoir de dire que bien des choses sont restées en souffrance. Nous n'étions pas assez nombreux, à l'ambulance surtout, mais il est incontestable que les ressources auraient pu être mieux utilisées. »

Pour cela, il fallait une direction compétente : elle ne pouvait se trouver que dans le corps de santé lui-même.

J. de B.

PHARMACOLOGIE

De quelques applications du phosphate de chaux; par le docteur NELSON PAUTIER, d'Aigre (Charente).

J'ai été, je crois, l'un des premiers à expérimenter le phosphate de chaux sous la forme de chlorhydro-phosphate. Je l'ai beaucoup employé, et en ayant obtenu de nombreux succès, je ne voudrais pas qu'ils puissent être complétement perdus pour mes confrères.

C'est surtout chez les enfants, que j'ai eu fréquemment l'occasion de reconnaître la grande utilité de ce médicament, dont l'assimilation est rendue si facile sous la forme de chlorhydro-phosphate. — Les maladies des os, le développement difficile des enfants à la mamelle, les malaises inhérents à la croissance, sont surtout, à mes yeux, tributaires de cette préparation qui m'a donné les résultats les plus encourageants. J'en ai obtenu également de très-bons effets chez les jeunes mères, alors que les préparations ferrugineuses avaient été insuffisantes pour remettre le sang en état de réparer les pertes de l'organisme. Je me suis toujours servi de la solution Coirre.

OBSERVATIONS.— Enfant P..., d'Aubérac (Charente), âgé de 7 mois, né de parents scrofuleux, nourri d'abord par sa mère, était, lors de ma visite, confié depuis un mois à une nourrice. Il présentait le développement d'un enfant de 3 mois, très-amaigri, vomissait son lait une demi-heure et parfois davantage après l'allaitement. — Ventre volumineux et ballonné ; selles verdâtres, liquides, irrégulières, contenant des grumeaux de lait non digéré. — Le misérable état de ce pauvre enfant a nécessité, je dois le dire, une grande persévérance dans le traitement. Cependant, quinze jours à peine s'étaient écoulés, que les vomissements étaient devenus rares, et les selles plus régulières et presque normales. Deux mois après, il avait l'apparence de la meilleure santé. — La solution ne fut pas moins continuée pour favoriser la dentition qui, quoique en retard, se fit normalement. — La solution de chlorhydro-phosphate de chaux a été prise à l'exclusion de tout autre traitement général, et cet enfant, qui a aujourd'hui 3 ans, a rattrapé le temps perdu, car il présente la taille et la vigueur des autres enfants de son âge.

J'ai donné les soins à un autre enfant de huit mois, — atteint de spina-bifida intéressant la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire. — Les parents, qui avaient consulté leur médecin, avaient perdu l'espoir de conserver leur fils. — Je leur conseillai de lui faire prendre, avec une alimentation exclusivement lactée, la solution de chlorhydro-phosphate de chaux. Peu à peu, le liquide contenu dans la tumeur de cet hydrorachis disparut ; et au bout de deux mois, cet enfant donnait manifestement la preuve, en se redressant, de l'amélioration apportée par le traitement, qui fut continué pendant cinq mois. L'enfant marchait à quatorze mois. — Il a aujourd'hui deux ans et demi, et la guérison paraît complète. La dépression qui existait au niveau des vertèbres lombaires n'existe plus.

J'ai eu maintes fois l'occasion de faire usage du même médicament pendant la croissance, surtout après sept ou huit ans ; et il m'a été facile de constater, sous l'influence de ce complément alimentaire, une prompte amélioration, qui se manifeste d'abord par une augmentation notable de l'appétit.

Je terminerai cette note par quelques mots relatifs à une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte de phthisie au troisième degré, chez laquelle il ne saurait y avoir d'espoir de guérison. La solution de chlorhydro-phosphate de chaux a amélioré

son état à tel point que l'expectoration est de moitié moins abondante, que l'appétit est revenu, et que ses règles, qu'elle n'avait plus depuis depuis sept mois, ont reparu.

Il est malheureusement très-rare, à la campagne, de soigner les phthisiques au début de leur maladie, de sorte que je n'ai pu, jusqu'à présent, prescrire cette solution dans les conditions que je crois nécessaires pour obtenir la guérison par la pétrification des tubercules.

VARIA

Exposition spéciale des eaux minérales françaises.

Le ministre de l'agriculture et du commerce, sur la proposition du sénateur, commissaire général de l'Exposition universelle de 1878. Arrête :

Art. 1er. — Une exposition spéciale des eaux minérales françaises sera ouverte dans les locaux de l'Exposition internationale universelle de 1878 du 1er mai 1878 au 31 octobre suivant.

Art. 2. — Sont nommés membres de la commission chargée d'organiser cette exposition :

MM. Jules François, inspecteur général des mines, membre du Comité d'hygiène de France, président; le docteur Wurtz, professeur de chimie à la Faculté de médecine, membre de l'Institut et du comité d'hygiène de de France ; Isabelle, architecte, inspecteur général des établissements thermaux de l'Etat, membre du Comité d'hygiène de France ; le docteur Legouest, président du Conseil de santé de l'armée, membre du comité d'hygiène, de l'Académie de médecine ; Seignobos, député de l'Ardèche ; le docteur Gubler, professeur à l'Ecole de médecine, membre de l'Académie de médecine ; le docteur Pidoux, médecin, inspecteur des Eaux-Bonnes ; Dumoustier de Frédilly, directeur du commerce intérieur, membre du comité d'hygiène; le comte de Saint-Féréol, propriétaire des eaux minérales d'Uriage (Isère) ; Germond de Lavigne, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*, auteur d'ouvrages et publications importantes sur l'économie générale de la statistique des eaux minérales. Sont nommés secrétaires : MM. François (Paul), ingénieur hydrologiste; — Mayer (Georges), chef de bureau au ministère des travaux publics.

TEISSERENC DE BORT.

Paris, le 6 mars 1877.

Une exposition spéciale des eaux minérales françaises sera ouverte, dans les locaux de l'Exposition internationale universelle de 1878, du 1er mai au 31 octobre suivant. Cette exposition ne peut manquer de présenter un grand intérêt ; elle aura pour objet de faire connaître dans leur ensemble et dans leurs détails les richesses hydrothermales de notre territoire, qui n'ont peut-être pas été jusqu'à présent suffisamment appréciées.

Notre pays possède, indépendamment d'une imposante collection d'eaux de table éminemment hygiéniques, un ensemble de ressources hydrominérales propres à remplacer avec avantage à peu près toutes les variétés étrangères. Il comprend, en plus, le groupe incomparable des eaux sulfureuses sodiques des Pyrénées et celui de l'Auvergne, si apprécié par sa teneur exceptionnelle en arséniate de soude. A cet ensemble, il convient d'ajouter les richesses thermales encore peu connues de la Corse et de l'Algérie, ainsi que nombre de sources dont la réputation ne s'étend pas au-delà des limites de l'arrondissement ou même du canton qui les renferme, et sur lesquelles il y aurait souvent un grand intérêt à attirer l'attention du Corps médical et du public.

Mais pour que cette exposition produise les bons résultats qu'on est en droit d'en attendre, il convient qu'elle soit méthodiquement organisée pour présenter un résumé complet et saisissant des caractères distinctifs de chaque source. Afin de se rendre exactement compte des différents traits caractéristiques d'une pareille organisation, il convient de se placer successivement aux points de vue suivants : 1° La recherche, l'aménagement souterrain et l'appropriation hydrothermale de la source ; 2° L'étude de la composition chimique et de la thermalité qui en fait pressentir les qualités hygiéniques ou curatives ; 3° La médication hydrominérale, la thérapeutique et l'hygiène thermales, l'emploi des eaux comme boisson ; 4° La conservation de la source et le mode d'application de la législation spéciale aux eaux minérales ; 5° L'économie générale, la statistique des eaux minérales, la vulgarisation des procédés balnéaires, les moyens d'exploitation et de conservation de l'eau.

Ces divers points forment tout le programme de cette exposition ; ils peuvent être convenablement mis en lumière par l'exhibition d'un choix judicieux d'échantillons des eaux et des produits qu'on en retire, de cartes, de tableaux, de modèles, et cet ensemble sera utilement complété par l'installation d'un pavillon de dégustation des diverses eaux exposées, surtout de celles dont il peut être intéressant de vulgariser l'usage pour la table.

Pour mener à bien une semblable entreprise, on comprend combien il importe de s'assurer le concours des diverses spécialités qui coopèrent à la mise en valeur de la source : l'ingénieur qui la recherche et l'aménage, le chimiste qui en détermine la composition, le médecin qui en étudie les propriétés hygiéniques et thérapeutiques, l'administrateur qui préside à sa conservation, le publiciste qui la fait connaître. Tous ces spécialistes peuvent être utilement appelés à contribuer à une organisation qui doit embrasser l'ensemble de leurs travaux.

Tel est le but de l'arrêté qu'on vient de lire. Connaissant les lumières et le dévouement au bien public des hommes qui composent le comité d'organisation, on peut être assuré que cette exposition sera des plus utiles au public, en lui présentant le tableau complet et fidèle des richesses hydrothermales que la France possède.

Découverte d'un nouveau métal, le lavœsium.

Par M. PRAT, pharmacien-chimiste à Bordeaux.

M. Prat a communiqué récemment à la Société des sciences physiques et naturelles de Bordeaux un travail sérieux sur les caractères et les propriétés chimiques d'un métal qu'il découvrit sans le secours du spectroscope, en 1861 et sur lequel il appela alors l'attention de cette Société dans la séance du 5 février 1862. Il lui a donné le nom de Lavœsium, en souvenir de Lavoisier. Ce métal est blanc d'argent, malléable, fusible, il forme des sels cristallisables et incolores, et donnant les réactions suivantes :

Potasse. — Précipité blanc hydraté, insoluble dans un excès de précipitant.

Ammoniaque. — Même précipité très-soluble dans un excès.

Carbonates alcalins. — Précipité blanc d'hydrate d'oxyde, suivi d'un dégagement d'acide carbonique.

Ferro-cyanure de potassium. — Précipité, pétales de roses du Bengale (caractéristique).

Ferri-cyanure de potassium. — Précipité jaune sale.

Acide sulphydrique. — Coloration brune d'abord, puis précipité jaune fauve.

Sulfures alcalins. — Précipité jaune fauve.

Tannin. — Précipité jaune verdâtre foncé.

Fer et zinc. — Précipité noir métallique, gris cendré, ou sous forme de feuilles extrêmement minces, ayant l'aspect métallique et se détachant spontanément du zinc.

Ce métal colore la flamme en bleu légèrement pourpré. Au spectroscope, il donne un spectre : 1° Dans le bleu indigo, deux groupes de raies caractéristiques ; 2° Dans le vert pur, deux autres groupes plus simples, également caractéristiques ; 3° Enfin, quelques raies bleues, violettes et vertes secondaires ; en tout vingt-trois raies. Les raies caractéristiques coïncident avec celles du cuivre, ce qui semblerait que le cuivre peut contenir ce métal. Le spectre, l'aspect blanc d'argent, la solubilité de son oxyde dans l'ammoniaque, la couleur du ferro-cyanure et de son sulfure-hydraté, constituent un ensemble de propriétés qui le différencient de tous les métaux connus. D'après M. Prat, ce corps serait beaucoup plus commun qu'on ne le pense, car il l'a rencontré dans beaucoup de minéraux, et notamment dans un pyrite de fer. L'action thérapeutique est à étudier. — (*Monde pharmaceutique*).

LE RÉACTIF DES VINS PLATRÉS. — Depuis quelques temps s'est établie, avec raison à mon avis, une suspicion envers les vins plâtrés, et nombre d'acheteurs, notamment ceux de la région du centre, repoussent absolument ces vins, et dans leurs tournées d'achat emploient un réactif pour les déceler, le réactif est le chlorure de baryum en solution acqueuse comme il est souvent employé par des négociants qui ne se rendent pas compte de son effet ; il cause des erreurs qui peuvent être très-préjudiciables, c'est pourquoi j'indique aujourd'hui la manière dont on doit s'en servir pour éviter de grossières confusions. Si à un vin *quelconque plâtré ou non plâtré*, on ajoute une solution *pure et simple* de chlorure de baryum, on obtiendra toujours un précipité blanc plus ou moins abondant, mais suffisant pour troubler la liqueur; tandis que si l'on a eu la précaution d'additionner la solution du sel barytique d'un dixième environ d'acide chlorhydrique, et qu'on l'ait mêlé avec parties égales de vin à peu près, dans les *vins plâtrés*, on aura un précipité blanc abondant formant au bout d'une demi-heure une couche assez épaisse au fond du vase, et avec les vins *non plâtrés* ou *à peine*, pas de précipité. — (*Bulletin de la Société de pharmacie de Bordeaux*).

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. BUDIN et PINARD ont recommencé le jeudi 15 mars, à 4 h. 1/2, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° anatomie, physiologie, grossesse ; 2° eutocie; 3° dystocie; 4° exercices pratiques. — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Pathologie interne. — M. le dr DEBOVE a commencé la seconde partie de son cours (semestre d'été) le jeudi 15 mars, à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique. Lundi et samedi.

25. Poudre de voyageur (Lamante).

Douce amère	4 gr.
Saponaire	2 — 50
Chiendent	6 —
Réglisse	3 —
Sucre de Canne	22 —
Azotate de potasse	1 —

Quant au *modus faciendi*, il est très-simple : M. Lamante emploie la partie extractive. — (*Lyon médical*).

NOUVELLES

Mortalité a Paris. 1,851,792 habitants (recensement de 1872). Pendant la semaine finissant le 22 mars 1877, on a déclaré 1,094 décès, soit 307 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 35; — rougeole, 13 ; — scarlatine, 2; — variole, 3 ; — croup, 23; — angine couenneuse, 36; — bronchite, 53; — pneumonie, 91; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3; — choléra nostras, »; — dysentérie, 2; — affections puerpérales, 6; — érysipèle, 7, — autres affections aiguës, 250; — affections chroniques, 503, dont 206 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 40; — causes accidentelles, 27.

Concours *du prosectorat.* — *Jury* : MM. les professeurs Béclard, Lefort, Richet, Robin et Sappey. — *Candidats*: MM. Bouilly, Campenon, Duret, Peyrot, Reclus, aides d'anatomie. — *Préparations :* Enveloppes du fœtus (amnios, allantoïde, vésicule ombilicale), anatomie humaine et comparée avec notes et mémoires à l'appui. Les préparations seront remises au musée de la Faculté le samedi 26 mai, à trois heures.

Adjuvat. — Même jury que pour le prosectorat. — *Candidats* : MM. Bazy-Bellouard, Chevallereau, Faure, Garnier, Jalaguier, Kirmisson, Lebec, Marcano, Marchand, Gérard, Marot, Nélaton, Ramonède, Redard, Segond.

Les candidats ont été partagés en quatre séries dont chacune a tiré au sort des pièces différentes. — 1re Série : *Vaisseaux et nerfs du rectum*; — 2e Série : *Canal thoracique, origines, abouchements ; rapports;* — 3e Série : *Pie-mère, artères et veines, sinus intra-crâniens* ; — 4e Série : *Veines azygos et leurs anastomoses.* — La remise de ces pièces aura lieu le 16 juin 1877, à trois heures et demie.

Concours pour le bureau central. — (*Médecine*). — Le *jury* est définitivement constitué de la façon suivante : MM. Roger, Nonat, Woillez, Moissenet, Fournier, C. Paul, Lasègne, Triboulet, Marc-Sée. Les épreuves commenceront lundi 26 mars, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Hotel-Dieu. — L'administration de l'assistance publique a été prévenue qu'elle aurait à livrer pour le 15 septembre au plus tard les bâtiments de l'ancien Hôtel-Dieu. La municipalité parisienne a l'intention de démolir le grand bâtiment situé entre la Seine et la place du Parvis pour l'époque de l'exposition et de faire des plantations sur le terrain devenu libre. Plus tard, un pont sera construit dans l'axe de la rue d'Arcole et, si les projets ne changent pas, c'est à ce pont que viendrait aboutir la rue Monge.

Choléra. — Le chirurgien général Gordon, écrit de Madras à *The medical Press and Circular* que la situation sanitaire de cette présidence est très-triste. La famine y fait sérieusement sentir ses effets; on manque d'eau et, enfin, une épidémie alarmante de choléra s'est déclarée, frappant principalement les aborigènes. Durant l'une des premières semaines de janvier, il y aurait eu plus de 6.000 décès dans la présidence de Madras.

L'Epizootie en Allemagne et en Angleterre. — Bien que l'état sanitaire soit sensiblement meilleur, la peste bovine n'en continue pas moins ses ravages dans l'Allemagne du Nord. D'après les relevés officiels, publiés le 1er mars, on avait abattu, depuis le jour où l'épizootie a éclaté jusqu'à cette date 1,077 têtes de gros bétail et 958 moutons dans 47 localités différentes, dont 26 situées en Prusse, 16 dans le royaume de Saxe et 5 dans l'Etat de Hambourg. En Angleterre, l'invasion de cette terrible maladie ne saurait être révoquée en doute, surtout, dans le Yorkshire, le Lincolnshire et aux environs de Londres.

La société française de tempérance. — Association contre l'abus des boissons alcooliques, tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. Edouard Laboulaye, sénateur, membre de l'Institut, le dimanche 25 mars, à quatre heures précises du soir, à l'hôtel de la Société d'encouragement, rue de Rennes, 44. — Ordre du jour : 1° Rapport sommaire sur la situation de l'œuvre, par M. Lunier; — 2° Rapport sur les prix à décerner en 1877, par M. le baron Pron ; — 3° Rapport sur les récompenses à décerner en 1876, par M. le dr Motet.

Nécrologie. — M. Labrousse, élève de santé militaire, vient de mourir à l'hôpital Saint-Martin.

Poste médical. — On demande un médecin pour un gros village sur la limite de la Bresse et des Dombes. Clientèle assurée sur sept communes. Subvention annuelle d'une société de secours mutuels. Ecrire à M. Hamon, chez M. Chabrouty, rue Notre-Dame, à Bourg. — (*Lyon médical*).

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Camuset (G.). — Manuel d'ophthalmologie. Paris, 1877, un vol. in-8° raisin de 670 pages avec 124 fig. dans le texte et une eau-forte. Edition diamant cartonné. Prix, 7 fr.

Librairie GERMER BAILLIÈRE, 8, place de l'Odéon.

Le Fort (L.). — Manuel de médecine opératoire par Malgaigne, 8e édition. Seconde partie, opérations spéciales. Paris, 1877. Un volume in-8° de 800 pages avec de nombreuses figures. Prix, 9 fr. Les deux volumes contenant 744 fig. Prix, 16 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Mary (G.). — Etude sur une forme d'adénolymphite péri-utérine. Paris 1877, gr. in-8°, 60 pages. — Prix, 1 fr. 50.

Robin (A.). — Essai d'urologie clinique. La fièvre typhoïde, Paris 1877, gr. in-8° de 264 pages. Prix 4 fr. 50.

Viard (H.). — Etudes sur les résultats définitifs des amputations. Paris, 1877, gr. 8°, 116 pages et 2 planches. — Prix 3 fr.

Boucher (A.). — De la maladie de Parkinson (paralysie agitante) et en particulier de la forme fruste. Paris, 1877, impr. Parent.

Andrew (J.), Willet (Al.). — Saint-Bartholomew's Hospital Reports. Smith Elder et Ce, vol. XII London, 1876.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — Cliniques dermatologique et syphiligraphique. — Lundi. — M. Vidal. Leçon sur les caractères extérieurs, le diagnostic et l'anatomie pathologique des maladies cutanées, salle Saint-Jean, 9 h. 1/2. — M. Guibout. Leçon clinique sur les maladies des femmes, salle Henri IV, à 8 h. 1/2. — M. Besnier. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Mardi. — M. Fournier. Conférences cliniques sur les maladies syphilitiques au lit des malades, salles Saint-Thomas et Saint-Louis, à 8 h. 1/2. — M. Hillairet. Consultation externe, à 9 h.

Mercredi. — M. Besnier. Conférences cliniques et thérapeutiques au lit des malades sur les affections de la peau, salles Saint-Léon et Saint-Thomas, à 8 h. 1/2. — M. Lailler. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Jeudi. — M. Hillairet. Conférences cliniques sur les maladies de la peau, salle Henri IV, à 9 heures. — M. Vidal. Consultation externe, à 9 heures.

Vendredi. — M. Lailler. Conférences cliniques sur les affections cutanées, leur traitement, salle Saint-Foy et Saint-Mathieu, 8 h. 1/2. — M. Vidal. Conférence clinique et visite des malades, salle Saint-Jean, à 9 h. — M. Fournier. Cours complémentaire de la faculté, maladies syphilitiques, à l'amphithéâtre d'opérations, à 9 h. 1/2 — M. Guibout. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Samedi. — M. Guibout. Leçon clinique sur les maladies de la peau, salles Saint-Charles, à 8 h. 1/2. — M. Fournier. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Dimanche. — M. Lailler. Leçon sur les teignes avec examen pratique et démonstrations ; Pavillon Saint-Mathieu, à 9 h. très-précises.— Première leçon le 30 avril.

Cliniques chirurgicales. — Lundi, mercredi, vendredi. M. Péan. Consultation externe, à 9 h. 1/2. — *Samedi.* M. Péan. Opérations et clinique chirurgicale à l'amphithéâtre, à 9 h.

Mardi, jeudi, samedi. — M. Duplay. Consultation externe, à 9 h. 1/2 ; 8 h. le jeudi.) — *Jeudi.* — M. Duplay. Opérations et clinique chirurgicale, à l'amphithéâtre, à 9 h.

Hôpital des Enfants-Malades. Service de M. Archambault. Salle Saint-Louis : 7, croup; 8, tuberculose pulmonaire; 12, tubercules cérébraux avec symptômes méningitiques; 14, endo-péricardite chronique avec symptômes d'angine de poitrine; 14, endo-péricaadite et hypertrophie du cœur; 15, mal de Pott de la région cervicale avec paralysie incomplète des quatre membres; 17, angine couenneuse et croup; 21, anasarque scarlatineuse albumineuse; 23, anasarque par refroidissement albuminurie ; 30, pleurésie consécutive à la rougeole; 32, tuberculose généralisée. — Salle Sainte-Geneviève ; 1, 2 et 3, coqueluche avec broncho-pneumonie; 6, endo-péricardite; 7, rhumatisme articulaire; 8 et 9, fièvre typhoïde; 12, affection cardiaque et chorée; 12, pleurésie chronique: 15, chorée et zona du bras (zone du cubital); 18, broncho-pneumonie; 19, pleurésie chronique; 21, chorée; 27, hystérie chez une petite fille de 13 ans.

Hôpital Saint-Antoine. Service de M. Brouardel. St-Augustin (H.): 2, diabète; 6, pleurésie purulente, mal de Pott; 10, hépatite et accidents urémiques; 11, hémiplégie et contracture; 13, affection cardiaque; 14, hémiplégie syphilitique; 23, arthrite blennorrhagique; 33, emphysème, bronchite et sclérose pulmonaire; 43, ulcère rond de l'estomac; 48, paralysie spinale de l'adulte, atrophie, syphilides, alcoolisme et affection cardiaque. — Salle Ste-Geneviève (F.): 4, ictère; 7, rhumatisme articulaire aigu, péricardite, pleurésie double; 9, carcinome des annexes utérins; 13, cirrhose hypertrophique et ictère; 88, ataxie locomotrice des quatre membres.

Service de M. Constantin Paul. Salle Ste-Jeanne (F.): herpès confluent des grandes lèvres; 2, affection mitrale, hypertrophie du cœur; 7, leucocythémie; 23, ictère pseudo-grave. — Salle Saint-Eloi (H.): 8, carcinome de l'estomac; 25, ataxie; 17, fièvre intermittente ; 39, atrophie musculaire; 48, phthisie galopante.

Service de M. Lancereaux. Salle Ste-Adélaïde (F.): 6, rhumatisme puerpéral; 17, endocardite rhumatismale. — Salle Sainte-Marguerite (F): 9, érysipèle de la vulve et des cuisses après l'accouchement. — Salle St-Antoine (H.); 11, pachyméningite cervicale hypertrophique; 20, longus de la vessie, hématurie; 32, lésion mitrale.

Service de M. Dujardin-Beaumetz. Salle Ste-Marie (F,): 1, ovarite; 2, pneumonie caséeuse; 5, lithiase biliaire; 8, névralgie trifaciale; 13, métrite du col; 19, pneumonie caséeuse. — Salle St-Lazare (H.): 5, péritonite chronique, tuberculeuse; 6, cancer de l'estomac; 9, anévrysme de l'aorte; 14, pleurésie purulente, pneumothorax.

Service de M. Mesnet. — Salle Saint-Hilaire (H.) : 1, pneumonie tuberculeuse; 5, paralysie générale; 9 cachexie tuberculeuse, anasarque,

ascite ; 11, rhumatisme articulaire aigu ; 15, hémiplégie et hémianesthésie saturnine ; 24, alcoolisme chronique ; 30, pneumonie centrale ; 45, érysipèle de la face ; 47, bronchite chronique, emphysème. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 1, hystéro-catalepsie ; 15 mal de Pott ; 10, arthrite du genou d'origine blennorrhagique ; 17, rhumatisme articulaire aigu ; 19, affection cardiaque ; 31, névralgie du trijumeau.

Chirurgie. Service de M. Gillette. — Salle Saint-Christophe (H.) : 4, fracture de jambe au tiers-inférieur ; 5, plaie pénétrante de l'abdomen, hernie de l'épiploon ; 10, fracture de la rotule, arthrite suppurée du genou ; 20, abcès de l'apophyse mastoïde, 29, fracture de la clavicule, du sternum, luxation des 4e et 5e cartilages costaux ; 37, fracture de la clavicule et de la colonne vertébrale. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 2, sarcome du sein ; 10, conjonctivite purulente, nécrose de la cornée ; 25, granulation de la conjonctive, abcès de la cornée.

Service de M. B. Anger. — Salle Saint-Barnabé (H.) : 1, fissure à l'anus ; 7, angioleucite du membre supérieur, phlegmon diffus ; 16, arthrite du genou d'origine blennorrhagique ; 22, tarsalgie ; 38, fibrôme du voile du palais ; 42, hygroma de la bourse séreuse des fléchisseurs du poignet ; 46, fracture bi-malléolaire. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 6, nécrose du cubitus ; 10, sarcome du sein ; 1, genu valgum, entorse du genou ; 17, chancre induré de la lèvre inférieure.

Hôpital du Midi. — Service de M. Simonnet. 1re division. Visite à 9 h. Salle I : 8, végétations multiples sur le gland ; 12, deux chancres infectants sous-préputiaux, roséole, adénopathie bi-inguinale indolente ; 13, chancre mou sur le limbe préputial, bubon inguinal droit ; 18, blennorrhagie aiguë, balanite, œdème du prépuce ; 29, végétations multiples sur le gland et sur le prépuce. — Salle II : 10, orchi-funiculite droite ; 13, chancre infectant sur le fourreau de la verge. Adénopathie bi-inguinale indolente ; syphilide papuleuse ; 15, chancre infectant sur le prépuce, roséole ; 30, trois chancres infectants sur le fourreau de la verge ; adénopathie bi-inguinale indolente, plaques muqueuses à la gorge et sur la face muqueuse des joues ; 21, blennorrhagie aiguë, œdème du prépuce. — Salle 3 : 27, plaques muqueuses sur le scrotum et à l'anus, impétigo du cuir chevelu ; 32, chancre infectant sur le limbe préputial. Adénopathie bi-inguinale, indolente. — Salle IV : 15, chancre mou sur le frein de la verge, bubon inguinal droit ; 16, etchyma syphilitique ; 19, blennorrhagie aiguë, paraphimosis. — Salle V : 3, chancre mou phagédénique ; 7, syphilide tuberculo-crustacée sur le nez et la joue gauche.

Service de M. Horteloup. Visite à 9 h. (3e division). — Salle IX : 25, rétrécissements de l'urèthre, infiltration urineuse ; 35, sarcocèle syphilitique double. — Salle XI : 3, syphilide papulo-squameuse ; 6, synovite tendineuse blennorrhagique. — Salle XII : 4, sarcome de la paroi abdominale ; 7, irido-choroïdite syphilitique.

Service de M. Mauriac. Visite à 9 h. 2e division. — Salle VI : 2, blennorrhagie ancienne, rhumatisme, douleur au talon ; 11, testicule syphilitique avec hydrocèle, ponctions successives. — Salle VII : 14, chancre mou du filet, lymphangites chancreuses en chapelet du sillon balano-préputial et du dos de la verge ; 4, foyers d'induration du voisinage d'un chancre infectant cicatrisé ; 16, syphilose cérébrale, hémiplégie gauche ; 13, irido-choroïdite syphilitique de l'œil droit. — Salle VIII : 5, chancre mou avec un bubon chancreux ; 16, syphilides papulo-squameuse et psoriasiforme ; 21, myosite syphilitique des faisceaux postérieurs du deltoïde gauche ; 36, gomme du jumeau interne gauche.

Hôpital Lariboisière. — *Chirurgie.* Service de M. Panas. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 1, fracture intra-articulaire du genou ; 3, ostéite du tibia, arthrite symptomatique ; 6, amputation de bras ; 6 *bis*, arthrite blennorrhagique du poignet ; 16, mal de Pott ; 23, coxalgie. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 2, carie du tibia ; 4, fracture de côtes avec emphysème ; 6, fracture compliquée de jambe ; 19 *bis*, hématome de la fesse ; 23, fistule de la fosse iliaque externe ; 28, abcès multiples. — Salle Saint-

5e ANNÉE. — N° 13. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 31 MARS 1877.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Paralysie radiale de cause périphérique.

Leçon recueillie par E. MAROT, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je désire vous entretenir aujourd'hui d'une de nos malades qui vous offrira l'exemple d'une affection intéressante à plusieurs titres. Il y a une vingtaine de jours, cette jeune femme, très-bien portante, après avoir travaillé toute la matinée de son état de blanchisseuse, se trouvait à table et tenait de la main droite une fourchette, lorsqu'elle ressentit subitement une sorte d'engourdissement de la main et de l'avant-bras qui lui fit lâcher prise.

Depuis ce moment, l'impotence, exactement localisée à la main droite et à l'avant-bras, persiste avec les mêmes caractères qu'au début ; la malade n'a subi encore aucun traitement. Elle s'est présentée à nous avec des symptômes que vous pouvez observer encore aujourd'hui : l'avant-bras, au repos, garde l'attitude de la demi-pronation ; la main, pendante, est fléchie sur l'avant-bras, les doigts sur la paume de la main ; la malade est incapable d'exécuter volontairement les mouvements inverses, c'est-à-dire de diriger en avant la face antérieure de son avant-bras par un mouvement de supination ; elle ne peut davantage redresser sa main ni ses doigts. Ces désordres fonctionnels ne reconnaissent pas d'autre cause que l'abolition de la contractilité volontaire des groupes de muscles préposés aux mouvements que nous voyons perdus. Il est facile de s'assurer, par une exploration attentive de la région, que les muscles seuls sont en cause ; la peau, le tissu cellulaire, le squelette et les articulations jouissent d'une intégrité absolue. La malade ne ressent aucune douleur ; la lésion consiste uniquement en une abolition de la contractilité musculaire : nous devons en rechercher le siége, l'étendue et la cause.

Le bras a conservé tous ses mouvements normaux sur l'épaule ; la flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras sont également parfaites et la malade résiste efficacement lorsqu'on lutte contre ses efforts pour fléchir ou étendre l'avant-bras.

A l'avant-bras, l'attitude dénote une impotence des muscles préposés à la supination et à l'extension de la main et des doigts. Les muscles extenseurs de la main, les deux radiaux et le cubital postérieur ne fonctionnent plus, la paralysie des radiaux externes est démontrée en outre par la perte du mouvement d'abduction de la main ; le défaut d'abduction volontaire indique de même plus particulièrement la paralysie du muscle cubital postérieur. La paralysie des muscles qui complètent, avec les radiaux, le groupe externe de l'avant-bras, c'est-à-dire la paralysie du long et du court supinateurs, est tout aussi facile à constater ; le membre reste en demi pronation. A la vérité, la malade exécute bien un très-léger mouvement de supination, mais il suffit pour l'expliquer de se reporter à l'action du biceps dont le tendon, enroulé autour du radius quand l'avant-bras est en pronation, doit, avant de fléchir l'avant-bras, se dérouler et reporter légèrement le membre en supination.

L'action du long supinateur n'entre pour rien, vous le savez, même à l'état normal, dans les mouvements de supination: on doit rechercher d'après d'autres indices l'état de sa contractilité. Ce muscle est surtout fléchisseur de l'avant-bras sur le bras : quand l'avant-bras est en demi-pronation, si on commande à l'individu en expérience de faire effort pour fléchir le coude, pendant que l'on s'oppose à ce mouvement, on sent sur le bord externe de l'articulation du coude, au-devant de l'épicondyle, une corde dure et tendue saillante sous la peau, formée par le long supinateur en état de contraction. Rien de semblable si le muscle est paralysé ; chez notre malade, cette expérience reste négative et nous pouvons affirmer l'impotence du long supinateur : la perte des mouvements de supination complète indiquait tout d'abord l'impotence du court supinateur. Restent maintenant les muscles extenseurs, c'est-à-dire l'extenseur commun des doigts, les extenseurs propres du pouce, ceux de l'index et du petit doigt, auxquels il faut ajouter le long abducteur du pouce. La paralysie de tous ces muscles est évidente au premier abord : quelque effort que fasse la malade, elle ne peut parvenir à faire quitter à sa main ni à ses doigts leur attitude de flexion.

En un mot, Messieurs, cet examen successif nous permet d'affirmer la paralysie des muscles externes et des muscles postérieurs de l'avant-bras. Les fléchisseurs ont-ils conservé leur contractilité? Le meilleur moyen pour s'en assurer est évidemment de commander à la malade de vous serrer la main : ici l'on se trouve en présence d'une cause d'erreur contre laquelle il importe que vous soyez prémunis. La malade, si vous lui dites de vous serrer la main, parvient à peine, malgré tous ses efforts, à vous faire éprouver une légère pression : gardez-vous d'en conclure à la paralysie des fléchisseurs et de considérer l'affection comme une paralysie complète de l'avant-bras. Cette faiblesse des muscles fléchisseurs n'est qu'apparente.

En effet, si on a le soin de relever la main fléchie, jusqu'à la rectitude ou même avec un certain degré d'extension, on constate de suite le retour du raccourcissement efficace des fléchisseurs des doigts. Ce phénomène dépend d'une loi physiologique bien connue : les muscles ont besoin, pour produire un effet utile, de se trouver dans un certain degré de distension qui n'existe pas quand leurs points d'insertion sont anormalement rapprochés. La position qui favorise le plus l'efficacité de la contraction d'un muscle, c'est l'état intermédiaire entre l'extrême distension et l'extrême raccourcissement, c'est ce que Cruveilhier nomme le *moment* des muscles. Cette cause d'erreur écartée, vous pouvez vous convaincre de l'intégrité des fléchisseurs chez notre malade.

Enfin, si nous examinons l'état des muscles de la main, du groupe externe (ém. thénar), du groupe interne (ém. hypothénar) et du groupe moyen (lombricaux et interosseux), il nous est facile de nous assurer que leur contractilité volontaire est conservée. En effet, si l'on repose à plat la main, la malade peut rapprocher et écarter les doigts, fléchir la première phalange sur les métacarpiens, les deux autres restant étendues ; elle peut enfin, si l'on redresse les premières phalanges, les autres étant fléchies, redresser celles-ci, non par l'action de l'extension des doigts, mais au moyen de ses interosseux et de ses lombricaux.

Ainsi localisée aux muscles externes et postérieurs de l'avant-bras, cette paralysie ne s'accompagne d'aucune modification de la sensibilité. Tout s'est borné à l'engourdissement subit et passager qui a envahi l'avant-bras et la main dans les premiers moments. Il n'existe de douleur que celle que provoque la fatigue du membre, maintenu en flexion par suite du défaut de tonicité des extenseurs.

Deux groupes musculaires voisins sont paralysés : vous n'ignorez pas, Messieurs, qu'ils sont innervés précisément par un même nerf qui est le radial ; cependant le radial innerve aussi le triceps brachial, et ce muscle est intact. Vous devez en conclure que la lésion nerveuse n'occupe pas tout le trajet du radial, et qu'elle siége évidemment plus bas que le point d'émission des filets destinés au tri-

ceps, c'est-à-dire après le passage du nerf dans la gouttière de torsion. Il est bien rare qu'une paralysie aussi circonscrite relève d'une altération centrale : cependant le fait est possible et nous devons discuter sa probabilité. Deux circonstances, dans l'histoire de la malade, pourraient entraîner l'hésitation à ce sujet et faire penser *a priori* à une lésion cérébrale ; ce sont, d'une part, la soudaineté de l'apparition, en second lieu, certain antécédent qui date de cinq mois. A cette époque, un accident, absolument analogue à celui que nous étudions aujourd'hui, a surpris la malade dans des conditions identiques : les extenseurs du pied droit et des orteils ont été, chez elle, *subitement* frappés d'impuissance, la jambe et le pied saisis d'un engourdissement passager. Le nerf tibial antérieur qui peut, à bien des égards, être comparé au nerf radial, était à cette époque atteint comme l'est aujourd'hui le radial. La malade avait lavé sa chambre à grande eau, nu-pieds, quelques instants auparavant, et elle avait ressenti un refroidissement incontestable : nous n'avons pas à chercher plus loin pour assigner à cette paralysie, qui d'ailleurs, se dissipa promptement, sa véritable cause. Qu'il suffise donc de savoir que l'action locale du froid sur un nerf peut déterminer une perte subite de ses fonctions.

Les hystériques peuvent être atteintes de paralysies limitées qui ne sont pas sans analogie avec celle que vous avez sous les yeux. Avant de rejeter cette origine, nous avons avec soin interrogé la malade : elle n'est nullement hystérique. D'ailleurs, les troubles de la motilité qui relèvent de cette cause s'accompagnent habituellement de troubles divers de la sensibilité, anesthésie, hyperesthésie, points douloureux, etc., dont il n'existe pas ici la moindre trace.

La paralysie limitée d'un groupe musculaire, des extenseurs de la main principalement, peut enfin reconnaître pour cause certaines intoxications générales, par le plomb, par l'arsenic, par le sulfure de carbone : l'alcool et le tabac auraient même, selon certains auteurs, produit cet accident. Nous avons facilement rejeté ce mode étiologique dans le cas particulier. Bien qu'il soit difficile, pour l'intoxication saturnine en particulier, de passer en revue tous les modes d'introduction du poison dans l'organisme, je crois pouvoir affirmer que notre malade n'y a pas été soumise. Le liseré caractéristique des gencives manque absolument ; d'ailleurs, un excellent moyen de diagnostic nous est fourni par l'examen de la contractilité du long supinateux que respecte l'intoxication, et par l'état de la contractilité électrique que l'on trouve abolie dans le même cas. Vous avez pu le constater, le long supinateur est paralysé, et les muscles répondent parfaitement à l'incitation électrique ; il ne s'agit donc pas d'une paralysie saturnine.

Nous sommes ainsi autorisé, Messieurs, à rechercher la cause de cette paralysie parmi les lésions périphériques. Or, chez notre malade nous ne pouvons invoquer aucun traumatisme du nerf radial. L'usage de béquilles grossières et la compression indirecte qui en résulte peuvent, dans certains cas, produire la paralysie radiale, il n'y a pas lieu d'y songer ici ; nous ne pouvons invoquer que deux dernières influences, soit l'action du froid, soit l'action d'une compression passagère dont le moment et le mécanisme auraient échappé à la malade.

La paralysie périphérique à frigore du radial n'est pas un fait exceptionnel ; cette femme qui travaille dans un endroit humide, les bras nus et plongés dans l'eau, puisqu'elle est blanchisseuse, peut donc être considérée comme prédisposée ; d'ailleurs nous savons que la première paralysie qu'elle accuse, dont le début remonte à cinq mois, ne reconnaissait pas d'autre cause. Cependant, il n'est pas impossible qu'elle se soit exposée à un autre genre de lésion périphérique légère du nerf radial dont l'influence a pu s'ajouter à l'action du froid ; je veux parler de la compression.

L'observation a montré que la compression du radial est produite très-fréquemment dans une attitude assez habituelle pendant le sommeil: certains individus s'endorment en plaçant leur tête sur le coude fléchi à angle droit. Dans cette position, le poids de la tête reposant sur la face externe du bras, du coude et de l'avant-bras, appuyés par leur face interne sur le sol, sur une table, etc., suffit pour déterminer une compression du nerf radial, dans le point où celui-ci, émergeant de la gouttière de torsion, devient superficiel dans une étendue de 8 à 9 centimètres, placé entre le long supinateur et le premier radial externe d'un part et le brachial antérieur d'autre part.

Dans ce trajet, le nerf est sous-aponévrotique et singulièrement exposé à la compression, si bien qu'en raison surtout de la difficulté d'expliquer l'action du froid, certains auteurs et M. Panas en particulier (*Mém. de l'Ac. de Méd.*, 1871), n'ont pas hésité à rapporter uniquement à cette compression les paralysies partielles du radial. Dans les antécédents de notre malade, malgré l'interrogatoire le plus minutieux, il nous a été impossible de découvrir l'action d'une semblable cause. Vous trouverez encore mentionnés dans les auteurs, quelques exemples de paralysies radiales, dont le développement paraît lié à un mécanisme différent. Cette paralysie a été notée chez certains individus qui s'étaient endormis le coude appuyé sur une table, et la tête reposant dans la paume de la main ; par conséquent, avec la main et les doigts dans l'extension forcée ; de même on a rapporté l'exemple d'un individu atteint de paralysie du radial après avoir assisté toute une soirée à une représentation théâtrale, le corps penché en avant et soutenu par les mains appuyées sur un balcon. Dans ces cas, on suppose que la paralysie des cotenteurs résulte d'une sorte d'épuisement. Quoi qu'il en soit, cette cause n'existe pas plus que la précédente dans les antécédents de notre malade.

Nous sommes ainsi amenés à conclure que chez elle cette paralysie du radial est à frigore, au même titre que la paralysie du tibial antérieur, dont l'étiologie était si nettement établie dans le même sens.

La façon dont s'est comportée cette première manifestation indique naturellement le pronostic de la seconde : elle est elle-même destinée à disparaître dans l'espace de deux mois au plus. Un traitement approprié peut abréger sa durée. Les sinapismes, les frictions excitantes, les vésicatoires même constituent sans doute des adjuvants utiles, mais le véritable spécifique est l'électricité, qui réveille rapidement la contractilité volontaire dans les cas où le muscle est intact : ici cette intégrité ressort de la conservation parfaite de la contractilité électro-musculaire. Les courants continus ou interrompus peuvent être ici employés presque indifféremment.

MALADIES DE LA PEAU

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. LAILLER.**

Des teignes.

Leçons recueillies par LANDOUZY, revues par le professeur (1).

VI[e] LEÇON. — **De la Pelade.**

Le diagnostic de la pelade est facile : seule elle se présente avec ces plaques blanc-laiteux, lisses, rappelant l'ivoire dont je vous ai montré nombre de beaux exemples. Vous devez être maintenant convaincus que, jamais, ni l'aspect cicatriciel de plaques faveuses guéries, ni les cicatrices consécutives à des traumatismes ne pourront tenir sérieusement votre diagnostic en échec. Il n'y a guère que la calvitie de la convalescence des affections graves, des typhoïdes par exemple, qui pourrait être prise pour la variété décalvante de la pelade: vous vous rappelez, sans doute, avoir vu dans nos salles, au commencement de juillet, une jeune fille de dix-sept ans qui nous était envoyée, presque chauve, convalescente d'une fièvre sur la

(1) Voir les n[os] 45, 46, 51 et 52, de l'année 1876 et n[os] 3, 6, 7, 9, 11 et 12 de 1877.

nature de laquelle ou ne nous fournissait aucun renseignement précis. Les cheveux de cette enfant, très-clairsemés, tombaient par poignées sous le peigne ou sous la moindre traction.

Je vous ai fait observer, et ces éléments de diagnostic devront vous servir, dans tous les cas semblables, je vous ai fait observer, que la non-coloration des cheveux, que l'aspect normal du cuir chevelu, que la rapidité et la généralisation de la calvitie, que les antécédents enfin de la malade pouvaient vous faire d'emblée rejeter l'idée d'une pelade. Vous vous rappelez, qu'après rasure, la repousse des cheveux se fit rapide et drue, si bien, qu'au bout de quinze jours, nous signions l'exéat de cette enfant chez laquelle on avait trop vite cru à une teigne.

Je dois aussi vous mettre en garde contre des hésitations que vous pourriez avoir en examinant attentivement nombre de cuirs chevelus d'enfants chez lesquels, bien à tort, on croit parfois à une pelade. Il est très-fréquent, il est même de règle de trouver chez les enfants qui ont eu des éruptions du cuir chevelu prolongés, de l'impétigo et de l'eczéma, par exemple; il est de règle, de trouver des plaques d'étendue variable, semées çà et là au milieu des cheveux sains: ces plaques qu'on voit bien surtout quand on rase les cheveux, pourraient, un instant, vous donner le change si vous ignoriez les antécédents des malades, si surtout vous ne vous convainquiez pas vous-mêmes, que l'aspect des plaques ne change pas, que leur diamètre ne varie pas et que les cheveux sont tout-à-fait indemnes. Si je vous signale, Messieurs, ce petit fait, c'est que, dans la pratique, j'en ai vu toute l'importance, c'est que, bien des fois, j'ai dû rassurer des parents alarmés, au lendemain d'une coupe de cheveux, par l'aspect que présentait le cuir chevelu de leur enfant.

Je vous ai dit déjà que M. Bazin décrivait deux variétés de pelade : une pelade achromateuse et une pelade décalvante dont je vous ai rappelé les caractères, dont j'ai pu vous montrer des spécimens. A propos du diagnostic, je reviens, Messieurs, sur ce sujet, parce que, à prendre les choses comme M. Bazin, on risque fort, à mon avis du moins, de confondre la pelade avec la tondante et *vice versa*. Dans un travail récent (1), M. Bazin semble considérer la variété décalvante de la pelade, (cette variété qui a de la tendance à diffuser et qui, parfois, marche assez rapidement pour, en 15 jours ou un mois, dénuder tout un crâne) comme une teigne tonsurante qu'il appelle pseudo-pelade; de plus, et c'est là un point d'une importance capitale, M. Bazin donne pour cause à cette pseudo-pelade le développement d'un champignon qu'il nomme trichophyton decalvans.

Ce que j'ai vu, Messieurs, diffère sensiblement de cette interprétation; aussi, renversant les termes, est-ce bien le nom de pseudo-tondantes que je donne aux plaques visées par M. Bazin, sous le nom de pseudo-pelades. Que trouve-t-on, en effet, dans ces cas? On voit, soit à la surface des plaques, soit à leur frontière, des cheveux courts qui ressemblent assez aux cheveux courts de la tondante avec cette particularité qu'ils ne sont pas engaînés : ces cheveux sont cassés ou du moins le paraissent, mais ils ne cassent pas quand on les arrache; de plus, ils ne renferment jamais de spores de trichophyton. Quelquefois, mais très-rarement, ces plaques forment une vraie tonsure dont le fond, au lieu d'être achromateux, lisse, blanc-laiteux, revêt une apparence de chair de poule qui, à un examen superficiel pourrait faire croire à une tonsurante, mais, dans ces cas encore, les cheveux s'arrachent facilement; ils sont atrophiés, et cela surtout dans leur racine, leur tige ne porte pas le moindre spore, de sorte que, si par quelques-uns des caractères qu'elle présente, la maladie simule la tondante, par l'ensemble des autres signes elle reste pelade. Je réserve à ces formes le nom de pelades pseudo-tondantes, cette appellation, vous le comprenez, a pour but de bien marquer la nature de la maladie, et cela, en dépit de quelques-uns des caractères qui, par leur ressemblance avec les signes d'une tondante, pourraient permettre la confusion.

Je vous ai dit, Messieurs, qu'il vous arriverait, à l'hôpital surtout, d'observer chez un enfant la teigne tondante en même temps que la pelade (celle-ci précédant toujours la tondante, car, je vous le répète, je n'ai pas vu encore d'enfant atteint de tondante contracter la pelade) : dans ce cas, vous vous baserez sur les caractères appartenant à chacune des deux teignes pour reconnaître leur coexistence.

D'une façon générale, la terminaison de la pelade est la guérison complète; toutefois, vous ne devez pas ignorer que, souvent, une plaque reste glabre, ou bien encore une mèche de cheveux garde une nuance moins foncée que celle des cheveux voisins; bref, il est rare que la signature de la maladie ne se retrouve indéfiniment sur un point du cuir chevelu : ces surfaces indéfiniment glabres s'observent dans la barbe bien plus qu'ailleurs. Il faut, Messieurs, que vous sachiez que les récidives, les récidives à longues échéances surtout, sont fréquentes et se font tantôt dans les points autrefois envahis, tantôt dans les points jusque-là indemnes.

A l'instigation de M. Bazin, le traitement de la pelade a été longtemps l'épilation avec adjonction de frictions avec la pommade au turbith minéral dans la proportion suivante :

Axonge	20 grammes.
Turbith minéral	1 —

Pour ma part, Messieurs, j'ai renoncé à l'épilation, et cela pour deux raisons que je crois péremptoires; il ne saurait être d'aucune utilité (la pratique a confirmé cette vue anatomo-pathologique) d'épiler à l'entour d'une plaque de pelade puisque là on n'a jamais pu déceler de champignons sur les cheveux; cette épilation, inutile à l'entour de la plaque, devient impossible à son centre, puisque là la peau est glabre et lisse : *on n'épile pas l'ivoire*, comme a fort heureusement dit mon collègue M. Bergeron.

Ce qui paraît le mieux réussir dans le traitement de la pelade, c'est une certaine excitation portée sur le cuir chevelu; c'est dans ce sens que je me trouve bien de la rasure fréquente et des frictions un peu irritantes ; c'est dans ce sens encore que mon collègue, M. Vidal, traite ses malades par des vésicatoires. Le reproche que je fais à ce dernier traitement est de s'appliquer aux seuls cas de pelade limitée, de ne pouvoir s'employer quand la pelade tend à se diffuser.

M. le Dr Horand, dans un travail fort intéressant sur la nature et le traitement de la pelade, publié dans les *Annales de Dermatologie* de 1875, préconise l'huile de croton, dont on imprègne légèrement une rondelle d'amadou portée sur les parties malades : cette application est suivie de frictions d'huile d'amandes douces.

Je vous rappellerai aussi que quelques médecins ont employé l'électricité contre la pelade : cette pratique était fort logique dans l'hypothèse qu'on avait à faire à un trouble trophique : nous avons en ce moment encore dans nos salles un malade chez lequel mon collègue, M. Ball, a, sans résultats apparents, employé les courants continus.

Après bien des tentatives, après comparaison des effets obtenus par les diverses méthodes, voici, Messieurs, le traitement que j'emploie et dont j'obtiens d'assez heureux effets. Je fais raser la tête deux fois par semaine, la barbe tous les jours, puis, frictionner matin et soir avec la préparation suivante :

Baume de Fioraventi	} a a 100 grammes.
Alcool camphré	
Teinture de pyrèthre	
Ammoniaque liquide	6 grammes.
ou bien	
Baume de Fioraventi	} a a 100 grammes.
Alcool camphré	
Teinture de cantharides	25 à 50 grammes.

Si, Messieurs, je vous recommande cette préparation,

(1) Article *Microsporon* du *Diction. encyclopédique des sciences médicales*, t. VIII (deuxième série), p. 608.

c'est qu'elle est agréable comme odeur et ne tache ni la peau, ni le linge, considérations secondaires, direz-vous, considération fort importantes pour les malades qui peuvent ainsi continuer leur traitement sans gêne et sans inconvénients d'aucune sorte. Vous avez pu suivre des malades à la consultation et vous avez pu vous convaincre que rien n'est facile comme ce traitement qui, dans la moyenne des cas, semble donner la guérison en six à huit mois.

Vous savez que, dans la pelade de la barbe, j'insiste plus particulièrement sur l'emploi quotidien du rasoir suivi de l'usage de légères frictions avec la solution indiquée précédemment ou tout simplement avec de l'eau de Cologne ou toute autre préparation de toilette analogue. En plus de son action réelle, ce mode de traitement a l'avantage de faire prendre patience aux malades et leur permet de dissimuler l'affection dont ils sont atteints.

Quel que soit du reste le moyen employé, l'indication est de déterminer un certain degré d'irritation de la peau en évitant d'aller jusqu'à la pustulation.

VIIe LEÇON. — **Pityriasis versicolor.**

SOMMAIRE. — Affection parasitaire de l'épiderme. — Aspect, coloration, siége des taches et des plaques. — Desquamation et démangeaisons au niveau des plaques. — Diagnostic différentiel avec les syphilides pigmentaires et le masque des femmes enceintes. — Diagnostic histologique : spores groupées, entourées de tubes de mycélium. — Durée, contagion du pityriasis. — Traitement : bains sulfureux, teinture d'iode, huile de cade.

Un complément naturel de l'étude des parasites végétaux qui s'attaquent aux cheveux et aux poils, un complément naturel de l'étude des teignes, me paraît, Messieurs, l'étude d'un autre parasite végétal qui s'attaque cette fois à l'épiderme, l'épidermophyte comme l'appelle M. Bazin, par opposition aux champignons trichophytiques.

Je veux, Messieurs, vous faire l'histoire du microsporon furfur dont le développement produit le pityriasis versicolor. Vous savez, je vous en ai montré de magnifiques exemples, que le pityriasis versicolor est constitué par des taches de la peau, par des plaques tantôt brunes, tantôt noirâtres, tantôt couleur café au lait ou chamois. Ces plaques, éminemment variables d'étendue, inégales de contour, disposées fréquemment par archipels ont pour siége habituel, le tronc, les membres et le cou d'où, par extension, elles gagnent la face, mais cela exceptionnellement.

Ces plaques s'accompagnent de démangeaisons, c'est même là ce qui appelle l'attention des malades auxquels fréquemment avait échappé la nouvelle teinte de la peau. Les plaques de pityriasis versicolor sont planes, lisses, à bords déchiquetés et présentent une légère desquamation caractéristique, le plus souvent furfuracée, parfois lamelleuse.

Ces plaques ressemblent beaucoup aux crasses que la malpropreté accumule sur certaines parties du corps, mais, cette ressemblance, si grande soit-elle, ne tiendra pas une seconde votre diagnostic en échec, un simple lavage qui fera disparaître la crasse n'entamera pas la coloration parasitaire.

Vous ne confondrez pas l'épidermophytie avec une syphilis pigmentaire qui a de commun avec le pityriasis, son siége fréquent sur les parties latérales du cou : dans le premier cas, vous avez des démangeaisons et de la desquamation furfuracée ou lamelleuse ; dans le second cas, absence de démangeaison et de squames, ou, du moins, s'il se fait de la desquamation celle-ci est moindre, et puis, cette syphilide pigmentaire a été précédée d'accidents dont on retrouve des traces.

Dans le vitiligo non plus vous n'observerez ni démangeaison, ni desquamation et puis, avec de l'attention, vous verrez qu'il s'agit alors d'une dyschromie cutanée, qu'à côté des points des téguments fortement teintés, il en est d'autres sur lesquels manque le pigment.

Vous ne prendrez pas, Messieurs, le masque des femmes enceintes pour du pityriasis : ce masque n'a généralement aucune des teintes du pityriasis, il ne desquame pas, ne donne pas lieu à des démangeaisons, vient enfin et disparait toujours dans des conditions peu propres à faire supposer qu'il est parasitaire. Vous n'ignorez pourtant pas que M. Bazin professe l'identité de cause et de nature du masque des femmes enceintes et du pityriasis versicolor : c'est là une opinion qui n'est partagée par personne et contre laquelle les raisons cliniques que j'invoquais tout à l'heure s'ajoutent aux données négatives fournies par l'examen microscopique.

Ce que je vous ai dit du masque des femmes enceintes s'applique aux taches hépatiques qui sont faciales, ne s'accompagnent ni de desquamation, ni de démangeaison et qui forment des plaques nummulaires plus isolées.

Il faut que vous sachiez, que, dans quelques cas, on a observé le pityriasis versicolor sur des malades porteurs d'une des affections que je viens de vous signaler, en particulier sur deux femmes enceintes dont le masque était bien développé : c'est à M. Jeannin (1) que nous devons la connaissance de ces cas curieux. Ce fait que précisément le parasite n'a été trouvé que deux fois chez toute une série de femmes grosses, ce fait encore que le même auteur a observé assez fréquemment le masque gravidique chez des femmes ayant des troubles menstruels, ces faits plaident puissamment en faveur de l'opinion généralement acceptée et à laquelle, pour ma part, je me range sans restriction.

Quoique dans la très-grande généralité des cas, vous puissiez, avec les caractères objectifs, faire vite un diagnostic exact, vous aurez toujours la ressource d'un examen histologique. Avec la pointe d'un bistouri ou d'une lancette, raclez la tache dont vous voulez connaître la nature, lavez dans l'ammoniaque, puis examinez dans la glycérine avec un grossissement de trois à quatre cents diamètres.

Vous observerez alors dans le champ du microscope, au milieu de plaques épidermiques, des groupes de spores nettement sphériques de 4 μ à 6 μ, groupes arrondis ou ovales assez régulièrement formés. Ce groupement régulier et constant des spores a une grande valeur, car vous ne le retrouverez avec cette netteté dans aucune autre affection parasitaire. C'est autour des amas de spores que vous verrez les tubes de mycélium, en moins grande quantité que les spores, mais toujours plus abondants que dans les préparations de teignes. A ces caractères, vous reconnaîtrez facilement le microsporon furfur décrit, en 1846, par Eichstedt et que M. Bazin propose de nommer épidermophyton en raison de son siége habituel et à peu près exclusif sur l'épiderme proprement dit.

Le pityriasis versicolor, abandonné à lui-même, a une durée indéfinie; de plus, il peut s'étendre au point de recouvrir presque tout le corps comme chez cet ancien zouave, entré il y a deux jours dans mon service.

Le pityriasis versicolor est contagieux et vous vous rappelez que, presque toujours, l'interrogatoire des malades permet de retouver la source de la contagion, mais, cette contagion me paraît s'exercer dans des limites restreintes, car, j'ai vu des ménages dans lesquels un seul des conjoints portait du pityriasis et cela depuis des années.

Le pityriasis, je vous l'ai dit, n'entraîne pas d'autres conséquences que des démangeaisons, encore celles-ci sont le plus souvent modérées : le traitement est facile, il consiste en bains sulfureux ou bains de sublimé (vingt, trente ou cinquante grammes de sublimé pour un bain), dans lesquels vous recommanderez des frictions énergiques. Dans le cas où les plaques seraient fort peu étendues, vous en viendrez à bout par l'emploi de la teinture d'iode et de l'huile de cade. Par ces moyens, que vous emploierez isolés ou associés, vous obtiendrez une guérison rapide, mais, vous devez savoir, vous devez aussi en prévenir vos malades, que les récidives sont faciles, et que, soit peu de temps, soit longtemps après un traitement bien conduit, peut reparaître l'affection parasitaire.

(1) *Gazette hebdomadaire*, T. V. 2e série, 1868, p. 738.

CLINIQUE MÉDICALE

Des spasmes fonctionnels.

Résumé d'un mémoire de M. S. Weir Mitchell, inséré dans le numéro d'octobre 1876 de l'*American journal of medical sciences* (1).

L'observation suivante est encore plus curieuse :

Observation VII. — Un garçon de 17 ans, long, maigre, blafard, vint me voir en octobre 74. A la suite de la rougeole, à 9 ans, il est pris de faiblesse des jambes; peu à peu, la force revient mais s'accompagne d'un certain état de roideur. — Ses jambes étaient également développées, les mollets un peu atrophiés à la partie supérieure.

Au repos au lit, les jambes étaient bien tranquilles: quand le malade se tenait debout, les extenseurs de la colonne devenaient rigides, courbaient le dos en convexité postérieure, et ce n'était que par un énergique effort de la volonté que la jambe gauche restait au repos, encore souvent était-elle projetée en avant. Assis, il croisait sa jambe droite par dessus la gauche pour la maintenir au repos. Quand il marchait, chaque jambe était secouée à son tour par les gastrocnémiens, aussi avait-il l'air de sauter à la corde (*Fig. 20*) en passant d'un pied sur l'autre et en étant tordu en arrière par l'action alternative des muscles spinaux.

M. M... fut tout d'abord bien embarrassé, l'électricité fut employée sans succès; il eut recours aux injections d'atropine et aux myotomies rachidiennes ; il ajouta un appareil destiné à contenir les mouvements dans les limites normales. — Il n'a pas guéri le malade complétement, mais il l'a tellement amélioré qu'il peut marcher, et se tenir debout avec moins de fatigue.



Fig. 20

Les deux derniers exemples comprennent des spasmes de groupes musculaires, habitués à agir de concert pour assurer l'équilibre dans la station ou la progression. Les cas indiqués plus haut étaient aussi des exemples d'action volontaire, causant et aggravant des spasmes quelque part ailleurs; mais les muscles qui se contractaient convulsivement n'étaient pas éloignés de ceux dont l'activité semblait donner le signal, un seul cas faisait exception, c'était celui où le bâillement s'accompagnait de l'élévation du bras, chez les hémiplégiques. Dans l'observation suivante, on verra que les mouvements volontaires quelconques causaient une augmentation du spasme et cela que le sujet fut debout ou couché.

Observation VII. — R. C.., âgé de 33 ans, fabricant de boites de montres, n'a jamais eu la syphilis. Ses antécédents : sa sœur, deux tantes, sa mère même ont été paralysées à l'âge mûr ; un oncle était épileptique et un cousin dément.

(1) Voir le n° 12.

Ce malade était très-impressionnable, n'avait jamais abusé de l'alcool ou du tabac ; en 1865, coup de soleil causant pendant deux jours la perte de connaissance ; il y a deux ans, pendant l'été de 1874, il remarqua que ses jambes faiblissaient en marchant, il était obligé de s'arrêter comme pour reprendre des forces et traînait ensuite la jambe droite. En même temps, survenaient des douleurs dans la nuque et la colonne dorsale ; en janvier 1875, le bras gauche se mit à trembler légèrement, d'une façon permanente : ce tremblement s'accrut pendant deux mois et, quand j'observai le malade, il était dans le singulier état suivant :

Pendant le sommeil, il n'y avait pas de mouvement; au réveil, la main gauche était fermée et contracturée ; peu après, elle commençait à s'agiter, les doigts se démenaient comme ceux d'un joueur de violon. Le plus petit mouvement d'un autre membre, le fait de parler, de manger, même si on le faisait manger, forçait le bras gauche à frapper constamment le lit ou le côté du malade; le bras restait dans l'extension.

Si le malade se levait et marchait, cette action était encore plus violente et ressemblait tellement au mouvement régulier et rapide d'un balancier que M. M... la désignait sous le nom de *spasme pendulaire*. Ces oscillations remarquables par leur grande régularité revenaient 160 fois par minute. Certaines positions modifiaient le nombre des battements. Enfin, quand le malade se levait, après être resté quelque temps assis, le nombre des oscillations n'augmentait pas, mais la cuisse était frappée beaucoup plus violemment.

Etant debout, si le malade élevait et étendait le bras droit à la hauteur de l'épaule, instantanément, le bras gauche battait 200 fois par minute ; dès que le bras droit retombait les oscillations se chiffraient par 160. Dans les moments où il n'avait pas de spasme pendulaire, il pouvait exécuter à l'aide du bras gauche n'importe quel mouvement n'intéressant pas la main, qui, elle, ne cessait jamais de s'agiter ; mais, quand son spasme le tenait, tout mouvement volontaire était aboli, et ses efforts n'aboutissaient qu'à augmenter le mouvement pendulaire.

L'émotion et les excitations, l'électricité sous toutes ses formes, ajoutaient au spasme, mais moins cependant que la fait d'exécuter un mouvement volontaire. Si l'on cherchait à étendre les doigts fléchis, on causait une douleur intense à la nuque. (On peut rapprocher ce fait des douleurs provoquées dans la région dorsale par l'effort exercé pour vaincre la contracture des gastro-cnémiens).

Le malade pouvait arrêter son spasme par certaines manœuvres. S'il saisissait la main gauche avec la droite et fléchissait le bras gauche, il y avait une espèce de contracture de tout le membre, et, pendant un moment, la main gauche semblait se débattre avec une violence incroyable ; le malade chancelait, sa figure se bouleversait, une horrible douleur lui serrait la nuque. Il pouvait alors peu à peu relâcher le bras gauche qui restait tranquille pendant plusieurs heures, la main continuant à s'agiter en frémissant. Le malade évitait ce moyen trop douloureux, il arrêtait plutôt sa main avec sa jambe, car alors il souffrait moins de la tête.

Quand, étant debout, le malade désire arrêter le mouvement pendulaire, il jette sa jambe gauche en arrière de façon à retourner les orteils, le bras vient frapper contre la cuisse, alors la jambe est fléchie de façon à arrêter le bras contre la face postérieure de la cuisse; à ce moment, survient une convulsion généralisée de tout le corps et le spasme du bras s'arrête. Dès que le malade marche, le bras commence à trembler, puis à s'agiter.

Pendant cette bizarre série de spasmes M. M... n'a observé ni perte de connaissance, ni anesthésie, ni troubles oculo-pupillaires ou auriculaires. Jusqu'à présent, aucun traitement n'a réussi.

Dans cette observation, il y a plusieurs particularités du plus grand intérêt ; c'est un bel exemple de mouvements cloniques causés par une contraction volontaire de groupes musculaires éloignés; le mode d'arrêt est bien curieux; un assistant peut aussi le produire en arrêtant vigoureusement le bras dans sa course. L'arrêt forcé du bras semble causer une décharge de centres nerveux multiples, ce qui expliquerait le spasme généralisé qui s'ensuit. C'est ce que l'on observe aussi dans quelques scléroses de la moelle.

M. Mitchell a vu pendant la guerre de la sécession, un soldat qui avait un spasme oscillatoire permanent du pied gauche, à la suite d'une blessure du sciatique. Les extenseurs et les fléchisseurs du pied agissaient tour-à-tour :

quand il saisissait solidement le pied, le malade était pris tout-à-coup d'une convulsion de tout le côté gauche, s'accompagnant d'une douleur à l'occiput, mais sans perte de connaissance, et sans troubles oculaires ; la face grimaçait un peu du côté gauche. Dès que le pied cessait d'être tenu, ces convulsions cessaient : il n'y avait pas d'anesthésie.

Dans le cas du colonel P., cité par M. Mitchell, dans son ouvrage sur les blessures des nerfs, il y avait un continuel mouvement d'aller et venue d'un moignon du bras droit ; ce spasme cessait lors des mouvements volontaires ; mais si l'on venait à arrêter le mouvement, il se produisait dans tout le côté des convulsions, et une douleur de tête survenait aussi. Malheureusement, on manque d'autopsies expliquant les particularités anatomiques de ces singuliers désordres.

Dans un dernier groupe de faits, M. Mitchell range ceux où le malade n'a pas de convulsions quand il est couché, mais dans lesquels la position verticale cause un spasme généralisé qui persiste ou peut cesser ; il a vu trois malades de ce genre.

Oservation VIII. Un tailleur de 28 ans, n'ayant commis aucun excès, n'étant pas syphilitique, se portant bien sauf une anémie profonde, avait beaucoup travaillé dans la posture habituelle aux gens de sa profession. Quand cet homme était couché ou assis, il pouvait faire n'importe quel mouvement, lentement ou rapidement. S'il se levait avec précaution, il marchait comme tout le monde ; mais, s'il sautait brusquement sur ses pieds, il était pris tout d'un coup d'une attaque convulsive au cours de laquelle survenait un peu de vertige, sans perte de connaissance. Il est difficile de décrire la posture qu'il prenait alors, on s'en rendra mieux compte par la figure ci-jointe (*Fig.* 21). La jambe droite était fléchie au genou, la gauche était jetée par dessus et l'étreignait dans une flexion énergique.



Fig. 21.

Le corps était tordu à droite ainsi que la tête, tandis que le bras droit étendu, était levé et que le gauche était jeté en dehors et en arrière dans une pronation exagérée : un tremblement général s'ensuivait, les muscles de la face faisaient une grimace, et l'attaque se terminait par un soupir de soulagement. On crut d'abord, dans ce cas, à la simulation ; mais cette affection, étant survenue peu à peu, avait rendu le malade suspect dans son atelier, où on le croyait possédé ; il paraissait aussi beaucoup souffrir de ses attaques et semblait loin de les produire volontairement.

Le docteur Handfield Jones appelle aussi l'attention sur les cas dans lesquels le spasme est causé par le poids du corps qui pèse sur la plante des pieds.

Observation IX. Bamberger a vu un homme de 19 ans, convalescent de pneumonie, qui avait des contractions spasmodiques dans les jambes quand les pieds touchaient terre. Il se produisait alors une contracture tétanique, interrompue par des contractions violentes, augmentant peu à peu d'intensité : la figure était congestionnée et grimaçante, tout rentrait dans l'ordre quand l'homme se couchait ; mais si l'on venait alors à lui presser la plante des pieds, les mêmes phénomènes se reproduisaient, quoique moins intenses. La guérison fut amenée par des antispasmodiques et des affusions froides.

Le cas de Bamberger est semblable au suivant, observé par M. Mitchell il y a deux ans.

Observation X. Un garçon de 7 ans, bien portant, avait eu à l'âge d'un an une convulsion soudaine et, peu après, une série d'accès suivis de perte de connaissance pendant plusieurs jours. Rien de grave dans ses antécédents. A l'âge de trois ans, il commença à ramper, mais ne pouvait marcher ni se tenir droit : quand on le tenait debout, ses jambes fléchissaient sous lui et il s'affaissait ; de temps en temps cependant, il s'accrochait vigoureusement par les bras après les meubles et arrivait à se tenir dans la position verticale. Quand M. Mitchell le vit, il fut frappé par son intelligence, sa bonne mine, et la parfaite intégrité dont jouissaient les membres, quand l'enfant reposait au lit ou se traînait sur les genoux. Dès que ses parents le mirent sur pied, il fut pris d'une série de mouvements impossibles à décrire.

L'enfant semblait avoir une chorée des mains, des pieds, de la face ; les extenseurs et les fléchisseurs se contractaient tour à tour, le cou se tordait et la tête se portait çà et là ; la figure exprimait l'anxiété, mais ne grimaçait pas. Dès qu'on le mettait sur le dos, tous les accidents cessaient et leur retour n'était pas provoqué par la pression sur la plante des pieds. Quand on le tenait debout, suspendu par les bras, rien ne se produisait ; mais, dès que ses pieds touchaient terre, une véritable tempête (storm) de convulsions fondait sur lui. Il ne pouvait se mouvoir qu'en rampant. L'électricité ne lui causait aucun accident convulsif et les muscles de la jambe se contractaient facilement sous l'influence d'un faible courant. Aucune sensation n'était pressentie ; les mouvements réflexes produits par le chatouillement de la plante des pieds étaient peut-être un peu exagérés, mais ne s'accompagnaient pas de convulsions.

M. Mitchell croit avoir rendu service en appelant l'attention sur ce fait que des mouvements volontaires peuvent donner lieu à ces formes diverses de spasmes fonctionnels. On sait que des sensations morbides peuvent aussi les causer, ou que des sensations normales, si les centres moteurs sont surexcités, peuvent agir de même. C'est le cas du tétanos. Nous pouvons expliquer de deux façons les affections précitées. Un acte volontaire donne lieu à des spasmes dans un muscle que l'on veut mouvoir ou dans un groupe musculaire différent et éloigné.

Par moments, il y a une décharge anormale de force nerveuse dans quelques-uns de ces cas, comme dans le *lock spasm*, ou bien le muscle lui-même, par sa suractivité, est devenu une cause d'hyperesthésie pour le centre sensitif qui enregistre en quelque sorte ses activités, de façon que ce centre envoie de temps à autre, des impressions excito-motrices qui s'éparpillent sur des centres de mouvements voisins ou éloignés, et donnent ainsi lieu aux spasmes. On trouvera, dans toutes les observations qui précèdent, que quand un mouvement moteur ordinaire donne lieu à des mouvements convulsifs quelque part ailleurs, ces spasmes surviennent dans des muscles qui sont en relations physiologiques avec les muscles dont l'activité normale a été la cause première du désordre, par exemple : les muscles de la face sont en relation physiologique, les mouvements volontaires de l'un d'eux peuvent donc causer la contraction spasmodique des autres. Quand on remue un bras, on éveille les spasmes dans l'autre bras. Le fait de marcher s'accompagne du balancement des bras, aussi peut-il causer le mouvement pendulaire. Pourquoi parler et marcher ont-ils une action analogue, c'est ce qui nous paraît moins explicable ; mais des cas analogues s'observent dans les névralgies, où la longue irritation d'un centre sensitif, finit par produire un trouble semblable des centres sensitifs éloignés, et aboutit à des névralgies par irradiation, limitées ordinairement à un seul côté. Telle est l'explication de ces faits que donne M. S. Weir Mitchell.

H. C. de Boyer.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Les Nourrissons.

Le règlement d'administration publique intervenu conformément à l'article 12 de la loi Th. Roussel, détermine le mode d'organisation du service de surveillance, les obligations imposées aux nourrices et intermédiaires de placement, et enfin la forme des pièces exigées.

Des trois titres correspondant à ces trois ordres de mesures, le premier est évidemment le plus important; de ses dispositions dépend toute l'influence que la loi pourra exercer sur le sort des nourrissons. A défaut d'une surveillance intelligente, incessante et compétente, l'excessive mortalité des nourrissons ne subira pas de diminution. Or, il est incontestable qu'une pareille surveillance ne peut s'attendre que des commissions locales bien constituées, c'est-à-dire composées de personnes résidant sur les lieux mêmes, disposées à remplir sérieusement leurs fonctions, et pourvues des aptitudes et des connaissances nécessaires. Le bon recrutement des commissions locales assurant leur bon fonctionnement est donc la pierre angulaire de tout le système de surveillance. Voici quel est, à cet égard, le dispositif du règlement :

Art. 2. — Les commissions locales, instituées conformément à l'article 2 de la loi du 23 décembre 1874, sont présidées par le maire de la commune. — L'arrêté préfectoral qui institue la commission fixe le nombre de ses membres. La commission comprend nécessairement deux mères de famille, le curé, et dans les communes où siége un conseil presbytéral ou un consistoire israélite, un délégué de chacun de ces conseils. — Le médecin inspecteur, nommé en exécution de l'article 5 de la loi, est convoqué aux séances des commissions de la circonscription ; il a voix consultative.

Art. 3. — Les membres des commissions sont nommés et révoqués par le préfet.

Dans ce libellé, où se reconnaît notre esprit administratif, on découvre sans peine l'expression, peut-être inconsciente, de préoccupations qu'il eût été bon d'écarter ou de tendances qui vont contre le but poursuivi. Les premières, relatives à des questions confessionnelles, se trahissent par la précaution même que l'on prend pour maintenir une apparente impartialité. On a voulu, sans aucun doute, mettre toutes les croyances sur un pied d'égalité et introduire, au même titre, dans les commissions les prêtres de différents cultes, sans réfléchir qu'en fait les communes où se pratique l'industrie nourricière, seront rarement le siége d'un conseil presbytéral ou d'un consistoire israélite. Mais en serait-il autrement que nous persisterions à préférer que le règlement eût gardé le silence sur ce point ; d'abord parce que s'il y avait là une question religieuse, le mieux était de l'ignorer ; ensuite, parce que sous prétexte de la résoudre, on la fait naître, car elle n'existe pas en réalité. Il ne s'agit pas ici de croyances à inculquer aux nourrissons, mais de bien-être à leur assurer, et à ce point de vue, ni le curé catholique, ni le ministre protestant, ni le rabbin juif, n'ont, en leur capacité sacerdotale, qualité spéciale pour être membres-nés des commissions. S'il fallait absolument conférer à quelqu'un ce privilège, il appartient plutôt à la mère de la famille la plus nombreuse de la commune ; car la loi du 24 décembre vise à protéger, non pas la liberté de conscience des nourrissons, mais leur santé, leur vie. — Ils vivent de bon lait, non de théologie.

Ce n'est pas à dire qu'il faille systématiquement écarter des commissions locales tous les ministres d'un culte quelconque. Ils peuvent y rendre de grands services en raison de leur influence morale, qui dépendra surtout de leurs vertus personnelles ; mais leur action ne gagnera rien à porter l'estampille officielle, à prendre le caractère administratif. Qu'ils entrent dans les commissions, rien de mieux, mais que ce soit spontanément, comme volontaires du bien, pour s'y rencontrer avec d'autres hommes amenés aussi par l'initiative personnelle. Mais cette initiative personnelle est, ce qu'en France, on redoute par dessus tout, et le règlement met bon ordre aux velléités qu'elle pourrait avoir de se produire. Le préfet fixera le nombre des membres de la commission, les nommera et les révoquera à sa fantaisie ; on est certain ainsi que les esprits indépendants, s'il en est qui se résignent à solliciter une nomination, pourront être évincés au besoin. Il semble pourtant que s'il y avait un terrain sur lequel on pût faire appel à la bonne volonté de chacun, sans mettre en péril l'ordre public, sur lequel même, d'honnêtes gens, opposés en toute autre chose, pussent se rapprocher, sans sacrifice d'opinion et apprendre à s'estimer en se connaissant mieux, c'était cette œuvre de bienfaisance et de patriotisme.

Que risquait-on à provoquer la libre formation des commissions locales, le groupement spontané des personnes désireuses de se rendre utiles à leur pays? Rien à coup sûr. On dira que bien des gens seraient entrés dans ces sociétés libres sous l'impulsion d'un ordre de sentiments bien éloignés de la charité et du dévouement, par le désir d'y trouver un moyen d'influence, une occasion d'augmenter leur popularité. Hélas, la nature humaine est ainsi faite que se priver, pour une bonne œuvre, du concours de ceux qu'anime une arrière-pensée égoïste, serait presque toujours se réduire à l'impuissance. S'imagine-t-on d'ailleurs que les élus du préfet, ceux qu'il aura choisis sur telle ou telle recommandation, seront absolument désintéressés et n'auront pas aussi leurs visées particulières? Puisqu'il faut compter avec les faiblesses humaines, lequel vaut le mieux de tourner au plus grand avantage de l'œuvre commune, de faire concourir au résultat cherché les petites ambitions se surveillant et se stimulant mutuellement, ou de livrer sans contre-poids l'action des commissions à des coteries qui l'exploiteront et, faute de contrôle, oublieront la protection des nourrissons dans la poursuite de leurs mesquins intérêts. En d'autres pays, on pourrait craindre la formation de commissions locales multiples ; le cas n'est guère à prévoir chez nous, mais s'il se réalisait, faudrait-il s'en émouvoir ou s'en applaudir, et serait-il bien difficile de tirer bénéfice de cette abondance?

Bien plus probablement, c'est le contraire qui arrivera, les commissions locales se recruteront difficilement et si l'on nous objectait qu'il serait bien hasardeux de repousser l'intervention préfectorale en comptant sur l'initiative privée, nous n'y contredirions guère. Mais nous aurions aimé à voir invoquer d'abord la seconde, qu'il importe d'éveiller autant que possible, quitte à recourir ensuite, dans les communes où elle resterait sourde, à la nomination directe. Nous ne sommes pas enclin à nous exagérer les résultats immédiats qu'aurait un appel à l'initiative privée; tout au plus espérerions-nous la voir se montrer dans quelques localités privilégiées dont l'exemple aurait peut-être des imitateurs. Mais nous avons encore moins de confiance dans l'activité des commissions qu'instituerent les

préfets, dans les communes où ils le pourront. On a pris une base trop étroite en limitant à la commune le champ de recrutement ; la circonscription cantonale eût été préférable. Dans les communes rurales, les sujets manqueront le plus souvent. En général, on peut le prévoir, la commission se composera uniformément du maire et de son adjoint, de leurs femmes, s'ils en ont, et du curé ; on y trouvera rarement l'instituteur et sa femme que nous désignerions les premiers.

Le règlement lui-même ne paraît pas compter beaucoup sur l'action des commissions locales :

Art 4.—A Paris et à Lyon, il y aura, dans chaque arrondissement municipal, une commission instituée conformément aux articles qui précèdent et présidée par le maire de l'arrondissement. — *Il pourra être adjoint à la commission des visiteurs rétribués*; leur nombre et le taux de leur traitement seront déterminés par le Ministre de l'Intérieur, sur la proposition du préfet de police pour Paris, et du préfet du Rhône pour Lyon. — Ces visiteurs assisteront aux délibérations de la commission d'arrondissement avec voix consultative. — Le Ministre de l'Intérieur pourra également instituer, sur la proposition du préfet, *des visiteurs rétribués dans les autres commissions où la nécessité en sera reconnue.*

Art. 7. — Si la commission juge que la vie ou la santé d'un enfant est compromise, elle peut, après avoir mis en demeure les parents et pris l'avis du médecin inspecteur, retirer l'enfant à la nourrice, sevreuse ou gardeuse, et le placer provisoirement chez une autre personne. Elle doit, dans les 24 heures, rendre compte de sa décision au préfet et prévenir de nouveau les parents. — En cas de péril imminent, le président de la commission (le maire) prend d'urgence et provisoirement les mesures nécessaires; il doit, dans les 24 heures, informer de sa décision la commission locale, le médecin et le préfet et avertir les parents. Dans les communes où il n'a pas été institué de commissions locales, le *maire exerce les pouvoirs conférés à ces commissions* par le présent article.

Rien de plus clair ; les commissions locales deviennent des êtres de raison ; dans les villes pourvues d'un budget suffisant, elles siégeront *ad pompam et ostentationem*, se reposant sur le zèle d'agents salariés; dans les villages, elles seront représentées par le maire, qui exercera lui-même la surveillance instituée par la loi, s'il ne délègue son garde-champêtre. De ces deux combinaisons, nouvelles et savantes, les futures statistiques nous diront les effets. Nous en attendons peu de chose dans les villes assez riches pour payer des visiteurs, rien dans les villages, où se trouve le plus grand nombre des nourrissons.

A défaut des commissions locales, peut-on compter du moins sur l'action efficace des médecins inspecteurs ? Nous ne le pensons pas. Il est inutile d'insister sur le rôle effacé qui leur serait dévolu dans les commissions locales, si par hasard elles prenaient corps ; remarquons toutefois que l'homme le plus compétent dans la question est celui qui, d'après le règlement, a le moins de pouvoirs. C'est à la commission, ou plutôt au maire (art. 7) qu'il appartient de juger en première instance si la vie ou la santé de l'enfant est gravement compromise ; le médecin sera consulté ensuite. Il est bien dit :

Art. 10. — Le médecin inspecteur doit se transporter au domicile de la nourrice sevreuse ou gardeuse, pour y voir l'enfant, dans la huitaine du jour où, en exécution de l'article 24, il est prévenu par le maire, de l'arrivée de l'enfant dans la commune. — Il doit ensuite visiter l'enfant au moins une fois par mois et à toute réquisition du maire.

Art. 11. — Après chaque visite, le médecin inspecteur vise le carnet délivré à la nourrice, sevreuse ou gardeuse, et il y inscrit ses observations; il transmet au maire un bulletin indiquant la date et les résultats de sa visite. Ce bulletin est communiqué à la commission locale.

Mais il n'en reste pas moins que la commission ou le maire sont appelés à se prononcer sur la gravité des observations inscrites sur le bulletin de visite, et que le médecin n'a aucun moyen de provoquer les mesures nécessaires, si ses observations ne sont pas prises en due considération. Le règlement (art. 2), lui inflige même cette humiliante infériorité de n'avoir dans la commission que voix consultative. Il peut cependant parfois agir de son chef :

Art. 13. — Si le médecin reconnaît, soit chez la nourrice, soit chez l'enfant, les symptômes d'une maladie contagieuse, il constate l'état de l'enfant et celui de la nourrice, et il peut faire cesser l'allaitement naturel. — Dans ce cas, ainsi que lorsqu'il constate une grossesse, il informe le maire qui doit aviser les parents, sans préjudice, s'il y a lieu, des mesures autorisées par l'article 7.

Les rédacteurs du réglement ont oublié de nous dire à quels signes le médecin inspecteur reconnaîtra, chez la nourrice, une grossesse commençante qu'elle aura intérêt à lui dissimuler. Quant aux maladies contagieuses, il y a grandes chances pour qu'au moment de la première visite à la nourrice et à l'enfant, celui des deux qui serait atteint de syphilis, par exemple, l'ait déjà transmise à l'autre. Cette première visite doit se faire dans la huitaine du jour où le médecin est prévenu par le maire ; le maire (art 24) a 3 jours pour transmettre copie de la déclaration de placement fait par les parents ou la nourrice ; la nourrice a 2 jours pour faire sa déclaration : 8 jours, plus 3 jours et 3 jours encore, cela fait 14 jours en arithmétique : mais pour qui sait ce que sont des délais administratifs, l'arithmétique a tort, et l'on doit compter qu'en général la première visite se fera vers le 20e jour du placement. La contagion aura beau jeu à s'exercer.

En calculant ainsi nous ne mettons pas en doute le zèle des médecins qui accepteront les fonctions de médecin inspecteur; il est certain qu'ils ne le mesureront pas à l'importance des honoraires qui les attendent ; mais les nécessités de leur clientèle, les distances à parcourir ne les laisseront pas toujours libres de se conformer en toute rigueur aux prescriptions ci-dessus, alors même qu'ils seraient assurés de rencontrer toujours la nourrice à domicile. Le règlement prévoit d'ailleurs le cas où ils seraient empêchés, et, un enfant malade venant à manquer de soins médicaux, il prescrit au maire (*art. 14.*) de requérir à leur défaut, le médecin le moins éloigné de la résidence de l'enfant.—Cette prévision du règlement nous amène à considérer la deuxième section du titre Ier sous un autre aspect. Les médecins inspecteurs, au nombre de un ou plusieurs par département, nommés par le préfet, seront flattés de cette distinction ; en sera-t-il de même de leurs confrères et concurrents ? Et ces derniers seront-ils toujours bien disposés à obéir gratuitement aux réquisitions de l'*art. 14* dont aucun texte de loi ne les oblige à tenir compte ? N'insistons pas, mais remarquons qu'en établissant ainsi des médecins inspecteurs des nourrissons à l'exclusion des autres praticiens, la loi Th. Roussel a tranché immédiatement un des plus difficiles problèmes de la question de l'assistance médicale dans les campagnes, question dont la protection des nourrices n'est qu'un chapitre. Qu'arriverait-il si la loi plus générale, en préparation sur cette matière, donnait à ce problème une solution différente.

Les derniers titres du règlement sont admirablement combinés dans leurs prescriptions minutieuses, pour qu'aucun placement ne reste ignoré de l'administration. On peut être sûr que le dénombrement des nourrissons sera d'une grande exactitude; il n'est pas démontré qu'ils seront efficacement protégés. Si la mortalité ne diminue pas, on aura la consolation de se dire que les statistiques sont parfaites.

E. T.

Faculté de médecine de Paris : Cours de M. Charcot.

M. CHARCOT a repris son cours à la Faculté le 23 mars. Comme nous l'avons annoncé déjà, il consacrera les leçons de cette année à l'*anatomie pathologique du poumon ;* en d'autres termes, il fera, pour l'organe de la respiration, ce qu'il a fait pour les *reins* il y a trois ans, pour le *cerveau* en 1875, et pour le *foie* l'an dernier.

Ce serait assurément une tâche superflue de rappeler aux lecteurs du *Progrès médical* en quoi consiste l'enseignement de notre éminent et savant maître, puisque chaque année, chaque jour même, pourrions-nous dire, ils sont mis à même d'apprécier la haute valeur scientifique et pratique, deux qualités que les vrais médecins ne séparent jamais, de ces leçons toujours préparées avec le soin le plus sévère et qui font— à en juger par les reproductions et les traductions que nous apportent chaque semaine les journaux de l'étranger — le plus grand honneur à la Faculté de médecine de Paris.

Au début de cette première leçon, M. Charcot a émis quelques considérations générales sur sa manière, à lui, d'envisager l'anatomie pathologique, sur les rapports de cette branche de la médecine avec l'anatomie et l'histologie normales, la physiologie, et surtout avec la pathologie et la clinique. Nous aurons le plaisir, et ce plaisir, nous n'en doutons pas, sera partagé par nos lecteurs, de reproduire cette partie de la leçon de M. Charcot dans le prochain numéro du *Progrès médical*. Ensuite, avec l'assentiment de notre bien cher maître, nous commencerons la publication de ses *Leçons sur le poumon*. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 mars 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. GALEZOWSKI rapporte quelques observations de paralysies assez rares des muscles de l'œil survenues sous l'influence de l'ataxie locomotrice : 1° Paralysie de la 3e et de la 4e paires du même œil ; 2° paralysie progressive de tous les nerfs moteurs des deux yeux ; 3° paralysie limitée des fibres intérieures des droits internes et des fibres internes des droits inférieures. On n'observe, au début, qu'un simple relâchement des muscles et on peut, avec M. Pierret, considérer ces paralysies comme analogues à celles des membres inférieurs.

M. DE SINÉTY a vérifié les recherches d'Ercolani (de Bologne) sur le placenta des cobayes. Ce placenta présente deux parties : l'une analogue au placenta des ruminants, l'autre à celui des carnivores. — Il compare cette disposition du placenta à la structure différente, qu'il a décrite, des mamelles des carnivores et des ruminants et dont la mamelle du cobaye serait en quelque sorte l'intermédiaire.

M. BADAL montre un optomètre destiné à mesurer, très-vite et sans aucun calcul, le numéro des verres de lunettes. Il a cherché à expliquer le phénomène signalé par M. Bert dans une séance précédente. « Les lanternes vertes des omnibus, vues à une certaine distance, n'ont plus leur coloration normale. » Pour cela, il a placé dans son optomètre un verre coloré qu'il a pu voir à des distances très variables, en augmentant ou diminuant la longueur de l'optomètre ; mais jamais la coloration n'a changé. Peut-être le changement observé par M. Bert est-il dû à l'épaisseur de la masse d'air interposée et, de plus, mélangée à la lumière diffuse du gaz.

M. JAVAL donne de ce phénomène l'explication suivante : Il y a deux choses à considérer, le verre de la lanterne et la flamme. A mesure que la voiture s'éloigne, le verre diminue et finit par n'être plus qu'un point, tandis que la flamme continue à se peindre sur la rétine par des cercles de diffusion, de sorte que, à un moment donné, on aperçoit la flamme sans voir la lanterne elle-même. Mais cette illusion n'a pas lieu avant la nuit, parce qu'alors on peut se rendre compte des dimensions respectives des objets.

M. BERT pense que ce changement doit être attribué non à l'écran, mais à l'intensité de la source lumineuse. Il a fait des expériences desquelles il résulte que ces variations n'ont lieu que pour les couleurs composées.

M. JOLYET a, à l'aide du colorimètre de Laurent, mesuré, chez divers animaux, la quantité de sang et son pouvoir respiratoire.—M. HAYEM fait observer que cet instrument, très-commode pour l'expérimentation physiologique, est inapplicable à la clinique, vu l'impossibilité de prendre, sur les malades, une quantité de sang suffisante.

M. A. ROBIN signale les points importants de sa thèse (*Essai d'urologie clinique dans la fièvre typhoïde*).

M. JAVAL. On ne fabrique pas de verres achromatiques. Du reste, on démontre, par l'observation des images rétiniennes, que l'œil normal n'est pas achromatique. Il conviendrait donc dans les cas de troubles de l'accommodation, de se servir de verres chromatiques dont on aurait mesuré le degré de chromatisme.

M. REGNARD relate plusieurs faits d'accidents urémiques produits par la compression des uretères, chez des femmes atteintes de cancer de l'utérus.

Relativement aux observations que lui a adressées M. Onimus, dans la dernière séance, M. REGNARD n'a jamais prétendu que les courants faibles fussent plus capables de ramener la sensibilité que les courants forts. Dans ses expériences à la Salpêtrière, il n'a eu d'autre but que de rechercher le mode d'action des applications métalliques ; et il croit avoir démontré que ces applications agissent en développant des courants analogues à ceux des piles très-faibles.

M. BOCHEFONTAINE communique une série d'expériences qui sembleraient démontrer que l'aconitine a beaucoup moins d'action sur les chiens nouveau-nés que sur les chiens d'un certain âge.

M. CUFFER expose ses recherches sur l'état des globules du sang dans l'urémie. I. BESSON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

La séance publique, d'ailleurs fort courte, est consacrée tout entière au dépouillement de la correspondance, à la présentation de nombreux ouvrages et à la lecture d'un rapport de M. Lefort, au nom de la Commission des eaux minérales. — Comité secret à 4 h. 1/4 pour entendre la lecture d'un rapport de M. Pessonne, sur les candidatures à une place vacante dans la section de pharmacie. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 15 décembre 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

38. **Ramollissement cérébral de la région opto-striée avec de petits points hémorrhagiques ; hémiplégie gauche, chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire ;** par M. P. J. BARONOFF, externe des hôpitaux.

P...., âgée de 35 ans, domestique, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Claire, le 27 septembre 1876, (service de M. JACCOUD). — Cette femme est atteinte d'une pneumophymie avancée datant de 7 ans.

Rien de particulier sur son passé pathologique, pas de syphilis antérieure.

A son entrée à l'hôpital, on constate, à l'auscultation, des signes cavitaires au sommet gauche, avec des ramollissements ; le poumon droit paraît être intéressé moins que l'autre ; elle a été soumise au traitement par l'huile de foie de morue, des granules d'arsénic et par un vésicatoire.

La maladie a prit une marche aiguë et rapide avec fièvre et

dyspnée intenses. L'auscultation du cœur ne présente rien de remarquable à signaler. Rien du côté de l'intelligence; les viscères abdominaux paraissent sains; cet état s'aggrave de plus en plus sans aucun temps d'arrêt.

11 *décembre*. A cette époque c'est-à-dire 15 jours avant sa mort, elle a eu une hémiplégie du côté gauche, avec abolition complète des mouvements et de la sensibilité du même côté, la langue n'est pas paralysée, mais il y a de l'hésitation dans la parole, tandis que l'hémiplégie est bornée aux membres du côté gauche. La température s'approchait de la normale; M. Jaccoud a pensé à une hémorrhagie, dans la région opto-striée.

15 *décembre*. Œdème du même côté, limité à la jambe et quelques désordres de l'intelligence.

22 *décembre*. Affaissement plus marqué, l'œdème gagne le côté opposé, la sensibilité plus obtuse.

26 *décembre*. La malade est plus abattue, une dyspnée intense, elle s'éteint le 27 décembre.

AUTOPSIE. *Poumons*. On trouve de larges cavernes au sommet gauche, remplies de liquide purulent, au poumon droit des petites cavernes et adhérence pleurale à gauche. — *Cœur*. Le cœur est absolument sain, quelques caillots cruoriques dans le cœur droit. — *Foie*. Le foie est sain aussi, mais un peu gras. Rien dans les autres viscères.

Cerveau. L'aspect extérieur du cerveau ne présente rien à signaler. Les méninges sont absolument saines; à la coupe, on constate, dans la couche optique et dans le noyau intra-ventriculaire du corps strié du côté droit deux foyers d'un aspect tuberculeux, de volume de petits œufs de pigeon, de consistance assez dure, qui ne se confondent pas avec le tissu cérébral, circonscrits par une zone parfaitement limitée, ovoïde et d'une couleur grisâtre, à surface granuleuse; cet aspect a fait penser d'abord à un tubercule cérébral. M. Cadiat a eu l'obligeance de l'examiner au microscope; le résultat était en faveur du diagnostic de ramollissement.

29. Cancer de l'orbite. Opérations et récidives successives. Généralisation aux poumons, au foie et au péritoine; par M. DESCHAMPS, interne du service.

D. V., âgé de 40 ans, est admis à Bicêtre le 30 juin 1876, pour une tumeur cancéreuse de l'orbite du côté droit. Cette tumeur qui atteint le volume du poing est le siége d'hémorrhagies fréquentes. Le malade est très-affaibli. Il nie tout antécédent héréditaire, et fait remonter le début de l'affection au mois de janvier 1871. Quelque temps après une contusion violente de la région (coup de crosse de fusil), il aurait vu se développer dans l'angle interne de l'orbite droit au niveau du sac lacrymal une petite tumeur de coloration bleuâtre, insensible à la pression.

D'abord du volume d'une tête d'épingle, cette tumeur s'accrut peu à peu mais très-lentement, et ce n'est que dix-huit mois après (juin 1872), que le malade fut opéré à la Pitié par un chirurgien remplaçant M. Verneuil. La tumeur était alors grosse comme une noisette, et six semaine après l'opération il sortit paraissant complétement guéri et retourna à son travail.

Deux mois après cette première opération une nouvelle tumeur apparut non dans le point où siégeait la première mais un peu au-dessus entre la paupière et le sourcil, toujours du même côté. Cette fois son évolution fut beaucoup plus rapide, elle recouvrit bientôt le globe oculaire et abolit ainsi la lésion de ce côté. En novembre 1873, il est opéré par M. Labbé à la Pitié. La tumeur était alors grosse comme un œuf et complétement indolore.

Cinq semaines après, récidive sur place; le malade demanda sa sortie, et retourna à son travail. C'est alors qu'apparurent les troubles oculaires, qui le forcèrent à porter un bandeau afin de supprimer la vision du côté droit et d'éviter le contact de l'air. La tumeur augmentant toujours il alla voir un oculiste qui lui fit une incision; depuis lors il éprouva des douleurs atroces, et la vision disparut complétement. Le 24 janvier 1876, il entre chez M. Richet et y reste jusqu'à la fin de juin. En effet, il est admis à Bicêtre.

Le malade est très-amaigri et épuisé. Sa tumeur est le siége d'hémorrhagies abondantes qui se renouvellent à chaque pansement et qui sont fort difficiles à arrêter. Elle descend sur la joue droite et par son côté interne repose sur la fosse nasale droite empêchant l'air de passer de ce côté. Elle remonte au-dessus du rebord orbitaire supérieur qu'elle dépasse d'un travers de doigt et y forme un bourrelet sanglant. Son volume total dépasse celui du poing.

En présence de ces hémorrhagies répétées qui menaçaient d'emporter le malade, l'opération est décidée. La tumeur est circonscrite avec le serre nœud de Maisonneuve et au bout de trois jours elle se détache complétement, les parties molles de l'orbite sont enlevées en grande partie, ainsi que le globe oculaire devenu cancéreux; la tumeur ne put être examinée au microscope à cause de son état de putrilage. A partir de l'opération l'état général s'améliora, l'appétit revint, le malade prit même un peu d'embonpoint et se crut guéri. Cependant à cette époque, on avait remarqué à droite des signes de pleurésie qui disparurent bientôt.

Au mois d'août, la plaie a bon aspect, elle est remplie de bourgeons charnus, elle se cicatrise sur les bords. On remarque cependant sur le plancher de l'orbite deux îlots cancéreux de coloration noirâtre, situés l'un dans l'angle interne, l'autre dans l'angle externe de l'orbite. On les détruit par deux applications successives de pâte de Canquoin (25 août) et de pâte arsénicale (15 septembre). Mais le 19 octobre, le malade qui allait et venait dans la maison se plaint de coliques, de digestions difficiles.

Il prend pendant quelques jours des gouttes amères de Baume et de l'eau de Vichy, puis l'appétit vint à diminuer considérablement et il fut obligé de garder le lit. Les urines sont déjà très-colorées. Le 10 novembre ses urines prennent encore une coloration plus foncée, elles deviennent rouge-brun. L'acide nitrique y décèle une grande quantité de bile, les sels sont nombreux, l'albumine fait défaut. L'examen de l'urée fait dans le service de M. Bouchard, accuse 7 gr. 50 en 24 heures.

Du côté du foie, la matité est augmentée en tous sens mais sans déformation appréciable de la paroi abdominale. Le poumon est refoulé en haut, à gauche le foie empiète sur la région épigastrique, en bas il n'est séparé de la crête iliaque que par un petit espace; il est indolore à la pression.

12 *novembre*. La coloration de la peau change, elle devient terreuse, puis l'ictère apparaît d'abord aux conjonctives et se généralise les jours suivants au reste du corps.

29 *novembre*. Depuis deux jours la tumeur devient douloureuse à l'épigastre, le malade respire difficilement et une inspiration profonde lui fait éprouver de vives souffrances. L'auscultation ne révèle aucun bruit morbide. Examinées une second fois les urines ne contiennent plus que 4 grammes d'urée en 24 heures.

1er *décembre*. La paroi abdominale est soulevée en bloc dans une grande étendue et présente une voussure manifeste au niveau du foie. A gauche, cette voussure s'étend jusque sur les parties latérales de la région, mais sans descendre autant à droite. La base du thorax est élargie et les espaces intercostaux sont très-saillants. Dans toute la région occupée par le foie, matité absolue. En haut, cette matité remonte jusqu'à la 5e côte droite. En bas, elle est limitée par une ligne qui s'étend de l'épine iliaque supérieure droite jusqu'au rebord costal gauche en rasant l'ombilic. — Palpation douloureuse surtout au niveau de l'ombilic.

A l'auscultation, râles sous-crépitants à gauche surtout à la base; à droite respiration un peu rude. Crachats striés de sang. L'ictère se prononce de plus en plus et devient verdâtre. L'œdème envahit les malléoles, puis les membres inférieurs. L'anorexie est absolue, le malade ne prend plus que des bouillons et s'affaisse de plus en plus. — Il meurt dans le coma le 21 décembre 1876.

AUTOPSIE. — *Cerveau*. Rien d'important à noter si ce n'est une transsudation hémorrhagique peu abondante à la face interne de la dure-mère du côté gauche. Cette hémorrhagie paraît de date récente. — Du côté des organes de la vision, on trouve à droite que le globe oculaire est dégénéré et en partie disparu.

Le nerf optique, parfaitement sain à son passage dans le trou optique, vient se perdre dans un bourgeon cancéreux occupant le centre de la cavité orbitaire; ses fibres sont dissociées en ce point par des traînées noirâtres. A la partie antérieure de ce bourgeon cancéreux se voit un commencement de cicatrisation. Les os, et particulièrement la partie du sphénoïde en arrière de l'orbite, présentent des points de dégénérescence colloïde.

Poumon. A l'ouverture du thorax, on remarque, au niveau de la portion antérieure de la plèvre droite, à l'union des côtes et de leurs cartilages des dépôts de substance noirâtre de grosseur variable. Les plus petits ont le volume d'un pois, les plus gros atteignent celui d'un petite noix. La plèvre droite présente, en outre, sur les parties latérales des exsudats nombreux hémorrhagiques et une petite quantité de liquide.

Mais, à la surface des poumons, on trouve de petits îlots sous-pleuraux de matière noire. Ils sont disposés en damier et situés à la base et au point d'intersection des lobules. Peu nombreux sur le poumon dont la plèvre est intacte, ils sont beaucoup plus multiples à droite où ils forment des traînées le long des scissures. Quelques-uns sont pédiculés et jouissent d'une certaine mobilité, les autres sont, au contraire, étalés à la surface du poumon.

Si l'on incise les poumons, on trouve, à gauche de la congestion pulmonaire et quelques noyaux mélaniques peu nombreux. Mais à droite on remarque une masse mélanique atteignant le volume d'un œuf et n'étant séparée de la plèvre que par une mince lame de poumon. Cette masse est homogène et les parties intermédiaires du poumon sont congestionnées. Dans ces parties qui semblent, au premier abord, indemnes de mélanose, on remarque un pointillé noirâtre dû à des infiltrations mélaniques très-ténues. Les ganglions thoraciques sont dégénérés et empreints de la matière mélanique. — Rien à noter du côté des cavités cardiaques. Pas de liquide dans le péricarde.

Foie. Poids 7 kilog. 500 gr. L'aspect est lisse, sans bosselures, la pression des côtes a déterminé une empreinte à convexité inférieure. Sous la capsule on voit en divers points des arborisations vasculaires, et en d'autres points des tractus blanchâtres qui sillonnent la face supérieure du foie. Dans la région qui correspond à l'épigastre on trouve quelques exsudats péritonéaux.

Le foie présente une coloration générale d'un noir verdâtre sur laquelle tranchent les noyaux cancéreux. Ceux-ci sont très-petits et d'une coloration jaunâtre. A la face inférieure de l'organe, ces dépôts cancéreux sont circonscrits par une aréole d'une teinte encore plus foncée que le reste de l'organe. La consistance du tissu hépatique est très-ferme. A la coupe le tissu crie sous le scalpel et ce mélange des points blancs et foncés donne au foie un aspect qu'on ne peut mieux comparer qu'à du granit. La *vésicule biliaire* est atrophiée et contient peu de bile. Les ganglions lombaires sont dégénérés. — La *rate* est petite et ne présente rien de particulier. — Les *reins* sont colorés en jaune brun et cette coloration est plus prononcée à la périphérie.

Enfin, dans le cul-de-sac péritonéal recto vésical on remarque une traînée de mélanose formée par des dépôts affectant une même direction. Ces petits amas mélaniques, de la grosseur d'une lentille, sont isolés les uns des autres et paraissent s'être produits dans l'épaisseur même du péritoine.

30. Paralysie du bras gauche et du côté correspondant de la face. — Lésion cérébrale corticale ; par H. MARTIN, interne des hôpitaux.

B... P., âgé de 67 ans, est entré à l'hôpital Saint-Antoine le 10 décembre 1876 (service de M. Lancereaux). Ce malade, qui habite à Paris depuis plus de 30 ans, paraît y avoir toujours joui d'une santé relativement bonne et n'y a jamais fait de maladie sérieuse. Il est depuis longtemps marchand des quatre saisons, traînant constamment dans les rues sa petite voiture chargée de fruits. Depuis au moins sept à huit ans, il avait la respiration courte, toussant très-facilement les hivers, surtout quand le temps était humide. Déjà même l'année dernière, à pareille époque, il eut une bronchite très intense qui, surajoutée à son emphysème, s'accompagna de plusieurs accès violents d'oppression et le força d'interrompre son travail pendant plusieurs jours.

Il y a cinq ou six mois environ, c'est-à-dire dans le courant de l'été dernier (le malade est peu précis dans les renseignements qu'il nous donne), il traînait en ville sa petite voiture chargée de pommes et fumait sa pipe, quand tout-à-coup cette dernière lui échappa de la bouche, et le malade se baissa instinctivement pour la ramasser avec sa main gauche; mais il lui fut impossible de mouvoir le bras correspondant qui demeura à peu près inerte sur les côtés du corps. Il n'avait éprouvé, à ce moment, aucun trouble intellectuel, aucune paralysie motrice dans les membres inférieurs, et il revint sans aucune difficulté, et à pied, chez lui, où il constata simplement une déviation très-prononcée de la bouche du côté droit avec la monoplégie du bras gauche; pas de trouble appréciable de la parole.

Au bout de quelques jours (un nombre qu'il ne peut absolument pas déterminer), il se produisit un mieux sensible et progressif dans l'état du membre paralysé et le malade continua sa profession qu'il a exercée jusque dans ces derniers temps, quoique notablement gêné par les suites de son accident.

Etat à l'entrée : Le malade vient à l'hôpital pour une bronchite emphysémateuse compliquée d'accès d'asthme tels qu'il a eu beaucoup de peine à se rendre à pieds jusqu'à la salle de consultation. Il est admis sans difficulté à cause de son oppression extrême, de sa pâleur, et sans qu'il songe à parler de son accident de l'été dernier; cependant on remarque, dès l'instant, une déviation très-sensible de la bouche du côté droit.

La poitrine est fortement voûtée des deux côtés, en avant, et très-sonore à la percussion. Derrière, il y a également de la sonorité, et un bruit respiratoire faible, sourd surtout à la base, mêlé de nombreux râles de bronchite. *Face* cyanosée. — *Foie* légèrement augmenté de volume et sensible à la percussion. Rien d'appréciable du côté du *cœur*. Le malade ne repose pas la nuit depuis plusieurs jours et est dans un état d'abattement considérable.

La bouche est manifestement déviée à droite et la commissure labiale gauche paraît posséder moins de force que celle du côté droit. Le malade tient avec une certaine gêne sa pipe de ce côté, même actuellement et la porte habituellement du côté droit, il n'y a pas d'atrophie bien appréciable dans les muscles de la face du côté paralysé et la langue, qui parait avoir le volume normal, est parfaitement mobile et sans déviation. La parole est assez nette, beaucoup plus gênée par la dyspnée que par la parésie faciale. L'intelligence parait normale; cependant le malade dit avoir un peu perdu la mémoire depuis plusieurs mois.

Bras gauche. Depuis l'été dernier, les mouvements de l'épaule et de l'avant-bras ont peu à peu repris une grande partie de leur force et de leur étendue. Le malade porte très-bien, et contre une résistance assez considérable, sa main à la tête et exécute de même les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras. Mais quand on lui fait serrer une main entre les doigts, on constate de suite une faiblesse bien appréciable, surtout quand on compare avec la main du côte droit. Le malade se sert avec peine des trois premiers doigts de sa main; il a au contraire une force sensiblement plus grande dans l'annulaire et l'auriculaire : la faiblesse siége donc principalement dans le domaine du nerf médian. Le malade éprouve en outre des picotements, des fourmillements fréquents dans les trois premiers doigts et même dans la face externe du quatrième; il a du reste parfaitement conscience de la faiblesse de sa main et s'en dit très-incommodé.

Disons pour abréger que pendant son séjour à l'hôpital, il a eu plusieurs violents accès d'asthme, surtout la nuit et a dû chaque fois s'asseoir rapidement sur son lit, ou même en sortir entièrement.

13 *décembre*. Il a passé la nuit sur une chaise, appuyé contre son lit. Au début de la visite, il est assez tranquille, mais tout à-coup il est pris d'un accès d'asthme terrible et une injection sous-cutanée de 0.04 centigr. de morphine n'amène qu'un

soulagement peu sensible. A 2 heures, il perd entièrement connaissance. Le soir, il est insensible, râlant péniblement; une salive incolore, visqueuse, s'écoule par les commissures, surtout la *gauche* qui est entr'ouverte.

14. Le matin à la visite, l'agonie n'est pas encore terminée et il meurt enfin à 11 heures du matin.

AUTOPSIE faite 48 h. après la mort. *Poumon.* Ils sont le siége d'un emphysème considérable intra et périlobulaire. Il y a en outre quelques tubercules aux deux sommets. Rien de saillant dans les autres viscères. Le système artériel est considérablement affecté. De larges plaques d'athérome se trouvent sur l'aorte et les principales artères de l'économie; le cœur enfin n'a pas d'altérations valvulaires, mais est notablement augmenté de volume.

Cerveau. Il est un peu œdématié et très-ramolli (la mort avons-nous dit, remontait à 48 heures). Artères de la base un peu athéromateuses. Les méninges s'enlèvent sans aucune difficulté; on ne constate alors rien de particulier au niveau de l'hémisphère gauche. Voici, au contraire, ce que l'on trouve sur l'hémisphère droit : La circonvolution pariétale ascendante dans le cinquième environ de sa portion inférieure est recouverte d'une pulpe jaunâtre et ramollie formée aux dépens de sa couche de substance grise : elle s'enlève au moindre contact. Les limites du territoire ramolli sont parfaitement accusées par un rebord net qui se voit, en bas au point ou cette circonvolution forme la lèvre supérieure de la scissure de Sylvius, en avant au pli d'union avec la partie inférieure de la quatrième frontale, en arrière au pli d'union avec le lobule pariétal inférieur. Lorsque le cerveau est vu par sa face convexe, reposant sur un plan horizontal, on ne distingue pas autre chose; mais lorsqu'on écarte les deux lèvres du sillon de Rolando, on s'aperçoit que la teinte jaune du ramollissement pénètre sans discontinuité dans l'intérieur de ce sillon qu'elle tapisse entièrement dans sa moitié inférieure, atteignant sur les deux faces du sillon les limites de la portion convexe superficielle des deux circonvolutions correspondantes (quatrième frontale et pariétale ascendante). Sur la face de ce sillon de Rolando formée par la quatrième frontale, la zone ramollie s'étend en hauteur dans le sillon jusqu'au niveau du point où la partie supérieure de la deuxième frontale vient se jeter à peu près à angle droit dans la quatrième circonvolution du même nom.

A la Société, le président, M. Charcot a fait des coupes perpendiculaires au niveau du ramollissement et on a pu constater que ce dernier s'étendait au dépens de la substance blanche sous corticale dans une étendue et profondeur d'environ *un* centimètre; mais les noyaux du centre étaient *absolument* intacts.

M. CHARCOT. Il semble d'après des observations encore peu nombreuses que les lésions circonscrites des parties supérieures des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes donnent lieu à des paralysies des membres sans paralysie faciale; il semble aussi que les parties inférieures doivent être compromises pour qu'il existe une paralysie faciale. La monoplégie brachiale semble correspondre aux lésions de la partie moyenne de la frontale ascendante.

M. LANDOUZY. Dans la méningite tuberculeuse où les exsudats méningés et l'encéphalite se produisent de bas en haut, la paralysie porte presque toujours sur la face.

M. PITRES. Dans certains cas de lésions cérébrales corticales l'aphasie existe seule, mais dès qu'une paralysie circonscrite vient à s'associer à l'aphasie, c'est toujours une paralysie faciale.

31. Tumeur cystique crétacée du cordon spermatique; par M. LEBEC, interne des hôpitaux.

La tumeur dont il s'agit avait été vue sur le malade vivant, et en raison de sa date ancienne, de sa dureté considérable, de l'absence complète, de douleurs, de ses irrégularités, on avait porté le diagnostic d'enchondrome probable du cordon.

Un an plus tard, je trouvais par hasard, le cadavre dans une salle de dissection à Nantes, et je pus constater qu'il ne s'agissait pas d'un enchondrome du cordon spermatique, mais d'un kyste crétacé appendu à l'extrémité de l'appendice cœcal faisant hernie à travers l'anneau inguinal.

La tumeur est située à deux travers de doigt environ de l'anneau inguinal externe et fait corps avec le cordon spermatique. Son volume, égale celui d'une noix. Elle est extrêmement dure, et bosselée. Elle n'a contracté aucune adhérence avec la peau des bourses, elle est parfaitement mobile, avec le cordon auquel elle adhère fortement. Le cordon examiné avant l'incision de la peau, ne semble gros en aucun point.

En disséquant avec précautions, je puis me rendre compte de la nature et des rapports de la tumeur. Elle est enveloppée d'une poche fibreuse, très-adhérente à sa surface et dans toute son étendue. Cette poche va se rattacher en haut, par un pédicule, fort court à l'extrémité de l'appendice cœcal. Ce dernier, long de 6 centimètres environ, est descendu en franchissant les anneaux. Son calibre, est encore perméable et nullement augmenté.

Le péritoine, qui passait à la superficie du cœcum, n'est nullement en cause. Le cœcum est un peu tiraillé, par suite de cette projection forcée vers l'anneau inguinal. Les éléments du cordon sont dissociés. Le canal déférent est en dedans et les vaisseaux artères et veines en dehors. La tumeur semble être placée au milieu; et adhère plus fortement au canal déférent qu'aux vaisseaux.

Le testicule et le canal déférent sont sains. En ouvrant la tumeur, on constate qu'elle est creuse. Ses parois crétacées, ont une épaisseur de deux millimètres en moyenne. Dans la cavité, on trouve une petite quantité de cholestérine, sous forme de pâte molle, et dont les paillettes sont facilement reconnaissables au microscope.

Le point intéressant de la question est la nature de la tumeur et son origine. Est-ce un ancien sac herniaire, qui se serait incrusté et n'aurait contenu que l'appendice cœcal? Est-ce un kyste crétacé formé aux dépens d'un lobule de graisse, appendu à l'appendice cœcal? S'est-il formé dans les parois de l'appendice, auquel il adhère fortement, sans communiquer avec sa cavité? Ces questions, nous ne pouvons les résoudre. Toutefois ce cas est un nouvel exemple des difficultés que l'on peut rencontrer dans le diagnostic des tumeurs du cordon. — La pièce a été déposée au musée Dupuytren.

32. Epithélioma myxoïde de l'ovaire. Ponction; Epistaxis utérines chez une femme ayant dépassé depuis quinze ans la ménopause; par M. MOSSÉ, interne provisoire.

L...Q., 67 ans, blanchisseuse est entrée le 21 septembre 1876 à l'hôpital de Lourcine (service de M. Ball). Ménopause à l'âge de 52 ans : depuis ce moment, il n'y a jamais eu de perte de sang, le silence de l'utérus est demeuré absolu : Il y a cinq ans début sensible d'une tumeur dans l'abdomen développement lent et progressif durant les trois premières années, augmentation plus rapide pendant les deux autres. Sauf une médication à peu près nulle prescrite par un charlatan, la malade n'a été soumise à aucun traitement avant son entrée à l'hôpital (11 juillet 1876). A cette époque on a constaté tous les signes d'un kyste de l'ovaire avec épanchement liquide assez considérable. Le corps et le col de l'utérus ainsi que les culs-de-sac n'offraient rien d'anormal :

Ponction du kyste le 14 juillet; donne issue à six litres d'un liquide légèrement rosé; tout se passe normalement les jours suivants et la malade quitte l'hôpital le 26 juillet sans avoir offert le moindre accident. Huit jours après, elle revient à la consultation, dans cet intervalle elle avait perdu une petite quantité de sang rosé, les seins étaient devenus douloureux, surtout à la pression, mais sans augmentation de volume : cet état semblable à celui qui accompagne la période menstruelle se prolongea pendant trois ou quatre jours. Deux mois et demi après, le kyste s'étant rempli sans autres incidents, la malade rentre de nouveau à l'hôpital (21 septembre 1876).

27 *septembre*. Deuxième ponction (9 litres) suivie uniquement de douleurs abdominales pendant huit jours, mais pas de perte de sang.

Le liquide s'étant reproduit de nouveau avec une assez

grande rapidité, troisième ponction, (premiers jours de novembre): six litres d'un liquide épais onctueux de couleur brun foncé, et contenant, vers la fin de l'opération, une quantité notable de flocons blanchâtres. A cette époque la malade présentait l'état suivant: Ventre très-distendu, volumineux, fluctuant dans toute son étendue, excepté dans la fosse iliaque gauche, et la région avoisinante, où la palpation permet de sentir une masse volumineuse, irrégulièrement bossuée, dure mais de consistance inégale, et faisant corps avec le reste du kyste, à la partie inférieure et externe duquel elle est située: Dans toute cette zone la percussion donne une matité plus complète que dans les parties voisines. L'ensemble des signes physiques et cliniques conduisent à penser qu'il s'agit là d'un kyste composé et probablement d'un cysto-sarcome.

Pendant le mois de novembre, la distension de l'abdomen par cette tumeur étant devenue assez considérable pour amener une gêne mécanique notable de la respiration, MM. Ball et Périer, se décident à faire une nouvelle ponction suivie de l'injection iodée.

4 *décembre*. Ponction évacuatrice; le liquide qui sort est de même nature que celui obtenu par la ponction précédente, visqueux, épais, brun foncé, amenant vers la fin des flocons blanchâtres : après la ponction lavage du kyste à grande eau, avec le siphon de M. Potain (l'eau étant maintenue autant que possible pendant toute la durée de l'opération à la température normale entre 36° et 37°) après le lavage injection iodée. Le soir l'état de la malade est bon; elle accuse un certain soulagement :

5 *décembre*. La nuit a été moins bonne : légère fièvre. Le soir, accès d'oppression. 1 pilule d'opium, potion cordiale.

6. Pendant la nuit précédente il est survenu un léger écoulement sanguin qui se continue dans la journée ; le sang est rose, peu abondant, et la malade prétend « qu'elle redevient grande fille. »

7. Le suintement sanguin continue encore pendant une partie de la journée, en offrant les mêmes caractères que la veille, et selon l'expression même de la malade, « c'est comme pour une femme qui finit d'avoir ses règles. »

L'état général devient grave; pouls rapide, petit : pas de frissons, pas de vomissements, la température prise plusieurs fois se tient au niveau de 38.3 (38.5 dans le rectum), le 5 décembre, le jour qui a suivi l'opération, elle était un peu plus élevée. — Ballonnement: Douleur dans l'hypogastre. — Cataplasme: Potion cordiale, 1 pilule d'extr. thébaïque 0.01.

8 *décembre*. Le kyste se remplit de nouveau. Le ballonnement augmente au point de gêner la respiration. Tympanisme de la partie supérieure de l'abdomen : ponction de l'intestin par la paroi abdominale, issue d'une quantité de gaz, suivie d'une petite quantité de liquide.

9 *décembre*. Même état : Affaiblissement croissant.

10 *décembre*. Nouvelle ponction : après les gaz, il s'écoule une quantité de liquide, liquide contenu probablement dans la cavité péritonéale; cette 2e ponction de l'intestin a été faite au moyen de l'aspirateur Dieulafoy.

11 *décembre*. L'état général reste sensiblement le même : Pouls petit, rapide, filiforme. Facies terreux grippé: les ponctions de l'intestin n'ont amené qu'un soulagement passager, le météorisme se reproduisant très-vite.

12 *décembre*. La malade ne prend presque plus rien : l'œdème limité aux membres inférieurs se généralise : Prostration croissante.

13 *décembre*. Le matin à la visite, les extrémités sont déjà presque froides: l'annulaire et l'auriculaire de la main droite sont pâles et entièrement exangues.—Mort à 4 heures du soir.

Autopsie, le 15 décembre 1876. — Les parois abdominales incisées sur la ligne médiane sont adhérentes au kyste sur une grande étendue: les adhérences péritonéales sont le plus marquées vers le milieu de l'abdomen.

Kyste très-volumineux, occupant presque toute la cavité abdominale jusqu'à la région épigastrique, refoulant en arrière et au-dessus de lui le grand épiploon. Traces de péritonite adhésive en plusieurs points et notamment autour de la vésicule biliaire. Liquide brun, louche en petite quantité dans la cavité péritonéale.

L'ovaire droit est sain*:* le kyste développé aux dépens de l'ovaire gauche est constitué de deux parties, une masse solide irrégulière bosselée, et une vaste poche fluctuante : celle-ci ponctionnée donne issue à une quantité de liquide qui peut être facilement évaluée à 14 ou 15 litres; d'abord filant visqueux d'une couleur brun foncé, et analogue à celui qui avait été obtenu pendant la vie, puis devenant brun sale mêlé de flocons blanchâtres ; purulent, enfin, en dernier lieu, la poche ouverte, laisse apercevoir un pus épais et bien lié.

Les parois du kyste sont tomenteuses, irrégulières, couvertes d'une sorte de fausse membrane qui se détache partiellement par le lavage.

La masse solide, située à la partie inférieure et externe de la poche, offre une consistance inégale; elle est constituée par une réunion de petites masses arrondies, offrant parfois à leur centre comme une fausse fluctuation et faisant saillie à la surface de la tumeur: La coupe est rouge, granuleuse, offrant assez nettement à l'œil nu la disposition macroscopique du sarcome, mais le centre est occupé par un mucus blanchâtre, gluant et très-épais:

(L'examen de cette tumeur fait par M de Sinéty au laboratoire du Collége de France, lui a fait reconnaître que ces petites tumeurs contenaient des cellules caliciformes, et que la tumeur appartient à la variété de kystes décrite par M. Malassez sous le nom d'épithélioma myxoïde.)

L'utérus et ses annexes du côté droit n'offrent rien de particulier à signaler.

Le foie présente la déformation habituellement due au corset, mais très-exagérée. — Rate, a rien noter: Reins légèrement pâles, substance corticale diminué d'épaisseur. — Les organes thoraciques à part de nombreuses adhérences pleurales au sommet, ne présentent aucune particularité.

Réflexions. — Indépendamment de l'intérêt que peut offrir dans l'observation précédente, la marche des phénomènes cliniques ainsi que la détermination histologique de la tumeur étudiée par M. de Sinéty, un point particulier nous a paru mériter de fixer l'attention : c'est la perte de sang qui, à deux reprises, a suivi le traumatisme chirurgical.

Dans les conclusions d'un travail publié par le *Progrès médical* (1874) sur les : « *Troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques*, » M. Terrillon s'exprime ainsi : « Plusieurs de mes observations ont porté sur des femmes qui avaient dépassé la ménopause; je n'ai pu constater chez elles aucun retour des règles. Le fait cependant pourrait se rencontrer surtout après les opérations pratiquées sur les organes génitaux. La *seule condition essentielle* serait que la ménopause ne fût *pas trop éloignée* sans cela l'utérus atrophié ne pourrait de nouveau être le siége d'une congestion active suffisante. Ce fait pourra être recherché et présenter quelque intérêt, etc. »

Ce sont ces conclusions qui nous ont engagé à produire le fait précédent :

En effet, ici, bien que la ménopause fut éloignée de quinze ans, l'utérus a pu être le siége d'une congestion assez active pour se terminer par une hémorrhagie consécutive : hémorrhagie légère, sans doute, mais qui s'est reproduite deux fois avec des caractères offrant entre eux une certaine analogie : La malade, il est vrai a été soumise quatre fois au traumatisme chirurgical, et il n'y a eu que deux épistaxis utérines consécutives. L'explication de ce fait devient facile si on remarque qu'elles ont eu lieu, l'une, après la première ponction, c'est-à-dire quand le retentissement local et général devait être plus considérable, l'organisme étant surpris pour ainsi dire par cette première atteinte ; l'autre, à la suite d'une opération un peu plus compliquée que la simple ponction (ponction, lavage du kyste, injection iodée).

Signalons encore la tension douloureuse des seins qui accompagnait la première perte de sang (peut-être n'est-ce là qu'une simple coïncidence).

Il paraît donc résulter de cette observation que même chez des femmes âgées ayant dépassé depuis longtemps la ménopause, les opérations chirurgicales pratiquées sur l'ovaire (première zone de M. Terrillon,) peuvent amener une congestion des organes génitaux suffisante pour se terminer p-

une hémorrhagie critique ; mais ce travail paraît se faire avec beaucoup plus de lenteur que chez la femme dans la période active de la vie sexuelle, puisque dans le premier cas le sang n'a paru au dehors que quinze jours environ après l'opération ; dans le deuxième, quatre jours ont été nécessaires pour voir apparaître l'épistaxis utérine.

33. Localisation cérébrale.

M. Charcot rend compte de l'examen qui a été fait dans son laboratoire d'une pièce remise dans la dernière séance par M. Dussaussay. Il s'agissait de déterminer la topographie exacte d'une lésion cérébrale. La pièce ne comprenait qu'une portion de l'hémisphère cérébral ce qui rendait l'appréciation difficile. Les points de repère fournis par le sillon occipital transverse d'une part et le lobule para central, c'est-à-dire la partie supérieure de la scissure de Rolando, permettent toutefois de retrouver la topographie de l'écorce. L'abcès siégeait dans le lobe pariétal, mais il est impossible de dire dans quelle étendue les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes étaient intéressées, la pièce étant incomplète (1).

34. Localisation cérébrale, par M. Pitres.

M. Marchand a présenté dans la dernière séance une tumeur cérébrale qui avait donné lieu pendant la vie à de la monoplégie brachiale avec paralysie faciale, et qu'à l'autopsie on reconnut avoir son siége à la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante. Il importait de savoir si la partie inférieure de la circonvolution n'était pas intéressée, quelques faits semblant indiquer que cette région comprend le centre moteur du bras et surtout de la face.

Une coupe fit voir que la tumeur pénétrait à une certaine profondeur dans le centre ovale et qu'une zone de ramollissement s'étendait jusqu'au voisinage de la scissure de Sylvius. cette lésion secondaire avait probablement la plus grande part dans la production de l'hémiplégie faciale, en détruisant le tractus des filets moteurs qui aboutissent à la partie inférieure des circonvolutions médianes. Dans l'une des trois observations de Jackson qui ont trait à des monoplégies brachiales, l'autopsie fit découvrir une tumeur affleurant le centre ovale au niveau des fibres qui se rendent aux portions de l'écorce qui paraissent en rapport avec les mouvements de la face et du bras.

M. Pitres présente ensuite des pièces provenant d'une ataxique qui avait été atteinte d'une atrophie des membres supérieurs.

34. Démonstration pour l'application du trépan dans les cas de lésions atteignant les centres moteurs de l'écorce cérébrale; par le dr Just Lucas-Championnière.

J'ai l'honneur de présenter à la Société deux pièces anatomiques qui me permettront de lui montrer comment j'entends faire sur le crâne, la recherche des centres moteurs corticaux, recherche sur laquelle j'ai déjà eu l'occasion d'attirer son attention. Je néglige les observations pathologiques pour me restreindre dans la question anatomique.

Nous sommes encore loin, sans doute, de connaître avec précision tout ce qui concerne les centres moteurs, mais, si nous n'avons pas complété la notion de localisation précise, nous connaissons nettement la région qu'ils occupent, et l'on verra que cette région est facile à délimiter. Que l'on considère par exemple, les planches des mémoires de MM. Carville et Duret sur les centres moteurs et l'on verra, si on néglige le centre du pli courbe, que les régions des centres occupe un espace trapézoïdal fort restreint. Si on considère, en même temps, l'excellente figure des mémoires de Turner sur la topographie cérébrale, on verra sans peine que cette région motrice est couverte tout entière par la moitié antérieure du pariétal, les *deux portions du pariétal antérieur*, comme il dit.

On connaît déjà les limites extrêmes de la région dans laquelle peut manœuvrer une couronne de trépan à la recherche de ces points moteurs. Mais, quels sont les moyens de retrouver cette région et ses limites ?

L'examen de ces mêmes figures fera connaître aisément que, dans cette région, les centres sont en quelque sorte groupés autour du sillon de Rolando, de façon que, si on arrivait à reconnaître sur la tête d'un individu les points correspondant au sillon de Rolando on aurait le moyen de toujours arriver au milieu de ces centres. Or, ces moyens existent parce que les anthropologistes ont étudié le crâne dans ses rapports avec le cerveau et nous les leur emprunterons.

Ces notions seront utilisées d'autant plus facilement que la crâniométrie s'étudie avec des données aussi précises que possible, que cette topographie cérébrale est faite avec de nombreux chiffres, des moyennes excellentes, tandis que la chirurgie n'a besoin que de données relativement grossières qui lui indiquent non pas un point mais un espace assez large déjà. Cette notion donnée, le chirurgien peut marcher hardiment et sûrement.

Aussi la recherche expérimentale se bornera simplement à ceci : déterminer sur la tête rasée l'extrêmité supérieure ou interne du sillon de Rolando ; déterminer l'extrêmité inférieure ou externe de cette même scissure. Entre ces deux points, on tirera une ligne droite que l'on peut dessiner avec un crayon dermographique et on aura ainsi ce que j'appelle *la ligne rolandique*. Ce n'est pas à proprement parler le dessin du sillon de Rolando, car celui-ci ne peut être représenté par une ligne droite. Mais, cette ligne est telle, que si on met à cheval sur elle une couronne de trépan, elle tombe toujours à cheval sur le sillon de Rolando.

Il suffit dès lors de considérer une figure du cerveau où serait représentée la région qui entoure le sillon de Rolando, pour concevoir comment on profiterait des localisations cérébrales pour appliquer le trépan.

Que l'on admette une lésion du lobule paracentral on trépanerait sur la ligne et tout en haut, en dehors du champ du sinus. S'il y avait une paralysie du membre inférieur, on trépanerait en haut et en arrière, sommet des circonvolutions frontale et pariétale ascendante. Lésion du membre supérieur : partie moyenne de la ligne ; du membre supérieur et de la face, plus bas et plus en avant ; du membre supérieur et aphasie, tout en bas et en avant.

Il ne faut pas oublier que dans ces lésions des centres, il n'y a pas seulement altération d'un point ou d'une ligne, mais atteinte d'une certaine surface, et aussi les troubles fonctionnels se traduisent-ils par un certain groupement de symptômes, que l'on peut signaler dans toutes les observations connues. M. Charcot a récemment, à la Société, très-bien caractérisé ce groupement symptomatique. Pour ma part, je vous citerai à l'appui toutes les observations de traumatisme comme celles de M. Broca, de M. Marveaud ; la mienne, dans laquelle la localisation était plus étroite que dans aucune autre. Dans l'observation de M. Proust, il y avait déjà une diffusion assez étendue des accidents.

Il résulte de ceci une facilité plus grande encore pour le trépan, car, en cas d'embarras, en cas de diffusion des symptômes, le plus simple est pour le chirurgien de frapper au milieu de la région, sauf à ajouter une couronne en haut, en bas, ou en avant, suivant la localisation.

Cette dernière observation sera alors d'autant plus juste, que l'on considérera les pièces que je soumets à la Société, où j'ai tracé non-seulement la ligne rolandique, mais l'espace des centres moteurs, ou mieux, l'espace où peut jouer le trépan. La ligne médiane du crâne est interdite sur une étendue de 15 millimètres de chaque côté à cause du sinus ; les limites antérieure, inférieure et postérieure sont sur la moitié antérieure du pariétal. Tout l'espace sur ce crâne n'a pas plus de 3 centimètres 1/2 de haut sur 5 centimètres de large.

On peut enlever une surface considérable de cette région et faire encore une bonne opération.

Sur une autre pièce l'expérience a été faite, j'ai placé trois couronnes de trépan sur la ligne Rolandique dressée comme je vais le dire, et trois fiches introduites au centre des couronnes étaient toutes trois dans la scissure de Rolando, en haut, en bas et au milieu.

(1) Des dessins représentant la disposition du foyer sont déposés dans l'album de la Société.

Quant au moyen à employer pour trouver cette ligne, il est facile, à la portée de tous.

Le point supérieur est le plus difficile à trouver; pour y arriver on doit chercher le *bregma*. Le bregma est situé au sommet de la tête sur le plan vertical passant par les conduits auditifs lorsque la tête est dans la situation du regard horizontal.

On peut placer un ruban métrique à cheval sur la tête et les oreilles, dans cette situation, et on saura grossièrement où se trouve le bragma.

J'ai échancré une feuille de carton que je place à cheval sur la tête. Je la traverse par un crayon perpendiculaire auquel je donne la direction du regard horizontal, et au sommet sous le carton se trouve le bregma. Enfin, l'équerre flexible de M. Broca donne ce point très-exactement. L'expérience m'a appris qu'il fallait prendre le bregma derrière et non devant la branche de l'équerre.

Derrière le bregma obtenu, le sillon de Rolando commence à 53 milimètres. On prendra 55 avec avantage. Entre 50 et 55, le point est toujours meilleur qu'avec des chiffres plus bas. Quant au point inférieur, suivant le procédé indiqué par M. Broca pour la trépanation dans la région du langage, on tire une ligne horizontale de 7 centimètres; à son extrémité on élève une perpendiculaire de 3 centimètres et on trouve à l'extrémité de celle-ci le second point, ou point inférieur de la ligne Rolandique.

On sait que pour le langage, M. Broca n'a pris que 5 centimètres d'horizontale et 2 de perpendiculaire.

Toutes ces mesures peuvent être grossièrement prises avec un ruban métrique de couturière et on arrive toujours au succès, même avec des erreurs considérables dans les points de repère, comme je l'ai vu par de nombreuses expériences.

Si on arrivait à connaître exactement les fonctions du pli courbe, rien ne serait plus facile que de l'atteindre à cause de ses rapports presque constants avec le lambda.

J'ai la conviction qu'à l'aide de ces notions très-simples, l'opération du trépan pourra faire d'immenses progrès et recevoir des applications qu'on n'eût encore jamais osé faire, surtout si on emploie des pansements antiseptiques.

En présentant ces observations, je tiens à faire remarquer qu'au point de vue scientifique, j'ai tout emprunté, mes moyens aux travaux des savants médecins et anthropologistes qui ont si laborieusement étudié les localisations cérébrales et la crânéométrie. Je ne présente donc pas ces travaux comme une découverte mais comme une application et comme un hommage à la science, rendu par la chirurgie active.

Chez la femme, les mesures différeraient en moins, entre 45 et 50 millimètres derrière le bregma, et 60 à 65 millimètres derrière l'apophyse orbitaire externe. Tous ces chiffres sont un peu plus forts que ceux donnés par les anthropologistes, mais l'expérience apprend que pour la trépanation, l'erreur se fait plus sentir en avant qu'en arrière ; il vaut mieux d'avance exagérer en arrière.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 février. — PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

M. VALLIN offre un exemplaire de la nouvelle édition française du *Traité des maladies infectieuses* de Griesinger. M. Vallin a ajouté des notes importantes, particulièrement en ce qui concerne l'étiologie, la pathologie comparée et la pathogénie, et il a cherché surtout à exposer sur ces points les idées françaises qui n'ont rien à perdre à être mises en regard des idées allemandes (1).

M. BROUARDEL présente un travail intitulé: *l'Urée et le foie*. — Ces recherches tendent à démontrer un fait des plus importants: c'est que l'augmentation de l'urée dans l'urine est en rapport non pas avec l'élévation de la température, mais avec la suractivité fonctionnelle du foie. Quand la circulation hépatique est exagérée, la quantité d'urée augmente; quand le tissu du foie est détruit (cirrhose, ictère grave, etc), l'urée disparaît ou diminue.

M. FÉRÉOL, à propos du fait de son service cité dans la dernière séance et relatif à l'action des *bains froids* sur la production des hémorrhagies, conteste l'interprétation donnée par M. Peter. Il s'agissait d'une fièvre typhoïde extrêmement grave, chez une nourrice, et les épistaxis s'étaient montrées avant tout traitement. Les bains froids n'ont pas arrêté les épistaxis mais on ne peut leur attribuer la production de cet accident.

M. PETER constate qu'à chaque bain les épistaxis ont présenté une intensité plus grande.

Revenant à son argumentation, M. Peter dit qu'il ne nie pas les bons effets des bains froids dans certaines circonstances, mais que, dans la fièvre typhoïde en particulier, il faut établir une balance équitable entre les bienfaits possibles et les méfaits certains de cette méthode.

Cette méthode repose d'ailleurs sur une doctrine erronée: L'hyperthermie n'est qu'un des éléments de la maladie; dans certaines formes, ainsi que l'a montré M. Vallin, la maladie peut évoluer sans que la température dépasse 38° ou 39°, et cependant, si les malades meurent, on trouve toutes les lésions de la fièvre typhoïde, y compris les altérations des muscles qu'on a voulu attribuer à l'hyperthermie. Dernièrement encore M. Dieulafoy avait dans son service un malade atteint de la forme ataxique la plus grave, et chez lequel cependant la température ne dépassa qu'une seule fois 40°.

Dans le rhumatisme cérébral, l'individu est sain de partout sauf du cerveau, et le bain froid peut amener de bons résultats non par la réfrigération qu'il produit, mais par l'action révulsive. Au contraire, le typhique est lésé dans tous ses organes. La pratique des lotions froides, des bains tièdes, ne doit pas non plus être érigée en système ; ce qu'il faut, c'est suivre les indications, et elles varient non-seulement suivant les malades, mais aussi d'un jour à l'autre. *(A suivre).*

BIBLIOGRAPHIE

Traité du Diabète. (Diabète sucré, diabète insipide); par le dr LÉCORCHÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. Paris, G. Masson.

Le livre de M. Lécorché est un traité complet des diabètes. Comprenant ce mot dans le sens large suivant lequel les auteurs anciens l'entendaient, il étudie successivement sous le nom de diabète, et le diabète sucré comprenant le *diabète sucré proprement dit et la glycosurie*, et le diabète insipide, *azoturie* et *polyurie*.

En manière d'introduction, M. Lécorché consacre à la glycogénie normale un chapitre des plus intéressants : l'œuvre de notre grand physiologiste, M. Cl. Bernard, est analysée avec un soin extrême ; toutes les critiques adressées aux théories de ce dernier sont judicieusement mises en lumière et réduites à leurs véritables proportions. En terminant ce chapitre, M. Lécorché écrit cette phrase : « On ne peut nier l'existence de la glycogénie normale et l'on se trouve autorisé à ne voir, dans le diabète, contrairement aux idées émises par Pavy, Seegen, que l'exagération ou la déviation de l'état physiologique. »

Passant ensuite en revue les différentes théories du diabète que les auteurs ont établies sur les données physiologiques plus ou moins fondées, il insiste plus spécialement sur les deux théories, aujourd'hui à l'ordre du jour : 1° la théorie de Cl. Bernard, la théorie française, celle de l'hypersécrétion ; 2° la théorie allemande, celle de Voit, la théorie de l'épargne.

M. Lécorché analyse surtout longuement l'opinion de Pavy, et il montre que, entre tous ces états pathologiques, dans lesquels on rencontre un peu de sucre dans l'urine, et le véritable diabète, il y a une différence radicale, absolue ; la théorie de Pavy, fausse au point de vue physiologique, l'est également au point de vue clinique ; l'ensemble des faits qui caractérise la maladie, habituellement chronique, appelée diabète sucré n'est expliqué que par la théorie de M. Cl. Bernard.

Vient ensuite l'étude de l'étiologie et de l'anatomie pathologique. Toutes les lésions chroniques des organes que l'on est dans l'habitude de rencontrer chez les diabétiques sont décrites avec soin ; nous signalerons en particulier celles relatives

(1) Voir le n° 9 du *Progrès médical*.

aux modifications chroniques et histologiques subies par le sang.

Le symptomatalogie tient aussi une large place dans les descriptions de l'auteur ; ce sont souvent les phénomènes anormaux sur lesquels il insiste, tout en accordant à l'étude des symptômes classiques, l'importance qui convient; chacun d'eux est passé en revue avec les détails et la précision de la science moderne. Nous signalerons, en particulier, l'étude sur l'amblyopie des diabétiques, étude presque personnelle à M. Lecorché ; la description des troubles de nutrition, de la fatigue musculaire, etc.

Le chapitre des complications est complet. On connaissait depuis longtemps, ces cas de mort subites dans le cours du diabète, en dehors de toute altération des centres nerveux, qui avaient fait dire à Marchal (de Calvi) : « Il n'est peut-être pas de maladie dans laquelle la mort soit si habile à dissimuler ses coups ; » il faut bien le dire, aucune explication satisfaisante n'avait été fournie ; les uns, incriminaient l'urémie, d'ailleurs très-rare, excepté chez les diabétiques goutteux, les autres ne voyant qu'un simple trouble dynamique de la substance nerveuse, etc. M. Lecorché analysant les travaux des auteurs, et se basant sur ses recherches, montre que dans l'immense majorité des cas, le coma diabétique (1) est une conséquence de l'empoisonnement par l'*acétone* ; c'est dans l'estomac que se formerait cette substance aux dépens du sucre de raisin ou de ses dérivés, grâce à la fermentation du sucre hépatique. Nous mentionnerons encore plus spécialement les chapitres consacrés aux complications pulmonaires, aux complications rénales, etc., etc.

La marche du diabète, ses divers modes de terminaison indiqués, l'auteur reprend, dans une vue d'ensemble, toutes les théories du diabète, partisan absolue de la théorie de l'*hypersécrétion*, contrairement à Cantoni, et aux auteurs allemands, qui ont fait la théorie de l'épargne, l'auteur conclut en disant que le diabète est une névrose du foie, et cette compréhension du diabète est appuyée sur les études des diabètes symptomatiques, en particulier du diabète de cause cérébrale.

Le traitement, dans les diverses variétés étiologiques du diabète, est indiqué avec précision. M. Lécorché montre qu'il faut en appeler de cette sentence prononcée par quelques auteurs, à savoir que tout diabète confirmé est mortel dans un laps de temps plus ou moins long.

Ensuite viennent les études sur la *glycosurie*, la diabète *insipide* et ses deux variétés, l'*azoturie* et la *polyurie*. Ce sont des chapitres neufs, pour ainsi dire, tout au moins en considérant le point de vue auquel l'auteur s'est placé, point de vue essentiellement physiologique et clinique. On trouve bien dans les auteurs des descriptions plus ou moins détaillées, mais rien de coordonné, de précis ; c'est la tâche qu'a entreprise M. Lécorché et qu'il a menée à bonne fin ; nous ne pouvons qu'engager le lecteur à consulter ce livre ; une analyse, même détaillée, serait impuissante à reproduire les faits importants contenus dans ces chapitres.

Dr F. RAYMOND.

HYGIÈNE

Dé l'action d'un arséniate de fer naturel.

A côté des observations publiées dans le dernier numéro de février, on peut placer l'observation suivante recueillie par M. le docteur Lecoconnier :

« Constance S..., âgée de dix-neuf ans, réglée à quatorze ans, a continué depuis à voir ses règles régulières en quantité, mais de couleur pâle. Au moment de ses époques, elle a des maux de tête et des vomissements; selles normales et régulières; appétit languissant. Rêves et rêvasseries. Bruit de souffle à la pointe et au premier temps. Souffle dans les vaisseaux du cou, avec renforcement. Muqueuses toutes décolorées. Flueurs blanches abondantes.

« Pendant sept mois, elle est soignée au bureau de bienfaisance, par le vin de quinquina, les pilules de Vallet à la dose de deux par jour, ou du sirop d'iodure de fer. Tout cela en pure perte, l'état antérieur persiste. Le 7 juin, dit ce médecin, je commence l'usage des dragées de la Dominique, à la dose de deux par jour, excepté pendant les règles, où on les cesse, pour ne continuer que le vin de quinquina, que je continue à donner en même temps.

« Le 9 juillet, les maux de tête sont plus considérables et plus fréquents, mais le temps est orageux et la malade est très-sensible à l'état électrique de l'atmosphère. Le souffle persiste au cœur et dans les vaisseaux du cou; mais les digestions sont meilleures, la force plus grande, les conjonctivites moins pâles.

« Le 30, le souffle existe à peine au cœur, nul dans les carotides. Pas de flueurs blanches depuis quinze jours. Bon appétit; sommeil excellent, sans rêves. La malade prend goût à la viande, qu'elle détestait auparavant. La coloration des muqueuses est à peu près normale. Les maux de tête ont disparu. La malade a pris cent dragées de la Dominique. »

M. le docteur Lecoconnier fait ressortir l'action de ces dragées, mais il nous semble que la démonstration, pour être complète, eût nécessité la suppression du vin de quinquina. Nous lui signalons ce point en l'invitant à continuer son expérimentation. M. le docteur Wittmann nous adresse du Val-d'Ajol l'intéressante communication suivante :

» Le nommé S..., âgé de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatique, est atteint de pleuro-pneumonie. Après trois semaines de traitement, le malade entre en convalescence; mais il se trouve dans un grand état d'anémie. Cet état morbide se complique subitement d'une fièvre intermittente, assez commune d'ailleurs dans nos pays. Le sulfate de quinine, administré pendant quinze jours et à doses variées, toujours assez forte, ne me donne que des résultats insuffisants. Le type de la fièvre change, mais la fièvre persiste.

» Sur ces entrefaites, je crois devoir prescrire des dragées de la Dominique. Soixante dragées (une boite) amènent rapidement un mieux sensible. Après une seconde boîte, le malade était délivré de sa fièvre, et l'état anémique se modifiait. Cette modification était même si rapide que la guérison ne tarda pas à être complète. Un régime substantiel avait complété d'ailleurs ce qu'on ne pouvait demander à la thérapeutique. »

Le résultat obtenu par M. Wittmann ne nous surprend pas, puisque l'eau de la Dominique de Vals est toujours prise avec succès dans les fièvres intermittentes (fièvres d'Algérie, de Corse, etc.). La communication que M. le docteur Paget (d'Arbois) nous adresse confirme aussi les succès obtenus par l'eau de la Dominique dans les affections de la peau et dans le traitement des plaies :

« Mme X..., âgée de trente ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, était atteinte depuis deux ans d'un eczéma du dos des mains qui faisait son désespoir. Tout avait été employé contre cette affection rebelle (sulfureux, arséniate de soude, liqueur de Fowler, etc., etc.), et jamais la moindre amélioration n'avait été obtenue. Je la mis au traitement par les dragées de la Dominique, à la dose de huit par jour.

Un changement manifeste ne tarda pas à se produire. La marche de l'eczéma se trouva bientôt enrayée. Tous les jours on la voyait s'éteindre, pour ainsi dire, à vue d'œil. Au bout d'un mois de traitement, l'eczéma disparut pour ne laisser après lui, comme traces, qu'un épiderme un peu hypertrophié. Aujourd'hui les deux mains sont guéries; mais, par précaution, dans la crainte d'une récidive, je tiens à faire continuer encore quelque temps l'emploi des dragées de la Dominique.

Nous terminerons cette petite revue par les observations que nous communique M. le docteur Berthelot (de Chamborigaud). Ce praticien s'est servi fréquemment des dragées arsénico-ferrugineuses de la Dominique de Vals. Il en a obtenu de très-bons effets, notamment dans les cas de chlorose chez les jeunes filles, surtout lorqu'il y avait des troubles du côté de la mens-

(1) Voir, sur le *coma diabétique*, le nº 8 du *Progrès médical* de 1875.

truation et toux avec essoufflement, mais sans lésions aux poumons. Les dragées arsenicales de la Dominique ont pleinement réussi entre les mains de notre confrère, chez deux enfants atteints d'affections herpétiques chroniques, liées à un tempérament lymphatique.

« Somme toute, dit le docteur Bertelot, les dragées de la Dominique représentent un médicament sérieux, d'autant plus précieux que la forme des dragées le fait facilement accepter par les enfants et les jeunes filles les plus délicates. »

Le traitement des maladies cutanées par les lotions d'eau de la Dominique et par l'ingestion des dragées de la Dominique est un traitement digne de l'attention des praticiens; et, en nous référant aux résultats déjà obtenus par les simples lotions d'eau de la Dominique, nous croyons à l'avenir du traitement *simultané* que nous recommandons.

VARIA.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS.

De l'installation de salles d'isolement pour les enfants atteints de diphthérite.

M. Ch. Loiseau demande à M. le Préfet, ce qu'est devenu le projet de construction de salles d'isolement pour les enfants affectés de diphthérite, croup et angine couenneuse. En présence de l'épidémie diphthérique qui sévit d'une manière si grave depuis deux années, il y a lieu de donner une solution prochaine à l'installation projetée.

M. le Préfet de la Seine répond que depuis longtemps l'administration a l'intention d'établir une salle d'isolement dans un des hôpitaux pour y recevoir les enfants atteints de maladies contagieuses.

L'assistance publique avait proposé d'utiliser pour cet objet des bois provenant d'anciens baraquements ayant servi au traitement des varioleux. Une telle proposition était inacceptable et M. le Préfet a refusé d'approuver ce projet ayant pour base l'emploi de vieux matériaux.

Après avoir laissé passer plusieurs mois, l'Administration de l'assistance publique a présenté à l'approbation du Préfet un nouveau projet proposant de construire un pavillon en bois et d'en confier l'édification à un entrepreneur qui a construit de nombreuses baraques en 1870, au moment du siége de Paris. Ce projet a été soumis au conseil d'architecture. Celui-ci a proposé diverses modifications destinées à satisfaire aussi complétement que possible aux nécessités de l'hygiène et de la salubrité. Lesdites modifications consistaient principalement dans l'élargissement des baies destinées à éclairer et aérer la salle des malades.

Le Préfet a invité l'assistance publique à modifier ses projets en ce sens et à passer immédiatement à l'exécution. Au lieu de se conformer à cette invitation, l'Administration de l'assistance publique a persisté dans le projet primitif et a produit un avis qu'elle avait demandé aux médecins de l'hôpital.

Dans cet avis, les médecins reconnaissent que les modifications indiquées répondent aux données de la science et aux nécessités de l'hygiène. Mais ils ajoutent que si des modifications doivent entraîner des retards et augmenter la dépense, on peut accepter le projet tel qu'il a été présenté.

Il est évident pour tout le monde que s'il ne s'agit pas d'utiliser de vieux baraquements, s'il s'agit d'un pavillon en bois à construire, les modifications proposées aux plans dressés par l'Assistance publique ne peuvent ni augmenter la dépense, ni retarder l'exécution. Aussi, le Préfet faisant remarquer à l'Assistance publique que l'avis des médecins, produit par elle, reconnaît l'utilité des modifications proposées, a persisté dans sa décision et invité l'administration à ne pas retarder plus longtemps par sa résistance injustifiable des travaux urgents. Ces faits remontent au mois de décembre; si l'assistance publique n'a rien fait, la responsabilité des retards ne peut peser que sur elle.

M. Lauth dit qu'il est à sa connaissance que le conseil de surveillance de l'Assistance publique s'occupera de cette question dans sa prochaine séance. Il exprime à cette occasion le regret qu'une entente plus complète n'existe pas entre les deux Administrations de la ville et de l'assistance publique. La source des conflits du genre de celui dont il est actuellement question, réside dans l'organisation même de l'assistance publique à Paris à laquelle la loi attribue une certaine indépendance administrative qui n'a pas sa raison d'être.

Les intérêts de la bienfaisance ont à souffrir de ces conflits ainsi que des retards qui résultent du mode défectueux d'instruction auquel sont soumises les affaires. Ainsi en matière de constructions, M. Lauth pense qu'on abrégerait beaucoup les délais que subit l'exécution des projets si ceux-ci n'étaient soumis au conseil de surveillance qu'après avoir été préalablement étudiés par les architectes de deux administrations. En terminant, M. Lauth exprime l'avis que la meilleure solution serait de faire rentrer l'administration de l'assistance publique dans les services ordinaires de la ville.

M. le Préfet de la Seine ne voit pas d'empêchement en principe à ce que les projets de construction soient examinés par le conseil d'architecture de la ville avant d'arriver devant le conseil de surveillance de l'assistance publique; mais c'est une modification qui ne peut être introduite que par l'Assistance publique elle-même à laquelle, d'après la loi, il appartient de faire la proposition, la décision étant réservée au Préfet. Ce qu'il y a de fâcheux, c'est que, lorsque des propositions inacceptables sont repoussées, l'Assistance publique les reproduise avec insistance; c'est la cause des retards signalés par M. Lauth et que M. le Préfet est le premier à déplorer.

M. Viollet-le Duc croit que si les travaux de l'Assistance publique étaient faits par la Ville, toutes les difficultés, qui résultent du contrôle du Préfet de la Seine, seraient ainsi évitées. C'est ainsi que pour les édifices diocésains les travaux sont faits sous la surveillance et le contrôle de l'Etat qui contribue à la dépense, comme la ville aux dépenses de l'assistance publique.

M. le Préfet de la Seine fait observer que cette modification à l'état de choses actuel ne pourrait résulter que d'un acte législatif.

L'incident est clos.

Ecole pratique.

COURS LIBRES. — 2e SEMESTRE DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1876-1877.

Par arrêté de M. le Ministre de l'instruction publique, en date du 23 février 1877, et sur l'avis conforme de la Faculté, Messieurs les docteurs dont les noms suivent ont été autorisés à faire à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1876-1877, des cours sur les matières ci-après indiquées, savoir :

MM. les docteurs : Anger, pathologie externe; lundi, jeudi et samedi, à 4 h., 2e amphithéâtre. — Armaignac, ophthalmologie; lundi et vendredi, à 8 h., 3e amphithéâtre. — Badal, chirurgie oculaire; samedi, à 3 h., 1er amphithéâtre. — Dally, orthopédie; lundi, vendredi, à 4 h., 2e amphithéâtre. — Dareste, conférences d'embryologie; mardi, jeudi, samedi, à son laboratoire. — Debove, pathologie interne; mardi, jeudi, samedi, à 5 h., 1er amphithéâtre. — Delefosse, cours sur l'analyse urinaire; mardi, jeudi, à 2 h., 1er amphithéâtre. — Delfau, maladies, appareil génital de l'homme; lundi, mercredi, samedi, à 1 h., 3e amphithéâtre. — Dubuc, chirurgie, appareil urinaire; mardi, jeudi, samedi, à 3 h., 2e amphithéâtre. — Dujardin-Baumetz, thérapeutique; mardi, jeudi, samedi, à 5 h., 3e amphithéâtre. — Fort, anatomie des régions appliquées à la chirurgie; lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., 3e amphithéâtre. — Gellé, maladies de l'oreille; mercredi, à 4 h., 1er amphithéâtre. — Gouguenheim, pathologie interne; mardi, samedi, à 8 h., 2e amphithéâtre. — Hallopeau, pathologie interne, sera indiqué. — Joffroy, pathologie interne; lundi, mercredi, vendredi, à 8 h., 1er amphithéâtre. — Jolyet, pathologie expérimentale; mardi, vendredi, à 1 h., 2e amphithéâtre. — Labadie-Lagrave, pathologie interne; lundi, vendredi, à 1 h., 1er amphithéâtre. — Lacombe, pathologie interne, mardi, samedi, à 8 h., 3e amphithéâtre. — Laugier, chirurgie appliquée à la médecine légale; mardi, samedi, à 4 h., 1er amphithéâtre. — Magnier de la Source, chimie biologique; mardi, samedi, à 5 h., 2e amphithéâtre. — Mallez, maladies des voies urinaires; mardi, jeudi, samedi, à 4 h., 3e amphithéâtre. — Meyer, pathologie, organe de la vision; lundi, vendredi, à 2 h., 1er amphithéâtre. — Migon, art des accouchements, mardi, samedi, à 8 h., 1er amphithéâtre. — Picard, maladies de l'appareil urinaire; mardi, jeudi, samedi, à 1 h., 1er amphithéâtre. — Pinard, art des accouchements; lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., 3e amphithéâtre. — Rathery, pathologie interne, sera indiqué. — Reliquet, opérations des voies urinaires; lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., 2e amphithéâtre. — Straus, pathologie interne; lundi, vendredi, à 5 h., 1er amphithéâtre. — Vianet, histoire naturelle médicale, sera indiqué. — Verrier, art des accouchements; lundi, vendredi, à 8 h., 2e amphithéâtre.

Nota. L'ouverture de chaque cours sera annoncée par des affiches manuscrites qui seront placées à l'Ecole pratique.

Congrès scientifique.

La 43e session du Congrès scientifique va se tenir du 17 au 27 mai, à Versailles. Ce congrès fut fondé par le célèbre archéologue de Caumont, dont les patientes et savantes recherches nous ont restitué tous les souvenirs de la Normandie et d'une partie de l'île de France. Son but est de reconstituer l'histoire locale des provinces, d'étudier et de faire connaître au monde savant leurs richesses archéologiques et littéraires ; étudier les progrès à réaliser; offrir enfin aux savants modestes de nos départements une occasion facile de se produire, de donner à leurs œuvres souvent remarquables une publicité méritée. Versailles s'apprête à recevoir dignement les délégués. De superbes excursions sont préparées. Une exposition florale aura lieu pendant la durée du Congrès, et la Société des fêtes se propose de célébrer le 43e anniversaire avec une exceptionnelle solennité. — (*Journal officiel*).

Femmes médecins en Russie

Les cours de médecine pour femmes en Russie, pour les cinq années, comprennent en ce moment, 430 élèves, sur lesquelles 73 israélites, 19 polonaises catholiques et 11 polonaises protestantes et le reste orthodoxe. Pour entrer à l'école de médecine, ces femmes ont dû suivre des cours réguliers et des examens spéciaux. Tous les gouvernements de l'Empire fournissent des élèves à l'école de médecine pour femmes. Elles appartiennent aux classes moyennes et ont généralement entre 20 et 25 ans, très-peu ont dépassé la trentaine. Le nombre des femmes mariées est en ce moment de 78. (*Journal officiel*).

Enseignement médical libre.

Hopital Saint-Louis. — *Maladies de la peau.* M. le dr E. Guibout re-

prendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Charles), le samedi 7 avril 1877, à 8 h. 1/2 du matin, et les continuera les lundis et samedis suivants, à la même heure; les leçons habituelles des lundis (salle Henri IV), seront consacrées aux maladies des femmes.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le d^r H. Picard, commencera ce cours le mardi 10 avril, à 1 h., amphithéâtre n° 1, de l'Ecole pratique et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Cours public d'anatomie des régions appliquée à la chirurgie. — M. le d^r Fort, professeur libre d'anatomie, commencera ce cours le lundi 9 avril à 4 heures dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours particulier de médecine opératoire. — M. Fort commencera ce cours le mardi 10 avril à une heure dans le pavillon 7 de l'Ecole pratique. Les élèves seront exercés individuellement à pratiquer eux-mêmes les opérations. S'adresser pour les conditions chez M. Fort, 21, rue Jacob, tous les jours de midi à une heure.

26. Préparations de lithine.

Nous empruntons à un intéressant travail publié dans le *Répertoire de pharmacie*, par M. S. Limousin, l'un de nos pharmaciens les plus laborieux, les détails qui suivent ci-après :

La formule suivante pour frictions proposée par M. Duquesnel.

Oléostéarate de lithine...	4 grammes.
Axonge..............	30 —

nous paraît plus rationnelle pour faciliter la pénétration du médicament à travers la peau ; mais cependant nous lui préférons, à cause de la difficulté de se procurer l'oléostéarate de lithine, le glycérolé suivant que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de préparer d'après les formules qui suivent.

2. 1° Glycérine................	30 grammes.
Carbonate ou citrate de lithine.	4 —
M. S. A. et agitez avant l'emploi.	
2. 2° Glycérolé d'amidon.........	30 grammes.
Carbonate de lithine........	4 —
M. S. A.	

Ces préparations s'emploient en onctions douces sur les articulations envahies par les nodosités déterminées par l'accumulation de l'urate de soude, chez les goutteux et les rhumatisants.

NOUVELLES

Mortalité a Paris. 1,851,792 habitants (recensement de 1872). Pendant la semaine finissant le 29 mars 1877, on a déclaré 1,135 décès, soit 31.9 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 18; — rougeole, 6 ; — scarlatine, 1; — variole, 7 ; — croup, 36; — angine couenneuse, 40 ; — bronchite, 60; — pneumonie, 94; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2; — choléra nostras, »; — dysentérie, 1; — affections puerpérales, 38; — érysipèle, 10, — autres affections aiguës, 253; — affections chroniques, 537, dont 222 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 39; — causes accidentelles, 23.

Amphithéatre d'anatomie. — Programme des cours de la saison d'été, année 1877. — 1° *Cours de médecine opératoire :* MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux chirurgien de l'hôpital Lariboisière, directeur des travaux anatomiques, commencera ce cours le lundi, 16 avril 1877, à deux heures. M. le docteur Tillaux traitera des résections et opérations spéciales. M. Schwartz, premier prosecteur, traitera des ligatures d'artères. M. Henriet, deuxième prosecteur, traitera des amputations. Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° *Conférences d'histologie* : Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Grancher, médecin du bureau central, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés sous sa direction, au maniement du microscope. — Nota : Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 12 avril.

Faculté de médecine. — *Avis* : A l'occasion des fêtes de Pâques, la Faculté sera fermée à partir du 30 mars inclusivement jusqu'au 8 avril. Les cours et examens recommenceront le 9 avril.

Bibliothèque de l'École. — *Avis*: Malgré les vacances habituelles de Pâques, la bibliothèque restera ouverte les mardi 3, jeudi 5, et samedi 7 avril, de 11 h. à 5 h. La réouverture définitive aura lieu le lundi 9 avril.

Chaire de clinique des maladies mentales. — Voici la liste de présentation, votée par la Faculté, des candidats à la chaire de clinique des maladies mentales : en 1re ligne, M. B. Ball ; en 2e ligne, M. Magnan ; en 3e ligne, M. A. Voisin ; en 4e ligne, M. A. Froville.

Administration générale de l'assistance publique a Paris. — Distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris et proclamation des noms des élèves nommés internes par suite du concours ouvert en 1877 pour entrer en fonctions le 1er avril 1877. La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1877, aura lieu le samedi 31 mars 1877, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3. Dans cette même séance seront rendues publiques les nominations des élèves internes admis à la suite du concours de 1877.

Excursion *aux monuments mégalithiques* de Maintenon, dirigée par M. G. de Mortillet, professeur d'anthropologie préhistorique, le mardi 3 avril. — Rendez-vous à la gare de Montparnasse à midi 20. On sera de retour à 10 h. 5.

Hopital d'Alger. — Le concours pour deux places de chirurgien-adjoint de l'hôpital civil d'Alger, vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Prengueber et Rey. (*Alger médical*).

Nécrologie. — M. Reynès, directeur du Muséum d'histoire naturelle de Marseille, vient de succomber à une courte maladie contractée à la suite d'un excès de travail. (*Sud Médical*).

— Nous apprenons la triste nouvelle de la mort, à 42 ans, de M. le d^r Pierre-Léopold Mérandon (de Paris).

Société française de tempérance. — Cette Société a tenu sa séance solennelle le 25 mars, sous la présidence de M. Edouard Laboulaye, membre de l'Institut. Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. Laboulaye, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, celui de M. le baron Pron sur le concours de 1877 et le rapport de M. Motet sur les récompenses, la Société a décerné : à M. Louis Maurette une médaille d'argent et une récompense de 250 fr. et à MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, un encouragement de 500 fr. La Société a décerné en outre 2 médailles de vermeil, 35 diplômes d'honneur, 26 médailles d'argent, 293 médailles de bronze et 45 livrets de caisse d'épargne de 25 francs.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

Mercier (P.-J.). — De la congestion pulmonaire rapide de l'œdème aigu du poumon, avec ou sans expectoration albumineuse. Leurs rapports réciproques, leurs rapports avec la pleurésie et son traitement. Etude de pathologie clinique expérimentale et critique. Paris 1876, grand in-8 de 84 pages. Prix, 2 fr.

Tillaux (P.). — Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie. 3e fascicule, 1re partie, *abdomen, organes génito-urinaires de l'homme.* Paris 1877, gr. in-8° de 256 pages avec 36 fig. tirées en noir et en couleur. Prix, 5 fr. — *N.-B.* La 2e partie du 3e fasc. qui complétera l'ouvrage paraîtra en avril prochain.

Librairie GUILLAUMIN, rue de Richelieu, 14.

Chervin (A.). — Annales de démographie internationale, recueil trimestriel de travaux originaux et de documents statistiques et bulletin bibliographique spécial. 1re année n° 1. Paris, mars 1877, in-8° de 160 pages.

Leblond (N.-A.). — Manuel de gymnastique hygiénique et médicale, comprenant la description des exercices des corps et leurs applications ou développement des forces à la conservation de la santé et au traitement des maladies, avec une introduction par Bouvier. Paris 1877. Un vol. in-12 de 492 pages avec 80 fig. prix 5 fr.

Richet (Ch.). — Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité. Paris 1877, 1 vol. in-8 de 344 pages avec figures dans le texte, prix, 5 francs.

Dusaussay. — Etude sur les varices de l'œsophage dans la cirrhose hépatique. Paris, 1877, in-8 de 64 pages.

Brièle (L.). — Recolement des archives de l'administration générale de l'assistance publique qui ont échappé à l'incendie de mai 1871. Paris, 1876. un vol. in-8 de 160 pages.

Gaujot. — Examen des maladies de l'oreille au point de vue du service militaire. Paris 1877, in-8 de 48 pages.

Hergott (Al). — Lettre sur l'enseignement obstétrical. Extrait des Annales de gynécologie. Paris 1876, de 15 pages.

Joly (Ch.). — De l'épuration des eaux d'égouts. Paris, 1877, typographie de A. Michels, in-8.

Manier (André). — La mer à Paris. Grand canal maritime de la Seine, avec carte explicative. Etude dédiée au Conseil municipal de Paris. Paris, 1877. Un vol. in-8 de 70 pages avec planche.

Mathon (A.) De la splénite traumatique aiguë. Paris, 1876, imp. Parent, in-8 de 44 pages.

Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire. Année 1876 (73e année). Tours, 1877, in-8 de 215 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — *Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques.* — *Lundi.* — M. VIDAL. Leçons sur les caractères extérieurs, le diagnostic et l'anatomie pathologique des maladies cutanées, salle Saint-Jean, 9 h. 1/2. — M. GUIBOUT. Leçons cliniques sur les maladies des femmes, salle Henri IV, à 8 h. 1/2. — M. BESNIER. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Mardi. — M. FOURNIER. Conférences cliniques sur les maladies syphilitiques au lit des malades, salles Saint-Thomas et Saint-Louis, à 8 h. 1/2. — M. HILLAIRET. Consultation externe, à 9 h.

Mercredi. — M. BESNIER. Conférences cliniques et thérapeutiques au lit des malades sur les affections de la peau, salles Saint-Léon et Saint-Thomas, à 8 h. 1/2. — M. LAILLER. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Jeudi. — M. HILLAIRET. Conférences cliniques sur les maladies de la peau, salle Henri IV, à 9 heures. — M. VIDAL. Consultation externe, à 9 heures.

Vendredi. — M. LAILLER. Conférences cliniques sur les affections cutanées, leur traitement, salle Saint-Foy et Saint-Mathieu, 8 h. 1/2. — M. VIDAL. Conférence clinique et visite des malades, salle Saint-Jean, à 9 h. — M. FOURNIER. Cours complémentaire de la faculté, maladies syphilitiques, à l'amphithéâtre d'opérations, à 9 h. 1/2 — M. GUIBOUT. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Samedi. — M. GUIBOUT. Leçon clinique sur les maladies de la peau, salle Saint-Charles, à 8 h. 1/2. — M. FOURNIER. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Dimanche. — M. LAILLER. Leçon sur les teignes avec examen pratique et démonstrations ; Pavillon Saint-Mathieu, à 9 h. très-précises. — Première leçon le 30 avril.

Cliniques chirurgicales. — *Lundi, mercredi, vendredi.* M. PÉAN. Consultation externe, à 9 h. 1/2. — *Samedi.* M. PÉAN. Opérations et clinique chirurgicale à l'amphithéâtre, à 9 h.

Mardi, jeudi, samedi. — M. DUPLAY. Consultation externe, à 9 h. 1/2 ; (8 h. le jeudi.) — *Jeudi.* — M. DUPLAY. Opérations et clinique chirurgicale, à l'amphithéâtre, à 9 h.

Service de M. HILLAIRET. Visite à 9 h. Consultation externe le mardi. Jeudi, conférences cliniques sur les maladies de la peau, salle Henri IV, à 9 h. — Pavillon Gabrielle : 16, Lèpre tuberculeuse; 27, kyste hydatique du foie. — Salle Henri IV : 2, syphilide ulcéreuse de l'aile du nez; 19, syphilide papulo-squammeuse confluente; 27, acné molluscoïde. — Salle St-Louis: 10, syphilide gommeuse du nez; 16, mycosis fongoïde.

Service de M. LAILLER. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le mercredi. Vendredi, conférences cliniques sur les affections cutanées, leur traitement, salles Ste-Foy et St-Mathieu, 8 h. 1/2; lundi spéculum. — Salle Ste-Foy : 2, lupus traité par la pâte arsenicale d'Hélia; 10, syphilide tertiaire, lymphangite gommeuse de la cuisse gauche. — Salle St-Mathieu : 23, psoriasis ancien et syphilide récente; 54, purpura hémorrhagique.

Service de M. GUIBOUT. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le vendredi. Lundi, leçon clinique sur les maladies des femmes, salle Henri IV. Samedi, leçon clinique sur les maladies de la peau, salle St-Charles. — Salle Henri IV : corps fibreux de l'utérus. — Salle St-Charles : 3, icthyose; 11, cancroïde; 37, onyxis syphilitique; 43, paraplégie.

Service de M. VIDAL. Visite à 9 heures; consultation externe le jeudi ; leçon au lit des malades le vendredi, salle Saint-Jean ; traitement du lupus par les scarifications, le lundi ; samedi, spéculum, salle Saint-Ferdinand, accouchements, salle Saint-Jean n° 7, pachydernie tubéreuse ; 9, paraplégie hystérique ; 15, sclérodermie ; 20 *bis*, molluscum généralisé ; 21, adénie ; 23, icthyose congénitale ; 30, psoriasis et syphilis ; 37, lipomes symétriques ; 55, épithélioma papillomateux de la lèvre; 61, 63, épithéliomas du nez ; 73, icthyose; 77, gomme de l'amygdale.

Service de M. BESNIER. Visite à 8 heures 1/2. Consultation externe le lundi; mercredi, conférences cliniques et thérapeutiques sur les affections de la peau au lit des malades, salles Saint-Léon et Saint-Thomas ; vendredi, spéculum. — Salle Saint-Charles, 9, acné arthritique ; 46, syphilide végétante de la lèvre et du front ; 54, scrofulide phlegmoneuse; 72, icthyose. — Saint-Thomas, 56, myosis fongoïde; 48, lupus tuberculo-ulcéreux du nez et de la voûte palatine ; 75, épithélioma ulcéré du nez.

Service de M. FOURNIER. Visite à 9 heures ; consultation externe le samedi ; mardi, conférences cliniques sur les maladies syphilitiques au lit des malades, salles Saint-Thomas et Saint-Louis, à 8 h. 1/2. — Vendredi, cours complémentaire de la Faculté ; maladies syphilitiques à l'amphithéâtre d'opération à 9 h. 1/2. Salle Saint-Thomas, 2, syphilis maligne ; 7, syphilis cérébrale ; 10, syphilides chancriformes de la vulve ; 21, nécrose du crâne, dénudation de la dure-mère ; 30, néphrite interstitielle ; 38, aphasie. — Salle Saint-Louis, 35, glossite tertiaire ; 31, cancer du péritoine ; 49, abcès péri-uréthral ; 51, syphilis tertiaire.

Service de M. PÉAN. — Visite à 9 heures. Consultation externe lundi, mercredi, vendredi, samedi, opérations et clinique chirurgicale à l'amphithéâtre ; mardi, spéculum. — Salle Sainte-Marthe : 53, phlegmon péri-utérin ; 41, fracture de la colonne vertébrale ; 26, hématocèle spontanée; 35, hématocèle traumatique ; 10, épithélioma de la mamelle chez un homme ; 16, ostéite épiphysaire. — Salle Saint-Augustin : 4, rétrécissement syphilitique du rectum; 7, écrasement de la main.

Service de M. DUPLAY. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe mardi, jeudi, samedi. — Jeudi opérations et clinique chirurgicale le jeudi à 9 h. à l'amphithéâtre ; lundi examen des yeux et des oreilles ; mardi spéculum. — Salle Sainte-Marthe : 59, adénite cervicale; 69, kyste séro-sanguin du sein. — Salle Saint-Augustin, 45, anévrysme de l'iliaque externe et de la fémorale ; 57, 52, périarthrites de l'épaule ; 70, arthrite sèche du genou; ossification des gastro-cnémiens, luxation ilio-pubienne ancienne ; 14, brûlure de la verge, 3e degré ; 26, tubercules du testicule traités par le thermo-cautère; 28 hématocèle vaginale, dénudation.

Hôpital Cochin. — Service de M. BUCQUOY. — Salle Saint-Jean (F.) : 7, 9, endo-péricardite ; 13, 16, polyurie ; 14, insuffisance et rétrécissement mitral, aortite ; 18, insuffisance tricuspide. — Salle Saint-Philippe (H.) : 4, entérite tuberculeuse ; 9, cirrhose ; 11, péritonite tuberculeuse ; 17, insuffisance aortique et mitrale. — Salle Sainte-Marie : 1, Tuberculose et néphrite ; 3, pneumonie caséeuse ; 4, cancer de l'œsophage ; 5, méningite tuberculeuse.

Service de M. DESPRÉS. — Baraque I (H.) : 28, mal perforant ; 29, polype naso-pharyngien. — Baraque II (H.) : 15, hydrocèle herniaire ; 16, abcès de la marge de l'anus ; 26, rétrécissement de l'urèthre. — Baraque III (H.) : 4, pérityphlite ; 14, paralysie du radial. — Salle Saint-Jacques (H.) :

5, rétrécissement de l'urèthre ; 6, plaie pénétrante de poitrine par arme à feu, blessure du poumon droit, contusion du plexus brachial ; 11, fracture des os de la jambe au tiers inférieur.

Hôpital des Cliniques. — Lundi et vendredi: clinique, opérations. Mardi : spéculum, consultation. Mercredi, jeudi : consultation. Samedi : consultation, examen des yeux et des oreilles. — (H.) : 11, fracture de jambe compliquée ; 25, cystite, hypertrophie de la prostate ; 27, mélanome de la peau, généralisation ; 30, abcès ossifluent (côtes), compression de la moelle, paraplégie ; 35, cataracte. — (F.) : 4, fistule vésico-vaginale ; 7, éventration ; 17, corps fibreux de l'utérus ; 22, carie du maxillaire supérieur.

Hôpital Beaujon. — *Médecine:* Service de M. Moutard-Martin. — Salle Saint-François (H.) : 3, rétrécissement mitral ; 11, angine phlegmoneuse ; 24, colique saturnine ; 26, épanchement pleural ; 28, compression des bronches. — Salle Sainte-Claire (F.) : 4, angine granuleuse ; 26, kyste de l'ovaire ; 39, hystérie, spasme de la glotte.

Service de M. Gubler. — Salle Saint-Louis (H.) : 10, dégénérescence amyloïde du foie, des reins, de la rate, anémie ; 13, affection mitrale, souffle variable ; 15, méningo-myélite chronique ; 25, néphrite albumineuse d'origine rhumatismale : 35, polyurie. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 7, corps fibreux utérins multiples ; 15, lésion mitrale double ; 15 *bis*, toux hystérique.

Service de M. Guyot. — Salle Saint-Jean (H.) : 4, abcès rétropharyngiens ; 5, colique néphrétique ; 21, cancer de l'estomac ; 25, hémorrhagie méningée ; 26, gangrène pulmonaire ; 29, insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Paule (F.) : 4, néphrite interstitielle ; 9 ; abcès de la fosse iliaque ; 11, pelvi-péritonite suppurée ; 20, rhumatisme aigu, endocardite.

Service de M. Millard. — Salle Beaujon (H.) : 2, pleurésie aiguë ; 3, pleurésie chronique ; 5, péritonite chronique ; 6, ictère chronique ; 7, pleurésie purulente , 8, phthisie aiguë ; 9, paralysie diphthérique ; 16, cirrhose hypertrophique. — Salle Sainte-Monique (F.) : 2, pneumonie ; 3, cirrhose cardiaque ; 16, chorée, hystérie ; 17, péritonite aiguë ; 12, sciatique ; 13, kyste de l'ovaire.

Chirurgie : Service de M. Lefort. — Pavillon II (H.) : 1, plaie contuse de la face ; 6, amputation de la cuisse ; 9, abcès périarticulaire du genou ; 16, gangrène sénile ; 37, conjonctivite blennorrhagique ; 47, hypopion ; 49, rhumatisme blennorrhagique, orchite ; 56, tubercules du testicule ; 30, commotion cérébrale. — (F.) : 4, tarsalgie ; 9, polypes du col utérin ; 10, fistule vésico-vaginale opérée ; 11, tumeur du corps thyroïde ; 16 *bis*, coxalgie hystérique.

Service de M. Delens. — Salle Ambroise Paré (H.) : 9, névrome, albuminurie traumatique , 3, fracture du plateau du tibia. — Salle Saint-Gabriel (H.) : 30, cancroïde de la lèvre inférieure ; 38, fracture du bassin ; 40, rétrécissement de l'urèthre, abcès et fistule urineux. — Salle Sainte-Clothilde (F.) : 10, phlegmon péri-utérin ; 11, lipôme de la région vulvaire ; 27, fistule stercorale ; 30, phlegmon au niveau du sac herniaire ; 33, dacryocystite ; 40, fracture compliquée de jambe.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 14. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 7 AVRIL 1877.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

Les instituts pathologiques et la Clinique.

Messieurs,

L'anatomie pathologique de l'appareil respiratoire sera, ainsi que je l'ai annoncé, l'objet principal du cours de cette année. C'est vous dire que nous allons entreprendre une série d'études qui intéressent au plus haut degré la médecine pratique et c'est là un point de vue qu'il n'est sans doute pas hors de propos de mettre en relief dans un enseignement de la nature de celui-ci.

Lésions inflammatoires tant aiguës que chroniques des voies bronchiques et du parenchyme pulmonaire, considérées dans leurs formes très-variées et très-complexes; *tuberculose du poumon*, tels sont, en effet, quelques-uns des grands chapitres que nous rencontrerons chemin faisant; chapitres classiques par excellence et sur lesquels, sans toutefois négliger les autres, nous devrons diriger votre attention d'une façon toute spéciale.

Le champ que nous allons parcourir ensemble appartient, vous le voyez, Messieurs, à la pathologie la plus usuelle, la plus vulgaire et il pourrait vous sembler au premier abord que, dans ce domaine tant de fois exploré par les grands maîtres, les voies soient partout largement ouvertes et qu'il n'y ait plus, pour celui qui s'y engage, d'obstacles à redouter.

Si vous pensiez ainsi, je me verrais obligé de vous détromper, car plus d'une fois, je ne puis vous le laisser ignorer, nous nous trouverons dans le cours de notre exposé, en présence de questions ardues, de questions d'autant plus redoutables qu'elles avaient pu paraître un moment résolues, et qu'après mûr examen, il a fallu reconnaître que la solution proposée devait être soumise à une révision complète, radicale.

Il me suffira pour justifier ce que j'avance de citer, pour exemple, le cas de la *phthisie tuberculeuse* du poumon. Vous n'ignorez pas comment l'histoire de la tuberculose est entrée, depuis quelques années, dans une période critique. Les uns proclamant, au nom de l'anatomie pathologique, la doctrine dite de la dualité, régnante aujourd'hui surtout en Allemagne; les autres s'appuyant également sur les données anatomiques, mais tenant grand compte aussi des enseignements de la clinique, protestent contre la scission et tendent à nous ramener aux vues du grand Laennec. Ce qui vient d'être dit de la tuberculose, en général, s'applique nécessairement de tous points à la tuberculose pulmonaire en particulier.

Quel parti prendre dans un tel débat, en présence d'observations ou d'expériences contradictoires émanant souvent d'auteurs également compétents, et tellement nombreuses que pour vous en présenter le seul exposé, je serai obligé de vous conduire au milieu d'un dédale presque inextricable de documents. Je n'ai cité qu'un exemple, j'aurais pu en citer bien d'autres; mais je m'arrête, car je ne voudrais pas, assombrissant nos horizons, semer parmi vous l'inquiétude, le découragement dès nos premiers pas et j'ai hâte, en manière de correctif, d'affirmer la conviction que j'espère vous partagerez bientôt : c'est qu'à l'aide d'une méthode déjà plusieurs fois éprouvée, à l'aide aussi d'une certaine dose de patience et de bonne volonté, nous parviendrons, sans trop de fatigue, à l'accomplissement de la tâche que nous allons entreprendre.

Puisque je viens de prononcer le mot de méthode, il ne sera peut-être pas inutile, avant d'entrer dans l'objet spécial du cours, d'indiquer en quelques mots, ainsi que je me trouve d'ailleurs entraîné à le faire chaque année en pareille circonstance, les errements que j'ai l'habitude de suivre dans la pratique de mon enseignement, et dont je ne crois pas devoir me départir.

Je trouverai là l'occasion d'éclairer les nouveau-venus sur ma manière de faire et aussi de répondre peut-être à quelques-unes des critiques qui pourraient m'être adressées. On pourrait me reprocher par exemple entre autres choses de m'écarter trop souvent des limites et des attributs de cette chaire; d'accorder du développement à des questions étrangères à ma compétence et qu'il ne m'appartient pas de toucher parce qu'elles sont, assure-t-on, exclusivement du ressort soit de la clinique, soit de la physiologie, soit même de l'anatomie pure. Je serais sensible à ces observations s'il m'était démontré que le domaine qui m'est confié est aussi étroitement limité qu'on le prétend. Mais je me vois contraint de déclarer qu'au contraire, dans mon opinion, aucune limite fixe, précise, philosophiquement établie, ne sépare ce domaine des autres parties de la science biologique, que l'étude de la lésion organique en elle-même et pour elle-même n'a pas de vitalité qui lui soit essentiellement propre et que, réduit à n'envisager que ce seul point de vue, notre enseignement tomberait bientôt dans le formalisme et dans le marasme.

On a quelquefois parlé, je ne l'ignore pas, d'une anatomie pathologique idéale, constituant une science à part, qui doit « trouver en elle-même une méthode qui lui soit propre, une classification fondée sur la nature des objets dont elle s'occupe, c'est-à-dire sur celle des lésions considérées indépendamment des symptômes qui les accompagnent et des lieux où elles siégent (1). » Mais on ne saurait s'incliner ici sans discussion devant l'autorité des noms, quelqu'imposante qu'elle soit.

De fait, jamais cet isolement dans lequel on a voulu confiner l'anatomie pathologique ne s'est réellement constitué; j'ajouterai qu'il ne saurait jamais l'être parce qu'un tel isolement n'est pas dans la nature des choses et qu'il n'a pas de fondement théorique.

En effet, l'anatomie pathologique — qu'on pourrait mieux appeler la *somatologie morbide* si des raisons toutes pratiques n'empêchaient d'y adjoindre la chimie

(1) Laënnec. — *Dictionnaire des sciences médicales*, t. II, p. 50, 1812.

pathologique, — l'anatomie pathologique, dis-je, chacun semble le reconnaître aujourd'hui, n'aurait qu'une existence incertaine, une portée restreinte, un rôle effacé si elle était véritablement réduite à la seule contemplation de la lésion *morte*. Dans la situation qui lui serait ainsi faite, ou bien elle serait absorbée dans l'anatomie normale dont elle deviendrait comme un appendice ou bien l'accumulation des matériaux, des faits partiels laissés à son autonomie précaire serviraient tout au plus à constituer une sorte de musée plus ou moins encombré de pièces cataloguées suivant un arrangement nécessairement arbitraire.

C'est qu'en réalité les attaches de l'anatomie pathologique avec les départements limitrophes de la biologie sont indissolubles. Placée, en quelque sorte, dans une situation intermédiaire, entre l'anatomie normale d'un côté et la pathologie de l'autre, elle les relie étroitement l'une à l'autre en même temps qu'elle se confond avec elles par une transition insensible.

A l'anatomie normale, elle emprunte ses méthodes, sa technique aujourd'hui si perfectionnée, sans y changer rien d'essentiel ; car, dans l'examen méthodique de la lésion, elle n'a pas de procédés qui lui appartiennent en propre. Elle lui emprunte même ses matériaux d'étude, ou si l'on veut son *substratum*, car la lésion considérée dans l'organe, dans le tissu, dans l'élément, n'étant jamais, à tout prendre, qu'une modification plus ou moins accentuée de l'élément, du tissu, de l'organe préexistants, l'état pathologique, sur ces divers points, ne saurait être dégagé de l'état normal que par le rapprochement minutieux des deux termes de comparaison, et ici le départ peut être tellement difficile à faire que l'on hésite plus d'une fois à décider si telle particularité de forme ou de structure appartient à l'une ou à l'autre.

Les rapports qui relient l'anatomie pathologique à la clinique ne sont pas moins étroits. S'il est vrai que le médecin ne doit pas connaître seulement l'organe altéré mort, mais encore l'organe altéré vivant, agissant, exerçant les fonctions qui lui sont propres, il est clair que, dans ses investigations anatomiques, il ne peut se dispenser de l'étude préalable des phénomènes dont il recherche la raison organique, la condition matérielle, le mécanisme. L'anatomo-pathologiste ne doit pas oublier que derrière toute perturbation fonctionnelle révélée par la clinique, il y a pour lui un problème résolu ou à résoudre, une lésion délicate ou grossière, passagère ou durable à décrire ou à trouver. Or, comment pourra-t-il apprécier la portée et connaître les conditions même du problème s'il n'en a pas les éléments constamment placés sous les yeux. Et, pour ne citer qu'un exemple propre à faire sentir les nécessités de la situation, qui pourrait méconnaître que les progrès rapidement accomplis de nos jours, après tant de recherches et de travaux souvent restés stériles, dans le champ de la pathologie du système nerveux, sont surtout le fruit de la doctrine qui réclame la confrontation incessante des données anatomo-pathologiques avec celles de la clinique, faite à la lumière de l'esprit physiologique.

Vous voyez par là, que, suivant notre idéal, si l'anatomo-pathologiste doit concentrer une bonne partie de ses efforts dans les travaux du laboratoire et de l'amphithéâtre d'autopsie, il ne devra jamais déserter cependant la pratique assidue d'un service d'hôpital.

On opposera peut-être à ces vues ce qui se passe dans un pays voisin du nôtre, où les choses sont réglementées tout autrement. Là le clinicien enseignant, — je n'ai pas à rechercher si son enseignement tire du système un grand profit, — le clinicien, dis-je, ne prend à l'autopsie qu'une part indirecte. L'examen du cadavre appartient de fait au professeur d'anatomie pathologique, qu'aucune obligation n'appelle, d'ailleurs, dans la salle des malades et qui ne peut connaître, par conséquent, que par les renseignements qui lui sont transmis plus ou moins bénévolement, l'histoire clinique des sujets qui lui sont confiés. Ainsi se trouvent constituées côte à côte, deux spécialités bien tranchées, séparées, quoi qu'on en dise, par une barrière quelquefois infranchissable, car, ainsi qu'on pouvait le pressentir, l'*Anatom* et le *Kliniker*, cela est dans la nature des choses, ne sont pas nécessairement toujours en bonne intelligence. Et cependant, Messieurs, personne ne songe à contester que dans le pays où règne cette discipline, l'anatomie pathologique brille actuellement d'un vif éclat.

Mais il ne faut pas se laisser prendre aux apparences, et il y aurait lieu de rechercher si les progrès accomplis en anatomie pathologique sous le régime en question, sont bien réellement, comme on le soutient volontiers, l'effet de l'application de ce régime ou s'ils ne relèvent pas plutôt de causes extrinsèques.

L'influence toute puissante de quelques chefs d'école, personnalités de premier ordre, exceptionnelles et qu'il ne sera peut-être pas facile de remplacer un jour, pourrait certainement être invoquée tout d'abord, pour une part, dans le succès obtenu. On doit tenir compte aussi du nombre relativement considérable des Universités qui existent dans le pays dont il s'agit et auxquelles répondent autant de foyers d'études autonomes : conditions particulièrement favorables à multiplier les travailleurs et à stimuler l'émulation. Il convient de tenir compte enfin du génie spécial à la race, de ses aptitudes vraiment particulières aux recherches patientes d'anatomie délicate.

Il ne faudrait pas croire, d'ailleurs, que les inconvénients du système n'aient pas été plusieurs fois déjà ressentis et signalés par nos voisins et que « tout soit pour le mieux dans le meilleur des mondes possibles, » même en Allemagne. L'un des rédacteurs d'une des feuilles médicales les plus estimées de l'autre côté des Vosges, s'écriait tout récemment : L'universalité de notre science s'en va, hélas ! se dissolvant chaque jour ; elle se résout en un nombre de plus en plus grand de spécialités étroites !... Qui pourrait cependant tracer la limite qui sépare l'anatomie pathologique de la clinique ! (1) Je crois savoir, de source certaine, que l'un des professeurs éminents auxquels je faisais allusion tout à l'heure, ne voulant pas se soumettre à l'obligation si dure pour un pathologiste habitué aux vues d'ensemble de n'avoir, à contempler jamais les phénomènes que par un seul côté, a réclamé et obtenu qu'un service de médecine interne fut annexé à sa chaire. J'ignore si son exemple a été suivi. Enfin, il ne serait peut-être pas fort difficile de reconnaître, en y repardant d'un peu près, que bon nombre de nos collègues de l'étranger, privés du stimulant de l'observation clinique, en arrivent peu à peu, à se désintéresser du point de vue patholo-

(1) *Berliner Klin. Wochensch.*, p. 470, n° 39, 1873.

gique, et sont entraînés, par une pente naturelle, à s'attacher surtout aux études d'anatomie pure, lesquelles, dans la situation qui leur est faite, leur offre nécessairement plus d'attrait scientifique.

Je n'insisterai pas davantage car une étude en règle de ces questions nous entraînerait fort loin, et d'ailleurs, j'ai voulu seulement, aujourd'hui, indiquer d'une façon sommaire les fondements multiples sur lesquels doit, à mon avis, s'établir l'enseignement de l'anatomie pathologique. Puissent ces vues prévaloir dans l'organisation actuellement en voie d'exécution de nos nouvelles Facultés provinciales ! Autant que personne, peut-être, je me suis montré et je suis resté partisan déclaré des importations étrangères, dans ce qu'elles ont de légitime et j'admire sur plus d'un point le fonctionnement de ces *Instituts pathologiques* dont nos voisins de l'Est se montrent fiers, à bon droit. Je ne suis pas, tant s'en faut, sous de certaines réserves, il est vrai, l'ennemi de ce qu'on appelle les spécialités. Je sais, par expérience, jusqu'à quel point les investigations anatomo-pathologiques, principalement dans la direction histologique, réclament des études spéciales ; et, à ce propos, je saisis avec empressement l'occasion qui m'est offerte de rendre hommage à l'un des maîtres en histologie dont le concours bienveillant ne m'a jamais fait défaut. Mais je ne crois pas que, dans l'espèce, nos efforts doivent aboutir à l'imitation servile de ce qui se fait à l'étranger ; j'ose espérer, en particulier, que mes futurs collègues, conformément à ce qu'on pourrait appeler la tradition française, seront mis à même de rester, par un côté, « des cliniciens. »

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. S. DUPLAY**.

Epithéliome de la glande parotide.

Leçon recueillie par ÉT. GOLAY, interne du service.

Messieurs,

Je désire vous entretenir aujourd'hui d'un de nos malades, couché au n° 13 de la salle Saint-Augustin, qui s'est présenté à nous, il y a quelques jours, avec une tumeur de la glande parotide. Il n'y a que cinq ou six mois que, portant la main au niveau de la région parotidienne droite, il y constata l'existence d'un petit nodule du volume d'un pois, dur, indolent et mobile sous la peau.

D'après son récit, cette tumeur paraît s'être modifiée rapidement et avoir envahi en fort peu de temps toute la région parotidienne. Mais ce développement rapide a lieu de nous étonner, et je suis assez volontiers porté à mettre quelques restrictions aux renseignements que donne le malade. Aussi, je vous engage à conserver quelques doutes sur leur exactitude. Lors de son entrée dans le service, il y a huit jours, nous avons constaté l'état suivant :

La région parotidienne droite est occupée par une tumeur saillante, de forme conique, étendue de l'apophyse mastoïde au bord postérieur du maxillaire inférieur sur lequel elle empiète, et du condyle à l'angle de la mâchoire qu'elle déborde un peu. Elle répond très-exactement à la loge parotidienne et paraît la remplir.

La peau est intacte, légèrement tendue, mais en raison de sa mobilité, on peut affirmer qu'elle n'a contracté aucune adhérence avec la production morbide.

La tumeur s'enfonce profondément dans le creux parotidien ; aussi, les mouvements communiqués se transmettent-ils difficilement à toute la masse, et bien qu'elle ne paraisse pas adhérer aux os, est-elle très-peu mobile sur les parties profondes. Sa surface extérieure est inégale ; elle est parsemée de bosselures dont deux en particulier sont assez volumineuses et remarquables par une dureté plus grande que le reste de la masse morbide ; l'une, de la grosseur d'une noisette, siége à peu près au centre de la tumeur, l'autre est située sur son bord postérieur, dans le voisinage de l'apophyse mastoïde.

La consistance de la tumeur présente aussi, suivant les points, des différences dignes d'être notées. Quoique dure dans toutes ses parties, et ne laissant percevoir en aucun point de fluctuation ou même de mollesse, elle présente par places des noyaux plus durs et doués d'une consistance comme fibreuse et même cartilagineuse.

Indolente à la pression, la tumeur, depuis environ deux mois et demi, est par moments le siége de douleurs spontanées qui se montrent sous forme de légers élancements irradiant du côté de la mâchoire inférieure et surtout du côté de l'oreille. Mais, et j'insiste sur ce point qui a sa valeur au point de vue du diagnostic, ces douleurs sont peu intenses.

Il est fréquent de voir les tumeurs de la parotide se compliquer d'écoulements muco-purulents par l'oreille, et produire, par effacement du conduit auditif externe, divers troubles de l'ouïe, caractérisés par des bruits anormaux ou une diminution dans l'acuité de ce sens. Rien de cela n'existe chez notre malade. Mais, par contre, il a vu survenir, depuis deux mois et demi, une complication très-fréquente des tumeurs de la parotide, et qui a une grande importance au point de vue du diagnostic et du pronostic. Nous voulons parler de l'hémiplégie faciale chez notre malade, elle ne porte que sur les muscles innervés par la branche cervico-faciale du nerf de la septième paire, et elle se traduit par la paralysie de l'orbiculaire des lèvres et celle du buccinateur. Le malade ne peut siffler, et dès qu'il essaie de rire, sa commissure labiale droite est attirée du côté gauche. Tous les muscles, au contraire, auxquels se distribue la branche temporo-faciale : frontal, sourcilier, orbiculaire des paupières, etc., ne sont nullement atteints. Cette paralysie faciale survenue à une période peu avancée du développement du mal et alors que la tumeur était encore peu volumineuse, doit faire supposer que le nerf est non-seulement comprimé, mais même envahi par la production morbide. La sensibilité cutanée de la face est conservée.

Par sa position, la tumeur s'oppose aux mouvements réguliers de la mâchoire inférieure ; elle gêne la mastication, et même, dans une certaine mesure, la déglutition. Il importait de savoir si ce dernier phénomène ne tenait pas à un prolongement de la tumeur du côté du pharynx. Aussi avons-nous exploré soigneusement cette cavité ; mais nous n'avons pu y constater aucune saillie anormale.

Enfin, pour terminer, disons que notre malade est vigoureux, que la santé générale est parfaite, qu'il n'accuse ni amaigrissement, ni perte des forces survenues dans ces derniers temps, que toutes ses fonctions s'exercent bien, que rien dans ses antécédents n'est de nature à expliquer l'origine de l'affection qu'il porte.

Diagnostic. En présence de cette tumeur, il n'y a pas lieu de songer à une affection inflammatoire de la parotide, car il n'y a ni rougeur, ni chaleur de la peau, et la douleur légère que notre malade ressent à son niveau n'est nullement comparable à la douleur vive d'une affection inflammatoire aiguë. Il s'agit évidemment ici d'une affection chronique, d'une tumeur. Mais quelle en est la nature ? Nous pouvons d'abord éliminer franchement toutes les tumeurs liquides, car la production morbide qui nous occupe est essentiellement solide dans toutes ses parties. Nous pouvons de même éliminer l'idée d'un lipome de la région parotidienne, car ce genre de tumeurs, par sa consistance, se rapproche des tumeurs liquides.

Puisqu'il s'agit évidemment ici d'une tumeur solide, quel en est le point de départ ? Est-il dans les ganglions lymphatiques de la région parotidienne ou dans le tissu de la glande elle-même ? Les ganglions peuvent, il est vrai, être l'origine des dégénérescences, mais c'est rare, et, quoique

Velpeau et Bérard aient prétendu jadis que presque toutes les tumeurs parotidiennes sont d'origine ganglionnaires, l'on peut actuellement renverser la proposition et dire plus justement que les tumeurs d'origine glandulaire sont de beaucoup les plus fréquentes.

Dans le cas particulier, le doute n'est pas permis; il n'y a pas lieu de penser à une tumeur d'origine ganglionnaire, car si elle avait pris naissance dans les ganglions, on aurait vu après l'apparition de la petite tumeur du début, se montrer une succession de tuméfactions analogues, venant s'ajouter les unes aux autres le long des vaisseaux du cou et correspondant au siége connu des ganglions sterno-cléido-mastoïdiens. Dans notre cas, il n'y a rien eu de pareil; le mal a débuté par une petite tumeur, isolée il est vrai, mais qui a envahi plus tard toute la loge parotidienne sans s'étendre en dehors de cette région.

Notre tumeur rentre donc dans la classe la plus ordinaire des tumeurs parotidiennes et a son origine dans le tissu de la glande elle-même. Sous le nom de tumeurs glandulaires, je comprends les dégénérescences qui portent sur les culs-de-sac de la glande et celles qui atteignent le tissu périacineux et périlobulaire. — Elles sont très-nombreuses et sont décrites généralement sous autant de noms différents qu'il y a de tissus pathologiques susceptibles de les former. On décrit des hypertrophies simples ou adénomes vrais, des enchondromes, des fibromes, des myxomes, des sarcomes, des épithéliomes et des carcinomes vrais, (squirrhe ou encéphaloïdes). Au point de vue du diagnostic, je dois éliminer de suite l'idée d'un carcinome vrai. Ce genre de tumeur se présente en effet cliniquement avec des caractères particuliers. Dans le squirrhe, on observe une dureté ligneuse répandue uniformément dans toute la masse; chez notre malade, certains points sont durs, d'autres moins résistants. L'encéphaloïde est caractérisé par un certain degré de mollesse générale, rappelant la consistance des tumeurs demi-liquides; ici rien de semblable, notre tumeur est résistante dans toutes ses parties; en outre, la peau qui la recouvre est restée mobile, tandis que dans le carcinome, la masse morbide devient rapidement adhérente aux téguments par des tractus fibreux, en même temps qu'elle est fixée par des adhérences, au maxillaire inférieur et au temporal. En outre, le carcinome s'accompagne de douleurs plus vives que celles que nous avons constatées chez notre malade.

Ayant éliminé du diagnostic l'idée d'un carcinome, il nous reste à passer en revue les autres espèces de dégénérescences que peut affecter la glande parotide: les adénomes, les fibromes, les enchondromes, les myxomes, les sarcomes, les épithéliomes. Mais il ne faut pas vous attendre à ce que je vous présente ici le diagnostic différentiel de chacune des tumeurs que je viens de nommer. En effet, le propre des tumeurs de la parotide, autres que les cancers vrais, c'est-à-dire des tumeurs qui se rencontrent le plus souvent, c'est d'être constituées par des éléments complexes dont les uns sont nés aux dépens des éléments de l'épithélium glandulaire et dont les autres dérivent du tissu conjonctif périacineux et périlobulaire, si bien qu'étant donnée une tumeur de la parotide de l'espèce que nous avons sous les yeux, vous devrez vous attendre à y rencontrer des amas plus ou moins considérables d'éléments épithéliaux, en même temps que des éléments conjonctifs à divers degrés de développement ou d'altération, comme on les rencontre dans les myxomes, les sarcomes, les fibromes, les enchondromes. Cette complexité de structure des tumeurs de la parotide a été bien indiquée par M. Planteau, dans une bonne thèse inaugurale présentée à la Faculté l'année dernière.

Or, ces tumeurs complexes de la parotide se montrent en clinique sous deux formes extrêmement variables au point de vue de leur marche et de leur pronostic.

Les unes paraissent essentiellement bénignes, les autres, au contraire, revêtent rapidement les allures d'une tumeur presque aussi maligne que le carcinome vrai. Enfin, outre ces deux groupes extrêmes, on pourrait en placer un troisième intermédiaire, comprenant des tumeurs qui, après avoir revêtu pendant un temps plus ou moins long (10, 15 et 20 ans) les caractères de bénignité du premier groupe, semblent subir une modification brusque, parfois sous l'influence d'une contusion légère, et devenir rapidement maligne.

Ces différences cliniques peuvent peut-être trouver leur explication dans les notions que nous possédons sur la structure complexe des tumeurs parotidiennes. La proportion relative des éléments épithéliaux et des éléments conjonctifs, semble d'abord tenir sous sa dépendance le degré de malignité ou de bénignité de la tumeur; mais on devra surtout envisager, à ce point de vue, les rapports qui existent entre les éléments épithéliaux et les éléments conjonctifs: tantôt, en effet, les éléments épithéliaux restent circonscrits par des membranes limitantes, tantôt soit d'emblée, soit secondairement et par destruction plus ou rapide de la membrane limitante, les éléments épithéliaux infiltrent la masse morbide. Dans le premier cas, la tumeur est bénigne; dans le second, elle est maligne, soit d'emblée lorsque l'infiltration épithéliale a lieu dès le début, soit secondairement, si cette infiltration ne se produit qu'après un temps plus ou moins long.

Revenons maintenant à notre malade. En raison du peu de confiance à accorder aux renseignements qu'il nous fournit sur l'évolution de l'affection qu'il porte, on peut supposer que la petite tumeur non adhérente à la peau qu'il a remarquée pour la première fois, il y a seulement cinq ou six mois, au niveau de la région parotidienne, date de beaucoup plus longtemps, et qu'il s'agissait d'un adénome ou d'un sarcome. A un moment donné, la dégénération sans doute s'est faite, puis la diffusion des éléments épithéliaux étant survenue, toute la glande a bientôt été envahie par la production morbide. Cette tumeur appartient maintenant au second groupe, et c'est l'élément épithélial infiltré qui y prédomine. Aussi, si nous voulons attacher un nom à la tumeur qui nous occupe, dirons-nous que c'est un épithéliome de la région parotidenne.

Vous prévoyez que, pour notre malade, le pronostic est beaucoup plus grave que si nous avions affaire à une tumeur du premier groupe, et qu'il l'est presque autant que s'il s'agissait d'un véritable carcinome. A ce sujet, j'insiste sur l'existence chez notre malade de l'hémiplégie faciale. Cette paralysie précoce est, en effet, d'un mauvais augure, car elle indique, non pas seulement une compression, mais un envahissement du nerf par la production morbide. Car vous savez que les tumeurs bénignes de la parotide, même très-volumineuses, ne donnent généralement pas lieu à cette complication. Cette tumeur abandonnée à elle-même se propagerait rapidement, elle ulcèrerait la peau et serait en peu de temps au-dessus des ressources de l'intervention chirurgicale. Cependant, il faut le dire, ce pronostic grave est mitigé, pour le moment, par la bonne santé du malade, par l'absence d'engorgement ganglionnaire voisin, par l'impossibilité dans laquelle nous avons été de constater le moindre antécédent héréditaire.

Au point de vue du traitement, il ne faut absolument pas compter sur l'influence d'une médication interne ou externe pour amener la résolution de cette tumeur. Il n'y a qu'un parti à prendre, c'est d'en opérer l'ablation, bien que l'extirpation de la parotide soit toujours une opération sérieuse, en raison des organes importants qu'on est exposé à léser dans cette région. Nous ferons une incision verticale suivant le grand diamètre de la tumeur, et décrivant une légère courbe à convexité postérieure; nous disséquerons la peau et la rabattrons en avant, de manière à mettre à découvert toute la masse morbide, puis, nous procéderons à l'extirpation de la tumeur, en ayant soin de commencer par la partie inférieure, en liant les vaisseaux à mesure qu'ils seront divisés, de manière à ne pas les couper plusieurs fois dans le cours de l'opération. A mesure que nous pénétrerons plus profondément dans le creux parotidien, nous aurons également soin de disséquer le plus possible avec les doigts.

Dans cette opération, la section du nerf facial est souvent inévitable. Dans le cas particulier qui nous occupe, nous ne pouvons prétendre faire disparaître la paralysie cervico-faciale, puisque la branche nerveuse qui la tient sous sa dépendance n'est pas simplement comprimée, mais englobée dans la tumeur. Nous serons donc obligé de la sectionner. Il est possible même que les rapports de la branche temporo-faciale avec la tumeur soient aussi tels, que sa section en soit également nécessaire; nous ferons cependant notre possible pour la conserver intacte.

La présence de l'artère carotide externe au fond de la région parotidienne, peut compliquer singulièrement l'opération, quand la tumeur se prolonge profondément du côté du pharynx. On a même longtemps discuté sur l'opportunité de l'opération dans ces circonstances, et beaucoup de chirurgiens se sont prononcés pour la non-intervention. Je crois cependant qu'il ne faut pas se préoccuper par trop de la lésion des vaisseaux, et qu'il est même inutile de pratiquer, comme quelques auteurs l'ont conseillé, la ligature préventive de la carotide. On doit simplement confier à un aide le soin de faire la compression de la carotide primitive, dès qu'un vaisseau un peu volumineux est divisé, et d'avoir sous la main tout ce qu'il faut pour poser une ligature sur les deux bouts de l'artère carotide externe divisée.

L'opération a été fort laborieuse. La tumeur adhérait profondément aux os et aux muscles. On a dû disséquer exactement la loge parotidienne et enlever deux petits ganglions, dont l'un situé au dedans de l'angle de la mâchoire, et appliqué contre le ptérigoïdien interne; et l'autre placé sous la face interne du sterno-mastoïdien, à sa partie supérieure. Le nerf facial a dû être sacrifié. On a appliqué seulement trois ligatures. Le malade est aujourd'hui en voie de guérison.

CLINIQUE MÉDICALE.

Rechute de fièvre typhoïde : lésions récentes du gros intestin;

Par **CEPPI**, externe des hôpitaux.

H...., âgé de 43 ans, cocher, était entré à l'hôpital du Midi, pour une blennorrhagie dans les premiers jours de novembre. On l'avait admis surtout à cause de son air fatigué et abattu qui faisait penser à une fièvre continue. Après être resté là quelque temps, il se mit à tousser et fut envoyé à Cochin comme atteint d'une affection pulmonaire.

A l'entrée de cet homme dans les salles de M. Bucquoy, 27 novembre, la peau n'était plus chaude, le pouls battait avec une fréquence normale. On trouvait bien encore à la base des poumons, principalement à droite, quelques râles sous-crépitants ; mais l'aspect de cet individu était plutôt celui d'un convalescent que d'un véritable malade.

Son écoulement avait disparu. Rien ne révélait une syphilis : le seul signe qui eût pu éveiller quelque soupçon était une fissure de la langue, longue de 3 à 4 millimètres, reposant sur une base saillante, dirigée transversalement et n'intéressant qu'une portion de la hauteur du derme muqueux.

En deux jours, la fissure linguale s'était cicatricée : la guérison paraissait complète, le malade se levait, quand, vers le 6 *décembre*, il reprit de la fièvre le soir. La peau est sèche, brûlante. Cependant, cet homme ne souffre nulle part, il a seulement perdu l'appétit.

10 *décembre*. Cet état fébrile, surtout accentué le soir, persiste avec opiniâtreté, et comme le malade en question paraît avoir éprouvé beaucoup de chagrins et présente un état physique et psychique misérable, on ausculte avec soin dans la pensée d'une tuberculisation. Les rales sous-crépitants ont à peu près disparu à la base du poumon gauche, mais ils persistent à droite, en bas et en arrière, vers la ligne axillaire. Pas d'expectoration. Au sommet gauche, en arrière, on entend quelques froissements inégaux. On note de la diarrhée.

13 *décembre*. La fièvre est toujours aussi vive : pas de douleur au niveau du thorax ni en aucun autre point du corps. Diarrhée, comme les jours précédents. L'abdomen n'est pas sensible à la pression : pas de taches rosées. On prescrit : émétique, 15 centigrammes. Le soir, on voit au milieu de mucosités filantes rejetées dans les efforts de vomissement quelques traînées de sang rose. Température : 40°, 4.

14 *décembre*. Aujourd'hui, on découvre deux ou trois taches rosées sur le dos : elles ne sont pourtant pas très-nettes. La diarrhée a cessé. Température du matin : 39°,4 ; du soir : 40°,2.

15 *décembre*. Le malade tombe dans une adynamie complète : délire tranquille. L'auscultation ne fait toujours percevoir que quelques râles sous-crépitants à droite et en arrière. Crachats striés de sang.

Prescription : julep gommeux contenant 15 centigrammes de tartre stibié, que l'on fera alterner avec une potion de Todd. — Température du matin : 39°, 8 ; du soir : 40°,6.

16 *décembre*. — Potion de Todd seule. — Température du matin : 39°,8 ; du soir : 40°,3. — Les jours suivants, l'état du malade s'aggrave de plus en plus. On ne constate pas de taches lenticulaires sur le ventre : celui-ci n'a jamais présenté durant tout le cours de la maladie, la moindre sensibilité. Il est assez sonore à la percussion, très-légèrement ballonné. La diarrhée a repris avec une nouvelle intensité et s'accompagne d'incontinence des matières. — La mort arrive, le 21 décembre, par les progrès de l'adynamie. A ce moment, le thermomètre, qui, la veille au soir, avait atteint 41°, marque 41°,8.

Autopsie. — Pas de liquide dans les *plèvres*. — Adhérences insignifiantes au sommet du *poumon* droit : quelques tubercules anciens au même point : légère congestion à la base. Splénisation à la base du poumon gauche. — Le *cœur* ne présente rien de particulier, à part la flaccidité caractéristique de la dothiénentérie.

A l'ouverture de l'abdomen, distension assez considérable du gros intestin : pas de traces de péritonite, pas d'épanchement. Seulement, on remarque des adhérences, autour du cœcum et du côlon ascendant.

L'*intestin grêle*, incisé et étalé, offre deux lésions distinctes Les premières sont constituées par des plaques opalines, blanchâtres, faisant sur le bord opposé à l'insertion mésentérique un relief lisse au-dessus de la muqueuse et rénitentes sous la pression du doigt. Ces plaques sont au nombre de 7 à 8 et la plus élevée est située à 1 mètre 50 cent. de la valvule de Bauhin.

Entre ces îlots, qui paraissent résulter de la cicatrisation de plaques de Peyer malades antérieurement, on trouve un nombre égal de plaques ulcérées, encore recouvertes de putrilage jaune-ocre et offrant tous les caractères des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde avant l'élimination de l'eschare.

A 3 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale existe un petit îlot arrondi, du diamètre d'un centime, au niveau duquel il ne reste absolument plus que la tunique séreuse. Le pourtour, de coloration noirâtre, représente un bourrelet constitué par les autres tuniques : celles-ci, presque taillées à pic par l'ulcération, semblent cicatrisées. De ce bourrelet s'étendent sur le péritoine dénudé, dans un espace de 1 millim. 1/2, des pinceaux vasculaires excessivement ténus.

A 20 centimètres du bord libre de la valvule, on remarque une perforation de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, assez régulière du côté du péritoine où elle répond aux adhérences déjà mentionnées. Sur la surface interne de l'iléon, cette lacune se continue à ses deux extrémités, suivant l'axe du tube digestif, par une ulcération oblique des couches musculaire, celluleuse et muqueuse. Il en résulte une ouverture ronde à la surface externe, ovale du côté interne. Cette perforation bordée par un collier noirâtre, sans putrilage, paraît résulter de la première atteinte de la maladie.

Dans le *cœcum*, on voit dix petits îlots, du volume d'une groseille, saillants, et offrant sur leur surface ulcérée un putrilage jaunâtre exactement semblable à celui qui recouvre certaines plaques de l'intestin grêle. Trois ou quatre de ces îlots occupent l'origine du côlon ascendant. Rien dans le reste du *gros intestin*. — Le *foie* graisseux, pèse 1400 gr. — La *rate*,

volumineuse, un peu difluente, pèse 540 gr. — Les *ganglions mésentériques* sont le siége d'une tuméfaction notable. — Les *reins* sont congestionnés.

Réflexions. — Cette observation nous semble présenter un certain intérêt, et cela à divers titres.

1° C'est d'abord un cas de rechûte ou réversion de fièvre typhoïde, chose en somme assez rare, surtout au point de vue des constatations anatomiques. Nous en avons fait d'autant plus volontiers l'objet d'une communication, qu'en parcourant les Bulletins de la Société de 1860 à 1874 inclusivement, c'est-à-dire pendant une période de quatorze années, nous n'avons trouvé aucune présentation se rapportant à ce sujet.

2° Malgré les lacunes de l'observation clinique touchant la première phase de la maladie, les résultats de l'autopsie ne pouvaient laisser le moindre doute sur l'existence et l'évolution successive de deux processus typhiques distincts. D'un côté, en effet, on trouve sept ou huit plaques de Peyer dont la cicatrisation est très-avancée; de l'autre, la dernière portion de l'iléon présente des ulcérations de date manifestement plus récente, et, fait capital et qui fait l'intérêt de cette observation, on constate en même temps dans le gros intestin des ulcérations tout-à-fait semblables à celles qui occupent le voisinage de la valvule iléo-cœcale et certainement contemporaines de ces dernières. Nous sommes donc en présence d'une rechûte parfaitement légitime.

Nous insistons à dessein sur la présence des lésions caractéristiques *dans le gros intestin;* car l'anatomie pathologique de ces rechûtes n'est pas bien connue, croyons-nous. Les auteurs classiques qui sont entre les mains de chacun restent muets sur cette question; ou, s'ils en parlent c'est d'une manière très-vague, et les quelques médecins qui ont écrit plus spécialement sur ce sujet ne donnent guère plus de renseignements. Griesinger (Infections-Krankheiten) seul fournit des indications un peu précises: « ... il se peut aussi que le processus de récidive occupe uniquement le gros intestin intact auparavant. »

4° Enfin, l'histoire de notre malade montre une fois de plus que le diagnostic de ces *rechûtes* (ce mot étant pris dans son acception française, comme synonyme de *réversion*, et opposé à *récidive*) n'est pas toujours facile. — Il est bien digne de remarque que, durant tout le cours de sa seconde maladie, cet homme n'a jamais présenté de douleurs abdominales, ni spontanées, ni provoquées. — Les seuls symptômes constatés au début de la rechûte étaient de la fièvre et quelques râles sous-crépitants. Quatre jours plus tard seulement, on nota de la diarrhée, signe auquel Griesinger accorde une très-grande valeur comme élément de diagnostic. Ce ne fut que le huitième jour à partir de la reprise du mouvement fébrile que l'on put constater des taches rosées sur le dos : encore n'étaient-elles pas absolument caractéristiques. Et à supposer qu'elles le fussent, le fait mérite d'être consigné : car, d'après l'auteur si compétent que nous venons de citer, l'éruption rosée apparaît plus tôt dans les rechûtes que lors de la première atteinte, à savoir au 3e ou 4e et même au 2e jour Ainsi, sous ce rapport, notre cas serait une exception (1).

(1) Communication faite à la *Société anatomique* en décembre 1876.

Etablissements insalubres ; *arrêté municipal réglant l'écoulement des eaux ; légalité.* — L'autorité municipale a le droit, sous le contrôle du préfet, d'interdire, dans un intérêt de salubrité publique, de faire couler dans un canal des eaux provenant d'une tannerie, d'y laver des peaux et d'y placer des tréteaux ou ponts volants. En prenant cette mesure, l'autorité municipale réglemente sans les violer les droits des industriels qui exploitent, soit en vertu d'une autorisation administrative, soit en vertu des dispositions de la loi de 1810, et qui sont subordonnés à la faculté qu'a l'autorité municipale, dans l'intérêt de la salubrité. (Arrêt de cassation du 3 février.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Les lésions viscérales et les traumatismes : Les professeurs Verneuil et Paget ; La thèse de Longuet.

L'influence du fonctionnement régulier des viscères sur la constitution des tissus, sur leur nutrition, s'exerce aussi bien pendant l'œuvre de la réparation, lorsqu'ils ont été le siége de quelque lésion intime ou extérieure, que dans l'état physiologique.

Les éléments anatomiques, qui doivent combler la solution de continuité, ne peuvent avoir leur vigueur et leur plasticité qu'autant que le liquide sanguin, où ils puisent leurs principes, est sain lui-même et renferme tous les produits, qui l'on fait appeler de la *chair coulante.*

Si le foie ne sépare plus du sang les acides biliaires, ces produits excrémentitiels et toxiques, s'il ne fabrique plus le sucre, ce combustible indispensable des éléments organiques, comme l'ont démontré MM. Cl. Bernard et P. Bert ; si la formation des globules du sang est suspendue ; si le *rein* n'élimine plus l'urée et oblige le sang à toujours s'encombrer de ce produit dangereux ; — s'ils laissent filtrer l'albumine, nécessaire à la constitution des éléments; — si les *poumons* ne peuvent plus oxyder les globules impurs; si le *cœur* et les *vaisseaux*, agents d'mpulsion et de transport des matériaux sont malades et impuissants, comment serait-il possible aux tissus de créer, d'entretenir et de fortifier des éléments capables de combler solidement leur brèche, œuvre du traumatisme ?

Cette conception, si simple et si féconde à la fois, ne s'est pas présentée, tout d'abord, à l'esprit des chirurgiens avec un carctère d'utilité incontestable : ce sont des désastres imprévus, nombreux, inexplicables, qui ont appelé l'attention de quelques-uns sur ces effets éloignés des lésions viscérales et qui leur en ont montré toute l'importance. Dans un autre bulletin du *Progrès* (janvier 1876), nous exposions, d'après les travaux de MM. Verneuil et Paget, les influences des maladies constitutionnelles sur le traumatisme. Les lésions viscérales chroniques créent aussi un état constitutionnel : leur rôle, dans les phénomènes qui suivent les lésions traumatiques est considérable. C'est encore à ces deux savants éminents que nous devons d'avoir indiqué l'utilité pratique de cette notion et d'avoir donné l'impulsion, qui provoquera, sur ce point, des recherches extrêmement fructueuses pour le salut des blessés.

En 1845, un chirurgien anglais d'un grand mérite, Norman Cheevers, insérait dans *Guy's Hospital Reports*, un mémoire sur certaines causes de mort après les lésions traumatiques et les opérations chirurgicales dans les hôpitaux de Londres. Sur 134 nécropsies, faites sur des blessés qui avaient succombé à des affections légères, il trouvait 90 fois des lésions évidentes du rein, du foie, de la rate et souvent des trois organes ensemble. Suivant lui, ces viscères étaient certainement malades longtemps avant la blessure ou l'opération qui, en apparence, avaient entraîné la mort. Et il ajoutait que toute plaie, toute opération si légères qu'elles paraissent, risquent extrêmement de devenir fatales quand les organes susdits souffrent le moins du monde. Il était impossible de poser plus nettement la question, ajoute M. Verneuil, dans la communication

qu'il faisait récemment sur le même sujet, au Congrès de Bruxelles.

Sir James Paget a émis une opinion semblable dans ses remarquables leçons cliniques, qui viennent d'être traduites en notre langue (1). « Parmi les maladies des organes digestifs qui mettent assez souvent en danger de mort après les opérations, je soupçonne que pas une n'a plus d'importance que celle du foie..... Règle générale, vous devez être prudents en opérant ceux dont les sécrétions biliaires sont habituellement malades; ou bien ceux qui ont eu souvent de l'ictère; ou bien ceux qui, par leur face pâle, leurs complexions brunes, leur peau sèche, leurs paupières éraillées, font habituellement supposer qu'ils ont un foie inactif..... Dans quelques cas, après un traumatisme et une opération, on croit simplement à une guérison retardée, et les malades meurent lentement épuisés; parfois, vous trouverez dans ces faits, la principale raison de quelques guérisons défectueuses qui mènent à des hémorrhagies secondaires..... La crainte de telles conséquences vous fera une règle de ne jamais opérer pour les maladies chroniques des os et des articulations, sans un examen particulièrement attentif du foie.... »

Au congrès de Bruxelles (1875), M. Verneuil a fait un exposé magistral des rapports des maladies viscérales et du traumatisme. Aujourd'hui, cette importante question est reprise par ses élèves, sous sa direction, dans tous ses détails et avec toute la précision d'une démonstration des plus scientifiques.

C'est ainsi que notre excellent ami et collaborateur M. Longuet, interne des hôpitaux, dans une thèse fort remarquable et très-consciencieuse, vient de démontrer l'influence considérable des affections chroniques du foie sur la marche des traumatismes. Il résulte, dit-il, des observations que j'ai rassemblées ;

» 1° Que certains malades atteints d'un traumatisme, parfois très-léger, une éraflure, une contusion, une luxation simple, une fracture simple, meurent, rapidement, au milieu de complications très-graves survenues pour ainsi dire sans motifs....

» 2° Que ces complications, survenues dans la marche du traumatisme, n'étaient nullement en rapport avec l'intensité de la lésion locale et ne pouvaient s'expliquer que par une modification profonde de l'économie tout entière. Les hémorrhagies, la gangrène, les œdèmes, les inflammations diffuses, etc., ne s'observent pas quand les blessés n'ont pas une tare organique quelconque : et cependant, toutes ces manifestations sont apparues dans tous les cas que j'ai cités. Si nous considérons, d'un autre côté, que cet ensemble symptomatique est précisément celui qui caractérise les lésions organiques du foie, lesquelles se traduisent aussi par des hémorrhagies, des suffusions séreuses, des inflammations diffuses, un état cachectique tout particulier, peut-on nous reprocher de conclure de l'identité des effets à l'identité des causes ?

» 3° Que l'autopsie a constamment révélé des désordres dans la structure du foie et l'absence de lésions viscérales autres, pouvant être incriminées au même titre que les précédentes.

» Voilà, rapidement énumérées, les raisons qui militent en faveur de la relation que nous essayons de démontrer entre les maladies du foie et la marche troublée des traumatismes. Elles se résument en ces mots : Traumatismes insignifiants, constatations de la lésion hépatique, nature des complications observées. »

Les affections du foie, que signale M. Longuet dans ses observations, étaient antérieures aux traumatismes. Car il s'agit de lésions chroniques de cette glande : dégénérescence graisseuse et amyloïde, cirrhose, etc.

Les traumatismes peuvent aussi déterminer l'apparition de manifestations du côté du *foie*. Ainsi, on voit l'ictère survenir, des coliques hépatiques apparaître subitement sous l'influence d'une blessure à distance ou d'une opération sur une partie éloignée. Enfin, si la lésion traumatique est de très-longue durée, si elle s'accompagne d'une suppuration prolongée, on observera des dégénérescences graisseuses et amyloïdes du foie et des reins, et ces altérations seront souvent la cause de l'insuccès des opérations tardives telles que les résections, l'amputation pour les tumeurs blanches ou les caries, etc. Malheureusement, il ne nous est pas permis, dans cette esquisse rapide, d'exposer tous les problèmes pathologiques que M. Longuet a soulevés dans son important travail. Ajoutons, cependant, qu'il l'a fait suivre de considérations très-judicieuses sur le diagnostic des lésions latentes du foie, et de l'exposition des procédés nouveaux d'analyse des urines pathologiques, qui servent à déceler les affections peu apparentes de cet organe.

Les maladies chroniques de la rate jouent aussi un rôle très-manifeste dans la marche des traumatismes. (Thèse de Deriaud, 1868, de Tremblay, 1876.) M. Verneuil se plait à raconter, à ce propos, l'histoire d'un jeune homme qui, à la suite d'une plaie insignifiante du pied, avait des poussées phlegmoneuses irrégulières remontant jusqu'au genou. Un jour, un accès de fièvre intermittente éclate ; la rate était énorme : on donne le sulfate de quinine et les accidents du côté du membre cessent aussitôt. Le malade habitait un pays où les fièvres paludéennes sont endémiques.

L'influence des lésions du rein sur les traumatismes, et réciproquement, est depuis longtemps connue et admise de tous les chirurgiens, surtout en ce qui concerne les maladies des voies urinaires. On sait que les opérations les plus légères, le cathétérisme, par exemple, chez les gens ayant les reins malades, sont parfois suivies de catastrophes inattendues. Il ne faut jamais négliger d'explorer ces organes, même quand l'opération n'intéresse que des parties fort distantes. M. Verneuil, dans plusieurs travaux, a beaucoup insisté sur les rapports des lésions des reins et des traumatismes. Il est fréquent, dans ces circonstances, de voir éclater des érysipèles, qui s'étendent avec rapidité et causent la mort de l'opéré. (Revouy : *Des relations de l'érysipèle avec les affections rénales*. Th. Paris, 1876.)

Dans un mémoire intéressant qui paraît en ce moment dans la *Revue mensuelle*, les maladies du poumon et en particulier la tuberculose sont étudiées au même point de vue, par M. Verneuil lui-même. Annonçons enfin un travail prochain sur le rôle des maladies cardiaques dans le traumatisme.

Il est possible, dès à présent, de saisir l'ensemble de l'œuvre considérable que poursuit M. Verneuil depuis plusieurs années. Les résultats seront grands : non-seulement parce qu'il s'agit de mener à bonne fin un traumatisme, mais encore de soigner et de sauver les blessés et les opérés. En effet, il faut, pour mettre toutes les chances de réussite de son côté, après un traumatisme, non-seulement un milieu favorable et un traitement rationnel, mais encore un *sujet sain*.

H. Duret.

(1) Sir J. Paget. On the various risks of operations. Leçons de cliniques chirurgicales. Trad. L.-H. Petit. G. Baillière, 1877.

Collége de France. — M. Noël, docteur en médecine est chargé des fonctions de préparateur à l'École pratique des hautes études (section des sciences naturelles) et attaché en cette qualité à la chaire de médecine du Collége de France, en remplacement de M. d'Astre appelé à d'autres fonctions.

*

La question des égouts de Paris.

Avant la construction des grands égouts collecteurs, les mille ruisseaux qui versaient en détail, dans la Seine, les eaux impures de Paris ne déterminaient pas une pollution *très-apparente* du fleuve. Mais, au moment où ils ont été remplacés, dans le courant de l'année 1865, par une véritable rivière qui jette brusquement à Clichy trois mètres cubes d'eau sale par seconde, il s'est produit dans les localités situées en aval de Clichy, une telle infection que les plaintes les plus vives et les plus légitimes se sont élevées de toutes parts. Est-ce à dire que l'insalubrité des eaux de Seine ait été créée par le collecteur ? Evidemment non. Avant qu'il existât, les eaux du fleuve étaient tout aussi chargées de matières organiques qu'aujourd'hui et par conséquent aussi peu potables et tout aussi dangereuses pour la santé publique. Seulement, et c'est là toute la différence, la réunion des eaux d'égout en grande masse a donné lieu à des phénomènes de putréfaction extrêmement désagréables pour l'odorat. C'est cet accident qu'on peut considérer comme heureux, qui a fait ouvrir les yeux sur les graves inconvénients que présente, au point de vue de la salubrité, l'introduction dans l'eau des matières organiques produites journellement par une agglomération de deux millions d'habitants.

Le public à qui, malheureusement, les notions d'hygiène sont très-étrangères, puisque cette science si importante n'est enseignée dans aucune de nos écoles, confond volontiers les miasmes avec les émanations odorantes. Dès que l'odorat est péniblement affecté, il s'effraie et se croit menacé de toutes sortes de maux, sans savoir que le véritable miasme, le dangereux contagium échappe à ses sens, si perspicaces qu'ils puissent être. La Seine avant d'être aussi infecte n'en était donc pas plus salubre, mais personne ne s'en préoccupait. En cela, il est évident que la municipalité de Paris avait le plus grand tort. Elle ne s'est occupée de cette question si importante qu'à partir du jour où elle a été poussée par le dos et contrainte par l'opinion publique. Il y a déjà longtemps, cependant, que les idées émises par de nombreux savants et hygiénistes ont jeté de la lumière sur le mode de transmission des maladies contagieuses. C'est à propos du choléra qu'ont été formulées, pour la première fois, les théories de la transmission des contagiums par l'eau prise en boisson, et aujourd'hui, appuyée sur des expériences qu'il serait difficile de répéter chez nous, mais que les médecins anglais de l'Inde ont cru pouvoir tenter dans un pays où le mépris de l'humanité n'a pas de bornes, cette opinion est regardée par tous les hommes spéciaux comme très-voisine de la vérité.

La théorie de la contagion, dont je viens de parler, a passé très-rapidement du choléra à la fièvre typhoïde et aujourd'hui ayant fait beaucoup de chemin et d'adeptes, elle commence à être discutée à l'Académie de médecine, où on en parlera sans doute longtemps avant de faire faire un pas à la question, grâce à la mauvaise habitude qu'a prise l'assemblée de la rue des Saints-Pères de se préoccuper beaucoup plus dans ses débats d'impressions personnelles que de faits précis.

Quoi qu'il en soit, l'hygiéniste doit prendre les devants, et dès qu'une opinion scientifique devient probable, il est tenu d'y avoir égard. Il ne s'agit donc pas seulement aujourd'hui de désinfecter l'eau d'égout, il faut encore lui enlever ses propriétés insalubres, en d'autres termes, la débarrasser des contagiums qu'elle peut renfermer. Il est facile de comprendre, en effet, que si le choléra et la fièvre typhoïde se propagent réellement par la présence de germes répandus dans l'eau, et introduits dans le tube digestif au moyen des boissons, il devient indispensable de débarrasser le fleuve de ces germes, avant de le livrer aux usages domestiques des villes et villages situés entre Paris et la mer. Il y a là une question d'équité à laquelle une ville, quelque puissante qu'elle soit, ne peut se soustraire.

Il faut rendre, d'ailleurs, justice au Conseil municipal actuel et à l'esprit libéral qui l'anime. Loin de chercher à décliner cette responsabilité sanitaire, il est résolu à tous les sacrifices pour remédier aux inconvenients que nous venons de signaler.

Bien des idées ont été mises en avant sur cette question. Bien des projets ont été faits. Bien des solutions ont été proposées. Quand on descend sur le terrain de la pratique, on rencontre d'assez sérieuses difficultés. D'abord on ne sait presque rien sur la nature des contagiums, sur leur mode d'existence et de reproduction, sur leur vitalité. Si leur présence dans l'organisme est extrêmement probable, personne, pas même à l'Académie de médecine, n'a pu dire : le voilà ! On en est donc réduit à les considérer et à les traiter comme des ferments, êtres avec lesquels ils offrent à la vérité de nombreuses ressemblances.

Or, pour débarrasser de cet invisible ennemi les trois mètres cubes d'eau à la seconde du collecteur de Clichy, la difficulté est grande. Deux ingénieurs, MM. Passedoit et Brunfaut, ont bien proposé un moyen radical, celui d'allonger le collecteur jusqu'à la mer. Mais les dépenses excessives et l'insuffisance de la pente rendent leur projet presque irréalisable.

Un autre ingénieur, M. Le Châtelier, a proposé de recueillir l'eau d'égout dans de vastes bassins et de la traiter par le sulfate d'alumine qui précipite les matières tenues en suspension. Rendre cette boue infecte, claire et limpide, c'est déjà quelque chose, mais M. Le Châtelier n'a compris que le côté secondaire de la question, il n'a pas tenu compte de la destruction des contagiums qui en est le point capital, aussi son projet d'épuration est-il tout-à-fait insuffisant. Nous ne demandons pas à la Seine d'être limpide comme de l'eau de roche, nous ne lui demandons même pas d'être absolument inodore, nous lui pardonnerions ses émanations désagréables si nous étions assurés qu'elle ne transporte pas dans ses eaux *un quelque chose* qui va porter la mort au loin.

(*A suivre.*) J. DE B.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'Assemblée générale de l'Association, aura lieu le dimanche 8 avril prochain, à deux heures précises de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Ordre du jour. — 1° Allocution de M. le président ; 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier; 3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Cabanellas ; 4° Rapport au nom de la Commission spéciale chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères, par M. Bucquoy, rapporteur ; 5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1876 par M. Amédée Latour, secrétaire général.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 *avril* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. BOUCHARDAT lit une série de rapports sur des demandes en exploitation de sources minérales. Les conclusions favorables sont acceptées.

M. le professeur FLEURY (de Bordeaux) fait une communication intitulée *théorie dynamo-chimique de la glycémie diabétique*. Tout diabète confirmé est sous la dépendance d'une lésion des centres nerveux entrainant une parésie des vaso-moteurs et un relâchement vasculaire. Il se fait un passage très-facile du sang artériel à travers les tissus. — Par suite du relâchement des vaisseaux et de la suractivité de la circulation le conflit entre l'oxygène et le carbone n'a pas lieu ou n'a lieu qu'imparfaitement ; l'oxydation des globules est entravée. L'oxygène non utilisé par défaut de polarisation de son ozone se constitue avec l'eau du sang en peroxyde d'hydrogène (HO^2). Cette eau oxygénée, au lieu de se détruire incessamment ainsi qu'il advient à l'état normal quand les parois capillaires n'ont rien perdu de leur énergie contractile et de leur tonicité, se fixe dans le sang et lui communique la propriété catalytique attribuée aux ferments ou tout au moins celle de favoriser les actes de catalyse. Ceux-ci ont lieu quand les produits de la sécrétion glandulaire (salive, bile), modifiée par le HO^2 arrivent au contact d'un élément soufré (sulfocyanure de potassium pour la salive, taurocholate de soude pour la bile) ou des aliments féculents. Par ce contact, le sucre est produit en grande quantité.

Le temps a manqué à l'orateur pour lire la seconde partie de sa communication dans laquelle il donne les preuves de sa théorie et dans laquelle il établit : 1° qu'il y a chez le diabétique une parésie vaso-motrice; 2° que le sang du diabétique contient de l'HO^2 ; que cette HO^2 rend neutres les sécrétions alcalines, et légèrement acides les sécrétions neutres ; que l'aliment soufré contenu dans la salive et la bile peut, au contact de l'eau oxygénée, transformer les féculents en dextrine et la dextrine en glycose.

L'académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie. La Commission présente en 1re ligne M. Planchon ; en 2e ligne M. Riche ; en 4e ligne M. Méhu. — Ont obtenu, sur 63 votants, M. Planchon 54 voix, M. Riche 5, M. Méhu 2 ; il y a eu 2 bulletins blancs. En conséquence, M. Planchon est proclamé membre titulaire dans la section de pharmacie.

M. GOSSELIN lit un rapport sur les communications faites il y a quelques mois par MM. Proust et Lucas-Championnière, sur les indications du trépan dans certains traumatismes du crâne, le rapport, essentiellement pratique et chirurgical sera analysé dans un prochain numéro du *Progrès*, à cause de son importance.

M. J. LEFORT lit une série de rapport au nom de la Commission des eaux minérales. — Comité secret à 5 heures. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 29 *décembre* 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

36. Amblyopie sympathique tardive, énucléation du moignon ossifié d'un œil perdu depuis 25 ans. Guérison ; par MM. le dr Ch. ABADIE et L. de BEURMANN, interne des hôpitaux.

M. X..., âgé de 65 ans, fut atteint, il y a 25 ans, d'un grain de plomb de chasse qui lui creva l'œil droit. A la suite de cet accident survinrent des phénomènes d'irido-choroïdite aiguë qui entraînèrent en peu de jours la perte complète de la vision de ce côté. Depuis cette époque, cet œil était resté complétement indolent et n'avait causé aucune gène au malade lorsque, il y a 4 mois, en septembre 1876, M. X... s'aperçut d'une diminution assez sensible de la vision de l'œil gauche; cependant il n'y avait ni douleur, ni injection conjonctivale, ni aucun symptôme inflammatoire capable d'expliquer l'apparition de ce trouble visuel. Au bout de quelque temps la vision devint tellement mauvaise que le malade se décida à aller consulter M. Abadie.

Examiné à ce moment, l'œil gauche ne présentait rien d'anormal, les milieux étaient parfaitement transparents et sauf un très-léger staphylôme postérieur, en rapport avec un faible degré de myopie égal à 1/24, les membranes profondes étaient dans un état d'intégrité absolue. Rien ne justifiait donc, au point de vue local, le trouble visuel considérable survenu de ce côté. Comme la santé générale était également parfaite, qu'il n'existait aucune espèce de trouble cérébral permettant de supposer l'existence d'une amaurose d'origine intra-crânienne, le Dr Abadie dirigea immédiatement son attention vers l'œil droit perdu depuis longtemps et soupçonna une influence sympathique exercée par le moignon qui était encore en place.

Le globe oculaire de ce côté était notablement déformé et avait subi une diminution de volume assez marquée ; il restait encore en avant quelques débris de tissu cornéen, mais les deux tiers de la cornée au moins étaient détruits et transformés en un tissu cicatriciel fibreux dont la structure était tout-à-fait semblable en apparence à celle de la sclérotique, de sorte qu'il était difficile de retrouver la ligne de démarcation entre ces deux membranes. Il n'y avait pas de douleurs spontanées mais, quand on pressait avec le doigt sur le double moignon le malade rejetait la tête en arrière et accusait une assez vive sensibilité. En faisant cette exploration, on constatait de plus que le globe atrophié, loin de présenter la mollesse particulière qui caractérise les yeux perdus à la suite d'irido-choroïdite suivie de décollement rétinien était au contraire extrêmement résistant.

M. Abadie, ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas semblables, diagnostiqua une amblyopie sympathique provoquée par le développement d'une coque osseuse dans l'œil perdu depuis longtemps et proposa l'énucléation de ce dernier.

Le malade, redoutant cette opération, voulut attendre encore, mais au bout d'un mois environ, voyant que la vision de l'œil gauche continuait à baisser, il se résigna à s'y soumettre. — Quand l'anesthésie par le chloroforme eut été obtenue, le moignon fut disséqué de la conjonctive, les insertions des muscles extrinsèques furent successivement détachées et l'opération ne présenta dans son exécution rien de particulier, si ce n'est que la section du nerf optique avec les ciseaux fut rendue un peu difficile par une résistance inattendue qui obligea le chirurgien à reporter l'instrument plus en arrière.

Le pansement consista en une rondelle de toile sèche recouverte d'un tampon de ouate et d'une bande de flanelle médiocrement serrée. Les suites furent des plus simples. L'inflammation fut presque nulle et aucun accident ne survint. Au bout de 8 jours le malade pouvait sortir de chez lui et, après 3 semaines, il commençait à porter un œil artificiel. Quant à l'œil gauche, son état s'améliorait rapidement.

Examen de l'œil énucléé. — Le globe est réduit au tiers environ de son volume normal, sa forme est oblongue, sa longueur maximum d'avant en arrière est de 21 millimètres, sa largeur de 18 millimètres. Il est irrégulièrement bosselé ; toutes ses parties, sauf le point du segment antérieur où il existe encore un peu de tissu cornéen transparent, ont une dureté pierreuse. En arrière, on retrouve une partie du nerf optique sous forme d'un petit prolongement de 2 millimètres de longueur présentant la même consistance que le globe et faisant corps avec lui. C'est la résistance de cette partie du tronc nerveux qui a empêché de faire la section comme d'habitude au ras de la sclérotique.

Sur une coupe antéro-postérieure, on voit que toute la cavité oculaire est occupée par une masse pierreuse grisâtre. A la partie inférieure, le cristallin, qui a conservé sa forme mais est notablement diminué de volume, se distingue par sa couleur blanchâtre crayeuse.

L'examen histologique, pratiqué par M. André, montre que la rétine a complétement disparu; la choroïde est atrophiée, quelques cellules pigmentées indiquent seules la place qu'elle occupait, la sclérotique est normale. — Le cristallin renferme des sels calcaires, principalement du carbonate de chaux. Une coupe

fine, faite dans la masse dure qui occupe la place du corps vitré, permet de constater qu'elle est constituée par une substance fibrillaire dans laquelle on trouve des ostéoplastes parfaitement reconnaissables. Ces ostéoplastes sont plus larges qu'à l'état normal et leurs prolongements, très-accentués après imbibition dans la glycérine, communiquent entre eux. Ces communications de prolongement à prolongement sont surtout visibles dans les points où les ostéoplastes sont nombreux, c'est-à-dire au voisinage de la face interne de la sclérotique. Quelques-uns de ces corpuscules osseux renferment une cellule qui, après coloration avec le dalhia d'aniline, devient très-visible; mais, dans aucun point, on ne trouve de granulations pigmentaires libres ou de cellules pigmentées ressemblant à celles de la choroïde. En détachant la masse ossifiée tout entière, on trouve entre elle et la sclérotique une lame légèrement noirâtre, isolable, formée par un tissu conjonctif lâche renfermant quelques cellules pigmentaires dont les noyaux se colorent avec le picro-carminate faible.

Il est donc, en résumé, très-probable qu'il y a eu, dans ce cas, ossification primitive du corps vitré, avec atrophie secondaire de la rétine et de la choroïde. Si l'ossification avait débuté par la choroïde, on aurait trouvé dans les parties ossifiées des traces de pigment insoluble et même des cellules choroïdiennes dans les points en voie d'ossification, ainsi que M. André a eu occasion de le voir sur un œil énucléé dans des circonstances tout-à-fait semblables. Peut-être faut-il attribuer à cette marche du processus le début si tardif des accidents sympathiques; les nerfs ciliaires, ne se trouvant pas englobés par l'ossification comme dans les cas où elle débute par la choroïde, n'ont souffert que très-tard et tant qu'ils n'ont pas été irrités, l'œil du côté opposé est resté intact.

37. Néphrite caséeuse, chez un homme atteint de phthisie pulmonaire; par P. J. Baronoff, externe des hôpitaux.

B... âgé de 25 ans, entre à Lariboisière, salle Saint-Jérôme (service de M. Jaccoud), le 18 novembre 1876.

Ce jeune homme est atteint d'une tuberculose pulmonaire assez avancée; il n'avait jamais fait d'autres maladies dans sa jeunesse, mais il avoue quelques antécédents alcooliques; jusqu'à l'âge de 24 ans, il a été robuste et d'une apparence de parfaite santé; il y a un an que le malade souffre de la poitrine, et la maladie a pris une marche aiguë depuis huit jours.

A son entrée dans le service, il a eu des hémoptysies fréquentes et une expectoration purulente, deux jours après un mouvement fébrile appréciable, sa température vespérale montait jusqu'à 39°, 5, avec une légère rémission du matin. L'auscultation révèle des signes de ramollissement au sommet gauche.

21 *novembre*. Il va plus mal, crachats de sang avec expectoration très-abondante; son urine contient beaucoup d'albumine, 9 à 10 grammes par litre.

23 *novembre*. On le traite par des révulsifs cutanés, des larges vésicatoires sur la poitrine en arrière et par un régime lacté.

4 *décembre*. On constate l'apparition d'un emphysème sous-cutané, avec élévation globuleuse du thorax caractéristique, limitée sur le devant de la poitrine, surtout à la région sous-claviculaire droite; il crépite sous les doigts, absence du murmure respiratoire; à la percussion, on entendait un son clair et éclatant.

15 *décembre*. Le malade a une dyspnée intense.

18 *décembre*. La diminution de l'emphysème est manifeste, on augmente la quantité de lait, mais l'urine est toujours chargée de grande quantité d'albumine, fièvre assez intense, la température s'élève à 39° avec une oscillation horizontale entre 38° et 39°.

22 *décembre*. Le malade suit un régime lacté mixte, son état cependant va toujours en aggravant, la dyspnée est toujours intense. Il meurt, le 24 décembre.

Autopsie. — *Poumons*. Le poumon gauche est recouvert de granulations tuberculeuses, farci de cavernules, on trouve du pus abondant dans la plèvre; l'altération du poumon droit est bien avancée, mais moins prononcée que les lésions du poumon gauche.

Cœur. Le cœur est normal, mais la valvule mitrale présente un aspect laiteux. Le cœur gauche et le cœur droit sont pleins de caillots cruoriques.

Foie. Le foie est normal aussi, dans certains points, l'aspect du foie muscade; la bile peu abondante et foncée. — *Rate*. Un peu plus grosse que d'habitude, ferme et pâle. — *Reins*. Les reins ont un volume double de l'état normal, il y a dilatation des bassinets (*Néphrite parenchymateuse et interstitielle type*.)

Le rein gauche est plus volumineux que le rein droit, celui-ci est creusé de cavités tuberculeuses au nombre de neuf, de la grosseur de petites noix et qui font disparaître la surface secrétante. Ces cavernes sont jaunes, dans un état de caséification, parfaitement limitées d'une zone de tissu blanc induré, elles paraissent être enveloppées dans la substance même des pyramides. Chose singulière, jamais on n'a pu trouver aucune trace de tubercule dans le rein gauche, mais le type du gros rein blanc.

L'examen microscopique a démontré que les tubes contournés sont altérés; leur épithélium est tuméfié et gras. Les espaces cavitaires du rein droit sont le siége d'une dégénérescence graisseuse des éléments cellulaires.

28. Ostéomyélite aiguë traumatique; par M. Cottin, interne des hôpitaux.

B...., âgé de 46 ans, déclare avoir reçu, en travaillant, un choc violent sur la partie supérieure de la jambe gauche. D'abord soigné chez lui, il a été forcé au bout de 10 jours, de venir à l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. Th. Anger. par suite de vives douleurs et d'un gonflement considérable au niveau de la région atteinte.

Voici ce qu'on a constaté le 1er novembre : Gonflement du genou, et épanchement dans cette articulation, qui cependant n'est pas très-douloureuse, ni lorsqu'on la presse, ni lorsqu'on lui imprime des mouvements. (Cet épanchement paraît, du reste, avoir précédé le traumatisme, car le malade affirme avoir déjà remarqué du gonflement et de la gêne de la jointure, longtemps auparavant). Mais au-dessous de la rotule et de chaque côté du tendon rotulien, on observe un soulèvement manifeste. A ce niveau, la pression est fort douloureuse, et de chaque côté de ce même tendon on découvre facilement une fluctuation des plus nettes. En même temps, il existe une fièvre intense, le pouls bat 100 pulsations, la température est de 39° le matin, de 39°6, le soir.

Le lendemain, 2 novembre, deux grandes incisions sont pratiquées de chaque côté du tendon rotulien, du pus mélangé de gros caillots noirâtres, déjà transformés par l'inflammation s'en échappe. D'abord il se manifeste un léger soulagement. mais la fièvre persiste, et le malade maigrit.

8 *novembre*. Grand frisson après la visite du matin.

9. *nov*. On constate de la fluctuation dans le creux poplité, et une incision pratiquée immédiatement, laisse écouler une grande quantité d'un pus séreux, à odeur fétide. Deux drains sont placés dans cette incision, et viennent sortir par l'interne en contournant la face correspondante du genou.

13 *nov*. Depuis aucune amélioration, ni dans l'état local, ni dans l'état général. La suppuration continue à être abondante; toute la jambe s'infiltre, et le gonflement inflammatoire gagne en bas l'articulation tibio-tarsienne, en haut, il remonte un peu au-dessus du genou. Un petit abcès se forme sur la partie supérieure de la face interne du tibia. Celui-ci est à nu au niveau de l'incision latérale externe, qui a été pratiquée au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

15 *nov*. Délire pendant la nuit, amaigrissement considérable, face terreuse. 39°,8.

16 *nov*. M. Anger propose au malade l'amputation de la cuisse.

17. *Amputation* circulaire au tiers supérieur. On applique sur le moignon un pansement ouaté.

Examen du membre amputé. — En ouvrant l'articulation du genou, on y trouve une faible quantité de pus. Sur les bords externes des deux condyles fémoraux, le cartilage d'encroû-

tement a disparu. Çà et là sur la face inférieure de ces mêmes condyles, on aperçoit des points où l'os est aussi à nu.

Une coupe pratiquée entre les deux condyles, montre le tissu spongieux, raréfié, rougeâtre, dans une petite étendue au-dessus de l'espace intercondylien. Plus haut le fémur est sain.

Du côté du tibia voici ce qu'on observe : Disparition presque complète de l'extrémité antérieure des fibro-cartilages semi-lunaires. L'intérieur est comme festonné au niveau de son bord externe. Le cartilage d'encroûtement de la cavité glénoïde externe, a disparu en avant et en arrière dans l'étendue de un centimètre environ. Celui de la cavité interne est échancré sur ses bords. A la partie moyenne, on y voit une ulcération circulaire, taillée comme à l'emporte-pièce, de 2 à 3 millimètres de diamètre, au fond de laquelle l'os est à nu.

Une coupe verticale pratiquée sur toute la longueur du tibia, nous offre des lésions encore plus intéressantes. Le tissu spongieux des deux extrémités est rougeâtre dans certains points, raréfié dans d'autres, çà et là infiltré de pus. Ailleurs, on y voit de petites cavités anfractueuses pleines de pus. Le canal médullaire est profondément altéré. La moëlle dans certains points a disparu, et est remplacée par de petits foyers purulents. Dans d'autres parties, elle est parsemée d'une innombrale quantité de petits points, çà et là rougeâtres, çà et là d'un jaune verdâtre. Enfin, disons en terminant, que l'articulation tibio-tarsienne contenait aussi une légère quantité de pus.

Réflexions. — Nous avons donc eu à faire ici à une véritable ostéo-myélite aiguë suppurée, qui offre ceci de particulier, qu'elle s'est développée à la suite d'un traumatisme, chez un homme âgé. Il n'y a pas eu, ni *fracture* du tibia, ni même une simple *fêlure*. Une petite partie seulement du périoste à sa partie supéro-externe a été contuse, et a disparu ensuite par l'inflammation ; et à l'exception de ce point et d'un autre très-limité sur la face interne, ce périoste est resté à peu près sain dans le reste de son étendue. Enfin, elle présente encore ceci d'intéressant que ses symptômes ont été masqués au début, par ceux de ce vaste abcès sanguin, dont j'ai parlé au commencement de cette observation, abcès qui a été la première manifestation qu'on ait observée tout d'abord. Ajoutons en terminant que le malade est actuellement en pleine voie de guérison.

40. Tuberculose des organes génito-urinaires. Troubles oculaires de cause indéterminée; par MM. Golay, interne, et Garcia, externe des hôpitaux.

Père mort à l'âge de 74 ans. Mère morte subitement. Un frère serait mort, au dire du malade, d'une fluxion de poitrine. Lui-même, il s'est bien porté jusqu'à il y a deux ans ; il a alors une orchite du côté gauche (nous y reviendrons). Depuis cette époque, il a maigri et faibli beaucoup ; il ne souffre de ses jambes que depuis deux ou trois jours avant son entrée. Pas de syphilis.

Entré pour des douleurs sciatiques dans les deux jambes, plus fortes du côté gauche. On réussit à le guérir de sa sciatique droite, à l'aide des frictions avec l'essence de térébenthine ; mais, du côté gauche, les douleurs persistent et se montrent rebelles à toutes sortes de traitements.

Dans le cours du mois de novembre, il prend dans le service même une iritis du côté droit, regardée d'abord comme rhumatismale et traitée par les moyens ordinaires : sangsues à la tempe, instillations d'atropine, etc. Les instillations d'atropine dans l'œil malade ont suffi, chose curieuse, à donner lieu à des phénomènes légers d'intoxication atropique, à savoir : mydriase des deux côtés, sécheresse de la gorge. L'iritis allait mieux ; le malade était pour ainsi dire guéri, ou peu s'en fallait, quand la cornée du même côté (droit) présente des phénomènes de kératite ulcéreuse ; puis, le lendemain, la cornée de l'autre œil (gauche) présente aussi des phénomènes de même ordre, à allures aussi rapides que brusques dans leur apparition. Le malade est envoyé dans le service de M. Lefort. Au bout de trois semaines environ de séjour dans la salle de chirurgie, le malade nous est envoyé à peu près guéri de ses yeux ; en même temps, M. Lefort nous faisait observer qu'il pouvait bien s'agir là de quelque affection cérébrale.

Etat actuel. 18 décembre 1876. — Cachexie considérable. Le malade n'est pour ainsi dire pas reconnaissable. Il nous dit qu'il n'a pas faim. Un peu de diarrhée. Intelligence parfaitement lucide ; réponses tout-à-fait nettes. Pas de paralysie ni de troubles de la sensibilité. Les douleurs sciatiques persistent à gauche; les deux jambes participent à l'amaigrissement général, qui est considérable ; pas d'œdème.

Aux poumons, on ne constate rien d'anormal, ni par la percussion ni par l'auscultation. Cœur sain. Foie, rate, rien de particulier. Le palper abdominal ne révèle pas de tumeur, et pourtant, le ventre est très-affaissé ; le toucher rectal ne donne que des résultats négatifs. Urines albumineuses, pas de sucre.

On désespérait d'arriver à préciser la cause certaine de cette cachexie si rapide, lorsque en regardant les bourses, on constate l'existence d'une fistule de la bourse gauche; on sent que l'épididyme est gros dans son ensemble ; rien dans l'autre testicule; rien dans les cordons; ce n'est qu'alors que le malade nous donne les renseignements suivants : il y a deux ans, il a eu une orchite douloureuse terminée par un abcès qui, après l'évacuation spontanée du pus, ne tarda pas à se cicatriser ; pendant son séjour chez M. Lefort, il y a de cela une douzaine de jours, la fistule s'est rouverte et s'est mise à couler, pas abondamment, à la vérité. Pas de douleurs spontanées. Epididyme dans son entier dur et gros. Il s'agit donc là, suivant toutes les probabilités d'une orchite caséeuse ; quant à l'albuminurie, elle est, fort probablement aussi, le fait d'une tuberculose rénale. — Mais est-ce tout ?

Le malade dit souffrir beaucoup de la tête, depuis qu'il a commencé à souffrir des yeux, douleurs générales et constantes le jour et la nuit. Si on le fait marcher, il titube, et son facies exprime peut-être, quoique très-légèrement, cette sorte d'étonnement qu'il est si commun de rencontrer dans les affections cérébrales. Il ne peut faire que quelques pas; on est obligé de le suivre pour éviter qu'il ne tombe, et il demande à se recoucher. Pas d'otorrhée, ni d'affaiblissement de l'ouïe.

Quant aux yeux, on constate encore de la photophobie. Sur la cornée de l'œil gauche, on constate le reste des trois ulcérations, dont la plus étendue occupe le bord externe, une autre le bord interne, et une troisième un peu plus petite, grosse comme une tête d'épingle, à la partie supérieure. La conjonctive est légèrement injectée. L'œil droit présente une nébulosité de la cornée surtout en dehors. La vision est parfaitement distincte. Les pupilles sont bien circulaires et l'iris est bien mobile. On croit à une lésion quelconque intéressant les nerfs trijumeaux et donnant lieu ainsi à des lésions trophiques des hémisphères antérieurs des yeux.

Prescription : Collyre au sulfate de zinc ; une pilule de cynoglosse de 0 gr. 05 ; quatre granules dioscoride.

27 *décembre*. — Les yeux vont bien ; on cesse le collyre. L'amaigrissement poursuit sa marche.

28 *décembre*. Le malade est allé en s'affaissant de plus en plus ; il est mort ce matin de très-bonne heure, avant la visite.

Autopsie. Le 29 décembre 1876. — *Cerveau*. Enlevé avec grand soin ; on ne découvre pas de lésion du tout ; il est assez ferme; les nerfs trijumeaux paraissent sains, ainsi que les nerfs et bandelettes optiques, tubercules quadrijumeaux, etc. On ne découvre non plus rien de particulier au niveau du ganglion de Gasser ni ailleurs sur la base du crâne.

Poumons. Les deux plèvres sont partout adhérentes; on est obligé, pour extirper les poumons, de décoller les plèvres pariétales. — Les 2 sommets sont le siége d'une poussée de granulations tuberculeuses; il y existe même de chaque côté une petite cavernule grosse comme un pois; en somme, tuberculose pulmonaire bien limitée quoique très-accentuée.— *Cœur*. Rien de particulier. — *Foie*. Un peu gros, 1,725 gr. La capsule présente des plaques épaisses, qui n'intéressent pas le parenchyme ; la coupe offre l'aspect normal. — *Rate*. Normale.

Reins. 1° Le rein gauche est très-volumineux, 236 grammes. La capsule se laisse, d'une façon générale, détacher facile-

ment sauf aux extrémités où la capsule entraine une partie du parenchyme. Après décortication, on aperçoit, à la surface du rein, des tubercules très-nombreux et à différentes périodes de développement, intéressant même, par places, la capsule. A la coupe, on voit plusieurs cavernes au nombre de 5, dont les dimensions varient entre un petit pois et un pois chiche, à contours irréguliers, à parois épaisses, jaunes et anfractueuses; ces cavernes renferment des débris organiques en partie adhérents à la paroi, de couleur noirâtre avec une teinte légèrement rougeâtre, mous, se laissant écraser entre les doigts et qui paraissent être les vestiges d'anciennes hémorrhagies. Outre ces cavernes, on distingue un semis très-abondant de tubercules arrivés à diverses périodes de leur développement. Le bassinet étant ouvert, on distingue très-nettement sur ses parois des tubercules gris, semi transparents. L'uretère est très-épaissi; sa muqueuse est d'un bout à l'autre rongée, pour ainsi dire, par une éruption confluente de tubercules en grand nombre ulcérés; il est partout perméable.

2° Le droit présente toutes les apparences d'une hydronéphrose : bassinet dilaté et distendu; le rein droit est néanmoins beaucoup plus petit que le gauche, peut-être de moitié, au moins d'un tiers. La décortication est impossible. A la coupe, il s'échappe une substance crémeuse blanche, ayant l'aspect et la consistance de la crème, nullement liquide; lorsqu'à l'aide d'un filet d'eau on a enlevé cette matière qui existait en grande abondance, on s'aperçoit que le rein est converti en une caverne, ou plutôt en une série de grosses cavernes communiquant largement entre elles d'une extrémité à l'autre et avec le bassinet largement ouvert par suite de la disparition presque totale des calices et des pyramides; çà et là pourtant on reconnait encore des débris de pyramides et même de substance corticale, formant comme des jetées qui s'avancent plus ou moins loin entre 2 cavernes voisines pour les séparer incomplètement; en outre, sur quelques-uns de ces débris, on distingue des noyaux tuberculeux; enfin, sur un très-grand nombre de points, la destruction du parenchyme rénal est complète et les parois des cavernes sont formées par la capsule du rein considérablement épaissie.

Le bassinet présente des dimensions doubles et même triples de l'état normal; parois épaissies; muqueuse ulcérée et même sur quelques places de petits décollements.

Si l'on essaie de continuer, avec les ciseaux, l'incision du bassinet le long de l'uretère; on est bientôt arrêté à 2 cent. 5 environ du bassinet; on essaie d'introduire la sonde cannelée; elle ne peut pas passer; on réussit enfin, avec des ciseaux très-pointus, à franchir ce rétrécissement, et l'on continue à avancer lentement jusqu'au milieu de l'uretère où l'on est de nouveau et cette fois définitivement arrêté; un peu plus loin l'uretère est de nouveau perméable jusqu'à la vessie; les parois sont considérablement épaissies et la muqueuse détruite par des tubercules pour la plupart caséifiés.

Vessie. Muqueuse, littéralement rongée par les tubercules sur toute son étendue, profondément ulcérée surtout au niveau du trigone où l'ulcération se termine à environ un centimètre en arrière de l'orifice de l'urèthre par un bord taillé à pic.

Testicules. Le droit est sain. Le gauche n'a plus de séreuse: les 2 feuillets de la tunique vaginale intimement soudés : épididyme induré et volumineux; la fistule scrotale communique avec une petite cavernule du volume d'un petit pois, à la partie moyenne. Tout le reste de l'épididyme présente des tubercules pour la plupart jaunes et, tout-à-fait à la queue une petite masse caséeuse du volume d'un petit pois. Dans l'épaisseur de la pulpe testiculaire on aperçoit aussi des tubercules gris. — *Canaux déférents*. Rien de particulier, — *Vésicules séminales*. A la coupe elles offrent, l'une un, l'autre deux petits points suppurés gros comme une tête d'épingle grosse et qui paraissent être des tubercules ramollis.

Prostate. La gaine fibreuse est incrustée de petits calculs très-durs et facilement énucléables, de la grosseur d'un grain de chenevis. La glande n'est pas augmentée de volume sensiblement. A la coupe on constate dans chaque lobe l'existence d'un petit noyau ayant toutes les apparences de tubercules calcifiés.

41. Arthrite cervicale. Douleur aiguë au sinciput avec atrophie des nerfs du côté malade; par C. CHABRUN, externe des hôpitaux.

Marie Lef..., 77 ans, lingère, est restée longtemps à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. CHARCOT), pour un mal vertébral à la région cervicale avec douleur aiguë au sinciput.

L'observation de la malade, mentionnée dans la thèse de Mahmoud-Moustapha (1874. *De la tumeur blanche sous-occipitale*) rapporte que, vers le mois de mars 1873, Marie Lef.. présenta les symptômes d'une arthrite cervicale: douleur siégeant à la nuque, très-violente du côté droit, gène considérable des mouvements devenus douloureux; torticolis sans luxation, ni déplacement; il n'existait pas non plus de collection purulente. A ces symptômes, il faut ajouter une douleur aiguë au sommet de la tête, d'un caractère si spécial que M. Charcot diagnostiqua une arthrite cervicale. Il appliqua deux rangées de pointes de feu sur la nuque de chaque côté des apophyses épineuses, et la malade guérit. Le 28 novembre dernier, elle meurt phthisique.

AUTOPSIE. Le *cerveau*, les *reins*, le *cœur* sont sains.

La *dure-mère* offre de nombreuses adhérences avec le crâne. *Poumons*. Celui du côté gauche est engorgé; celui du côté droit présente à sa partie supérieure plusieurs cavernes : son tissu est friable, gorgé de sang; quelques îlots de pneumonie.

Quand on met à nu les muscles du cou, on n'aperçoit pas de différence appréciable entre ceux du côté gauche et ceux du côté droit; ces derniers seraient un peu plus grêles que ceux du côté opposé.

Si l'on considère les articulations, on voit d'abord que les mouvements sont moins étendus du côté droit que du côté gauche. Les ligaments sont sains, bien qu'un peu épaissis. Les surfaces articulaires du côté droit des vertèbres et celle de l'occipital sont assez notablement élargies: les cartilages ont perdu leur poli, offrent l'aspect velvétique, et leur portion articulaire est entourée d'un bourrelet de nouvelle formation qui se distingue très-nettement sur quelques vertèbres.

Nulle part, il n'y a d'altération des os ni de collection purulente. Les méninges sont saines, la moelle aussi. Quant aux nerfs, les branches postérieures du côté droit sont plus grèles que celles du côté gauche: cette différence se constate surtout pour le nerf grand occipital, qui, à droite, est réduit à peu près à la moitié du volume de celui du côté gauche. Il en est de même pour les branches antérieures droites qui sont plus minces que celles du côté opposé.

42. Tubercules du cervelet; par F. BALZER, interne des hôpitaux.

Loi..., émailleur, âgé de 22 ans, entre le 30 août 1876, au n° 6 de la salle Saint-Michel, dans le service de M. EMPIS (Charité). Il raconte qu'il tousse et perd ses forces depuis environ un an; il est très-faible, pâle et amaigri. La maladie a débuté, dit-il, par un rhume négligé, il a eu aussi quelques légers crachements de sang et des vomissements, surtout en toussant. Il avait souvent enfin de la fièvre le soir, et des sueurs pendant la nuit. Plus tard apparut de temps en temps une céphalalgie assez vive, qui s'accompagnait de troubles de la vue: ces symptômes augmentèrent en même temps que la faiblesse et la fréquence de la toux, et il a été forcé de cesser son travail assez longtemps avant son entrée à l'hôpital.

En ce moment, l'amaigrissement et la faiblesse sont très-marqués : il a pu cependant venir à pied jusqu'à l'hôpital. Il tousse beaucoup et expectore des crachats déchiquetés, muco-so-purulents, nageant dans un liquide clair et assez abondant. A la percussion, matité aux deux sommets en arrière; à l'auscultation craquements humides aux deux sommets surtout à gauche, râles sibilants et ronflants dans les autres parties des poumons. Rien au cœur. La langue est large, légèrement blanche: le malade a peu d'appétit. Les digestions sont, comme nous l'avons dit, troublées de temps en temps par des vomissements. Il a aussi fréquemment de la diarrhée. Enfin, il se plaint aussi de douleurs vives dans la tête et à la nuque: il peut cependant exécuter avec assez de facilité et sans souffrances tous les mouvements du cou. On remarque aussi un clignement des paupières presque continuel, et la vue paraît avoir perdu de son acuité. Les urines, traitées par la chaleur.

l'acide nitrique et la liqueur de Bareswill, ne renferment ni sucre ni albumine. M. Empis prescrit de la tisane pectorale, une potion avec 0.50 centigrammes d'iodure de potassium, du vin de Bagnols et une portion.

Jusqu'au 6 octobre, il reste à peu près dans le même état : les seuls symptômes remarquables par leur constance et leur intensité pendant cette période sont la céphalalgie, la toux et les vomissements. Le malade a encore assez de force pour se lever et descendre au jardin presque tous les jours, appuyé au bras d'un autre malade. Il marche la tête ordinairement immobile et inclinée en avant. Sa marche est lente, mais naturelle : on ne remarque aucune tendance au recul, ni aux mouvements gyratoires. La parole est nette, l'intelligence et la mémoire ne paraissent avoir subi aucune atteinte.

Le 6 octobre et les jours suivants, on observe une aggravation des symptômes : la fièvre devient plus intense et presque continue, il tousse davantage, la poitrine se remplit de râles humides. En même temps, la céphalalgie a augmenté ; elle siége parfois au front, plus souvent à l'occiput. Elle s'accompagne d'une légère raideur du cou ; les mouvements de latéralité sont douloureux. Le malade est ordinairement dans le décubitus dorsal, la tête droite, immobile sur l'oreiller. La vue est assez nette, les clignements des paupières sont toujours très-fréquents. Pas de surdité, mais seulement des bourdonnements d'oreille, lorsqu'il est couché. Pas de trouble de la sensibilité du côté de la peau.

Pas de phénomène de paralysie, ni de contracture ; mais la faiblesse est devenue très-grande, il a cessé de descendre dans le jardin. Il peut encore se lever et marcher appuyé sur une chaise qu'il traîne avec lui dans la salle. Pas de convulsions. Les vomissements, au contraire, sont devenus très-fréquents, ils se font avec facilité, après l'ingestion des aliments ou même à l'état de vacuité. Ils sont alors ordinairement bilieux. On essaie vainement de les combattre à l'aide de la glace. On emploie également et sans plus de résultats, les attouchements du pharynx avec une solution de bromure de potassium. En outre, on applique successivement deux vésicatoires à la nuque : on le soulage parfois momentanément à l'aide des injections de morphine.

Cette situation se maintient jusqu'au 20 octobre sans changements notables. A partir du 20, la faiblesse devient telle, qu'il ne peut plus se lever. La fièvre devient très-intense ainsi que la céphalalgie : il est sans cesse sous la menace d'un état syncopal.

Le 23, une lipothymie très-prolongée a lieu pendant la visite du matin. Nous apprenons alors qu'il y a trois semaines, il avait été pris d'une syncope, étant debout au milieu de la salle. — Il meurt subitement, le 26, à deux heures du matin. L'intelligence est restée intacte jusqu'au dernier moment.

Autopsie. — A l'ouverture du cadavre qui est dans un état d'émaciation extrême, on trouve d'abord les plèvres saines, excepté aux deux sommets où il existe d'anciennes adhérences. Les deux poumons sont congestionnés et remplis de granulations grises et dures, qu'on observe avec la même abondance dans toute leur étendue : ces granulations sont saillantes sur la coupe, ainsi que sur la plèvre viscérale. On trouve aux deux lobes supérieurs des lésions de date ancienne, des foyers caséeux plus ou moins ramollis, et au sommet du poumon gauche une caverne assez vaste, à parois anfractueuses. — Le péricarde et le cœur sont sains.

Le foie est peu gras, son volume est normal, ainsi que celui de la rate. L'estomac est sain : on trouve dans l'intestin grêle un certain nombre d'ulcérations intestinales, dont quelques-unes sont assez étendues ; leurs bords sont épaissis, saillants, déchiquetés, le fond est rouge inégal. Vues par la face péritonéale de l'intestin, on distingue facilement de petites nodosités caséeuses, d'un aspect blanchâtre.

Les deux reins renferment également des tubercules de formation récente, siégeant surtout dans la substance corticale, au-dessous de la capsule fibreuse.

La pie-mère est congestionnée et présente en plusieurs points une sorte de suffusion sanguine d'un rouge vif. Elle paraît légèrement épaissie au voisinage des vaisseaux de la base, et plus particulièrement dans le voisinage de la protubérance. Les coupes du cerveau ne présentent rien qui soit anormal. Mais en faisant la coupe horizontale du cervelet, on voit tout à coup un liquide purulent apparaître sur la lame du couteau, et après avoir séparé les deux portions du cervelet, on aperçoit deux tumeurs. La première, du volume d'une noix, est située sur la ligne médiane, empiétant sur le lobe droit du cervelet. La partie antérieure et inférieure plonge dans le quatrième ventricule qui est très-dilaté. Libre de ce côté, la tumeur adhère, au contraire, par tous les autres points au tissu du cervelet, avec lequel elle se continue directement, en haut et sur les côtés avec la substance blanche, en bas et en arrière, avec la substance grise du vermis inferior. La seconde tumeur, beaucoup plus petite, présente à peu près les dimensions d'une noisette. Elle est située à la partie externe du lobe gauche du cervelet ; elle se continue partout avec le tissu environnant, et touche par sa partie inférieure aux lames du cervelet. — Ces deux tumeurs sont composées, d'une portion périphérique ferme, d'une couleur rougeâtre, formant une espèce de coque solide, et d'une partie centrale ramollie, présentant tout-à-fait l'aspect du pus. Après l'incision et l'écoulement d'une partie de ce liquide, les deux tumeurs s'affaissent en partie, de manière à réduire leurs dimensions d'une façon notable. La substance cérébelleuse qui les entoure est rougeâtre et semble légèrement ramollie.

L'examen microscopique fait sur des coupes après durcissement dans l'alcool absolu et coloration par le picro-carminate d'ammoniaque, a démontré que ces tumeurs étaient bien des tubercules. On peut distinguer, en effet, sur les coupes trois zones bien distinctes : la zone externe est claire, formée d'éléments embryonnaires facilement reconnaissables, renfermant un grand nombre de vaisseaux dilatés, remplis de globules sanguins, et entourés de cellules embryonnaires qui leur forment une enveloppe d'autant plus épaisse, que leur calibre est plus réduit. Sur les coupes longitudinales des vaisseaux, ces cellules paraissent manifestement situées dans les gaînes lymphatiques, en plusieurs points. Cette zone externe est entourée elle-même par le tissu du cervelet fortement congestionné, et renfermant un certain nombre de cellules embryonnaires. Dans la zone moyenne, le calibre des vaisseaux diminue, leur cavité devient peu à peu punctiforme, ils sont comprimés par des cellules embryonnaires et fusiformes, qui finissent en beaucoup de points par les oblitérer complétement. On reconnaît facilement que cette zone est formée en grande partie par des amas de granulations dont les cellules sont fortement colorées par le carmin : le centre de plusieurs de ces granulations est déjà obscur et granuleux. Cette zone moyenne est en plusieurs points séparée de la zone interne par quelques fibrilles de tissu conjonctif. Cette dernière zone est constituée par une substance amorphe et granuleuse, renfermant de nombreuses gouttelettes de graisse, et des cellules embryonnaires en voie de désintégration.

Réflexions. — Malgré l'apparition à peu près simultanée des symptômes thoraciques et cérébraux, il est probable que la formation des tubercules a débuté par le cervelet, si l'on songe surtout que le plus souvent les tumeurs de cet organe restent latentes pendant un certain temps.

Dans les deux périodes de la maladie, les symptômes d'ailleurs obscurs ou mal dessinés des tubercules cérébelleux, ont passé inaperçus ou plutôt ont été mis sur le compte des autres manifestations de la diathèse, qui avait amené leur production.

Dans la première période, les troubles sont assez peu marqués pour permettre au malade de se lever et même de descendre au jardin plusieurs heures par jour. Dans la seconde, des accidents nouveaux se déclarent : la fièvre, la dyspnée, la généralisation des râles annoncent l'évolution d'une granulie, et les symptômes des tumeurs sont attribués à la formation de granulations dans les méninges. Cependant, malgré cet appareil symptomatique insuffisant, c'est la tumeur qui a été la cause évidente de la mort, rendue d'ailleurs prochaine par l'évolution de la granulie. La mort a été subite, fait rare, mais pourtant déjà signalé par les auteurs qui ont étudié les tumeurs du cervelet (Luys) ; mais il serait difficile de dire si cette mort subite doit être expliquée par la compression

exercée par la tumeur ou par un épanchement intra-ventriculaire survenu subitement et qui aurait déterminé la paralysie du centre d'innervation des mouvements respiratoires. Cette dernière hypothèse, rendue vraisemblable par la dilatation du quatrième ventricule, a contre elle l'absence des phénomènes qui accompagnent les formes foudroyantes de l'hydrocéphalie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 *février*. — PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

M. LEREBOULLET offre un exemplaire de la nouvelle édition du *Manuel du Microscope* dans ses applications au diagnostic et à la clinique (en collaboration avec M. Duval).

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente des pièces anatomiques provenant d'un malade qui a succombé à une *inflammation aiguë de l'aorte*. Cet homme, âgé de 39 ans, était entré à l'hôpital le 15 janvier avec une dyspnée intense, on ne trouvait pour l'expliquer, qu'une hypertrophie du cœur sans signes de lésion valvulaire ; puis, il y eut de l'œdème, sans albuminurie et une diminution notable de la quantité d'urine. — A l'autopsie, on trouva outre une dégénérescence graisseuse du cœur, une inflammation aiguë de l'aorte sans lésion des orifices, inflammation caractérisée par une rougeur vive et un état villeux de l'endartère. Il n'y avait jamais eu de bruit de souffle, et le malade n'avait jamais présenté de phénomènes analogues à l'angine de poitrine. Il n'était ni rhumatisant, ni alcoolique.

M. PETER termine son argumentation sur le traitement de la fièvre typhoïde par les *bains froids*.

Si l'on consulte la statistique, on ne tarde pas, dit-il, à se convaincre que les résultats ne sont pas aussi encourageants qu'on veut bien le dire.

On pourrait prendre les statistiques des médecins de Lyon. L'un déclare avoir obtenu des résultats identiques avec la méthode des bains froids et avec la médication traditionnelle ; un autre avoue que son enthousiasme commence à « se refroidir ; » un troisième, étudiant les accidents pulmonaires, signale des cas dans lesquels les accidents ont été causés ou aggravés par les bains froids, d'autres cas, où la mort est attribuable à la *persévérance* (!) avec laquelle on a employé les bains froids ; d'autres enfin où la suspension des bains a été suivie d'effets favorables : et c'est un partisan de la méthode qui parle ainsi !

A Nîmes, la méthode des bains froids a donné une mortalité de 29 0/0 (7 décès sur 22 cas).

Brandt, lui-même, avoue 15 décès sur 124 cas observés à l'hôpital (soit 12 0/0 ; tandis qu'en ville, où le contrôle est impossible, il n'aurait obtenu que des guérisons sur 207 cas. Comment ajouter foi à de telles assertions ? — Un autre partisan de la méthode, Biermer, a eu une mortalité de 15 0/0.

Mais laissons ces statistiques, et comparons seulement des choses comparables. Or, M. Raynaud, à Lariboisière, a eu 8 morts sur 57 cas, soit 14,96 0/0, et M. Féréol dans un milieu un peu différent, à la Maison de santé, a eu une mortalité de 15,66 0/0, (13 morts sur 83 cas). — Et en même temps, dans des hôpitaux analogues à Lariboisière, M. Desnos a eu une mortalité de 13,51 0/0, 5 morts sur 37 cas ; M. Peter, 13,69 0/0, (10 sur 73) et M. Mesnet, 14 0/0 (9 sur 65). — C'est-à-dire, que les chiffres de la mortalité, dans la méthode nouvelle, ont été supérieurs à ceux que donne la méthode traditionnelle.

Pourquoi donc changer? Si la méthode des bains froids ne donne que des chiffres égaux aux nôtres? Et *à fortiori*, pourquoi soumettre les malades à ce traitement barbare, si les résultats, loin d'être meilleurs, sont plutôt moins favorables? Encore faut-il tenir compte des difficultés d'application que rencontre la méthode ! Si elle est mal appliquée, elle peut, de l'aveu même de M. Féréol, être aussi dangereuse qu'elle est utile dans d'autres conditions ; elle nécessite des précautions infinies, des soins incessants, un dévouement absolu de la part du médecin et des aides.... Et M. Féréol ajoute : « la vie du malade est à ce prix » (!). Que, pour un rhumatisme cérébral, maladie rare et dont la guérison est exceptionnelle par d'autres moyens, on puisse s'astreindre à toutes les rigueurs de la méthode, soit ! Mais comment y arriver dans une épidémie de fièvre typhoïde, comme celle que nous traversons ?

D'ailleurs, dit en terminant M. Peter, je n'insiste pas ; car je prêche des convertis ; si, en effet, sur 80 médecins des hôpitaux, il s'en est trouvé deux seulement qui ont employé systématiquement la méthode des bains froids, c'est que les autres après en avoir pesé les avantages et les inconvénients, avaient cru préférable de s'en tenir à la médication des indications, à la méthode traditionnelle, et chaque jour les faits leur donnent de plus en plus raison. A. S.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 *mars* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. LEDENTU donne lecture de trois rapports : 1° sur un travail de M. Bachon de Sidi-bel-Abbès, intitulé contribution à l'étude des rapports de l'arthrite avec les plaies ; 2° sur deux observations communiquées par M. Reverdin (de Genève) et relatives, l'une à un cas d'épithélioma lobulé, l'autre à un cas de greffe épidermique ; 3° sur un mémoire de M. Philippe, ayant pour sujet l'emploi des injections sous-cutanées de morphine, dans le traitement des hernies irréductibles.

M. PIACHAUD (de Genève) membre correspondant de la Société de chirurgie, a lu dans le compte-rendu d'une des dernières séances, une communication faite par M. Pozzi, sur un cas d'amputation à lambeau avec sutures superficielles et profondes, et drainage consécutif de la plaie. M. Pozzi semble penser que ce procédé soit rarement employé, sinon par Lister et Azam, et relativement à la question de priorité, il paraît croire que ce soit seulement en 1870 ou 1871, qu'on ait appliqué des tubes à drainage à la base des lambeaux d'amputation. M. Piachaud a été surpris de la communication de M. Pozzi, car il y a plus de 10 ans qu'il emploie le procédé en question. La priorité absolue de cette méthode, appartient en réalité à Chassaignac, et M. Piachaud pense avec M. Pozzi que l'application d'un drain à la base d'un lambeau d'amputation est de la plus grande importance. L'obstacle à la réunion par première intention est, en effet, la présence du sang épanché dans les parties profondes. Lorsqu'on se sert de la bande d'Esmarch, il se produit un écoulement de sang très-abondant, au moment même où l'on détend la bande. Plus tard, c'est du pus qui s'accumule au fond de la plaie. Dans tous ces cas, quels qu'ils soient, le drainage est indiqué.

M. ROCHARD. La priorité de la *Méthode du drainage préventif* n'appartient pas à Chassaignac, attendu que Chassaignac n'a jamais employé cette méthode. C'est à la suite de la guerre de Crimée, en 1855, à l'hôpital de Saint-Mandrier, que Jules Roux et Arland appliquèrent pour la première fois des drains circulaires ou des drains en croix dans le fond des plaies d'amputation. Ces deux chirurgiens pratiquèrent ainsi 16 grandes amputations, dont 8 désarticulations : ils n'ont eu que 1 cas de mort. M. Rochard, lui-même, s'est servi de ce procédé, dans un cas d'ablation d'un lipome qui pesait 9 kilog., et pour lequel il avait dû faire une incision de 73 centimètres. Une bonne partie de la plaie cicatrisa par première intention. Au bout de trois semaines, la cicatrisation était complète.

M. DÉSORMEAUX a toujours pratiqué les amputations par la méthode à lambeau, et il appliquait déjà au fond de la plaie, des sétons de charpie ou de toile longue ; Chassaignac imagina les tubes à drainage. Depuis cette époque, bien entendu, M. Désormeaux s'est servi des tubes de caoutchouc.

M. LEFORT. Il est impossible, en ce qui concerne le drainage des plaies d'amputation, d'attribuer la priorité à qui que ce soit, puisque l'emploi des tubes à drainage a succédé immédiatement à celui des sétons. Quant à la question même du drainage des plaies d'amputation, M. Lefort n'en est pas partisan, attendu que le but de la suture superficielle est de mettre les plaies à l'abri de la suppuration, et que la présence des tubes est loin de s'opposer à la suppuration profonde.

M. LARREY sait que son père employait comme sétons, de longues mèches de charpie, qu'il introduisait dans le fond des plaies, tout en cherchant à rapprocher les parties médianes Ce procédé constituait, en somme, une forme de drainage.

M. TRÉLAT pense que la question ne peut tarder à être résolue, et, à l'heure qu'il est, l'accord est déjà presque unanime parmi les chirurgiens, relativement à l'utilité du drainage des plaies d'amputation. L'opinion que l'on doit s'efforcer à réunir le plus rapidement possible les bords de la solution de continuité, tend à s'imposer aujourd'hui au plus grand nombre. Or, trois conditions favorisent cette forme de guérison des plaies : 1° l'emploi de la méthode *à lambeau* ; 2° l'introduction d'un corps perméable au fond de la plaie ; 3° la réunion primitive des parties superficielles. Telle est la manière de voir de M. Azam, et ce qu'il est important de signaler surtout, c'est que le procédé se caractérise : lambeau, drain, suture.

M. PIACHAUD rappelle à la Société de chirurgie que le congrès international pour les sciences médicales, aura lieu cette année à Genève, au mois de septembre. M. Piachaud est président de la Société de médecine de Genève, et il vient, au nom de ses collègues genèvois, inviter les membres de la Société de chirurgie, de vouloir bien assister à ce congrès. La réception ne sera pas royale ni princière, elle sera républicaine, et M. Piachaud pense qu'à ce titre elle sera agréable au plus grand nombre.

M. AUBRÉE (de Rennes) fait une communication intéressante sur un cas d'anévrysme de l'extrémité supérieure de l'artère humérale.

M. TRÉLAT. Rapport verbal sur un travail de M. Dubuc relativement à une observation de lymphadénome malin.

E. B.

Séance du 4 avril 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. LEDENTU dépose sur le bureau plusieurs travaux de M. Paquet, (de Lille), qui sollicite le titre de membre correspondant. — M. LEFORT offre à la Société un exemplaire de son *Traité de médecine opératoire.*

M. GILLETTE rapporte l'observation d'une femme qui a succombé dans son service, après avoir subi l'ovariotomie pour un kyste volumineux, multiloculaire, développé dans l'épaisseur du ligament large du côté droit, probablement aux dépens du corps de Rosenmüller. L'ovaire gauche portait un kyste dermoïde du volume d'une mandarine. Cette malade avait eu, quelque temps avant l'opération, de la phlébite du membre inférieur droit et de l'œdème des poumons.

M. HOUEL. Les kystes du corps de Rosenmüller sont peu volumineux.

M. TERRIER. Rien n'indique que ce kyste, dont parle M. Gillette, se soit développé dans l'organe de Rosenmüller. Quant à la phlébite de la jambe droite, c'était le fait d'une thrombose. Ce phénomène fréquent, dû à la gêne de la circulation, est en relation avec le volume de la tumeur ; l'ascite au contraire se rattache spécialement à la nature du produit morbide. — M. TH. ANGER rappelle qu'il a enlevé un kyste dermoïde situé dans le ligament large

M. PANAS. Les kystes du corps de Rosenmüller sont petits, uniloculaires, et leur contenu est analogue à celui des kystes hydatiques. Or, le cas rapporté par M. Gillette ne présente aucun de ces caractères.

M. GILLETTE. Je ne saurais affirmer que le kyste que j'ai enlevé se soit développé aux dépens du corps de Rosenmüller ; mais certainement il se trouvait entre les deux feuillets du ligament large. Du reste, l'ovaire du même côté n'a pas été enlevé.

M. DELENS. Le pansement à l'alcool supprime en grande partie la fièvre traumatique et donne une cicatrisation régulière, peut-être un peu lente. Quand le pansement est bien fait, il n'y a pas sensiblement de réaction générale : la température ne dépasse pas 38°. — Il conseille d'employer l'eau-de-vie camphrée, sans y ajouter d'eau ; il ne faut pas non plus recouvrir le pansement avec un taffetas gommé.

M. DESPRÉS croit dangereux de renouveler chaque jour le pansement. Lorsqu'il a fait une amputation, il applique sur la plaie un gâteau de charpie imbibée d'alcool pur, afin de cautériser les petits vaisseaux ; mais il n'y touche plus ensuite et se contente de l'arroser avec de l'alcool fortement étendu d'eau.

M. GUYON. Le pansement à l'alcool est essentiellement antiphlogistique ; on peut, comme effet physiologique, le ranger à côté de l'irrigation continue. Il se sert d'alcool pur qui forme un magma dans la plaie et constitue un véritable pansement par occlusion. Dans les plaies des os, on ne peut mettre l'alcool en contact avec toute la surface, et, partant, on n'obtient pas les mêmes résultats.

M. DUPLAY fait deux reproches à ce mode de pansement : 1° Il est excessivement douloureux ; 2° Il retarde la cicatrisation. — M. DESPRÉS partage l'opinion de M. Duplay relativement à la douleur que détermine l'alcool. C'est pour cela qu'il ajoute de l'eau.

M. HORTELOUP présente une pièce anatomique : myxome de la paroi abdominale traversé par deux anus contre nature.

I. B.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

I. Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal; par PANAS, Paris, A. Delahaye. 1877.

Nous avons déjà (1) rendu compte du premier fascicule publié par le chirurgien de Lariboisière sur les maladies des yeux (Leçons sur les kératites) ; cette nouvelle partie possède toutes les qualités qui furent remarquées dans la dernière publication : clarté, précision, netteté d'exposition et de division, lecture facile, et donnant satisfaction parce qu'elle laisse de suite dans l'esprit la connaissance suffisante de la question.

L'auteur a divisé la matière en 16 leçons dont 2 sont consacrées à la glande lacrymale et 8 à la dacryocystite. Nous signalerons le chapitre traitant des tumeurs de la glande : il est en rapport avec l'anatomie pathologique actuelle, mais il se ressent de la classification déjà fortement ébranlée, des tumeurs en général, et nous ne doutons pas qu'il soit modifié, étendu, illustré même, ce qui ne serait pas superflu, dans la deuxième édition.

Après une excellente anatomie des voies lacrymales, et la physiologie de l'appareil excréteur, vient la pathologie qui se résume en deux questions principales : les affections des points lacrymaux, et la dacryocystite aiguë ou chronique. C'est sur cette dernière partie que M. Panas a surtout insisté pour juger la valeur des traitements. Les deux méthodes principales en présence sont celles de Bowmann et de Stilling. « Il suffit d'avoir suivi pendant quelque temps un service spécial des maladies des yeux, pour se convaincre que la méthode de Bowmann a été prônée outre mesure. » En effet, elle est, on peut le répéter avec M. Panas, longue et fastidieuse ; innocente, il est vrai, entre des mains prudentes, palliative au plus haut point ; mais quel encombrement elle amène dans les cliniques sans libérer le canal nasal d'une façon définitive !

Celle de Stilling, qui fend les conduits, et les valvules, est-elle meilleure ? Les accidents sont rares, et il n'y a pas de traitement consécutif, fait de la plus haute importance.

Si cette méthode était certaine, elle devrait remplacer la précédente. Malheureusement, elle compte aussi de nombreux insuccès ; alors, il faut la combiner avec les modifications chimiques de la muqueuse, et encore malgré tout, le chirurgien ne parvient-il pas toujours à tarir le larmoiement.

C'est à cette triple action : stylets de Bowmann, puis incision de Stilling, enfin cautérisation du conduit avec son porte caustique de nitrate d'argent — que M. Panas se rallie. Ce dernier instrument est une sorte de sonde creuse, dans laquelle glisse un stylet terminé par une cuvette qui reçoit le caustique solide.

Est-ce là le dernier mot de la science ? Nous le pensons pas : car il suffit de voir que le traitement appliqué suivant une règle générale à toutes les fistules ne saurait toujours réussir. Là, comme ailleurs, la clinique ne s'appuie pas assez sur l'anatomie pathologique. Mais ce sont là défauts inhérents au sujet, et nous devons remercier l'auteur d'avoir mis au clair la valeur de ces méthodes si diversement appréciées.

(1) Voir le *Progrès Médical* de 1876, p. 349.

II. De l'iritomie; par G. Michelon. Paris, Delahaye, 1876.

L'auteur, dans sa thèse inaugurale, a voulu retracer l'historique, les indications et les contr'indications de cette opération posées en 1873 par de Wecker. Ce travail est sérieusement rédigé, assez complet, et fait connaître dans leurs détails les plus difficiles, les modifications du manuel opératoire. L'iridectomie, ou mieux l'iritomie, est aujourd'hui pratiquée par tous les chirurgiens qui s'occupent spécialement des maladies oculaires ; elle a pour elle, on peut le dire, le témoignage de toutes les nations : c'est là un fait incontestable dont de Wecker peut avec raison tirer satisfaction. Mais il faut avouer que depuis Cheselden (1735), Guérin (1759), Græfe même, qui traversait la cornée et l'iris avec un couteau, l'opération s'est singulièrement modifiée. Aujourd'hui, de Wecker a réduit le traumatisme à sa plus minime quantité, et le résultat à son maximum de rendement. L'instrumentation y est, il est vrai, pour beaucoup. A ce sujet, il est bon de constater la constante supériorité de nos fabricants français. Voici en quoi consiste désormais l'iritomie simple ou double (ce dernier mal devant disparaître) : faire avec un couteau lancéolaire, à arrêt, une ponction de la cornée, par cette ouverture passer la pince-ciseau, la branche boutonnée derrière l'iris et sectionner le diaphragme : on crée de suite une voie aux rayons lumineux.

L'indication principale se rapporte aux résultats incomplets des opérations de cataracte : ici, l'iritomie fait merveille, les succès sont affirmés dans l'univers entier. Bien plus difficile reste l'iritomie pratiquée avec un cristallin en place! Cette opération est réservée aux habiles, et nous dirions même que les plus habiles, parmi les habiles, ont lésé déjà la cristalloïde! Encore là, une fois la lentille évitée, le résultat pour les pupilles artificielles dans les taies, dans les cataractes zonulaires, est admirable.

M. Michelon a eu la bonne fortune de traiter un sujet neuf et intéressant au plus haut point. Il l'a fait avec l'aide généreux du chirurgien dont il a suivi la pratique et utilisé les observations. Cette thèse fixe définitivement la valeur de l'iritomie, qui est la sœur aînée du drainage à la clinique de la rue du Cherche-Midi.

III. Du drainage de l'œil; par P. Grizou. Delahaye, 1877.

Nous avons, dans un des derniers numéros, fait connaître le procédé opératoire adopté par de Wecker pour le drainage de l'œil. La thèse inaugurale de M. Grizou est consacrée à montrer les effets de cette tentative, assurément hardie, mais tout-à-fait physiologique. Voici les conclusions de l'auteur : le premier fait qui ressort des cas observés, c'est la possibilité même du drainage. L'œil supporte impunément un corps étranger introduit à travers ses membranes.

L'action du drainage est la filtration lente des liquides intra-oculaires, et suivant l'axiôme, si nous remontons des effets du traitement à la nature de la maladie, le glaucôme serait une affection due à la rétention des liquides sécrétés. Cette partie de la thèse de Grizou, quoiqu'un peu en dehors de son sujet, est bien traitée ; elle offre un bon tableau des différentes opinions ayant cours sur la nature du glaucôme.

Les maladies à tension exagérée sont heureusement influencées par le drainage. Les douleurs disparaissent en général rapidement : voilà le plus beau résultat dans les décollements de la rétine, l'action de l'anse à filtration ne nous a point paru solidement établie par les observations encore trop peu nombreuses. Les champs visuels recueillis présentent bien une légère augmentation dans certains sens, pour quelques faits ; mais, pour d'autres, il y a maintien de l'état antérieur ; dans un cas même, transformation de l'emmétropie en myopie; et de tels résultats auraient dû être accompagnés d'autres faits plus précis.

Pour cette dernière partie, l'influence curative du drainage dans les décollements rétiniens, il faut donc établir des réserves. Mais nous avons désormais un nouveau moyen de combattre l'étranglement oculaire, l'iritis sympathique peut-être, et l'énucleation, malheureusement pour l'anatomie pathologique. Ce moyen a bien été créé, et appliqué en tout et en partie par M. de Wecker. Il paraîtra curieux, qu'un visiteur marseillais ait osé déclarer sienne cette découverte, pour avoir *doublé* le fil du drain! Cette tentative d'absorption n'a pas eu plus de succès à Bruxelles qu'à Paris. F. Poncet (de Cluny).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi thérapeutique de la glycérine.

La glycérine sert souvent pour l'usage externe, l'étude de ses préparations officinales, et de ses applications chirurgicales était déjà faite par Demarquay ; moins souvent, on a songé à l'administrer à l'intérieur, tant à cause de l'impureté du produit commercial, qu'à cause de l'ignorance de ses propriétés physiologiques.

Aussi, devons-nous signaler à nos lecteurs les intéressantes recherches de M. Chatillon, dont les résultats, déjà signalés à l'Académie des sciences, viennent d'être publiés dans les *Archives de physiologie*, et ont fait l'objet d'un rapport de M. C. Paul, à la Société de thérapeutique.

A faible dose, la glycérine exerce une action réelle sur la nutrition qu'elle active, ce que l'on reconnait par l'augmentation de poids : elle diminue la désassimilation, en fournissant un aliment à la combustion respiratoire qui oxyde par conséquent moins de graisse de l'organisme. Les matières azotées elles-mêmes sont moins vite comburées, ce que l'on constate par la diminution dans la quantité d'urée excrétée dans les 24 heures : la glycérine est un excitant pour les fonctions digestives, elle est parfaitement tolérée, digérée très-vite, absorbée si complétement, qu'à moins d'employer des doses massives, on n'en retrouve qu'une faible quantité dans le sang et dans l'urine. L'élimination par le rein commence moins d'une heure après l'ingestion et cesse vers la 5e heure.

Le sang de chiens soumis longtemps à cette médication contient moins de sucre, mais ce ne serait pas par cette propriété que la glycérine servirait utilement à traiter le diabète, c'est surtout en empêchant l'exagération des combustions organiques et en servant de matière à brûler plutôt que les tissus du malade. Par elle-même, la glycérine est incapable de produire la glycosurie ou l'albuminurie ; elle jouit de propriétés laxatives.

A doses considérables, la glycérine peut produire des accidents comparables à ceux de l'alcoolisme aigu, si elle est introduite d'un seul coup dans l'estomac ; mais, prise peu à peu même en excès, elle ne cause qu'une légère élévation de température. La dose rationnelle de la glycérine paraît être de 15 à 30 grammes par jour; on l'employait déjà à l'étranger comme succédané de l'huile de morue (1).

En dehors de ces intéressantes propriétés physiologiques, M. Chatillon en a trouvé une pharmaceutique, c'est que la glycérine empêche le fer de se combiner au quinquina et permet par conséquent d'administrer ensemble le quinquina, le fer et la glycérine, c'est-à-dire, de fournir à l'organisme un précieux secours pour parer aux oxydations excessives, et une médication reconstituante et ne constipant pas. Aussi cet auteur l'a-t-il employée avec succès dans les cas de chlorose, et surtout chez les diabétiques. (*Archives de physiologie*, 1876, nº 6).

VARIA.

Eloge du Dr Parmentier, *membre titulaire et ancien trésorier de la Société anatomique ;* par le Dr Armand Després.

La Société anatomique a perdu cette année un de ses plus anciens membres, un homme que la nature de son esprit, et la douceur de son caractère avaient retenu dans une situation scientifique relativement modeste, mais dont nous devons honorer la mémoire à un double titre. Ceux qui n'ont appartenu qu'à la *Société anatomique* et qui lui ont rendu des services ont droit plus que les autres à nos souvenirs, et à notre reconnaissance.

(1) Voyez *Progrès Médical*, 1876, p. 576 et 735.

Louis-Eugène PARMENTIER est né à Paris d'une famille célèbre, il est le petit neveu d'Antoine-Augustin Parmentier, l'illustre agronome qui importa en France la pomme de terre, ce légume très-discuté d'abord et presque repoussé, comme c'est le sort de toutes les inventions utiles, l'enthousiasme étant généralemet réservé pour les choses futiles et sans valeur. Outre une si belle parenté, Parmentier possédait un respectable patrimoine. Après de bonnes humanités dans un collége de Paris, il commença ses études médicales vers 1845 à l'âge de 20 ans. En 1848, il fut reçu interne, dans une promotion de 20 places à peine, vivement disputées par une jeunesse d'élite, si l'on en juge par cinq professeurs qui en sont sortis, et au nombre desquels était notre aimé président. En 1849 Parmentier passa dans un des hôpitaux qui eut le plus de cholériques à soigner, il est l'un des internes auxquels fut décernée une médaille d'argent pour leur noble dévouement, pendant la redoutable épidémie du mois de juin 1849 qui frappa si cruellement les Parisiens de la rive gauche de la Seine.

Parmentier fut successivement l'élève de M. Richet, de Laugier, de Cruveilhier, de Malgaigne. Le passage de Parmentier dans le service de ses maîtres a laissé des traces durables dans vos Bulletins. En 1849, il était nommé membre adjoint, mais son zèle ne se ralentit point pour cela et en 1854 il fut nommé membre titulaire, la même année où il était reçu docteur.

Chercheur de bonne foi, doué d'ailleurs d'une instruction solide, Parmentier vous présentait des faits réellement intéressants ou nouveaux. Ainsi il a enrichi nos Bulletins de deux faits, à peu près uniques dans leur genre, tels qu'une disjonction traumatique de la symphyse du pubis, sans fracture; un cas de tétanos sans plaie antérieure, consécutif à des tentatives de réduction d'une luxation de l'épaule datant de six mois. Aussitôt que la propension vers les études microscopiques se dessina dans notre pays, Parmentier fut un des rares adeptes des recherches microscopiques, et quoiqu'il ne se servît pas lui-même de l'instrument, il ne manqua jamais de soumettre aux examens expérimentés de M. Robin, de ses amis Dufour et M. Luys les pièces qu'il apportait à notre société.

A partir de 1854, Parmentier suivit la carrière des concours; il prit part successivement au concours d'adjuvat, de l'agrégation et du bureau central pour la chirurgie. Pendant dix années, il concourut, et ne se rebuta que quand il eut atteint l'âge de 40 ans, limite qu'il avait fixée à sa persévérance. Pendant tout ce temps, il ne négligea pas la Société anatomique. Elève de Blandin, il s'était lié avec Demarquay, l'interne favori de ce dernier et suivait sa fortune. De 1854 à 1866, il ne s'écoula pas d'année sans que Parmentier présentât ici des pièces très-intéressantes, des tumeurs de toute nature enlevées à la Maison de Santé. Ce n'était pas, malheureusement, des observations, mais comme documents les pièces avaient, plusieurs au moins, une réelle importance. Accidentellement il apporta ici, provenant du service de Vigla, un très-beau spécimen, le premier je crois, de bronchite pseudo-membraneuse.

En 1861, après une gestion très-tourmentée, la Société dut se séparer de son trésorier. Parmentier fut alors élu à ce poste de dévouement, et la Société prouva dans la suite, par dix réélections successives, combien son choix avait été heureux. Sans vouloir établir ici de comparaison, l'on peut dire que la Société a eu d'aussi bons trésoriers, mais qu'elle n'en a jamais eu de meilleur. Je ne saurai faire le compte de ce que Parmentier a emprunté à sa bourse pour parfaire des comptes de nos créanciers, mais ce que nous savons, c'est que sa discrétion égalait sa générosité. Parmentier se montrait très-rigoureux dans l'exercice de ses fonctions, et comme il était dans les attributions du trésorier de préparer le banquet annuel de la Société anatomique, il était resté le seul, avec notre ancien archiviste, le docteur Poumet, qui crût à la nécessité d'un banquet. Il tenait à cette vieille tradition, qui commence à n'être plus dans nos mœurs. Plusieurs d'entre nous se rappellent son chagrin d'avoir assisté, en 1869, au dernier banquet de la Société, en compagnie de rares amis, qui l'avaient suivi pour lui faire plaisir.

Parmentier cessa d'être notre trésorier en 1872. A cette époque, il venait de perdre sa compagne, le seul but de sa vie, car il n'avait pas d'enfants. C'est alors qu'il disparut, et que la dernière des générations qui se succèdent ici avec tant de rapidité, n'a pas connu notre sympathique collègue.

Parmentier a peu écrit. Sa thèse inaugurale en 1854, traite de la cicatrisation des plaies exposées, sujet difficile qui ne comporte rien moins que la solution du problème de la nutrition et de ses phénomènes intimes. En 1861, il publia à l'instigation de Demarquay, un travail sur le cancer des muscles, avec des observations anglaises et quelques faits étudiés en France. C'est dans l'*Union médicale* que parut ce mémoire. Parmentier était alors rédacteur de la partie chirurgicale de l'*Union médicale*, un journal bien rédigé, mais peut-être un peu fermé à ceux qui n'étaient pas de la maison, et où Parmentier ne pouvait avoir d'autre rôle que de mettre en scène, les œuvres des hommes distingués d'ailleurs à qui le journal appartenait. Cette situation effacée, il l'acceptait par reconnaissance pour Demarquay qui lui témoignait de l'affection, je ne dis pas de l'intérêt; Parmentier était dans une position de fortune qui lui permettait de ne point rechercher les avantages qu'aiment à recueillir les aides des chirurgiens occupés. Mais dans le même journal, notre ancien trésorier a fait durant plusieurs années, un compte rendu des séances de la Société de chirurgie, et l'on doit reconnaître qu'il l'a toujours fait avec une impartialité et une bienveillance qui étaient le fond de son bon et honnête esprit.

Parmentier est mort le 22 mars 1876, à l'âge de 52 ans; il a succombé subitement, probablement aux suites d'une rupture d'un anévrysme. C'est tout ce qu'a pu dire le médecin vérificateur des décès. Parmentier avait vu mourir tous ses meilleurs amis, ceux qui l'avaient soigné; son camarade Axenfeld n'était pas en état de lui donner les derniers soins. Celui-ci même ne devait pas survivre longtemps à Parmentier.

Ainsi mourut jeune encore un médecin instruit, d'un caractère irréprochable auquel il n'a manqué pour arriver, qu'un concours de circonstances, d'autres diront l'habileté. Peut-être aussi la vie au début de sa carrière lui était-elle trop facile. Serait-il donc toujours vrai que pour monter haut la fortune est un bien lourd bagage, et que pour arriver vite aux sommets, il faut être léger de corps et d'argent ? Certes, il y a des hommes pour qui l'aisance est un levier, ils s'en servent pour mener à bonne fin des expériences aussi coûteuses que remarquables et ils arrivent alors au but qu'ils ont choisi. Mais, pour suivre dans une profession libérale, la carrière des concours, l'aisance empêche de sentir la nécessité d'arriver; on dit : « j'ai le temps. » Mais combien peu cueillent le succès après une longue attente!

Ecole supérieure de pharmacie

ANNÉE SCOLAIRE 1876-1877. — 2e SEMESTRE. *Les cours ont commencé le 4 avril.* Directeur honoraire : M. Bussy. — Professeurs honoraires : MM. Caventou et Berthelot.

Botanique, M. Chatin. Mardi, jeudi, samedi, à midi.
Toxicologie, M. Bouis, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.
Pharmacie, M. Baudrimont, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. 1/2.
Chimie organique, M. Jungfleisch, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. 1/2.
Travaux pratiques — 1re année. *Chimie*, M. Prunier, chef des travaux, lundi, mercredi, vendredi, de midi à 4 h.
2e année. *Chimie*, M. Personne, chef des travaux; clinique et pharmaceutique, lundi, mercredi, vendredi, de midi à 4 h.
3e année. *Botanique*, M. Chatin, professeur, vendredi, de midi à 4 h.
id. *Physique*, M. Le Roux, professeur, lundi et mercredi, de midi à 4 h.

Statistique de la population en Hollande.

D'un relevé officiel qui vient de paraître en Hollande, il résulte qu'au commencement de cette année, au 1er janvier 1877, la population se montait à 3,809,325 habitants, dont 1,884,417 du sexe masculin. Le recensement opéré au 1er décembre 1869 avait donné comme résultat un contingent de 3,579,529 habitants; par conséquent, il y a augmentation de 229,798. Ces chiffres sont fournis par les autorités municipales; ce ne sont pas, comme le fait remarquer la *Gazette d'Augsbourg*, ceux que produit le recensement opéré par l'Etat et qui n'a lieu que tous les dix ans. Néanmoins l'examen comparé des naissances et des décès prouve qu'en effet il y a une augmentation sensible. En 1870 le nombre des naissances était de 136,124 ; en 1875 ce chiffre a

atteint 144.181, après une augmentation graduelle. Les décès, au contraire, ont diminué. Après avoir été en 1871 de 114,234, ils sont tombés en 1874 à 92,676, pour remonter en 1875 à 104,479.

En même temps se publie la statistique de l'instruction publique en Hollande, pour l'année 1875. D'après ce document le nombre des écoles primaires est de 2,688 dont 489 sont des écoles d'un degré supérieur ; c'est une augmentation de 22 sur l'année précédente. Il avait en outre 135 écoles privées subventionnées, dont 116 d'un degré supérieur ; 1 de plus qu'en 1874, et 994 non soutenues par l'Etat, dont 569 donnent une instruction plus étendue, soit 12 de plus qu'en 1874. En résumé, la Hollande compte actuellement 3,817 écoles, soit 33 de plus que pendant l'exercice précédent. Dans ce nombre 1,174 sont des écoles d'un degré supérieur. Le personnel enseignant se montait en 1875 à 9,267 maîtres du sexe masculin et à 2,708 institutrices. — (*Journal officiel.*)

27. Traitement de la coqueluche.

Tisane (*Blache*).

Faire bouillir de 20 à 25 coquilles sèches d'amandes dans un litre d'eau. Passer et sucrer.

Vomitifs.

Ipécacuanha en poudre...... 50 centigr.

Diviser en trois paquets, à prendre de quart d'heure en quart d'heure.

(*Trousseau*).

Tartre stibié.........	5 centigr.
Eau	100 gr.
Sirop de sucre.......	15 —

Par cuillerées à café jusqu'à vomissements.

Calmants. — *Pâte calmante* (*Blache*).

Chloroforme........................	2 gr.
Huiles d'amandes douces............	15 —
Gomme arabique pulvérisée..........	10 —
Eau distillée......................	100 —
Sirop de laurier-cerise............	25 —

F. S. A. (*Dict. encycl. des sciences méd.*)

Enseignement médical libre.

Asile Sainte-Anne. — Le trimestre d'été des cours cliniques de l'Asile Sainte-Anne, s'ouvre le dimanche 8 avril à neuf heures et demie du matin, et les dimanches suivants, à la même heure. M. le dr Prosper Lucas, les fera le mois d'avril ; M. le dr Dagonet, le mois de mai ; M. le dr Bouchereau, le mois de juin.

Maladies des yeux. — M. le dr Landolt commencera ses conférences cliniques d'ophthalmologie le mercredi 11 avril, à 1 h., à sa clinique, 5, rue du Pont-de-Lodi, et les continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure. Ce cours sera *exclusivement pratique.*

Cours public et gratuit d'ophthalmologie. — Le dr Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours élémentaire sur les affections des membranes externes de l'œil, le lundi 9 avril, à sa clinique 7, rue Pierre-Lescot (fontaine des Innocents), et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine.

Hopital Saint-Louis (semestre d'été). — *Conférences cliniques et leçons sur les affections de la peau.* — M. le dr Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences sur les affections de la peau les mercredi 11 et samedi 14 avril 1877. Le mercredi, à 9 heures, clinique dermatologique, salles Saint-Thomas et Saint-Léon. — Le samedi, à 9 heures, cours élémentaire de pathologie cutanée (laboratoire de la salle Saint-Léon). — Le lundi, à 8 heures 1/2, consultation externe.

Maladies de l'enfance. — M. Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Ste-Eugénie, reprendra ses leçons cliniques le lundi 16 avril, à 9 h. du matin et les continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure.

Maladies des voies urinaires. — M. le dr Mallez commencera son cours de chirurgie de *l'appareil urinaire* le mardi 10 avril à 4 heures, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique pour le continuer, les jeudis et samedis suivants à la même heure.

Maladies des yeux. — M. Armaignac, ex-chef de clinique du dr Sichel, commencera un cours théorique et pratique sur l'ophthalmoscopie, la réfraction et l'accommodation, le choix et l'emploi des lunettes, la chirurgie oculaire, le lundi 9 avril, à 8 h. du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Les expériences d'ophthalmoscopie auront lieu à l'aide d'appareils spéciaux et seront souvent répétées.

Clinique des maladies des yeux. — Le dr Carré a recommencé ses conférences à sa clinique, 11, rue Gît-le-Cœur (près la place Saint-Michel), et les continue les mercredis et samedis. Examen des malades tous les jours de 2 à 4 heures.

Cours d'ophthalmologie. — Le dr Edouard Meyer, commencera son cours le lundi 9 avril à deux heures (amphithéâtre n° 1, de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Programme du cours : Des maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale. MM. les élèves qui désireraient être exercés au maniement de l'ophthalmoscope et à l'examen des malades sont priés de vouloir bien s'inscrire, à l'issue du cours, près du chef de clinique.

Conférences publiques d'orthomorphie. — M. le dr Pierre Bouland fera six conférences sur l'orthomorphie du rachis (cyphose, lordose scoliose, torticolis), au dispensaire de la rue Christine, 3. La première aura lieu le mardi 10 avril à 8 h. du soir, et les autres, les mardis suivants à la même heure. Les démonstrations seront faites sur des sujets et sur de nombreuses pièces d'anatomie pathologique.

Mortalité a Paris. 1,851,792 habitants (recensement de 1872). Pendant la semaine finissant le 5 avril 1877, on a déclaré 1,170 décès, soit 32.9 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 24 ; — rougeole, 12 ; — scarlatine, 3 ; — variole, 4 ; — croup, 25 ; — angine couenneuse, 42 ; — bronchite, 59 ; — pneumonie, 91 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 6 ; — choléra nostras, » ; — dysentérie, 2 ; — affections puerpérales, 5 ; — érysipèle, 6 ; — autres affections aiguës, 294 ; — affections chroniques, 538, dont 191 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 35 ; — causes accidentelles, 24.

L'Académie des sciences, dans sa séance du lundi 19 mars, a élu M. Hébert membre de la section de minéralogie, en remplacement de M. Charles Sainte-Claire Deville, décédé.

Société de médecine légale. — Séance du 9 avril 1877, à 3 heures précises, Palais-de-Justice. — Ordre du jour : 1° Election de cinq membres titulaires ; 2° Rapport de M. Horteloup sur un cas de transmission de la syphilis de nourrisson à nourrice ; 3° Note par M. le dr Français, de Lyon, sur un cas d'empoisonnement par l'ammoniaque ; 4° Rapport de M. Demange sur la législation des aliénés dangereux ; 5° Suite de la discussion du rapport de M. Charpentier sur l'avortement.

Nécrologie. — La médecine militaire vient de perdre un de ses membres les plus distingués. M. Godelier, médecin principal de 1re classe en retraite, est mort récemment à la Rochelle, sa ville natale, où il s'était retiré depuis trois années, après que la limite d'âge assignée à son grade lui eut enlevé ses fonctions. Il a été professeur de clinique médicale au Val-de-Grâce depuis 1852 jusqu'à 1874. En 1844 le conseil de santé des armées avait mis au concours la question suivante : *Rechercher les causes du fréquent développement de la phthisie pulmonaire parmi les soldats, et les moyens de prévenir et de traiter plus efficacement cette maladie.* Cette question rentrait dans le cercle des études de M. Godelier, et il répondit par un mémoire qui fut couronné et qui constitue sur ce sujet un des travaux les plus estimés (*Recueil des mémoires de médecine militaire, 1845*). En 1856, quand le typhus rapporté de Crimée, sévissait au Val-de-Grâce, M. Godelier lut à ce propos à l'Académie de médecine, un mémoire qui fut fort applaudi, car il apportait les faits les plus précis et les arguments les plus topiques contre la théorie qui soutenait encore l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde. Ce travail fut publié dans la *Gazette médicale de Paris* 1856. C'est à lui qu'on doit certaine brochure pleine de verve et de bon sens, dirigée contre la tutelle de l'intendance militaire, et qu'une main étrangère a signée. Les règlements et la discipline militaire lui interdisaient l'aveu d'une telle paternité. Si, comme on a lieu de le croire, le médecin militaire doit voir prochainement se réaliser ses espérances et jouir enfin d'une situation qui lui permette de rendre tous les services dont il est capable dans l'intérêt de l'armée, M. Godelier sera mort trop tôt pour assister au triomphe des idées qu'il a servies par sa plume anonyme ; mais ses collègues survivants n'oublieront pas la part qu'il a prise à préparer l'opinion qui impose aujourd'hui cette amélioration. — (*Gazette hebdomadaire*).

— Le dr *Jacobi* vient de mourir. Le dr Jacobi était non-seulement un confrère distingué, c'était plus, c'était un penseur et le chef du parti libéral allemand. Chez lui le patriotisme n'étouffait pas la voix de l'humanité et de la justice. Il s'était prononcé en 1866 au parlement prussien, contre la guerre austro-prussienne et en 1870 contre l'annexion à la Prusse de l'Alsace et de la Lorraine. Un journal français ne devait pas laisser passer sans la saluer, la dépouille de cet homme de bien. — (*Journal de thérapeutique*).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Labbée, médecin à Geux (Marne). Cet honorable confrère était membre de l'Association des médecins de la Marne. — (*Union médicale du Nord-Est*).

— Nous apprenons la mort de M. le dr *Khünholtz-Lordat*, fils adoptif et collaborateur de l'illustre professeur Lordat, ancien agrégé et bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Montpellier depuis 50 ans. — (*Abeille Médicale*).

Feltz (V.) et Ritter (E.). — Encore un mot concernant l'action de la fuchsine sur l'organisme. Nancy, 1877. Imp. Berger-Levrault et Ce, in-8 de 8 pages.

Viener Klinik Vorträge aus der gesammten praktischen heilkunde Herausgegeben und redigirt von Joh. Schnitzler. III Jahrgang 2 et 3 Heft-Februar-Marz 1877. Wien urban et Schwarzemberg.

Richard-O.-Cowling. — The relations of medicine to modern unbelief. A valedictory adress. U. A. S. Louisville. Printed by John Morton and Company, 1876.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de l'envoi de cinquante centimes pour frais de réimpression de bande.*

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. Service de M. Germain Sée. Visite tous les matins à 8 h. 1/2. Clin. lundi, mercr. et vend., à 9 h. — Salle Ste-Jeanne (H.): 1, 2, 19, hémiplégie; 3, néphrite parenchymateuse: 5, fièvre intermittente; 6, affection mitrale; 7, œdème variqueux; 8, 24, 39 *bis*, bronchite; 9, rhumatisme noueux; 10, 28, 35 *bis*, affections cardiaques; 11, morbus [illegible]; 12, 32, 40, pneumonie; 13, 36, rhumatisme articulaire; 14, 16, 18, 27, 31, 41, phthisie; 17, 20, 23, pleurésie; 21, emphysème pulmonaire; 22, angine; 25, 28, affection saturnine: 26, délire sénile; 30, alcoolisme; 34, affection stomacale; 35, paralysie générale; 36 *bis*, typhlite; 39, entérite chronique.

Hôpital du Midi. — Service de M. Simonet. 1re Division : Visite à 9 heures. Consultations lundi et jeudi. — Salle I : 10, végétations du gland ; 12, deux chancres infectants sous-préputiaux, roséole; 13, chancre mou, bubon. — Salle II : 4, orchite. — Salle III : 2, paraphimosis ; 4, syphilide papulo-érosive; 12, balanite; 16, chancres mous, bubons chancreux des deux aines. — Salle IV : 23, végétations énormes du gland, hémorrhagies. — Salle V : 3, chancres phagédéniques.

Service de M. Mauriac. 2e Division : Visite à 9 h. Consultations mardi et vendredi. Incessamment ouverture du cours clinique. — Salle VI : 6, testicule tuberculeux ; 12, testicule syphilitique ; 26, inversion testiculaire ; 36, bubons. — Salle VII : 1, encéphalopathie syphilitique ; 7, irido-choroïdite syphilitique. — Salle VIII : 5, orchite double ; 15, chancre infectant ulcéreux ; 20, gomme ulcérée ; 24, ecthyma syphilitique.

Service de M. Horteloup. 3e Division : Visite à 9 h. Consultations mercredi et samedi ; opérations le jeudi. — Salle IX : 4, funiculite ; 13, syphilide papulo-érosive ; 25, rétrécissement, uréthrotomie interne, orchite ; 35, testicule syphilitique ; 36, roséole ; 38, abcès péri-uréthraux. — Salle X : 5, syphilide papulo-érosive. — Salle XI : 3, syphilide squammeuse ; 4, paraphimosis ; 14, testicule syphilitique. — Salle XII : 1, uréthrotomie externe ; 6, irido-choroïdite syphilitique ; 7, ophthalmie blennorrhagique ; 10, fistule uréthro-rectale.

Hôpital Lariboisière. — *Médecins.* Lundi, consultation de M. Siredey. Spéculum le mercredi, à 9 h. — Salles Ste-Anne (F. en couches) ; Sainte-Marthe *bis* (1 à 18), nourrices, et Sainte-Geneviève (F.) ; Saint-Augustin *bis* (H.), 11 à 30. Visite tous les jours à 8 h. — Mardi, consultation de MM. Raynaud. Consultation pour les maladies du larynx et examens laryngoscopiques, les mardis et vendredis, à 9 h. 1/2. Leçons cliniques le vendredi. — Salles Sainte-Mathilde (F.) et Saint-Landry (H.) Visite tous les jours à 9 h. — Mercredi, consultation de M. Jaccoud. Salles Sainte-Claire (F.) et Saint-Jérôme (H.) Visite à 9 h. — Jeudi, consultation de M. Ollivier. Salles Sainte-Elisabeth (F.) et Saint-Henri (H.) Visite à 9 h. — Vendredi, consultation de M. Féréol. Salles Sainte-Joséphine (F.) et Saint-Vincent-de-Paul (H.) Visite à 8 h. 1/2. — Samedi, consultation de M. Proust. Salles Sainte-Marie (F.) et Saint-Charles (H.) Visite à 9 h.

Chirurgie. Service de M. Panas. — Salles Sainte-Marthe (F.), Ste-Marthe *bis* (F.) : 19 à 30, maladies des yeux; St-Ferdinand, St-Honoré (H.), St-Augustin *bis* (H.): 1 à 10, maladies des yeux. Opérations sur les yeux le jeudi, sur la chirurgie générale le samedi ; visite à 9 heures 1/2 ; consultation des maladies des yeux tous les jours (salle Helmoltz); consultation chirurgicale le lundi, le mercredi et le vendredi.

Service de M. Tillaux. — Salles Sainte-Jeanne (F.), Saint-Louis et Saint-Augustin (H.) Opérations le mardi; visite à 8 h. 1/2; consultation chirurgicale les mardis, jeudis et samedis ; consultation pour les maladies des oreilles le dimanche à 9 h.

Service de M. Panas. Salle Saint-Ferdinand. (H.): 4, fracture compliquée de jambe; 10, fracture du crâne; 12, 20, lymphadénomes de la région cervicale; 13, fracture de jambe avec plaie par cause directe; 22, fracture compliquée de jambe, résection d'un fragment du tibia; 23, carie de l'os iliaque. — Salle Sainte-Marthe (F.): 2, rhumatisme blennorrhagique: 3, 17, 26, 33, 33 *bis*, arthrites du genou; 11, fistule de la région trochantérienne; 15, fracture du radius; 15 *bis*, épulis avec exostoses multiples; 19 *bis*, hématome de la jambe; 25, 34, coxalgies; 31, arthrite sèche, et rétroversion utérine.

Service de M. Féréol. Salle Saint-Vincent-de-Paul (H.): 1, 25, anémie hémorrhoïdaire, catarrhe chronique, emphysème; 10, pleurésie purulente, empyème avec le thermo-cautère; 12, kystes hydatiques du poumon; 15, bronchite généralisée, œdème du poumon, anasarque; 18 *bis*, crises gastriques et urinaires de l'ataxie locomotrice, syphilis ancienne; 19 *bis*, sclérose en plaques; 29, pleurésie droite, thoracentèse. — Salle Sainte-Joséphine (F.): 5, rhumatisme chronique; 6, fièvre typhoïde; 11, péritonite, suite de couches; 17, ascite, corps fibreux utérins; 21, pleurésie droite; 22, 31, pelvi-péritonites; 27, albuminurie; 30, goître exophthalmique, syphilis ancienne; 32, ascite, tumeurs utérines; 34, hystéro-épilepsie.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecine :* Service de M. Brouardel. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le mercredi. — Salle Saint-Augustin (H.) : 4, rougeole ; 8, rhumatisme articulaire aigu, pleurésie double, endocardite ; 10, hépatite et néphrite interstitielles; 12, aortite; 16, cœur forcé; 33, sclérose pulmonaire ; 34, hépatite syphilitique; 40, rhumatisme noueux; 46, alcoolisme, paralysie spinale de l'adulte, affection cardiaque et syphilis. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 1, pachyméningite cervicale hypertrophique ; 3, coliques hépatiques avec ictère ; 6, cancer utérin ; 9, rhumatisme articulaire aigu ; 18, cirrhose hypertrophique; 20, mal de Bright ; 24, hystéro-épilepsie.

Service de M. Mesnet. Visite à 9 h. Consultation externe le mardi. Spéculum le vendredi. — Salle Saint-Hilaire (H.) : 7, 40, 41, paralysie générale ; 15, 22, pleurésie aiguë ; 16, hémorrhagie cérébrale, foyer ancien et foyer récent, hémiplégie double ; 23, névralgie sciatique ; 24, alcoolisme

chronique, hallucinations de l'ouïe, gangrène sénile du pied ; 26, pleuro-pneumonie ; 28, ictère catarrhal. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 9, pelvipéritonite; 11, tumeur cérébrale ; 13, rhumatisme articulaire aigu, endocardite; 15, mal de Pott dorsal; 18, insuffisance et rétrécissement aortiques; 28, déchirure du périnée, gangrène de la vulve après l'accouchement.

Service de M. Lancereaux. Visite à 9 h. Consultations externes le lundi. Accouchements, salle Sainte-Marguerite. — Salle Saint-Antoine (H.) : 1, rhumatisme articulaire aigu ; 8, rétrécissement mitral; 13, typhlite; 34, albuminurie aiguë. — Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 5, rhumatisme articulaire aigu, endocardite ; 13, hystéro-épilepsie ; 15, pneumonie du sommet ; 22, syphilis, accidents secondaires.

Service de M. Dujardin-Beaumetz. Visite à 9 h. Consultation externe le samedi. Crèche et nourrices. — Salle Sainte-Marie. — Salle Saint-Lazare (H.) : 1, embarras gastrique fébrile ; 3, pyopneumothorax ; 6, péritonite tuberculeuse ; 9, anévrysme de l'aorte ; 19, cancer de l'estomac ; 21, pérityphlite ; 31, insuffisance mitrale, asystolie. — Salle Sainte-Agathe (F.) : 2, pneumonie caséeuse ; 4, métrite hémorrhagique ; 9, vaginite.

Service de M. Constantin Paul. Visite à 9 h. Consultation externe le jeudi. Spéculum mercredi et samedi. — Salles Saint-Eloi (H.) : 4, caverne pulmonaire, tintement métallique ; 7, pleurésie, thoracentèse ; 20, rhumatisme articulaire aigu : 36, adénopathie trachéo-bronchique ; 49, intoxication saturnine ; 25, ataxie locomotrice progressive. — Salle Sainte-Jeanne (F.) : 2, 7, insuffisance mitrale ; 8, bronchite chronique, emphysème, asystolie ; 21, bronchopneumonie , 23, fièvre typhoïde.

Chirurgie : Service de M. Le Dentu. Visite à 9 h. Consultation externe les mardi, jeudi et samedi. Samedi, consultation pour les maladies des oreilles et des yeux. Jeudi, opérations salle Saint-Cristophe. Mercredi, spéculum. — Salle Saint-Christophe (H.) : 3, 5, fracture de jambe au tiers inférieur; 8, arthrite suppurée du genou d'origine traumatique, amputation de cuisse ; 12, rétention d'urine, tumeur urineuse ; 20, fracture du péroné par arrachement ; 33, fracture du péroné par divulsion, 14, abcès sous-deltoïdien, simulant une scapulalgie ; 43, ostéite du grand trochanter. — Salle Sainte-Madeleine (F.) 1, hygroma traumatique de la bourse séreuse prérotulienne ; 3, polype utérin ; 7, coxalgie suppurée ; 8, abcès du sein ; 26, adénite chronique de l'aisselle, kyste du corps thyroïde ; 14, paraplégie par compression de la moelle.

Service de M. Benjamin Anger. Visite à 9 h. Consultation externe les lundi, mercredi et vendredi. — Salle Saint-Barnabé (H.) : 1, hernie crurale étranglée ; 6, angioleucite suppurée ; 7, fracture directe de la clavicule et de l'omoplate ; 16, fracture directe de jambe avec plaie ; 17, arthrite blennorrhagique; 19, phymosis. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 4, phlegmon de la main; 7, ostéo-périostite du cubitus consécutive à la fièvre typhoïde ; 11, carcinome du sein avec généralisation du côté de la colonne vertébrale ; 12, carcinome utérin, cachexie cancéreuse ; 19, fracture du col du fémur.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 15. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 14 AVRIL 1877.

Le Progrès Médical

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

FACULTÉ DE PARIS. — M. PARROT.

Leçon d'ouverture

Messieurs,

Votre sympathique accueil, et pourquoi ne le dirais-je pas, votre chaleureux accueil, me cause un profond plaisir et m'apporte un grand soulagement. En approchant de cet amphithéâtre, j'étais oppressé, anxieux, je n'osais aborder cette chaire, pour laquelle je me sens trop petit. Vos mains amies ont fait cesser ma crainte, m'ont délivré du poids qui m'accablait; — je vous en remercie de tout mon cœur.

Je ferai de mon mieux, pour justifier le choix de mes collègues de la Faculté, et répondre à votre attente; j'espère que la bienveillance que vous me témoignez aujourd'hui, ne m'abandonnera pas dans le cours de ces leçons. J'en aurai grand besoin, car ma tâche est nouvelle et malaisée. Je dis nouvelle, car l'enseignement de l'histoire de la médecine n'est pas encore fondé dans cette école.

Certes! je n'ignore pas ce que l'on a déjà tenté pour lui. Je sais que Malgaigne, il y a déjà plus de quarante ans, fit à l'École pratique, d'éloquentes leçons, sur le développement et les progrès de la chirurgie; que plus près de nous, dans cette enceinte, où j'ai eu l'honneur de l'entendre, Andral consacra deux années de suite son cours, à exposer l'œuvre d'Hippocrate et celle de Galien. J'ai surtout le souvenir de l'enseignement qu'ont fait dans la place où je suis, mes deux regrettés prédécesseurs et les agrégés qui ont été chargés de les suppléer. Mais il faut bien l'avouer, les efforts de ces maîtres n'ont pas suffi à jalonner une voie, dans l'étendue si vaste que nous devons parcourir ensemble.

Celui qui a pour mission de vous enseigner la clinique, trouve chaque matin dans les salles de l'hôpital, la matière même de ses leçons. En examinant les malades devant son auditoire, en dissertant sur eux, il est assuré d'être intéressant et utile. — Le professeur de pathologie a pour guide un programme, qu'il doit suivre et développer.

Moi, je n'ai ni guide ni programme; et je cherche comment je pourrai solliciter votre attention et contribuer à votre utilité; car vous être utile, c'est là et ce doit être là, mon continuel souci.

Dans cet embarras, j'ai cru devoir me renseigner auprès de ceux qui m'avaient précédé, afin de mettre à profit leur expérience. J'ai donc recherché comment ils avaient compris l'enseignement.

Daremberg, le premier titulaire de cette chaire, n'y fit qu'un petit nombre de leçons; mais il avait déjà professé au Collége de France et y avait mis en pratique sa méthode.

Son érudition était solide et étendue. Ayant visité la plupart des grandes bibliothèques de l'Europe, il avait lu presque tout ce que l'on a écrit sur notre science, en puisant aux sources les plus authentiques, en comparant les éditions et les textes. De la sorte, il ne s'est jamais prononcé qu'en connaissance de cause. Au-dessus des préjugés de la tradition, il a mis en relief des talents méconnus; mais surtout, il a fait descendre certaines personnalités, de la place trop haute où les avait mises un enthousiasme peu éclairé.

Ce travail, incontestablement, très-méritoire, est fait pour un livre, mais non pour des leçons. Il s'accommode mal aux exigences d'un cours, aux allures vives et entraînantes, de l'enseignement oral, où par-dessus toute chose, le professeur doit ménager l'attention de ses auditeurs et venir en aide à leur mémoire. Les chercheurs laborieux et tenaces, comme l'était Daremberg, sont indispensables, et l'on ne peut trop les encourager; mais ce qu'ils trouvent et rassemblent, doit être consigné par écrit et non exposé verbalement.

Dominé par le texte et voulant en tirer la quintessence, Daremberg est souvent tombé dans une faute, qu'il a justement reprochée à quelques commentateurs. Comme eux, en effet, il a plus d'une fois, considéré de vagues aperçus, comme d'intentionnelles indications; faisant ainsi bénéficier les époques les plus reculées, de découvertes toutes modernes. Or, ce n'est pas là le rôle de celui qui s'applique à l'histoire. Il ne doit pas s'évertuer à la recherche de germes inféconds; leur rencontre ne pouvant le récompenser de son temps et de sa peine. A quoi bon savoir, par exemple, que dans la collection hippocratique, il y a quelque chose qui fait songer à l'auscultation. Croyez-vous que Daremberg eût fait cette petite trouvaille, si le merveilleux flambeau de Laënnec ne l'eût éclairé; et qui osera comparer cet informe grain de sable, noyé dans un océan d'erreurs, à l'admirable édifice de notre illustre Breton?

Laissons donc les érudits et les curieux envisager l'histoire de la médecine de ce point de vue et en faire cet usage. Dans cette école, il nous faut procéder autrement, car elle est avant tout professionnelle et le public de nos amphithéâtres est composé de futurs praticiens.

Il ne m'est pas permis d'oublier le titre de ma chaire, mais si je m'y tenais trop strictement, je manquerais à ma mission. — Le professeur d'anatomie pathologique, qui vous décrirait des lésions d'organes et de tissus, sans vous parler de l'origine de ces lésions; sans vous faire connaître l'histoire clinique du malade qui lui a fourni la matière de son étude, ne ferait que la moitié de sa tâche. Du même reproche serait passible, et bien plus justement encore, celui qui, devant vous enseigner l'histoire de la médecine, n'apporterait ici, que des dates, des noms et des détails bibliographiques.

J'envisage autrement la mission qui m'est confiée. Dans cette faculté, le professeur d'histoire de la médecine doit faire: non de l'histoire *pure* et *théorique*, mais de la pathologie au point de vue de l'histoire; il doit être d'abord pathologiste, puis historien; chez lui, l'érudit doit toujours marcher à la suite et au service du médecin.

Aussi, tout en proclamant les services rendus par Daremberg à la science, je ne puis adopter sa méthode d'enseignement. Au contraire, je crois que la voie essentiellement pratique où est entré Lorain, est celle que l'on doit suivre.

Votre esprit et votre cœur ont gardé le souvenir des remarquables qualités que la nature et le travail lui avaient données, et qu'il mit si libéralement au service de votre instruction. Pour moi, en ayant fait l'épreuve dans les luttes, où plus d'une fois, nous fûmes engagés ensemble, j'ai la conscience de lui être inférieur; et je sens qu'il faudra de ma part des efforts constants, pour que la comparaison que vous ferez entre Lorain et moi, ne me soit pas trop désavantageuse.

En dépit des restrictions que je viens de faire, la part qui revient à l'histoire de la médecine, dans l'ensemble de votre instruction, reste encore considérable; et je ne saurais trop m'élever contre ceux qui la dédaignent. — Eblouis par les conquêtes récentes, ils s'imaginent que la science est entièrement sortie des études contemporaines. Le travail actuel leur fait oublier les fondations sur lesquelles il repose et qui sont l'œuvre de labeurs considérables.

Ces fondations que les siècles ont construites, vous devez les étudier, car leur connaissance vous fera comprendre l'architecture extérieure, et vous permettra d'y travailler vous-mêmes.

Je ne puis, en cette courte séance, vous énumérer tous les bons offices que vous rendra l'histoire de la médecine; mais je veux appeler votre attention, sur deux faits dont l'importance me paraît capitale.

Le premier, est l'évolution scientifique elle-même. Vous devez la suivre dans ses phases diverses, en observant les résistances, les entraînements, les réactions, qu'à toutes les époques, en tout lieu, en toute circonstance, ont provoqué les grandes découvertes. Cette étude vous fournira des enseignements féconds et les bases d'un jugement éclairé ; elle vous prémunira bien souvent, contre les erreurs où sont tombés vos devanciers. J'ajoute qu'elle vous guidera plus sûrement vers l'avenir.

Un exemple rendra ma pensée plus nette et plus précise. Le FOIE va me le fournir. Comme il est à la mode, c'est le temps d'en parler. Ecoutez donc un abrégé de son histoire.

Les observateurs les plus anciens portèrent sur lui leur attention. Son énorme volume, la place qu'il tient dans la cavité abdominale, ses connexions avec le système circulatoire, étaient bien faits pour la fixer.

Platon, car la physiologie était alors aux mains des philosophes, dans le partage qu'il avait fait de l'âme matérielle aux différents viscères, plaçait dans le foie les *appétits sensuels* ; comme il mettait dans le cœur, le courage et la colère. Galien le considérait comme doué de *la faculté naturelle*, et en faisait dépendre la génération, la nutrition et l'accroissement.

Pour les physiologistes de l'antiquité, le foie avait donc un rôle plus important que celui d'aucun autre viscère, étant le foyer de la sanguification et de l'hématose. — De même que dans une cité bien administrée, disait le médecin de Pergame, les portefaix rassemblent le blé, préalablement épuré, en une officine commune, d'où les habitants tirent leur nourriture; ainsi, les veines mésaraïques prennent les principes nutritifs préparés dans l'estomac et les transportent dans le foie, qui est la grande usine où l'aliment devient apte à la nutrition.— Quant aux déchets, aux scories qui résultent de ce travail, c'est-à-dire les *biles* : l'une, légère et jaune, est reçue dans la vésicule ; l'autre, plus épaisse et limoneuse, gagne la rate, véritable réservoir de la *mélancolie*.

Mais à cela ne se bornaient pas, suivant Galien, les fonctions du foie. Ce n'était pas assez qu'il fît le sang; il le distribuait encore aux différentes parties du corps, parce qu'il est l'origine des veines, qui seules contiennent du sang, puisque dans les artères il n'y a que de l'air. Ainsi, la veine cave inférieure alimente les parties basses, et la supérieure la tête, en passant par le cœur, qui prend tout juste ce qui est nécessaire à sa nutrition.

Sur ce trône où l'avait élevé Galien, le foie se maintint 1500 ans. Les Arabes, les arabistes et Vesale lui-même, l'y ont adoré.— Admirez la puissance de l'autorité, la force de la tradition ; on s'y heurte à chaque pas, dans l'histoire de notre science.

En 1622, la glande-maîtresse dominait encore dans le corps et le gouvernait, lorsqu'un anatomiste Milanais qui cherchait des nerfs, fit la rencontre des chylifères. Elle fut atteinte et Lazare Rivière sentit la gravité du coup. « *Quid fiet*, s'écria-t-il, non sans une profonde mélancolie, en voyant le suc blanc circuler dans les canaux mésentériques ; *Quid fiet de nostra medicina si res ita se habet.* »

Aselli avait trouvé les vaisseaux lactés, mais il s'était trompé sur le trajet du chyle, il ne fit qu'ébranler le foie ; Harvey lui-même, fut impuissant à le renverser. Ce fut Pecquet qui lui porta le coup décisif, lorsqu'en 1647, il fit voir que les chylifères n'y aboutissent pas, mais bien à un réservoir commun, d'où leur contenu est porté par le canal thoracique, jusque dans la sous-clavière.

Le riche apanage dont Galien avait doté le puissant viscère, venait de lui être ravi peu à peu ; il ne lui restait plus rien. Le vide se fit autour de lui, sa mort même fut publiquement annoncée, et Thomas Bartholin, qui avait été quelque peu mêlé à la découverte des lymphatiques, lui composa une épitaphe restée célèbre.

Elle commence ainsi :

Siste viator,
Clauditur, hoc tumulo, qui tumulavit.
Plurimos.
Princeps corporis tui. Cocus et
arbiter
Hepar. Notum seculis
sed
Ignotum naturæ.

Et se termine comme toutes les épitaphes, par ces deux mots :

Illi preceris.

Quelques retardataires firent encore des vœux pour le foie, mais sans fléchir l'opinion. Il reposa 200 ans dans la tombe que lui avaient creusée Aselli, Harvey et Pecquet.

Quelle prodigieuse révolution, que celle qui s'accomplit de 1622 à 1647 ; les lymphatiques et la marche du chyle découverts ; la circulation du sang inventée. — Mais avec cette grandeur, que d'injustice ! Parce que l'on s'était incliné durant 15 siècles sous la parole de Galien ; subitement, l'on déclare cette parole mensongère ; parce que le foie avait été trop puissant, sans information, on le décrète d'incapacité, d'inutilité, on le dépose et le supposant mort, on le met au sépulcre.

L'aveugle audace de Bartholin, n'est-elle pas surprenante ; et que penseriez-vous de celui qui, vous montrant une de ces anciennes usines, sources de notre richesse et de notre gloire industrielle, vous dirait, au milieu du train qui s'y fait :

Ces chariots pleins de minerai et de houille qui arrivent; ce fer, cet acier qui sortent; ces légions d'ouvriers qui s'agitent; cette vapeur qui siffle, ce bruit que l'on entend, cette chaleur qui rayonne ; tout cela ce n'est rien ! Depuis longtemps l'on nous trompe sur les causes et les effets d'un prétendu travail. D'habiles personnes ont fait voir que les minéraux ne viennent pas des gisements que l'on supposait; que les métaux n'ont pas l'usage admis jusqu'ici ; que les canaux de la forge dépendent d'un grand fleuve dont l'eau, par un mouvement incessant, sort de la mer et y retourne ; que c'est la chaleur solaire qui vaporise cette eau et l'élève dans l'atmosphère, où elle forme les nuages d'où tombe la pluie ; que celle-ci infiltre la terre et va former les nappes d'eau, sources du fleuve, qui par un long et sinueux trajet au travers des champs qu'il arrose, retourne se jeter dans l'océan. — A cause de tout cela, ces toits n'abritent que le silence et l'inaction, et désormais l'on n'en doit plus parler.

Après un tel discours, vous n'hésiteriez pas à déclarer que votre interlocuteur a voulu se rire de vous ou qu'il est insensé. Or, Bartholin n'a été ni plus respectueux du bon sens de ses contemporains, ni plus raisonnable; et pourtant, son dire a gouverné l'opinion pendant deux siècles. L'on n'a songé à le réviser, qu'au commencement de celui où nous sommes.

Magendie, l'un des premiers, contribua à la restauration du foie, en démontrant que les liquides de l'intestin sont absorbés par les radicules de la veine porte. Les travaux de Tiedemann et Gmelin, de Blondlot, de Beau, enfin la grande découverte de M. Claude Bernard sur la fonction glycogénique, ont eu le même résultat.

Aujourd'hui chacun sait que la glande hépatique fait et défait beaucoup de choses ; que les globules rouges du sang y sont détruits et transformés en matière colorante; que certains corps ternaires, tels que la cholestérine et le glyco-

gène, que d'autres, azotés, comme les sels biliaires, y prennent naissance. On va même jusqu'à y mettre la source de l'urée.— Cela est beaucoup. Est-ce assez, n'est-ce pas trop? Les recherches ultérieures nous renseigneront là-dessus.

Quoi qu'il en soit, le foie a presque reconquis son ancienne importance. Il est vrai que ce n'est plus la glande souveraine de Galien ; l'organisme étant une vaste démocratie, où chaque cellule a sa place, sa fonction, et contribue, pour sa part, à la vie commune ; mais parmi les groupements d'organites que l'on appelle viscères, où l'activité est plus apparente, plus spéciale, le foie occupe une des premières places ; et comme il la tient, non de la fantaisie ou de la tradition, mais du libre suffrage des savants, il n'en peut être dépossédé. Il a le sacrement de la science, contre lequel rien ne prévaut.

Vous voyez par cette histoire du foie, que s'il faut être en défiance contre la tradition sans contrôle, il ne faut pas moins se garder des engouements subits et des explications hâtives, même lorsqu'elles se basent sur une grande découverte.

Je sais que le XVIIe siècle est déjà loin de nous, que la science est mieux assise qu'au temps d'Aselli et de Pecquet, que le contrôle est plus multiplié, plus rapide, plus sûr ; mais je sais aussi, que nous sommes bien loin d'être à l'abri des entraînements de la mode. Les preuves abondent; en voulez-vous quelques-unes?

M. Virchow avait dit que la suppuration est due aux éléments cellulaires normaux ; que le noyau, puis la cellule, se divisent pour former le pus. Cette théorie séduisante fut rapidement adoptée, et on la considérait comme inattaquable. Mais voilà que M. Cohnheim s'avise d'observer les veinules des tissus enflammés; il en voit sortir les globules blancs du sang, et la théorie cellulaire est renversée et celle de la diapédèse mise à sa place. Tout cela date d'hier; et déjà l'on bat en brèche l'explication de M. Cohnheim.

Les actions reflexes, aussitôt après avoir été signalées par J. Muller et Marshal Hall, furent appliquées sans mesure, au service de la pathogénie. — Et depuis que M. Claude Bernard a montré l'influence du grand sympathique sur la chaleur et la circulation, quel abus n'a-t-on pas fait des vaso-moteurs?

L'histoire des médications n'est pas moins instructive que celle de la physiologie. Suivez, par exemple, les fortunes si diverses de la saignée, depuis l'antiquité jusqu'à notre époque; après l'usage immodéré vient la proscription, puis le règne à peu près exclusif de ce moyen thérapeutique, et finalement son abandon.

Maintenant les lancettes se rouillent dans les trousses et les sangsues meurent d'inanition dans leurs bocaux; — mais on *tonifie*, et comment? Avec tout.

L'atmosphère des montagnes est tonique, celle de la mer ne l'est pas moins. Le sommeil donne du ton, et l'exercice aussi. Le vin au dedans, l'eau à l'extérieur, en procurent également.

Quant aux médicaments capables de tonifier, depuis le colombo et la gentiane, jusqu'au fer et à l'huile de poisson, je vous fais grâce de leur interminable liste. Mais parmi ces toniques si précieux, si nécessaires désormais à la vie humaine, il n'en est aucun dont la vogue soit plus grande et l'efficacité plus incontestée, que la viande crue. On en gorge les malades et ceux qui ne le sont pas. Personne ne peut s'en préserver, et tout le monde l'administre. C'est une vraie manie, qui des médecins a gagné la nation entière. On arrache le nouveau-né du sein de sa nourrice, pour lui donner de la viande crue, sous prétexte qu'il n'a pas encore ses dents. On en bourre le vieillard, parce qu'il a perdu les siennes. On la conseille aux gens étiques, pour les engraisser; à ceux qui sont obèses, pour les guérir de leur embonpoint. Le délire de la viande crue a remplacé celui des émissions sanguines. C'est un progrès, car il est moins dangereux.

Ces excès de la thérapeutique, ne vous la feront pas délaisser, mais ils vous mettront en garde contre l'abus que l'on en peut faire.

Il me semble, Messieurs, et c'est là le second point sur lequel je veux insister, que les études historiques, nous permettent de donner à la médecine sa place légitime parmi les connaissances humaines.

Hippocrate l'appelait un *Art*, τεχνη ; mais pour le médecin grec, ce terme n'avait pas la signification qu'on lui donne aujourd'hui.

Trousseau, lui aussi, disait que c'est un art, et il a longuement développé cette idée, dans deux conférences faites en 1862 sur l'*empirisme*. M. Littré pense que dans ses applications, c'est un art; et dans son ensemble, une science. Pour moi, j'estime, suivant l'opinion le plus généralement adoptée, que c'est une science.

La science est un capital banal, une fortune commune, qui s'accroît chaque jour et se transmet intégralement aux générations successives ; en sorte que le légataire d'une époque quelconque, est plus riche que les testateurs qui l'ont fait bénéficier de leurs acquisitions. Ainsi, le géomètre d'aujourd'hui, est plus savant que Fermat et que le grand Newton.

L'art n'est pas de même ; et si les œuvres artistiques, aussi bien que celles des savants sont transmissibles, il n'est pas possible de s'approprier l'art, comme on s'approprie la science. On est savant parce qu'on l'a voulu; pour être artiste, il ne suffit pas d'un acte de la volonté; on l'est en dehors de tout droit, de toute loi, par une boutade, par un caprice de la nature.

Ce qui fait la science, est hors de l'homme, et l'attraction n'a pas besoin de lui pour faire graviter les mondes. Au contraire, l'art est dans l'homme, c'est l'homme lui-même. La poésie n'est pas dans ce soleil couchant, dans ce ciel orageux, dans cette mer courroucée, dans ces travaux champêtres, dans ces combats sanglants, dans l'amour ou la haine de ces deux cœurs; non! la poésie n'est pas dans toutes ces choses, elle est dans l'homme qui la met à ces choses.

La science est collective, et n'a que faire des noms, et des personnes. Qu'importe à la dioptrique et à l'analyse, que Descartes les ait inventées. — Mais l'art est personnel et l'œuvre est inséparable de son créateur. Le *Plafond de la Sixtine*, c'est Michel-Ange, le *Misanthrope*, c'est Molière, la *Flûte enchantée*, c'est Mozart.

La science se sème et le savant laisse des germes que d'autres feront éclore.— L'artiste, moins heureux, emporte le secret de son génie dans la tombe. Il est vrai que son œuvre reste; mais cette œuvre est périssable. Un incendie, une oscillation de la croûte terrestre, suffisent à la détruire.

Celui-là seul est savant, qui a mis beaucoup de temps à apprendre et le savoir s'accroît avec les années; tandis qu'il y a des enfants qui sont des artistes.— Et les peuples sont comme les hommes; ceux qui ont le plus d'ancêtres, qui sont le plus éloignés de l'origine commune, c'est-à-dire nos contemporains, sont les plus savants. Bien autrement précoce, l'art n'a pas attendu notre époque, pour atteindre son apogée.

L'enfance de l'humanité n'eut pas de science, mais elle vit l'aurore de l'art.

Il y eut un temps voisin de la dernière période glacière, si loin de nous, qu'aucune chronologie ne le peut embrasser. Alors certaines régions de la France étaient habitées par des hommes dont le crâne était déjà beau, mais qui n'avaient pour habitats que des grottes et des cavernes; pour nourriture que la chair du gibier qu'ils tuaient à la chasse; pour vêtements que des peaux de bêtes. — Eh bien! parmi ces êtres grossiers, ignorant l'agriculture et l'usage des métaux, ayant pour armes, des flèches et des lances de silex, il y avait des artistes. La terre nous a conservé quelques-unes de leurs œuvres. A Laugerie-Basse, dans le grand cirque des Eyzies, on a trouvé des os et des fragments de cornes, sur lesquels ils avaient gravé les animaux qui les entouraient: des chevaux, des bisons, des bouquetins, des poissons, le mammouth, ce pachyderme géant, et surtout des rennes qui, par l'élégance de leurs formes, les avaient captivés. Ils les ont reproduits pais-

sant, bramant, courant, se préparant à la lutte; et toujours la pose est juste, le contour net, le trait hardi, l'expression vraie. — Cela est admirable et remplit d'étonnement.

Dans une visite que je fis, il y a quelques années, à Edouard Lartet, il me montra gravé sur une pierre, un carnassier chassant. Je vois encore ce fauve, la queue tendue, les oreilles dressées, la gueule ouverte, l'œil ardent. Quelle action dans cette quête ou cette poursuite de la proie!

Il y avait donc de véritables artistes, sur les bords de la Vézère, alors que les éléphants à crinière et les aurochs bossus venaient s'y désaltérer. Y avait-il des savants? Tout nous autorise à dire que non.

Mais il n'était pas besoin de remonter si haut, pour trouver la preuve que l'art naquit pour ainsi dire avec l'homme, tandis que la science posa ses premières assises beaucoup plus tard. Sans sortir des temps historiques, demandons-nous ce qu'était la science au siècle de Périclès, alors que l'art sculptait le Parthénon, et que depuis longtemps, il avait chanté l'épopée de Troie.

Je me résume et je vous dis: Pythagore et Archimède sont dépassés depuis longtemps et ils devaient l'être; mais Phidias ne l'a pas été, et peut-être, ne le sera-t-il jamais.

Maintenant hésiterez-vous à dire que la médecine est une science; toute son histoire ne vous oblige-t-elle pas à lui donner cette qualité? D'ailleurs, n'est-elle pas liée d'une manière intime à de pures sciences, à la physique, à la chimie; et ne peut-on pas dire du médecin d'aujourd'hui, comme du géomètre; que celui qui s'est appliqué à l'étude, sait mieux l'anatomie que Vésale, la physiologie que Haller, la clinique que Corvisart? Pourtant, qu'est-il individuellement, à côté de ces grands hommes?

Je suis loin de nier qu'il y ait dans la médecine un élément artistique; mais je dis qu'il ne l'absorbe pas. Il la complète, il l'embellit, — voilà tout. Avec lui et malgré lui, elle reste une science; la clinique va nous le prouver.

Voyez cet homme, d'ailleurs, sain et robuste, qui meut lourdement et comme s'il la traînait, l'une de ses jambes, maigre, atrophiée, plus courte que l'autre. Il boîte, et s'aide pour marcher d'une béquille. Qu'a-t-il? Le clinicien nous répond: ce mal date de la première enfance; il a éclaté brusquement par un accès de fièvre. Le membre aujourd'hui sans force, n'a pas été frappé d'emblée et son impotence est secondaire. L'affection a d'abord atteint le centre de la moelle, les cornes antérieures; et toute la substance de celles-ci n'a pas été altérée, seules les cellules motrices l'ont été. Leur irritation s'est propagée par les nerfs, à certains muscles; et c'est pour cela qu'aujourd'hui un membre est incapable de remplir ses fonctions.

Admirez ce qu'un pareil diagnostic implique de connaissances, lentement et progressivement accumulées. Anatomie normale et pathologique, histologie, physiologie, clinique, tout s'est aidé, fécondé, groupé, pour produire ce résultat. Et cela ne serait pas de la science! En quoi, je vous le demande, l'œuvre du médecin qui vient de reconnaître ainsi *la paralysie spinale infantile*, diffère-t-elle, de celle du paléontologiste, qui tenant une dent ou une phalange fossiles, reconstitue l'animal qui les a portées; en dessine la forme, dit que c'est un carnassier ou un ruminant, marque le terrain où il gisait, et l'époque où il vivait sur la terre.

Ces deux déterminations sont, je vous l'affirme, le résultat de méthodes équivalentes, et l'une et l'autre, sont du domaine de la science. Le médecin et le paléontologiste sont au même titre des savants.

Parmi les sciences, la médecine est une des plus anciennes. Chaque jour son domaine s'accroît et il grandira sans cesse; car, dit Pascal: les sciences sont infinies en l'étendue de leurs recherches; — et Laplace: elles sont sans bornes, comme la nature.

Messieurs, il y a des étoiles dont l'œil d'aucun homme ne verra la lumière, parce qu'elle n'aura pas le temps d'y arriver. De même, il y a des vérités qui resteront toujours inconnues, parce qu'elles aussi, se trouvent à des distances infinies. Mais entre notre vue et les astres inaccessibles; entre notre raison et les vérités intangibles, il est une infinité d'astres et de vérités, qui deviendront la conquête de ceux qui s'efforceront à leur recherche.

Que la perspective des choses à découvrir, ne mette pas le trouble dans votre esprit; mais surtout, que la vue de celles déjà trouvées, ne vous décourage pas. Le temps et l'expérience, n'en doutez pas, vous viendront en aide, et simplifieront votre travail. Ils l'ont déjà fait, car tout a été vrai, mais tout ne l'est pas resté. La vérité d'hier est devenue une erreur, par celle d'aujourd'hui, qui demain, subira le sort de celle qu'elle a remplacée; car les vérités meurent en engendrant, étant anéanties par les découvertes mêmes qu'elles ont provoquées. — C'est qu'il n'y a pas d'éternelle vérité; ce qui est éternel: ce n'est pas la vérité, c'est la recherche de la vérité.

Rien n'est vrai que relativement, et vérité signifie limite. Hier on était là, aujourd'hui c'est ici que l'on est, demain l'on ira plus loin; et dans cette marche incessante le vrai devient plus simple, sa réduction, c'est le progrès, lequel a pour terme la vérité unique. Mais cette vérité suprême ne sera jamais atteinte; car sa poursuite est le ressort même de l'esprit de l'homme, et sa découverte détendrait le ressort et l'homme ne serait plus.

Dans les immensités à conquérir, vous voyez quel champ s'ouvre à votre activité. Entrez-y résolûment. Tous les bras y trouvent leur emploi, toutes les bonnes volontés y sont efficaces.

Travaillez! Ceux qui marchaient à notre tête, tombent, prématurément frappés par le labeur et les efforts. Il y a un an, c'était Lorain, il y a six mois, c'était Behier, hier encore, c'était Axenfeld. Ces vaillants esprits, ces âmes généreuses, laissent parmi nous des vides à combler. Messieurs! serrez les rangs.

Que votre labeur soit ardent, qu'il alimente la flamme. Il faut beaucoup de lumière, pour éclairer les ténèbres dont nous menacent les conciles et le Vatican; il faut de puissants rayons, pour aller par delà nos frontières, dire: que notre pays, un instant assoupi, vient de se réveiller, qu'il est à l'œuvre; et que dans la marche de cette longue et infatigable caravane du progrès, la France, qui si souvent a marqué les étapes, est encore digne de tenir le premier rang.

PATHOLOGIE INTERNE

Des causes qui peuvent modifier les bruits de souffles cardiaques et en particulier de ces modifications sous l'influence des changements de position des malades;

Par **CUFFER**, interne lauréat des hôpitaux (1).

Le fait principal est encore, pour le *souffle présystolique*, une diminution dans la position assise. Nous avons recueilli plusieurs observations qui mettront ce fait en évidence.

Une première observation est celle de la nommée M**, 24 ans, entrée le 1er février 1876, salle Sainte-Eulalie, n° 26.

Première attaque de rhumatisme articulaire à l'âge de 19 ans. — A la suite de cette attaque, cette malade éprouva de fréquentes palpitations; elle eut souvent de l'œdème des malléoles; oppression habituelle à la suite du moindre effort. — A son entrée, on constate tous les signes d'une double lésion mitrale, insuffisance avec rétrécissement: souffle au premier temps à la pointe, se propageant vers l'aisselle gauche, souffle présystolique et dédoublement du deuxième bruit, frémissement à la palpation de la région précordiale; pouls petit, irrégulier, intermittent.

Voici maintenant les modifications que subissaient ces deux souffles sous l'influence de la position: c'est surtout dans la position horizontale qu'ils étaient le plus accentués.

(1) Voir le n° 12.

En faisant asseoir la malade, on constatait évidemment une diminution très-notable des deux souffles. Pendant certains jours même, le souffle d'insuffisance disparaissait complétement dans la position assise. — Nous avons noté aussi ce fait que, au moment du changement de position, le cœur était pris de palpitations très-fortes pendant lesquelles il y avait augmentation de l'intensité des deux souffles. Ces palpitations étaient certainement dues au changement brusque de la tension intra-cardiaque quand la malade passait de la position couchée à la position assise. Quelques instants après, les palpitations disparaissaient, et l'on constatait les modifications indiquées plus haut, c'est-à-dire la diminution des souffles.

Nous venons de dire que, après quelques instants, les palpitations cessaient ; cela est vrai, mais il était très-facile d'observer aussi que, dans la position assise, les battements du cœur étaient plus fréquents que dans le décubitus dorsal. Cette distinction entre les palpitations et la simple augmentation du nombre des battements du cœur n'est pas sans importance pour expliquer la modification des souffles ainsi que nous le verrons plus loin. Disons de suite qu'en effet les palpitations s'accompagnent de contractions beaucoup plus énergiques en même temps que plus fréquentes, ce qui explique l'augmentation du souffle au moment où elles se produisent, le sang étant chassé avec plus de violence à travers l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, ce qui est la cause d'augmentation de l'intensité du souffle), tandis que les battements cardiaques qui ne font que s'accélérer sous l'influence d'une diminution de la tension artérielle, ne possèdent pas une aussi grande violence de contraction; ce qui explique la différence des effets produits.

La similitude de modifications des souffles intra et extra-cardiaques dans les changements de position ne permet guère, en général, cependant d'hésiter entre ces deux espèces de souffles, et surtout entre un souffle extracardiaque et un souffle présystolique ; il existe, en effet, presque toujours des symptômes accessoires qui permettent de reconnaître la vraie signification du souffle. C'est ainsi que dans le rétrécissement mitral, il est de règle de trouver avec le souffle présystolique un dédoublement du deuxième bruit. Mais quand ce dédoublement manque, le diagnostic peut être hésitant. L'observation suivante est bien concluante à ce point de vue.

Le nommé D**, 42 ans, entré le 5 décembre 1875, salle Saint-Jean, n° 18, présentait le 1er janvier 1876, tous les signes d'une affection organique du cœur : Lésion double de l'orifice aortique : rétrécissement et insuffisance, caractérisés par un double souffle à la base au premier et au deuxième temps, chacun de ces souffles présentant le timbre et le mode de propagation qui leur sont ordinaires.

De plus, double lésion mitrale : rétrécissement et insuffisance avec double souffle, l'un présystolique suivi d'un souffle systolique très-manifeste, tous deux à la pointe du cœur, le second se propageant vers l'aisselle gauche.

Le malade présentait certains symptômes éloignés des maladies du cœur : œdème des jambes, augmentation du volume du foie, ascite légère, congestion pulmonaire. — Quant au pouls, il était assez bondissant, mais les caractères du *pouls de Corrigan* étaient très-atténués à cause de la coïncidence de la lésion mitrale. Nous devons dire cependant qu'il était plus fort qu'on aurait pu le penser ; le malade en effet avait pris pendant quelque temps de la digitale, et sous l'influence de ce traitement les battements du cœur s'étaient régularisés et ralentis : de 124 ils étaient tombés à 72.

Grâce à cette lenteur des contractions cardiaques, le ventricule gauche pouvait suffisamment se remplir de sang, malgré le rétrécissement mitral, pour lancer dans l'aorte des ondées sanguines assez abondantes pour donner des pulsations telles qu'on n'en trouve ordinairement pas dans les lésions mitrales. Tout concourait, à part ces caractères anormaux du pouls (anomalie dont nous venons de donner la raison) pour faire accepter le diagnostic de lésion double de l'orifice aortique et de l'orifice mitral. Cependant, il manquait un signe assez important pour le rétrécissement mitral : ce signe c'était le dédoublement du second bruit. — A aucun moment, il ne nous fut possible de le constater.

L'explication de ce phénomène découlait naturellement de l'existence d'une insuffisance aortique. Les valvules sigmoïdes de l'aorte étaient, avons-nous dit, insuffisantes; leur claquement ne se faisait plus entendre à cause de la lésion dont elles étaient le siége, et l'on comprend alors facilement comment le second bruit n'était pas dédoublé, puisque les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, lesquelles étaient saines, étaient les seules à produire un claquement au deuxième temps.

Voici donc un des éléments nécessaires au diagnostic du rétrécissement mitral qui manquait, mais dont nous avions l'explication. Quoi qu'il en soit, on pouvait encore hésiter et se demander si réellement il y avait rétrécissement mitral. En effet, en faisant changer la position du malade, nous vîmes que dans la position assise tous les souffles que nous avions entendus se modifiaient en s'atténuant, surtout les souffles se passant à la pointe. Le souffle systolique avait même presque complétement disparu ; quant au souffle présystolique, il avait beaucoup diminué.

Mettant alors en regard de ces modifications les raisons indiquées plus haut et pour lesquelles nous avions hésité à nous prononcer sur l'existence d'une double lésion mitrale, nous nous demandâmes si nous n'avions pas affaire à un *souffle extra-cardiaque*. L'hésitation ne fut pas de longue durée, car, en examinant le mode de propagation des souffles et les signes éloignés : œdème, congestion pulmonaire, etc., nous persistâmes dans notre premier diagnostic. — Du reste, au bout de quelque temps, survint une attaque d'asystolie qui enleva le malade, et l'autopsie vint confirmer le diagnostic porté par M. Potain au mois de décembre 1875. La double lésion aortique et mitrale existait manifestement.

Cette observation montre bien d'une part le mode de modification du souffle présystolique en particulier, elle montre également comment, dans certaines circonstances, l'hésitation peut être permise lorsqu'il existe certaines particularités comme celles que nous venons de signaler. Certainement ces exceptions ne sont pas fréquentes, mais il est important d'y insister lorsqu'elles se présentent, car ce sont elles qui souvent font la difficulté du diagnostic dans les cas d'affection organique du cœur.

Enfin, l'autopsie étant venue confirmer le diagnostic, nous nous sommes demandé pourquoi les souffles que nous avions observés pendant la vie étaient modifiés de la même façon que les souffles extra-cardiaques, puisque cette modification avait pendant quelque temps ébranlé notre diagnostic.

Nous possédons encore d'autres observations de rétrécissement mitral et d'insuffisance avec modification des bruits de souffle; mais, dans toutes, le diagnostic de la lésion était facile ; il n'y avait aucune hésitation à avoir ; le seul point intéressant était la modification du souffle.

Insuffisance tricuspide. — L'observation suivante est certainement une des plus intéressantes et des plus concluantes que nous ayons recueillies. Elle résume en elle seule toutes les modifications que nous avons étudiées jusqu'à présent, et, de plus, elle nous a permis d'observer d'autres *modifications* des souffles *dues à l'influence de la respiration.*

N..., 65 ans, salle Sainte-Eulalie, n° 15. Cette malade présentait, au 1er janvier 1876, les signes les plus nets d'une dilatation du cœur droit avec insuffisance tricuspide. Cette dernière lésion se manifestait par un souffle systolique à la pointe, ayant son maximum au niveau de l'épigastre et un peu au-dessus ; de plus, il y avait un pouls veineux jugulaire vrai des plus prononcé, ainsi que des battements hépatiques en rapport avec la lésion tricuspidienne. A propos des battements du foie, nous ajouterons que ces battements étaient tellement accentués qu'ils déterminaient, au moment de chaque systole du cœur, un frottement péritonéal très-marqué. (La malade avait eu, en effet, sous l'influence des congestions répétées du foie, un peu de péritonite périhépatique). Le foie était très-volumineux ; enfin, la malade avait de l'ascite. Au début, l'ascite était modérée, mais au bout de quelque temps elle augmenta considérablement. Nous verrons combien cette augmentation de l'*ascite* a influé sur le souffle cardiaque.

Au commencement de janvier 1876, le souffle d'insuffisance tricuspide était très-net dans la position couchée. Mais lorsque l'on faisait asseoir la malade, il diminuait très-notablement; à certains jours même, il disparut complétement dans la position assise. Cette modification, étant donnée les signes accessoires de l'insuffisance, pouls veineux jugulaire, pouls hépatique, signes ne permettant aucun doute sur la

nature du souffle, cette modification, dis-je, se produisait par le mécanisme du refoulement de la pointe du cœur reposant sur le diaphragme, dans la position verticale. Mais cette diminution du souffle, quand la malade était assise, était bien plus marquée dans l'*expiration;* nous avons déjà indiqué pourquoi l'expiration, s'accompagnant d'une élévation du diaphragme, accentuait le phénomène en exagérant le refoulement de la pointe du cœur. Et ce qui semble confirmer notre idée, c'est que, même dans la position verticale, on constatait parfaitement la réapparition du souffle pendant l'inspiration. C'est qu'en effet, pendant l'inspiration, le diaphragme s'abaisse, la compression de la pointe du cœur diminue, le cœur est moins raccourci par conséquent, et l'insuffisance reparaît en même temps que le souffle. Mais une autre cause, dont nous n'avons pas encore parlé, intervient pendant l'*inspiration*. Au moment de ce temps de la respiration, il se fait, on le sait, *une tendance au vide dans la poitrine; cette tendance au vide amène une dilatation des organes creux et en particulier du cœur*. On comprend donc facilement comment alors le ventricule droit, par exemple, est le siége d'une dilatation, ce qui amène nécessairement une augmentation de l'insuffisance tricuspide. Dans la station verticale, les signes d'insuffisance qui avaient disparu reparaissent donc en partie pendant l'inspiration.

Evidemment, dans ces conditions, le souffle n'est pas très-fort, il ne peut être comparé à celui que l'on constate sitôt que la malade revient à la position horizontale. En effet, dans la position horizontale, le cœur n'est plus refoulé, la pointe n'est plus directement en rapport avec le diaphragme; c'est par son ventricule droit dans presque toute sa longueur, qu'il est en rapport avec ce dernier organe.

Lorsque le diaphragme se contracte librement, il n'a aucune action de compression dans la position horizontale, sur le ventricule droit, mais nous pensons qu'il en est tout autrement lorsqu'il est refoulé d'une façon permanente du côté de la cavité thoracique, par une *ascite* par exemple. Dans ce cas, le diaphragme vient comprimer le cœur; il presse sur le ventricule droit qu'il allonge en même temps qu'il le comprime, et il nous semble possible d'admettre que cet allongement du ventricule, en éloignant le point d'insertion des cordages tendineux, agit de la même manière que la dilatation du cœur, c'est-à-dire empêche les valves de la tricuspide de se rapprocher. L'insuffisance tricuspide et le souffle augmentent donc par ce mécanisme. Le souffle est en outre plus intense pendant l'inspiration qui, elle aussi, est, comme nous l'avons vu, une cause d'augmentation de la lésion tricuspidienne.

Chez cette malade, on ponctionna l'ascite devenue, au bout de quelque temps, trop considérable (le souffle d'insuffisance était à son maximum d'intensité avant la ponction). Aussitôt après la ponction, on put constater que le souffle avait beaucoup diminué. Il présentait encore des alternatives d'augmentation et de diminution en rapport avec la position et avec le temps de la respiration; mais jamais depuis la paracentèse de l'abdomen, il ne se montra avec la même intensité. C'est qu'en effet l'ascite, ne refoulant plus le diaphragme, et le cœur n'étant plus comprimé ni allongé, l'insuffisance tricuspide n'avait plus de raison pour augmenter, sauf pendant l'inspiration.

Nous prévoyons dès maintenant une objection qu'on pourrait nous faire, c'est que, au moment où le cœur entre en systole, il se contracte trop, il devient trop résistant pour qu'une cause de compression extérieure puisse agir sur lui. Cela peut être vrai pour un cœur dont le muscle est sain, mais il en est tout autrement lorsque cet organe est malade, graisseux, affaibli par des atteintes répétées de dilatation; nous sommes persuadé qu'alors il peut se laisser facilement refouler, et c'est dans ce cas que rentrent toutes les observations dont nous avons parlé jusqu'ici. *(A suivre).*

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de l'envoi de cinquante centimes pour frais de réimpression de bande.*

THÉRAPEUTIQUE

INSTITUTION SAINTE-PÉRINE. — **M. DESCROIZILLES.**

Névralgie traitée par l'acide salicylique; guérison rapide;

Par **OZENNE**, interne provisoire.

Mme H..... âgée de 72 ans, est entrée le 25 février 1877 à l'infirmerie, sortie le 5 mars.

Antécédents. — Père rhumatisant. Autres parents indemnes d'affections nerveuse ou arthritique. — Aucune maladie sérieuse dans l'enfance. — En 1835, Mme H... est atteinte pour la première fois, d'une névralgie siégeant dans la région auriculo-temporale du côté droit. Depuis cette époque jusqu'à ce jour, retour des accès, toujours dans la même région, à des intervalles de temps indéterminés, tantôt plusieurs années de suite, tantôt tous les 2 ou 3 ans. — Dernière névralgie en 1875; à chaque apparition, la douleur a persisté *trois semaines au minimum, six semaines au maximum*, chaque fois le sulfate de quinine a été mis en usage. En outre, en 1861, rhumatisme poly-articulaire aigu d'une durée de deux mois.

Etat actuel. — Le 25 février, Mme H... est prise, sans causes connues et sans troubles précurseurs, d'un nouvel accès dans la même région: Douleur spontanée, que la malade *sent profondément* et qu'elle compare à celle que lui procurerait un coup de massue; survenant toutes les deux ou trois minutes, elle offre une telle violence, qu'elle arrache des cris à la malade, qui, en même temps, porte vivement la main du côté affecté, cherchant à soutenir la tête, rejetée brusquement dans l'extension.

La douleur, qui apparaît dans le repos le plus complet, et que les mouvements de la tête ne provoquent pas, est rapide: Localisée dans la région auriculo-pariétale, elle naît subitement, dure quelques secondes, puis disparaît sans laisser aucune trace. — La pression digitale, pratiquée à plusieurs reprises, soit au moment des accès, soit dans leurs intervalles, ne peut faire découvrir aucun point douloureux et le même mode d'examen, varié dans son application, fait rejeter toute lésion des parties cutanée, musculaire, périostique ou osseuse de la région.

Même résultat négatif pour les régions postérieure et latérale du cou. — Intégrité des sens de l'ouïe, de la vue, et de l'odorat pendant les crises et dans leur intervalle.

De la congestion de la face, un léger mouvement fébrile; de l'insomnie et de l'inappétence: tels sont les seuls troubles concomitants. — *Cœur*. Souffle systolique à la base. — Autres viscères sains: aucun signe de goutte, ni d'hystérie.

Traitement. — L'*acide salicylique*, dissous dans quantité suffisante d'alcool, et mélangé à du café sucré, a été donné de la manière qu'indique le tableau suivant, qui mentionne, en plus, l'état du pouls, de la température et des urines.

	ACIDE.	POULS.	TEMPÉRAT.	URINE	
				Densité.	Quantité.
25 février...	1 gramme.	110	37° 6/10	»	»
20 — ...	2 —	100	37° 5/10	1015	1400 gram.
27 — ...	4 —	92	36° 6/10	1015	1290 —
28 — ...	5 —	90	36° 2/10	1018	1040 —
1er mars....	5 —	80	36°	1020	800 —
2 — ...	4 —	»	»	»	»
3 — ...	5 —	88	36° 6/10	1015	1020 gram.
4 — ...	3 —	70	36° 2/10	1016	900 —

Le deuxième jour du traitement, on a pu constater de la surdité, qui n'a persisté que quelques jours, et le quatrième une raucité de la voix, dont la durée n'a été que de 24 heures. Pas d'autres accidents.

Le 2 mars (5 jours après le début) la douleur était presque complétement éteinte; la dose d'acide fut diminuée de 1 gr;

mais le soir même, la douleur réapparaissait. Le lendemain nouvelle dose de 5 gr. Disparition complète de la douleur.

5 *mars*. Sortie de la maladie. — 30 *mars*. Pas de récidive.

Dans cette observation, il est deux points sur lesquels doit porter l'attention : La symptomatologie, d'une part; la thérapeutique, d'autre part ; si, relativement à la première, l'origine ancienne, le caractère intermittent et fixe de la douleur, l'absence de tout trouble cérébral depuis 30 ans, permettent de classer l'affection qui nous occupe parmi les névralgies, on remarquera cependant que cette névralgie ne s'est caractérisée que par un seul signe, la douleur spontanée, et qu'en raison du résultat négatif fourni par la pression sur les téguments et la surface osseuse, elle peut être rangée dans le groupe des affections désignées par quelques auteurs sous le nom de *céphalée*, par d'autres sous le nom d'*encéphalalgie*.

Quant au traitement, il résulte que l'acide salicylique paraît avoir agi, dans le cas actuel, comme un anti-névralgique plus puissant que le sulfate de quinine, et d'un effet plus rapide. En effet, dès le 5e jour, un mieux notable s'était produit, et le 7e la guérison était complète, et est restée telle jusqu'à ce jour, tandis que, dans les accès précédents, la durée a toujours été en moyenne de 4 à 5 semaines. Notons en outre que l'amélioration ne semble s'être produite sensiblement que lorsque l'acide a été administrée à la dose de 5 grammes.

Relativement au pouls, à la température et aux urines, on voit que le premier a subi un ralentissement, la seconde une chute, et que l'urine, dont la densité s'est accrue, a diminué en quantité, tant que l'acide a été mis en usage; Nouveaux et semblables résultats à ajouter à ceux que l'administration de l'acide salicylique a déjà donnés dans le rhumatisme articulaire, dans la goutte et dans la fièvre typhoïde.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

De l'examen de la vision devant les Conseils de révision. — Guide du médecin expert, par M. Perrin.

Le Conseil de santé des armées vient de publier dans le Recueil de médecine militaire (décembre 1876, février 1877), trois mémoires sur les maladies des oreilles, du larynx et des yeux. Ces documents dus à des hommes qui font autorité dans la science, ont pour but de guider les médecins militaires dans l'examen des conscrits auprès des Conseils de révision. Nous ne voulons nous occuper ici que du travail ayant trait à la vue.

Ce sujet, mis à l'ordre du jour par la discussion académique et le congrès de Bruxelles de 1875, était des plus délicats à exposer : on peut dire même, que si toutes les difficultés ont été étudiées, il résulte cependant de ce dernier mémoire, qu'elles ne sont pas encore toutes aplanies dans les hautes régions militaires. D'un côté, l'auteur se trouvait en face de l'instruction du 3 avril 1873 ; de l'autre, il avait à songer aux données que lui avait fournies une longue expérience de l'amétropie chez les soldats ; ici, la crainte d'exemptions trop nombreuses ; là, le danger d'incorporer des aveugles. Pour l'expert même, il a fallu tenir un compte sérieux des circonstances où il devait opérer : rapidité, sûreté et simplicité, telles étaient les conditions principales à rechercher. M. le professeur Perrin a voulu toutes les réunir et s'est particulièrement appliqué à ménager la facilité des épreuves.

Le premier chapitre de son travail se rapporte à l'*Acuité visuelle*. Les procédés employés pour la calculer sont les échelles typographiques mises à la portée des conscrits qui ne savent pas lire. Le médecin expert, partira de ce principe: tout conscrit, qui se plaint de ne pas voir, doit être mis en présence de l'échelle : *si son acuité visuelle pour l'œil droit est supérieur à $\frac{1}{4}$, et pour l'œil gauche à $\frac{15}{200}$, il est déclaré bon pour le service.* Notons cette différence importante pour l'acuité de l'œil droit et celle de l'œil gauche.

De plus, nous voyons intervenir dans le premier examen, l'état du champ visuel autrefois négligé. *Toutes les fois que la partie monoculaire du champ visuel binoculaire est abolie, il y a incapacité.* La diminution de l'acuité, si elle tient à l'amétropie, peut être corrigée par des lunettes : il faut donc rechercher la nature et le degré de cette amétropie.

Tout d'abord, se pose cette grande question du port des lunettes dans les rangs ; question jugée dans les armées étrangères, et dont la solution négative aurait pour résultat d'exagérer les simulations, et de retrancher de l'armée la partie la plus lettrée, la plus cultivée des jeunes gens.

Myopie. — « L'instrument le plus simple, le plus commode et le plus sûr pour connaître le numéro de la myopie dans la grande majorité des cas, c'est l'optomètre. Une myopie $\frac{1}{6}$ avec acuité supérieure à $\frac{1}{4}$, entraîne l'admission, *avec l'usage permis des lunettes*, sans quoi, il faut descendre pour l'admission dans l'armée, jusqu'au numéro 12, qui permettrait à peine le service. »

Ces quelques lignes contiennent bien des modifications à l'ancienne instruction de 1873 : celle-ci portait la myopie au numéro 4 pour l'exemption, elle ne parlait point de l'acuité, il n'était pas question des lunettes ; la dernière phrase, si réservée quant à l'usage des verres correcteurs, montre combien il est nécessaire de voir les rangs ouverts aux myopes porteurs de leurs verres. Il est, en effet, bien démontré, qu'un myope même de 12 pouces ne peut reconnaître un homme à 30 pas. Le nombre des exemptés deviendrait inadmissible. C'est une réduction par l'absurde.

Comment donc reconnaître le numéro de cette myopie? Avec l'optomètre, dit le mémoire. « *Toutefois, en cas de » réponse douteuse, il faudra recourir à l'examen par » le miroir et chercher l'image renversée.* » Ce procédé n'inspire à M. Perrin, qu'une confiance limitée ; l'observateur doit connaître exactement son punctum proximum, la myopie doit être d'un degré élevé (se rapprochant de $\frac{1}{6}$) l'œil observé, en relâchement de son accommodation.

Toutes ces conditions se réunissent, dirons-nous, pour ainsi dire à plaisir, dans les cas à exempter. Si l'observateur emmétrope a, ce qui est la règle, son punctum proximum à 6 pouces, l'image renversée devra disparaître à 12 pouces (1 pied) de l'œil observé, pour que la myopie motive l'exemption. Si elle disparaît plus loin, à 18 pouces par exemple, la myopie ne sera que de $\frac{1}{12}$ et le conscrit déclaré apte au service. Certains observateurs myopes, comme cela arrive malheureusement à un grand nombre de médecins, peuvent même faire immédiatement deux expériences qui se contrôlent : l'une avec leur punctum remotum, situé à 12, 18 pouces, suivant leur myopie, l'autre avec le punctum proximum. Avec un peu d'habitude, il est aisé d'arriver à une exactitude comparable à celle des optomètres où les images pèchent quelquefois par l'éclairage, par la netteté, par le rapport de grandeur,

*

Cette méthode du miroir a l'immense avantage de laisser de côté toutes les réponses du conscrit.

Elle conduit directement à la recherche du staphylome et de l'atrophie choroïdienne, compagnons assidus de la myopie $\frac{1}{6}$, à vingt ans : assidus, disons-nous, mais non pas constants, comme l'a fait très-justement remarquer notre vénéré maître, car on peut rencontrer des degrés très-élevés de myopie sans croissant atrophique, cas très-rare, il est vrai, mais indiscutables et dont l'expert doit tenir compte.

L'auteur a négligé, et avec juste raison, le procédé qui consiste à neutraliser l'image renversée par des verres biconcaves, la myopie étant précisément mesurée par le verre qui rend aux rayons convergents leur parallélisme. Possible pour un examen lent et à tête reposée, cette méthode devient impraticable devant un conseil de révision qui connait de 25 à 30 cas d'amétropie par séance, à Paris par exemple. Elle exige de plus un relâchement complet de l'accommodation chez l'observateur, fait alors d'autant plus difficile à réaliser que son accommodation est excitée par des verres de réfringence différente.

Hypermétropie. — Cette variété de l'amétropie est plus difficile à mesurer en séance de révision. Ici, M. Perrin n'hésite pas : la parole est au miroir ; l'optomètre répond toujours juste, il est vrai, mais ces renseignements ne conduisent pas d'emblée à la solution cherchée. L'hypermétropie, une fois reconnue par l'image droite, si l'acuité est au-dessus de $\frac{1}{4}$, l'exemption doit être prononcée : telle serait la décision à prendre, même si le médecin n'avait pu constater le degré $= \frac{1}{6}$. En résumé, l'hypermétropie est rangée dans la classe des amblyopes exempts avec $S = \frac{1}{5}$. Ici encore, nous pensons que le médecin expert peut, avec le miroir, arriver à fixer assez exactement le degré de l'hypermétropie, surtout à un degré si élevé.

L'image du fond de l'œil, comme le dit fort bien le Guide nouveau, doit être nette ; nous ajouterons qu'elle doit être d'autant plus nette qu'on s'approche d'avantage de l'observé, ce qui n'a pas lieu pour l'image renversée.

L'observateur myope, par exemple, après avoir vu distinctement, et à 3 pouces, un très-petit vaisseau, s'éloigne jusqu'à ce qu'il ne le voie plus nettement ; l'hypermétropie recherchée est égale à la différence entre le punctum remotum de l'observateur et la distance à l'œil observé. Les myopes réalisent cette recherche avec une précision mathématique, soit sans verre correcteur si l'hypermétropie est élevée, soit en allongeant leur myopie si l'hypermétropie est de longue distance. Les autres observateurs, emmétropes, presbytes, hypermétropes, devront aussi connaître exactement leur punctum proximum naturel ou artificiel, fait élémentaire pour tout ophthalmologiste, et une simple soustraction donne le numéro de l'hypermétropie résultat qu'aucune autre méthode ne fournit. Enfin, circonstance qui n'est jamais à dédaigner, comme pour la myopie, le miroir n'exige pas non plus la bonne foi du conscrit.

Les caractères de l'*astigmatisme* sont très-bien décrits dans ce document, mieux assurément qu'ils ne l'ont jamais été pour l'examen pratique et immédiat.

L'aspect miroitant de la cornée, l'image droite et renversée se rencontrant sur différents méridiens, l'état de la papille ovale hypérémiée, avec un anneau sclérotical, tels sont les principaux signes à vérifier. Une fois le diagnostic établi, le médecin doit rechercher l'état de l'acuité et traiter ces conscrits comme des amblyopes à exempter si S devient plus petit que $\frac{1}{4}$. C'est, en effet, la solution la plus sage parce que l'astigmatisme ne comporte que difficilement la correction par les verres à l'armée ; la recherche de ces mêmes verres à adapter nécessite, en outre, de longues et minutieuses observations.

Pour les strabismes liés à l'amétropie, la règle sera toujours la même que pour l'amblyopie : le strabisme de l'œil gauche n'entraîne l'exemption que si S est plus petit que $\frac{1}{14}$.

Les taies de la cornée, donnant souvent lieu aux simulations ou mieux aux exagérations, l'expert n'oubliera pas que les opacités disséminées, légères, sont plus nuisibles qu'une petite taie nette et opaque.

Il nous souvient qu'au congrès de Bruxelles, Donders insista, sur notre demande formelle, sur la manière dont devait être fait l'examen des opacités : suivant lui, l'épreuve de l'acuité devra se pratiquer en pleine lumière, condition ordinaire de la vie du soldat, et non pas dans un demi-jour qui favorise alors la vision, la réfraction irrégulière étant réduite à son minimum par l'éclairage obscur.

L'amblyopie simulée ou exagérée est justiciable de l'ophthalmoscope et de certaines épreuves. Toutefois, il faut bien savoir que certaines amblyopies ne s'accompagnent d'aucune lésion à l'ophthalmoscope : l'amblyopie hypermétropique, les amauroses nerveuses toxiques, en sont des preuves indiscutables.

Pour déjouer la simulation, chez les myopes qui se diraient amblyopes, en ne lisant pas toutes les échelles, on peut juger de la véracité des réponses en évaluant l'accommodation par la distance qui sépare les punctum proximum et remotum trouvés ; comme A est normal chez les myopes, l'expert devra toujours arriver à $\frac{1}{6}$ *environ*.

Pour l'amblyopie sans amétropie, M. Perrin recommande l'usage des prismes ou l'interposition devant chaque œil alternativement, d'un objet d'un centimètre de diamètre, ne permettant pas de voir les caractères variés d'une échelle typographique. Cette épreuve ainsi combinée est, en effet, une des plus simples, et peut fournir de rapides succès entre des mains habiles. Elle se rapproche beaucoup de ces épreuves stéréoscopiques, acceptées aujourd'hui en Belgique, auxquelles un conscrit simulateur, même prévenu, pourrait bien difficilement échapper.

En résumé, cette nouvelle rédaction des conseils donnés aux médecins a mis l'examen de la vision pour les conscrits au courant des méthodes modernes ; elle a laissé de côté les épreuves qui pouvaient demander trop de temps, paraître peut être trop compliquées, peu rigoureuses, et ne s'est arrêtée qu'aux moyens sûrs, simples, accessibles à tous. En réunissant ces qualités, elle donne, en outre, toutes les garanties possibles pour la juste appréciation des infirmités, sans négliger les intérêts de l'armée et de l'Etat. Dernière remarque : nulle part, dans ces documents, il n'est fait mention du service auxiliaire, qui, jusqu'ici, n'a été qu'une exemption déguisée.

F. Poncet (de Cluny).

La Société de Médecine Légale a procédé dans sa séance, du 10 avril, à la nomination de cinq membres titulaires. Ont été élus : MM. Napias, avocat, Dr Duguet, médecin des hôpitaux, Dr de Beauvais, médecin de la prison de Mazas, Lebaigue, chimiste, Dr Lutaud. Nous croyons devoir rappeler que dix places de membres correspondants nationaux sont actuellement vacantes, et inviter les candidats à faire parvenir leurs demandes au Secrétaire général avant le 30 avril courant, terme absolument de rigueur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 *avril* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. POUCHET.

A propos du procès-verbal, M. LABORDE combat les conclusions de MM. Galippe et Bochefontaine en ce qui concerne les effets locaux des injections sous-cutanées de sels cuivriques. Il a pu en injecter des quantités élevées et produire des altérations graves de plusieurs organes, notamment des poumons, du foie, des reins, sans avoir des désordres sérieux au siége de l'injection. On ne saurait donc attribuer la mort aux accidents locaux, (gangrène, etc.)

M. BOCHEFONTAINE apporte dans le cours de la séance des résultats contraires. Il a suffi d'une injection de 0 gr. 50 de sulfate cuivrique pour amener un sphacèle très-étendu de la fesse. Avec 0 gr. 10, même, les désordres locaux ont été très-nets. A la suite de la même expérience, sur la patte d'une grenouille, M. Bochefontaine a vu le membre s'imbiber progressivement, et cette altération gagner peu à peu le tronc et la partie supérieure de l'autre patte.

M. BOCHEFONTAINE présente en outre, à la Société, une tumeur trouvée dans la colonne vertébrale d'un chien. Il s'agit d'une tumeur fibreuse à chondroplastes qui semble avoir eu pour point de départ un disque intervertébral.

M. RABUTEAU a répété avec l'éther bromhydrique les expériences de M. Cl. Bernard qui établissent l'action du chloroforme et des anesthésiques sur la germination. L'éther bromhydrique a la même action que ces substances; sous son influence, la puissance germinative du cresson est suspendue, puis même abolie, au bout de quatre jours.

M. LÉPINE fait au nom de M. *Germont* et au sien, une communication sur deux faits de microcythémie passagère, observés chez deux malades atteints de cancer de l'estomac. Dans le sang de ces deux sujets, il a trouvé un jour une quantité considérable de mycrocytes, globules rouges de 2 à 4 μ, de forme vésiculeuse: le surlendemain déjà, ils avaient disparu. Ces faits présentent de l'intérêt, surtout si on les rapproche d'observations analogues dont on trouve la relation dans le Berliner Klinische Wochenschrift. On ne peut pas encore savoir s'il s'agit de globules jeunes ou de globules en voie de fragmentation et de destruction ; l'examen colorimétrique du sang pourra servir à la solution de cette question importante.

M. HAYEM a vu fréquemment dans ses recherches sur l'anémie, les éléments décrits sous le nom de microcytes. Ils peuvent exister dans toutes les anémies spontanées ou symptomatiques, et on les trouve même dans le sang normal, dans certaines conditions qu'il fera ultérieurement connaître. Dans sa note lue à l'Académie des sciences sur les caractères anatomiques du sang dans les anémies, M. Hayem a décrit ces globules nains devenus vésiculeux par le fait des agents extérieurs; les prétendus microcytes ne sont donc pas des éléments particuliers, leur nombre peut varier dans le même sang suivant la manière dont la préparation est faite. M. Hayem pense, de plus, que loin de représenter des globules rouges en voie de destruction, ces globules nains, capables de se transformer hors des vaisseaux en microcytes, sont des éléments jeunes incomplétement développés.

M. LÉPINE répond que ce qu'il a vu de particulier dans ses observations, c'est la quantité considérable et la disparition rapide des microcytes. L'existence de ces éléments est loin, du reste, d'être constante dans les anémies.

M. MALASSEZ communique à la Société les résultats de l'examen histologique d'une tumeur, dite cancer hématode du testicule, examen fait en commun avec M. *Ch. Monod*. Il y trouva des réseaux protoplasmatiques avec noyaux et vacuoles : lorsqu'on soumit la préparation à des agents qui respectent les globules rouges, on put constater l'existence de nombreuses hématies dans ces réseaux. Il y a donc entre la tumeur ainsi constituée et les diverses phases de développement des vaisseaux, une remarquable analogie; aussi M. Malassez propose-t-il de l'appeler sarcome angioplastique. Les tumeurs, dites à myéloplaxes, ne sont peut-être que des variétés moins avancées de sarcomes angioplastiques.

M. VIDAL a fait une longue série de recherches sur la température locale dans les affections cutanées. C'est ainsi que dans des cas de lupus acnéique, d'érythème marginé, etc., il a constaté des différences de 0° 54, de 0° 89, de 1° 16, etc. M. Vidal donne la description de l'appareil thermo-électrique dont il s'est servi pour ces expériences. Il se propose de revenir ultérieurement sur ce sujet.

M. DIEULAFOY, entretient la Société d'un symptôme qu'il a rencontré plusieurs fois dans le mal de Bright, la surdité: souvent, au début de l'affection, les malades présentent une surdité quelquefois absolue, avec douleurs d'oreille, bourdonnements. Le phénomène étant d'ordinaire passager, mais pouvant se reproduire plusieurs fois dans le cours de l'affection, il faut interroger avec soin les malades, pour qu'ils signalent l'existence antérieure de ces accidents qui ont pu précéder toute autre manifestation du mal de Bright. Depuis que l'attention de M. Dieulafoy a été appelée sur ce point, il a pu examiner 12 albuminuriques, 2 étaient sourds, 3 atteints de semi-surdité, 2 enfin, présentaient des phénomènes auriculaires moins accusés. Dans un de ces cas, M. Ladreit de Lacharière a pu constater la perforation de la membrane du tympan. Si on rapproche ces faits des troubles oculaires du mal de Bright, il est permis de supposer qu'ils sont sous la dépendance de lésions de la caisse du tympan, (œdème, hémorrhagies, inflammations passagères et bâtardes.)

M. REDON donne à la Société l'analyse de sa thèse sur le diabète sucré chez l'enfant. Plus fréquente qu'on ne le croit généralement, l'affection présente à cet âge quelques particularités intéressantes: au nombre des symptômes presque constants on trouve la polyphagie, la polyurie, la sécheresse de la peau. Le pronostic en est fort grave; (22 morts sur 32 cas). Le dénouement fatal est dû moins souvent à la phthisie qu'aux phénomènes marastiques. Il est d'autant plus important de songer à la possibilité du diabète chez l'enfant, que le traitement rationnel paraît avoir une très-grande influence sur la marche de l'affection.

M. DUMONTPALLIER présente à la Société les pièces provenant d'une femme morte dans son service. Elle y était entrée presque exsangue, et racontant que depuis plusieurs mois elle avait, au moment des règles, des pertes très-abondantes pendant une douzaine de jours. On constata l'existence d'une énorme tumeur abdominale, qui avait les caractères de l'hématocèle rétro-utérine. Il s'était produit une amélioration progressive de l'état général, lorsque la malade fut prise d'accidents épileptiformes, avec ascension de la température à 39° et 40°,5. Elle succomba en trois jours, dans le coma. En arrière de l'utérus, et placée derrière d'un caillot pesant 850 grammes, on trouva une poche kystique et un fœtus paraissant avoir 3 à 4 mois; le placenta adhérait au pavillon de la trompe. Les uretères étaient énormément distendus, ainsi que le bassinet, les reins profondément altérés. C'est donc à l'urinémie qu'avait succombé la malade. M. Dumontpallier fait ressortir l'intérêt de cette observation au point de vue de la pathogénie de l'hématocèle; elle vient confirmer la théorie de M. Gallard (ponte extra-utérine.)

Sur une question de M. Duguet, M. Dumontpallier dit que la muqueuse utérine paraissait à l'œil nu être saine. Les organes génito-urinaires seront, du reste, examinés par M. de Sinéty. M. DUGUET a observé et publié un fait presque identique. Dans tous ces cas, on constate l'existence d'une caduque plus ou moins complétement développée; mais celle-ci peut être rendue au moment des pertes; ainsi, dans son observation, une grande partie de la caduque se détacha au moment des hémorrhagies. Dans ses recherches sur ce sujet, M. Duguet a pu s'assurer que ces accidents n'arrivaient jamais chez des primipares: ce sont sans doute les adhérences dues à une grossesse antérieure qui prédisposent à la ponte extra-utérine.

L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 *avril* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. VILLEMIN, membre correspondant, lit une note sur la

physiologie du sommeil. Le sommeil résulte d'une modification physique de la circulation cérébrale, caractérisée par une *constriction* continue des vaisseaux sanguins.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national. La présentation des candidats est faite dans l'ordre suivant : En 1re ligne M Courty (de Montpellier) ; en 2e ligne *ex æquo*, MM. Azam (de Bordeaux); Bourguet (d'Aix); Denucé (de Bordeaux); Hergott (de Nancy); Notta (de Lisieux). — Après trois tours de scrutin, M. Denucé est nommé par 45 voix sur 67 votants.

M. Lannelongue (de Bordeaux) fait une communication sur un cas de *gastrostomie*. Un homme de 59 ans, sans antécédents et bien portant jusque là, fut pris tout-à-coup de gêne de la déglutition qui alla s'aggravant progressivement, au point qu'à son entrée à l'hôpital Saint-André, six mois après le début du mal quelques cuillerées de lait pouvaient à peine être avalées. — On constata vers le milieu de la portion thoracique de l'œsophage un obstacle très-résistant et absolument infranchissable. — L'amaigrissement était extrême ; mais il n'y avait pas de teinte cachectique ; tous les autres organes étaient sains. — Il ne restait qu'une suprême ressource, *ultima ratio*, pour empêcher le malade de mourir d'inanition, la gastrostomie. — Elle fut pratiquée avec toutes les précautions opératoires indiquées par M. le professeur Verneuil, dans son intéressante communication à l'Académie de médecine, le 31 octobre 1876.

Les suites de l'opération furent très-simples; il n'y eut ni douleurs ni accidents inflammatoires. — L'alimentation se faisait régulièrement par la fistule qui laissait pourtant échapper une notable quantité de liquide, lorsque survinrent des accidents thoraciques qui emportèrent le malade au 26e jour de l'opération.

A l'autopsie on constata que la lésion première de l'œsophage (épithélioma) avait déterminé une perforation bronchique, d'où étaient résultés les phénomènes asphyxiques qui avaient entraîné la mort. Mais l'estomac était solidement adhérent à la paroi abdominale, la fistule gastrique était bien constituée, le succès opératoire était complet.

L'auteur termine par les conclusions suivantes : 1° la gastrostomie est une opération rationnelle, fondée sur l'histoire des plaies et des fistules gastriques, crées expérimentalement chez les animaux ou produites accidentellement chez l'homme; 2° elle est indiquée toutes les fois que l'aphagie rend imminente la mort par inanition ; 3° le manuel opératoire doit être exactement conforme aux règles indiquées par M. le professeur Verneuil, et dont l'un des traits principaux consiste à n'ouvrir l'estomac qu'après l'avoir solidement fixé à la paroi abdominale par l'application minutieuse de nombreux points de suture, afin d'éviter tout épanchement immédiat ou consécutif dans la cavité péritonéale. Quelques modifications de détail pourraient y être apportées; elles consisteraient : 4° à ne pas dépasser en bas, dans l'incision des téguments, le niveau du bord inférieur du huitième cartilage costal gauche pour arriver plus directement sur la paroi antérieure de l'estomac qui est toujours ratatiné et remonte vers le diaphragme, par suite d'une longue abstinence, chez les malades justiciables de la gastrostomie; 5° à ouvrir la paroi antérieure dans le voisinage de la petite courbure afin que les liquides sécrétés ou injectés, trouvant dans un point déclive un espace suffisant où ils pourront s'accumuler, ne s'écoulant pas à l'extérieur; 6° a n'appliquer sur les bords de l'orifice gastrique ni pinces hémostatiques ni fils fixateurs de la sonde laissée à demeure. — Ces moyens exposent aux déchirures et à la mortification, d'où résulte un agrandissement ultérieur de la fistule qui facilite l'issue des liquides.

M. Chassagny présente un certain nombre d'appareils destinés à exercer sur les divers points du corps une compression méthodique. Ces appareils ont été présentés à l'Académie l'année dernière.

M. Gromier (de Lyon), communique à l'Académie un cas d'empoisonnement par l'hydrogène arsenié. Le gaz toxique se dégage des piles au bichromate alimentées par de l'acide sulfurique impur et du zinc impur, deux substances qui contiennent très-fréquemment de l'arsenic.

La séance est levée à 5 heures. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 29 décembre 1876. — Présidence de M. Charcot.

Application de forceps au détroit inférieur; Asphyxie de l'enfant. — Sugillations ecchymotiques. — Congestion intense de la substance tubuleuse des reins, par M. Porak, interne des hôpitaux.

Simon, femme Rimb..., primipare, supposée à terme (dernières règles dans les premiers jours de juin), est entrée dans le service de M. Polaillon, le 21 février 1877. Bonne constitution, pas de maladies antérieures graves, pas de rachitisme. Tous les accouchements antérieurs se sont terminés à la suite d'un travail prolongé, mais jamais on n'a été obligé d'intervenir artificiellement pour les terminer ; couches toujours normales.

La grossesse actuelle n'a rien présenté d'anormal. Elle a ressenti les premières douleurs le 21 février, à 1 heure du matin. A son admission à la maternité annexe, on a constaté que son enfant se présentait par le sommet en O. I. G. A. Douleurs peu vives et très-espacées ; la dilatation du col était complète à 10 heures du soir et la rupture de la poche des eaux eut lieu spontanément ; la tête s'engagea, mais elle resta au détroit inférieur ; les contractions utérines étant insuffisantes pour le faire progresser davantage.

La sage-femme de garde crut nécessaire de faire l'application du forceps à 3 heures du matin, le 22 février. Elle fit ainsi l'extraction d'un garçon, d'ailleurs bien constitué, mais qu'on eut les plus grandes peines à ranimer. Ce n'est qu'au bout d'une demi-heure qu'on obtint le premier cri. Dans la matinée la respiration, qui n'avait, d'ailleurs, jamais été bien établie, s'embarrassa davantage, l'asphyxie fit de rapides progrès, l'enfant devint bleuâtre et mourut vers 10 heures du matin, le même jour.

Autopsie. — *Crâne*. Vaste épanchement sanguin qui a décollé presque tout le petit crâne, surtout marqué au niveau du pariétal droit, au-dessous duquel on remarquait l'impression de la cuiller du forceps. — Pas de fracture de crâne, ni hémorrhagie méningée. — Cerveau sain.

Poumons. Au-dessous des deux plèvres viscérales on trouve des taches noirâtres de la surface de la coupe d'un pois, correspondant à des petits foyers hémorrhagiques du parenchyme pulmonaire. Ils sont irrégulièrement disposés sur les deux poumons et au nombre d'une dizaine de chaque côté. A la coupe du poumon on trouve deux foyers sanguins analogues dans le parenchyme pulmonaire et sans rapport avec la plèvre. Le poumon ne crépite pas, mais surnage. — *Cœur*. Plus volumineux que normalement. est fortement rétracté. Le bord libre des valvules mitrales présente des petits nodules vascularisés. Sugillations ecchymotiques sous le péricarde viscéral.

Reins. Toutes les pyramides tranchent, d'une façon remarquable, par leur coloration noirâtre sur la coloration de la substance intermédiaire et corticale. — Les *capsules surénales* n'ont pas été examinées.

Les cavités péritonéales, les intestins, la vessie ne présentaient rien d'anormal.

Réflexions. — L'intérêt de cette présentation réside seulement dans la lésion rénale. Elle est évidemment une des conséquences de l'asphyxie lente qui a fait périr l'enfant et de la stase veineuse consécutive. Cette lésion a d'ailleurs déjà été décrite par M. Parrot dans ses leçons sur l'athrepsie.

Kyste sébacé de la jambe; par F. Brun, interne des hôpitaux.

Gœpp... Jacques, âgé de 39 ans, employé de télégraphe, entre le 14 février 1877 dans le service de M. Desprès, salle Cochin, lit n° 2. Il y a 3 ans environ, cet homme a vu se développer sur sa jambe et sans cause appréciable une petite tumeur qui, depuis cette époque, a toujours augmenté de volume sans jamais, du reste, être accompagnée d'aucune douleur. Ce n'est que parce qu'elle est devenue gênante, en raison de son volume, qu'il songe aujourd'hui à s'en faire débarrasser.

Cette tumeur siége à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la jambe gauche, sur la face externe. Elle possède à peu près la grosseur d'une noix. Elle est mobile sur les parties sous-jacentes. La peau, à son niveau, a conservé partout sa coloration normale. A la palpation, la tumeur est molle, dépressible; le doigt y détermine des dépressions en godet, comme sur un membre œdématié, et il semble absolument que l'on pétrisse un morceau de beurre. En outre, la tumeur est légèrement biseautée, et la sensation spéciale de mollesse est la même sur les deux lobes. En raison de ces différents caractères, en particulier de cette marche lente et de cette mollesse, M. Després porte le diagnostic de kyste sébacé, diagnostic qui se trouve vérifié par l'examen de la tumeur après ablation. L'existence d'une bride fibreuse au milieu de la masse, rend compte de la division du kyste en deux lobes qui auraient pu en imposer pour un lipôme.

Leucocythémie splénique; tuberculose pulmonaire; hypertrophie avec infiltration granuleuse du foie; par M. H. Barth, interne des hôpitaux.

Voss (Ernest), 39 ans, emballeur, est admis, le 28 janvier 1877, à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Ferner. Cet homme, bien portant dans son enfance et sa jeunesse, a fait, il y a quinze ou dix-huit ans, un séjour en Algérie, pendant lequel il fut atteint de fièvre intermittente; il en souffrit pendant quatorze mois d'une manière à peu près continuelle, puis il se rétablit et passa encore deux années en Afrique, durant lesquelles il ne ressentit aucun trouble dans sa santé. Revenu en France, en 1862, il se porta parfaitement bien pendant une période d'environ dix ans; pendant l'hiver de 1872 il prit une bronchite qui le retint environ un mois au lit, et depuis cette époque il a remarqué qu'il s'enrhumait facilement et qu'il toussait beaucoup pendant la mauvaise saison; néanmoins il ne se considérait pas comme malade. Vers le commencement de l'année 1876, il s'aperçut que son ventre était un peu gonflé et d'une dureté remarquable, surtout du côté gauche; mais il n'en éprouvait aucune gène; les digestions étaient faciles et il n'y avait pas de troubles gastro-intestinaux. En août 1876, le malade fut atteint d'une nouvelle bronchite dont il ne put se débarrasser complétement; la toux, l'expectoration persistèrent; il survint des sueurs nocturnes et de l'amaigrissement. En même temps la tuméfaction du ventre augmenta peu à peu, sans occasionner de vives douleurs; les fonctions digestives n'étaient pas sensiblement troublées, mais il y avait de la constipation. Cet état s'est prolongé sans grand changement jusqu'au mois de novembre; vers cette époque le malade se trouvant sans ressources se fit admettre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gallard. Il fut reconnu atteint de leucocythémie: l'examen du sang pratiqué à plusieurs reprises par M. Darolles, interne du service, montra une augmentation considérable de la proportion des globules blancs, qui étaient au nombre de 1 sur 80 et même de 1 sur 50 globules rouges. Sous l'influence d'un traitement approprié, l'état général s'améliora promptement; la toux cessa presque entièrement, les forces revinrent; en même temps la tuméfaction du ventre diminua, et le 15 janvier 1877 le malade fut envoyé à Vincennes. Le jour même de son arrivée il y prit un refroidissement: la toux reparut, et avec elle une dyspnée intense; il se produisit un peu d'œdème des membres inférieurs. Le 22, se voyant de plus en plus faible, le malade quitta Vincennes et revint chez lui; les jours suivants son état s'aggrava: la toux devint très-fréquente, la dyspnée extrême; l'œdème des jambes prit des proportions considérables. Enfin, le 28 janvier, le malade s'est vu obligé de se faire porter à l'hôpital.

Etat à l'entrée. Il y a un amaigrissement très-marqué, avec rougeur des pommettes et aspect cachectique; le malade paraît très-faible. Le pouls est fébrile, à 96; la peau un peu chaude. L'attention est attirée sur-le-champ par l'état du ventre, qui est fortement développé et présente à la palpation les particularités suivantes: toute la moitié gauche de l'abdomen, de l'hypochondre à la fosse iliaque inclusivement, et depuis la région lombaire jusqu'à la ligne blanche, est occupée par une masse dure, résistante, nullement élastique, dont la surface, unie et sans bosselures, se termine en avant par un bord net, et qui est mobile tout entier dans le ventre; cette masse n'est autre chose que la rate, énormément hypertrophiée, qui mesure environ 24 centimètres dans son plus grand diamètre vertical, sur 22 centimètres dans son plus grand diamètre transversal; elle n'est pas douloureuse à la pression et se déplace en totalité lorsqu'on cherche à la repousser à droite. Dans la moitié droite de l'abdomen on sent au-dessous de l'ombilic le paquet intestinal avec sa souplesse et son élasticité ordinaires, mais plus haut on tombe sur un autre plan résistant qui appartient évidemment au foie; celui-ci dépasse en avant l'arcade, les fausses côtes de 9 à 10 centimètres, sa surface est lisse, son contour, facile à sentir du côté droit, se confond, au niveau de la ligne médiane, avec la tumeur splénique; sa limite supérieure remonte à deux travers de doigt au-dessus du mamelon; son diamètre vertical atteint 22 centimètres sur la ligne mammaire. Malgré ce développement excessif des deux organes abdominaux, le malade n'accuse aucune douleur dans le ventre: l'appétit est bon, mais les digestions sont lentes et difficiles; il y a de la constipation, sans doute, par compression du tube intestinal. La circulation veineuse parait gênée dans les membres inférieurs qui sont assez fortement œdématiés; il n'y a pas d'ascites. On n'observa aucune tuméfaction anormale des ganglions lymphatiques. Le malade se plaint de dyspnée; la toux est fréquente et quinteuse, il y a une expectoration muco-purulente, parfois mêlée de sang. L'examen du thorax révèle une diminution de la sonorité aux deux sommets avec respiration soufflante, accompagnée à droite de nombreux craquements humides; à la base droite on trouve de la matité au tiers inférieur avec diminution des vibrations thoraciques et affaiblissement respiratoire; quelques râle crépitants au même point. Il y a une vive sensibilité à la pression sur le trajet des deux nerfs phréniques et au niveau du bondon diaphragmatique droit. Le cœur paraît sain: les battements et les bruits sont normaux. Les urines, plus abondantes, se troublent par le refroidissement; elles renferment une petite quantité d'albumine.

L'examen du sang montre une augmentation considérable, de la proportion des globules blancs.

On diagnostique une *leucocythémie splénique*, avec une hypertrophie du foie, accompagnée de *tuberculose pulmonaire* au début, et de *pleurésie diaphragmatique* droite.

(Traitement: potion: eau de laurier-cerise, 4 gram.; — 3 granules d'acide arsénieux; — application de teinture d'iode sur la poitrine).

5 *février*. Il y a un peu d'amélioration: la dyspnée est moins forte, l'œdème des jambes a diminué, l'épuisement est moins complet. Mais la teinte cachectique fait des progrès; la peau du visage est sèche et jaunâtre, la rougeur des pommettes est très-accentuée. Le malade mange avec assez d'appétit; les digestions se font bien; il y a de la constipation (lavement huileux).

10 *février*. La dyspnée augmente de nouveau et va jusqu'à l'orthopnée; la circulation abdominale est de plus en plus gênée; il se produit un peu d'ascite; l'œdème des jambes fait des progrès.

14 *février*. Le malade est de plus en plus faible; il refuse les aliments. La suffocation est imminente; la face est cyanosée, les extrémités sont refroidies. Il y a de gros râles muqueux dans la poitrine. Mort le 15 février au soir.

Autopsie pratiquée 36 heures après la mort. La *plèvre droite* présente des lésions de pleurésie chronique: elle est adhérente au poumon dans sa partie supérieure, plus bas elle est épaissie et recouverte, surtout dans sa portion diaphragmatique, de dépôts fibrineux et pseudo-membraneux; elle contient peu de liquide; le *poumon droit* offre, dans ses lobes supérieur et moyen, une infiltration tuberculeuse étendue avec noyaux caséeux ramollis en quelques points, mais sans cavernes. La *plèvre gauche* présente quelques adhérences lâches; sa cavité ne contient pas de liquide; le *poumon gauche* offre une induration assez étendue avec infiltration tuberculeuse dans son lobe supérieur; il est fortement congestionné à sa base. Les *ganglions trachéo-bronchiques* ne sont pas anormalement développés. Le *péricarde* est sain; le *cœur* ne présente ni hypertrophie, ni dilatation; les orifices sont intacts; les cavités remplies de caillots diffluents.

La *rate* présente une hypertrophie considérable sans altération de forme : son poids est de 1800 grammes, son tissu, très-consistant, offre à la coupe un aspect lisse, une surface parfaitement nette, d'un rouge lie de vin, sur laquelle on distingue des tractus blanchâtres formés par les trabécules épaissis de la charpente fibreuse.

Le *foie*, extrêmement développé, pèse 2,500 grammes ; il n'est pas modifié dans sa forme ; sa surface est lisse, mais présente une sorte de piqueté blanchâtre dû à de petites taches isolées, très-nombreuses, de 1 à 2 millimètres de diamètre. A la coupe on reconnait que toute l'épaisseur du parenchyme hépatique est infiltrée de petites masses grisâtres, les unes demi-transparentes, les autres opaques à leur partie centrale qui semble un peu ramollie ; ces petites masses ont l'aspect de granulations tuberculeuses ; elles font sur la surface de coupe une légère saillie ; le tissu qui les environne paraît sain.

Les *reins*, un peu hypertrophiés, sont décolorés à l'extérieur ; il y a de l'épaississement de la substance corticale. Le *péritoine* renferme une assez grande quantité de sérosité ; il n'est pas altéré ; le *tube intestinal* est sain et on ne remarque pas d'hypertrophie des plaques de Péger ; les *ganglions mesentériques* ne sont nullement engorgés. Les autres groupes ganglionnaires sont également intacts.

Réflexions. — Dans cette observation il est impossible de méconnaitre un cas de leucocythémie splénique compliquée de tuberculose ; mais quelle est la signification de la lésion du foie : s'agit-il de dépôts lymphatiques ou de granulations tuberculeuses ? L'une et l'autre hypothèse est permise, et le microscope seul peut trancher la question.

Examen histologique, par M. E. Chambard. Un fragment du foie soumis à l'examen, est durci par l'alcool et la gomme ; les coupes traitées par le pinceau sont colorées au picro-carminate d'ammoniaque. Sur les coupes examinées les lobules hépatiques se distinguent facilement les uns des autres : leurs cellules sont normales, sauf dans les points qui seront signalés plus loin, et les espaces intra-lobulaires ne sont pas élargis. La surface de la coupe est parsemée de granulations arrondies, à bords diffus, colorées en rose par le réactif, les unes isolées, de 50 à 150 millimètres de diamètre, les autres agglomérées, atteignent un ou deux millimètres.

L'étude des granulations isolées, faite à un plus fort grossissement, montre qu'elles sont formées d'éléments embryonnaires extrêmement serrés et difficiles à séparer les uns des autres ; autour de ces granulations le tissu hépatique est sclérosé dans une certaine étendue, et les cellules hépatiques sont légèrement atrophiées. Ces granulations sont développées dans les espaces inter-lobulaires et au voisinage des branches vasculaires de ces espaces.

Les mêmes caractères se retrouvent dans les masses plus volumineuses ; elles sont formées de granulations identiques, réunies en groupe, et séparées par des bandes scléreuses qui renferment dans leur épaisseur des divisions portes oblitérées par du sang coagulé et des canaux biliaires légèrement dilatés. Il résulte de cet examen que les produits pathologiques qui infiltrent le tissu du foie sont de nature tuberculeuse, et ne ressemblent en rien aux productions leucémiques de cet organe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 mars. — Présidence de M. Empis.

Parmi les ouvrages adressés a la Société, M. Besnier signale particulièrement une thèse de M. Mercier sur la *Congestion pulmonaire rapide*, avec œdème aigu du poumon et expectoration albumineuse. L'auteur a mis à profit les discussions qui ont eu lieu il y a quelques années à la Société, des observations nouvelles et quelques expériences sur les animaux.

M. Libermann présente des pièces provenant d'un malade qui a succombé à une *diarrhée de Cochinchine* contractée au mois de mai 1876. Le gros intestin offre les lésions de la dysenterie chronique, et l'intestin grèle paraît sain à l'œil nu. La rate est petite et ratatinée. On a trouvé dans l'intestin un nombre considérable d'*anguillules* qui, 36 heures après la mort, vivaient encore. Chez deux autres malades, M. Libermann a vu aussi des anguillules ; elles diminuaient de nombre et disparaissaient à mesure que les selles étaient plus moulées. D'après cet observateur, les anguillules ne sont pas la cause de la maladie, mais elles trouvent chez les malades qui en sont atteints des conditions favorables à leur développement.

M. Laveran, dans un cas semblable, a constaté dans le gros intestin des lésions visibles à l'œil nu ; mais l'intestin grêle, sain en apparence, offrait au microscope des lésions inflammatoires non douteuses. La muqueuse intestinale était littéralement couverte de ces anguillules qui ont pu être conservées vivantes pendant cinq jours dans de l'eau entre deux plaques de verre. M. Laveran n'est pas éloigné de partager l'opinion de M. Normand, d'après lequel la diarrhée de Cochinchine devrait être rangée dans la classe des maladies parasitaires.

M. Libermann n'a pas été convaincu par les observations. Il faudrait montrer qu'en tuant les anguillules, on guérit la maladie. La santonine, donnée seulement, il est vrai, à la dose de 0,30 centigr., n'a pas paru modifier les symptômes.

M. Dujardin-Beaumetz remarquant l'analogie qu'offrent ces lésions avec celles qu'on trouve dans la dyssenterie de nos pays, demande s'il y a une différence bien nette au point de vue des symptômes.

M. Laveran dit qu'en effet, il y a des différences considérables au point de vue de la marche des accidents. Il est rare d'observer une période aiguë ; la maladie s'établit lentement par une diarrhée sans caractères particuliers. C'est une maladie spéciale, endémique, à foyer bien limité. En outre, il faut noter ce fait important pour la théorie parasitaire, que dans le cas de dyssenterie des autres pays, on ne trouve pas d'anguillules dans l'intestin.

M. Lereboullet, sans se prononcer dans la question étiologique, croit devoir cependant attirer l'attention sur un fait qu'il a observé dernièrement. Il avait dans son service un malade qui avait séjourné six mois en Cochinchine et qui présentait de la façon la plus nette tous les symptômes de la diarrhée de Cochinchine. M. Lereboullet prescrivit de la santonine à dose élevée (1 gramme pendant 3 jours). Le malade fut rapidement amélioré et ne tarda pas à guérir. La guérison s'est maintenue et l'état cachectique a disparu.

M. Laboulbène fait quelques réserves au sujet de l'anguillule. En effet, l'anguillule doit être très-développée dans les eaux de Cochinchine, et il faudrait voir si elle ne se trouve pas dans d'autres maladies que dans la diarrhée de Cochinchine. Il faudrait aussi prouver que cette maladie guérit sûrement par les anthelmintiques. L'histoire du tricocéphale doit nous rendre prudents ; ils sont aussi rares qu'ils étaient autrefois communs.

M. Ferrand lit une note sur le traitement de la fièvre typhoïde par les *bains froids*. (*A suivre*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 avril 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Denucé communique à la Société deux observations intéressantes de corps étrangers des voies aériennes. La première observation est relative à un homme de 40 ans, chez lequel un noyau de prune avait pénétré dans la trachée artère. Cet homme eut des accès de suffocation extrêmement violents, surtout pendant les nuits qui suivirent l'accident. M. Denucé, qui l'examina le 3e jour, constata à l'auscultation un affaiblissement notable de la respiration dans le poumon gauche ; à la percussion, il y avait du même côté une matité légère. La température était inférieure à la normale. M. Denucé, convaincu que le corps étranger siégeait dans la bronche gauche, pratiqua la trachéotomie, et sectionna 5 ou 6 anneaux avec le thermocautère. Le cathétérisme, pour lequel on se servit d'abord d'une sonde à grande courbure, puis d'une pince à polypes laryngiens, permit de sentir le corps étranger. Mais pendant l'exploration, le malade fut pris d'un accès de suffocation accompagné d'hémorrhagie, et il fallut remettre au lendemain une seconde tentative. Cette nouvelle manœuvre fut

encore infructueuse : le corps étranger glissa entre les mors de la pince, et une hémorrhagie assez grave eut lieu. Le soir une troisième hémorrhagie se produisit encore, et dans la nuit le malade eut un abondant vomissement de sang, à la suite duquel il succomba. Le corps étranger fut expulsé dans les efforts de vomissement. A l'autopsie, on constata une ulcération de la bronche gauche, où le noyau de prune s'était fait une sorte de nid. Mais cette ulcération n'était probablement pas le point de départ des hémorrhagies : le poumon était, en effet, très-congestionné, quoique pouvant surnager encore lorsqu'on le plongeait dans l'eau, et le sang provenait sans doute du lobe pulmonaire, où la congestion était le plus intense.

La deuxième observation a trait à un enfant chez lequel un noyau de prune avait également pénétré dans les voies respiratoires. Lorsque M. Denucé vit ce malade (c'était le troisième jour), il y avait déjà de l'emphysème. L'ulcération du canal aérien n'était donc pas douteuse. L'opération fut pratiquée d'une façon identique à la précédente. Lorsque la trachée eut été ouverte, l'enfant eut, comme cela se produit généralement, un accès de toux convulsive qui fut suivi de l'expuition du noyau et d'une assez grande quantité d'un liquide presque purulent. Quelques jours après se déclara une pneumonie franche, mais dont le traitement put avoir raison. Aujourd'hui cet enfant se porte tout-à-fait bien.

Du rapprochement de ces deux faits, on peut tirer quelques conclusions : à volumes égaux, les corps étrangers des voies aériennes déterminent des accès de suffocation plus intenses chez les enfants, et chez eux aussi les ulcérations sont plus rapides. Chez les adultes, les dimensions du canal respiratoire leur permettent de pénétrer plus profondément : chez le premier malade le noyau s'était logé dans la bronche gauche. Il faut remarquer aussi cette tendance congestionnelle du poumon, qui a été assez intense pour produire une hémorrhagie mortelle.

M. Verneuil exprime le souhait que les deux observations de M. Denucé fassent en quelque sorte de la propagande en faveur de la trachéotomie pratiquée au thermo-cautère. Cette opération devient ainsi non-seulement beaucoup plus facile, mais encore beaucoup plus bénigne, et aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

M. Tillaux, quoique tout-à-fait partisan de la trachéotomie par le thermocautère n'est pas aussi optimiste que M. Verneuil, en ce qui concerne la bénignité de l'opération. Il y a quelques semaines, il a pratiqué la trachéotomie chez un adulte, avec le thermocautère, et il a eu néanmoins affaire à une hémorrhagie considérable due à la section du plexus veineux thyroïdien qui avait un développement considérable, ainsi que cela a lieu exceptionnellement chez certains individus.

M. de Saint-Germain a pratiqué trois fois la trachéotomie chez l'adulte : deux fois par le procédé en un temps, une fois par le procédé de Trousseau. M. de Saint-Germain a assisté à trois trachéotomies faites par M. Krishaber : il n'y a eu aucune hémorrhagie, et ces succès plaident en faveur du thermocautère. Chez les enfants, il n'en est pas de même. M. Labric a fait une trachéotomie avec le thermo-cautère, chez un enfant de 7 ans, maigre, par conséquent facile à opérer. Quelques jours après, se formèrent de *larges eschares*, *molles*, *gélatineuses*, et assez profondes pour intéresser la trachée elle-même. En quinze jours, ces eschares guérirent. Mais l'enfant qui, d'ailleurs, se porte bien aujourd'hui, a encore du tirage. Peut-être a-t-il un rétrécissement consécutif à l'eschare trachéale. M. de Saint-Germain préfère donc se servir du bistouri chez les enfants. Au reste, les hémorrhagies sont généralement peu graves. Sur 94 opérations faites avec le bistouri, il ne s'est présenté que deux cas d'hémorrhagie véritablement sérieux ; et quand on se sert d'une canule de grand calibre, l'hémostase est presque immédiatement complète.

M. Gillette a fait deux trachéotomies avec le thermocautère; dans l'un des deux cas l'hémostase a été parfaite.

M. Paulet se déclare aussi tout-à-fait partisan de cette opération. Il a constaté, il y a peu de temps encore, la gravité des hémorrhagies produites par la section des plexus thyroïdiens avec le bistouri. Mais dans le cas auquel M. Paulet fait allusion il n'y avait pas à attendre, le malade allait expirer; il fallait à tout prix ouvrir la trachée. Si le temps l'avait permis on se serait procuré le thermo-cautère qui aurait, à coup sûr évité au malade une perte de sang abondante. D'ailleurs, ce malade a guéri.

M. Després plaide la cause du bistouri. M. Paulet fait voir trop d'ingratitude à l'égard d'une méthode qui a rendu la vie à son malade. Il accuse en outre le thermo-cautère : 1° de ne pas permettre à l'opérateur de savoir exactement ce qu'il fait; 2° de rendre l'opération plus longue ; 3° de produire des escharres qui atteignent une étendue de huit centimètres carrés Non-seulement ces escharres comprennent la peau et les muscles ; mais elles envahissent jusqu'à la trachée dont elles provoquent le rétrécissement comme dans le cas de M. de Saint-Germain. La trachéotomie avec le bistouri est au contraire l'opération la mieux réglée de la chirurgie, pourvu qu'on soit décidé, ainsi que le faisait Trousseau, à n'inciser la trachée que lorsque le fond de la plaie est absolument sec. Or, cela est toujours possible, même chez les enfants.

Dernièrement à l'hôpital Cochin, M. Després a fait une trachéotomie, dans le service de M. Bucquoy, sur un individu de 66 ans, dont le cou était tuméfié, sillonnée de veines volumineuses, et induré à sa partie antérieure par une masse épaisse de tissu lardacé. Ce tissu rendait la trachée presque impossible à découvrir. En pareil cas, il faut chercher le canal respiratoire, soit un peu plus haut, soit un peu plus bas. On fait alors la cricotomie ou la laryngotomie. Le tissu lardacé qui masquait la trachée chez le malade de M. Bucquoy était un cancer, et la cricotomie a réussi.

M. Verneuil a fait ou a fait faire à ses élèves neuf opérations, soit au galvano-cautère, soit au thermo-cautère. Il n'a jamais vu se produire les eschares, dont parle M. Després. M. Krishaber a fait cinq opérations ; M. Mauriac en a fait une. Ni l'un ni l'autre n'ont vu ces eschares. Quant à l'opération de M. Labric, elle a été faite avec une extrême lenteur, l'opérateur redoutant une hémorrhagie. C'était la première fois que M. Labric se servait de l'instrument. Si la section des tissus avait été plus rapide, il y aurait eu moins de rayonnement et les eschares ne se seraient probablement pas produites.

En ce qui concerne l'œdème gélatineux, dont a parlé M. de Saint-Germain, tout le monde sait, et M. de Saint-Germain le premier, qu'on l'observe encore assez fréquemment à la suite des trachéotomies faites avec le bistouri.

M. de Saint-Germain répondant à M. Després, prétend qu'il est impossible de n'inciser la trachée que lorsque le fond de la plaie est sec. M. Archambault, qui pratique admirablement la trachéotomie par le procédé de Trousseau, s'est vu dans la nécessité d'ouvrir rapidement la trachée pour arrêter une hémorrhagie abondante.

M. Denucé a récemment trachéotomisé avec le thermo-cautère un enfant de 7 ans atteint du croup. Il y a eu, en effet, une eschare, mais de très-petite dimension. En tout cas, ce léger accident ne peut pas être une raison suffisante pour qu'on renonce à une opération qui donne d'excellents résultats.

E. Brissaud.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE L'ÉLYSÉE

Séances de 1877.

Des « Tours ; » par M. Despaux Ader.

Messieurs,

Comme il est d'usage dans notre Société, vous m'avez demandé de vous faire l'analyse du travail dont je vous ai fait hommage dans la dernière séance, ayant pour titre : des sociétés protectrices de l'enfance et de la société mère de Paris en particulier ; et pour sous-titre : « Des causes de l'excessive mortalité des enfants en bas âge légitimes ou illégitimes et des moyens d'y remédier. »

Ces questions qui sont à l'ordre du jour depuis longtemps, ont pris dans ces dix dernières années une importance telle que le Gouvernement, sur la présentation d'une loi ayant conservé à juste titre le nom de son auteur, un honorable et savant confrère, M. le Dr Théophile Roussel, a décidé, d'accorder une protection efficace aux enfants du 1er âge et en

particulier aux nourrissons. — Cette loi, promulguée depuis plus de 2 ans, va bientôt, grâce à un règlement d'administration soumis en ce moment au Conseil d'état, être mise à exécution; nous en attendons des résultats les plus satisfaisants (1) ; quoique ce ne soit que le commencement des réformes réclamées par l'opinion publique.

Depuis 11 ans, il s'est fondé en France des sociétés protectrices de l'enfance qui, avec les seules ressources de la charité publique, mais avec le concours d'hommes éminents, de vrais amis de l'humanité, et surtout d'un grand nombre de membres du corps médical, que l'on est toujours sûr de rencontrer partout où il y a du bien à faire, ont travaillé à la conservation de l'enfant, cette graine de l'espèce humaine, et à la moralisation des parents. — Ces sociétés avec très-peu d'argent, mais avec un zèle digne des plus grands éloges, en se mettant en rapport avec un très-grand nombre de médecins de province, surtout avec ceux qui habitent les pays où l'industrie nourricière est le plus en honneur, avaient déjà vu leurs efforts couronnés de succès. D'après notre cher et honoré confrère, M. le Dr Marjolin, un des vice-présidents de la Société protectrice de l'enfance de Paris, la mortalité sur les enfants, depuis la fondation des sociétés protectrices, a diminué de 45 0/0, c'est-à-dire que 59 0/0 qu'elle était en 1866, elle est descendue à 11 0/0. J'ai tenu, messieurs, à vous dire en quelques mots, l'origine, les tendances, l'objet, les attributions, les résultats des sociétés protectrices de l'enfance, et je passe de suite au but de ma communication à la société de l'Elysée, je veux dire l'excessive mortalité des enfants en bas âge, légitimes ou illégitimes et des moyens d'y remédier.

Personne de vous, messieurs, n'a oublié les discussions qui ont eu lieu à l'Académie de médecine en 1866 à l'occasion des travaux de messieurs les Drs Monot et Brochard. De ces discussions qui ont occupé 34 séances de ce corps savant, il est résulté que la mortalité qui sévissait alors sur les nouveau-nés était effrayante ; que certains départements perdaient des enfants que les grandes villes leur envoyaient, 50, 60, 80 et même 90 pour cent; que chaque année, il mourait en France de 100 à 120 mille enfants envoyés en nourrice. — Il résulte aussi d'autres documents que la population de la France qui, en 1789, sur 25,000,000 d'habitants (statistique de Necker), fournissait 963,000 naissances, en 1869, sur 38,000,000 d'habitants ne donne que 999,000 naissances, c'est-à-dire 36,000 de plus qu'en 1789 avec un tiers de population en plus, en 1872 le nombre des naissances n'est plus que de 966,000, en 1873 de 946,364, et en 1874 de 954,000 avec 36.000,000 d'habitants, de 1800 à 1810 la mortalité en France donne 3,19 naissances pour 100 habitants, de 1861 à 1868 elle n'est plus que 2, 66 0/0, en 1871 elle est de 2, 26 0/0, ce qui équivaut à une naissance sur 44 habitants, en 1873 dans le département de la Seine, l'excédant des naissances sur les décès a été de 13,377; mais dans beaucoup de départements, tels que les Hautes-Alpes, l'Aube, le Calvados, l'Eure-et-Loir, le Gers, le Lot, la Garonne, l'Orne, l'Yonne, le Var, le Tarn-et-Garonne, etc, on trouve un excédant de décès sur les naissances. — Pendant ce temps, l'Angleterre et l'Allemagne s'accroissent de 400,000 habitants chaque année, soit 4 millions en 10 ans, l'amoindrissement de la nation vient donc de la diminution dans le nombre des naissances, plus que de la dégénération physique de notre race, puisque en même temps le niveau moyen de la vie augmente, et de 33 ans qu'elle était il y a 60 ans, il est aujourd'hui de 36 ans, mais la dégénération morale est une des causes les plus puissantes d'amoindrissement de la population. L'amour du luxe, des jouissances coûteuses ont envahi le foyer domestique, y a chassé l'enfant, l'empêche même de naitre, de peur d'y amener la contrainte, la gène, les privations que l'on ne veut pas subir. Aujourd'hui la loi établie par Malthus est un article de foi pour nous qui croyons à si peu de choses.

D'après une statistique due à M. Husson, ancien directeur de l'assistance publique, il meurt d'enfants de 0 à 1 an :

En Ecosse 11, 80, 0/0	En Prusse 18, 22, 0/0
En Angleterre 15, 24, 0/0	En Hollande, 19, 73, 0/0
En Belgique 15, 42, 0/0	En Autriche 24, 78, 0/0
En France 17, 51, 0/0	En Bavière 37, 07, 0/0

(1) Voir le n° 13 du *Progrès médical.*

Le pays où la mortalité sur les enfants est la moindre est donc l'Ecosse, celle où elle est la plus considérable, c'est la Bavière ; mais la France en prend plus que l'Angleterre et la Belgique. En France la mortalité diffère suivant les contrées; elle est moindre là où l'enfant est élevé au sein, plus élevée là où domine l'allaitement artificiel, encore plus forte là où l'usage est de nourrir l'enfant avec des soupes et des aliments grossiers, peu en rapport avec la délicatesse de leur estomac. Ainsi, dans la Creuse, elle est de 11, 18 0/0, dans la Manche de 13, 9 0/0, dans la Sarthe de 19, 66, dans le Loir-et-Cher de 20, 89, dans le Loiret de 22, 73, dans l'Yonne de 24, 96, dans L'Eure-et-Loir de 29,52 0/0. La mortalité normale des enfants étant de 10 à 11 0/0. Ces chiffres indiquent une deuxième cause de l'amoindrissement de la France, moins de naissances, plus de décès. L'illégitimité est la troisième cause.

En France il naît un enfant illégitime sur 13,85 des naissances totales. En 1873, le nombre des naissances ayant été de 954,000, la légitimité comptait 884,000 et l'illégitimité 70,000.

Dans le seul département de la Seine, le nombre des naissances légitimes a été de 28,000 contre 16,000 naissances illégitimes. Sur 100 enfants légitimes 13,36 meurent dans le courant de leur première année; sur 100 enfants naturels on compte une mortalité de 35,52, plus du double. A quoi tient cette énorme disproportion ? A la privation de l'allaitement maternel, à l'envoi en nourrice, aux préjugés qui entravent l'application d'une hygiène saine et convenable, aux faiblesses natives pour les enfants illégitimes, aux excès des parents, à leur immoralité, à une mauvaise nourriture mal appropriée aux forces digestives de l'enfant, au manque de soins, à l'absence de protection, de contrôle chez les nourrices dites au rabais où ces enfants sont envoyés, enfin à l'infanticide, cette plaie de notre époque, qu'à mon sens, le rétablissement des tours arrêterait, du moins en partie, dans sa marche toujours croissante. Car ne l'oublions pas, Messieurs, l'enfant illégitime, c'est pour la pauvre mère, la honte, l'abandon, la misère, c'est la débauche ou le crime.

Avant 1811, époque de l'établissement des tours, le nombre des enfants abandonnés était aussi considérable, sinon plus que de nos jours où la population s'est augmentée d'un bon tiers. En 1789, toujours suivant Necker, avec une population de 25,000.000 d'habitants, le chiffre des abandons était de 5,719, en 1790 il était de 5,842. C'est à peu près les mêmes chiffres pour les années qui viennent de s'écouler, mais ce qui a beaucoup augmenté de nos jours, c'est la quantité des mort-nés. Suivant MM. Legoyt, Charles Martin et Montferrand, le nombre des mort-nés en France est de 1 sur 28 naissances; à Marseille, selon M. le Dr Morin, on compte 1 mort-né sur 17,75 naissances légitimes. D'après M. le Dr Vacher, Paris compte de 1856 à 1860, 1 mort-né sur 10, 5 décès. La France entière dans le même espace de temps 1 mort-né sur 21, 6 décès. D'après l'annuaire des longitudes pour 1876 à Paris on a compté :

En 1870 sur 57,586 naissances	4,911	morts-nés.
En 1871 sur 37,410 —	4,365	—
En 1872 sur 56,894 —	4,443	—
En 1873 sur 55,905 —	4,340	—

En 1874, d'après la statistique du Ministère de l'Agriculture et du Commerce, le nombre général des décès en France ayant été de 781,709, le nombre des enfants morts-nés fût élevé à 33,613. C'est un peu plus du 17me du nombre total des décès, et constatons que, depuis 1861, les tours sont fermés. Qui pourrait dire, en décomposant ces chiffres, combien de ces naissances de morts-nés sont dues au crime? Qui pourrait affirmer que la moitié ou le tiers au moins de ces enfants ne seraient pas vivants, si on avait pu les déposer dans les tours, et les confier ainsi à la garde de l'Etat? Pourquoi donc a-t-on supprimé les tours? Pour cause d'économie, dit-on. — Pourquoi, les tours supprimés, tant d'infanticides, pourquoi tant de morts-nés? Il faut avoir le courage de le dire ; les causes sont les vices, l'immoralité toujours croissante de notre époque, l'absence de toute croyance, l'irresponsabilité de l'homme, la triste condition faite aux femmes qui en dehors du mariage, n'ont, pour éviter la misère, que l'inconduite comme unique ressource, toutes les positions qu'elles pourraient occuper étant envahies par les hommes.

Suivant M. de Watteville, inspecteur des établissements de bienfaisance, en 1845, sur 99.033 naissances, on comptait 69.230 enfants naturels. Sur ce dernier nombre 25.229 ont été déposés aux hospices, tandis que les 922.803 enfants légitimes n'ont fourni aux hospices qu'un dixième en 1845. Suivant toujours M. de Watteville, 52 départements accordent des secours aux filles-mères, et ne donnent que 1 exposition sur 49 naissances; dans les autres départements où on ne vient pas au secours des filles-mères, on compte 1 abandon sur 32 naissances. Déjà en 1845, il y avait donc plus d'abandons, là où l'on ne venait pas au secours des filles-mères. Il ajoute que les départements qui n'ont pas de tours comptent moins d'expositions que ceux qui en ont. Cela se conçoit, mais il ne dit pas combien, dans ces départements, on compte de morts-nés, combien on y compte d'infanticides. C'est là pourtant qu'est la question, car si on démontre que les morts-nés et les infanticides augmentent là où les expositions diminuent, à cause même de cette absence de tours, on arrivera à cette conclusion: qu'il vaut mieux qu'un enfant soit abandonné que tué, que l'Etat le recueille et l'élève que d'avoir à punir de pauvres filles le plus souvent victimes de la misère, ou de leur mauvaise éducation, ou à gémir sur des crimes qu'il ne peut atteindre. C'est l'opinion du journal *la Croix-Rouge* de Bruxelles, de M. Rapet, du *Journal des Economistes*, de M. Lallemant, de M. Bethmann (de Bordeaux), de M. Dutroguet (de Rochefort), de M. Vialla (de Rodez), et de beaucoup d'autres.

Suivant M. le docteur Brochard, la proportion des morts-nés a monté de 1860 à 1870, de 1 sur 9, 7 à 1 sur 7 naissances; en 1866, à Bordeaux, on n'a compté que 6 avortements et infanticides, mais il a été inscrit à l'état civil 393 morts-nés; en 1867, 544; en 1868, 626. 1 mort-né sur 7 naissances, en 1873, à Marseille; tandis que la proportion des morts-nés légitimes est de 8 0/0, celle des morts-nés illégitimes est de 12 0/0. A Lisieux, d'après M. le docteur Notta, depuis 10 ans, le nombre des morts-nés a doublé; à Lille, d'après M. le docteur Houzé de L'Aulnoit, il s'est accru d'un huitième. D'après M. le docteur Bertillon, cet accroissement dans la mortalité des enfants illégitimes a été dans le rapport de 100 à 186 dans la période de 1858 à 1867. De 1868 à 1870 il s'est même élevé à 207. M. le docteur Dunant (de Genève) constate à peu près les mêmes proportions pour sa ville. La Bavière compte 1 naissance illégitime pour 3,58 naissances légitimes, la Saxe, 1 naissance illégitime pour 5,49 naissances légitimes.

Tels sont Messieurs, quelques-uns des chiffres contenus dans ce mémoire. Ils ont pour but, du moins cela a été mon intention, de prouver que la population de la France diminue chaque année, alors que la richesse, la puissance d'un pays résident dans le nombre de ses enfants; que cette diminution tient à ce que la mortalité des enfants en bas âge augmente. Que l'illégitimité fait chaque jour des progrès sensibles, que la mortinatalité en augmentant porte plus particulièrement sur les enfants illégitimes. Qu'il est utile, nécessaire même, que le gouvernement ouvre enfin les yeux sur cette effrayante dépopulation de notre cher pays, qu'un des moyens pour y remédier est le rétablissement des tours, qu'un autre de ces moyens, c'est d'encourager les filles-mères à nourrir leurs enfants, et, à cet effet, de les secourir largement. Je sais bien qu'il y a contre l'application de ces mesures des raisons sérieuses, qui ont une grande valeur, surtout la crainte d'encourager le vice, la débauche, mais je crois que le mal que je signale est plus grand encore que celui qui pourrait résulter du rétablissement des tours.

L'administration sera-t-elle de cet avis? Il y a à craindre que non, puisqu'elle pense même, sans doute toujours dans un but d'économie, à supprimer la direction municipale des nourrices, et à laisser à l'industrie seule cette importante besogne, où un contrôle sérieux et efficace est si difficile à établir. L'augmentation du secours à domicile est à coup sûr une des mesures les plus importantes, mais en outre qu'elle coûtera cher, elle n'aura une efficacité réelle que si elle est accompagnée du rétablissement des tours.

Telle est, Messieurs, l'analyse de mon mémoire, je suis heureux de la soumettre à votre appréciation, attendant de la discussion qui va s'ouvrir, de nouvelles lumières, de nouveaux arguments en faveur de la thèse que j'ai soutenue. Le moment est propice, Messieurs, pour obtenir une solution quelconque à ces questions. Il s'est formé à la Chambre des députés, une Commission extra-parlementaire, composée de tous les médecins députés; cette Commission fait appel à toutes les intelligences, elle est prête à soutenir devant le Parlement toutes les questions d'hygiène qui lui seront signalées avec de bonnes raisons à l'appui, profitons-en, messieurs; la question de l'enfance ne tient pas seulement à l'hygiène, elle se rattache plus particulièrement à l'économie sociale, et je ne sache pas qu'il y ait en France de corps constitué plus patriotique que le corps médical et plus capable d'émettre un avis dans une question de cette importance.

REVUE CHIRURGICALE

I. **Traité pratique des maladies de l'ovaire;** par M. A. Boinet, G. Masson, 1877.
II. **Traité des maladies du rectum et de l'anus;** par D. Mollière, G. Masson, 1877.
III. **Leçons de clinique chirurgicale;** par Sir James Paget, traduites par L. H. Petit. Germer-Baillière 1877.
IV. **Manuel de pathologie chirurgicale;** par A. Jamain et F. Terrier, 3e édition. Germer-Baillière, 1877.
V. **Manuel de médecine opératoire;** par Malgaigne et Lefort, 8e édition. Germer-Baillière, éditeur.
VI. **Des fractures de l'extrémité supérieure du tibia;** par le Dr A. Heydenreich, interne des hôpitaux. A. Delahaye, 1877.
VII. **Etude clinique sur le cancer du corps de l'utérus;** par F. L. Pichot, 1877.

I. Le traité pratique des maladies des ovaires, dont M. Boinet nous livre aujourd'hui la deuxième édition est l'œuvre d'un praticien distingué qui a beaucoup vu et qui connait dans tous leurs détails les travaux des autres sur le même sujet. L'expérience de l'auteur est assez vieille, son jugement assez mûr pour faire un choix et donner des conseils capables de guider vers le succès. Les maladies de l'ovaire occupent d'ailleurs une place assez importante dans la pathologie féminine pour qu'elles soient dignes d'être l'objet d'une monographie. Nous nous contenterons de signaler les excellents chapitres sur l'anatomie des ovaires et des trompes de Falloppe, sur les déplacements, les anomalies, les hernies et les inflammations de ces organes pour exposer avec plus de détails les kystes de l'ovaire qui occupent de beaucoup la plus grande partie du volume.

Pourquoi le tissu de l'ovaire est-il un terrain si fécond pour la production des kystes? Il s'y forme non-seulement des cavités closes en grand nombre; mais la plupart des tumeurs qui y prennent naissance renferment aussi des kystes. Cette prédisposition de l'ovaire peut venir non-seulement de sa structure particulière, mais aussi du rôle physiologique que cet organe remplit chez la femme, aussi bien dans les phénomènes de la menstruation que dans ceux de la génération. C'est, d'après M. Boinet, l'idée-mère qui doit dominer dans la recherche et l'appréciation des causes de cette fertilité pour les kystes. Aussi, avec beaucoup d'auteurs pense-t-il que ceux-ci ne consistent que dans une hydropisie simple ou compliquée des vésicules de Graaf: au moment de la puberté, elles se développent, et elles se rompent successivement: ce sont des espèces de kystes en miniature. Nous ignorons sous quelle inflence ce développement normal et régulier est exagéré. Mais souvent, on a constaté un état congestif de la vésicule, et des hémorrhagies dans sa cavité, phénomènes précurseurs d'une effusion subséquente de liquide. C'est aussi à l'hydropisie de l'ovule, chassé de l'ovaire et greffé sur la trompe, où il se développe anormalement que l'auteur attribue l'origine des kystes tubaires. Il reconnait cependant, avec M. Verneuil, que certains kystes sont produits par la dilatation des tubes de l'organe de Rosenmüller. Il décrit aussi des kystes proligères de M. Paget, et signale les épithéliomas kystiformes de M. Malassez.

L'anatomie pathologique comprend les divisions suivantes:

1° kystes simples ou uniloculaires, dénomination sous laquelle il étudie les kystes indivis et les kystes hydatiques; 2° les kystes tubo-ovariques décrits d'abord par Richard et Bauchet. 3° les kystes multiloculaires ou composés; 4° les tumeurs dites fibro-kystiques dont il nie l'existence et les cysto-sarcomes et cysto-carcinomes; 5° les kystes dermoïdes ou fœtaux dont l'histoire et la pathogénie sont rapportées avec les détails les plus intéressants.

Des chapitres particuliers sont consacrés à l'étude des adhérences dans les kystes de l'ovaire, aux complications, à l'action de ces tumeurs sur les organes voisins et enfin à la composition chimique et aux caractères des liquides contenus.

Revenons, en quelques mots, sur ces tumeurs que nous avons désignées sous le nom de fibro-cystiques. D'après beaucoup d'observateurs, on rencontrerait, tantôt développées aux dépens de l'ovaire, tantôt sur l'utérus, certaines tumeurs presqu'entièrement solides, mais contenant un ou plusieurs kystes pleins d'un liquide qu'on a extrait par la ponction; elles causent aux opérateurs les plus grands embarras, lorsqu'après avoir ouvert l'abdomen, ils se trouvent en présence d'une masse morbide de ce genre. Ceux qui les ont rencontrées, les ont comparées aux tumeurs fibreuses utérines. M. Boinet, prenant les observations les unes après les autres, établit que ces tumeurs ne ressemblent nullement aux myomes utérins et qu'ils appartiennent à la classe des cysto-sarcomes, mais la masse solide y prédomine considérablement. Cette discussion n'a plus sa raison d'être depuis les progrès de l'anatomie pathologique: mais le fait de l'existence de tumeurs presqu'entièrement charnues et creusées d'une ou deux cavités kystiques, implantées largement sur les organes du petit bassin, conserve toute son importance au point de vue du diagnostic et de l'opération. Exprimons un regret, c'est que l'auteur se soit borné à une simple mention de ces épithéliomes myxoïdes à cavités kystiques si bien décrites récemment par M. Malassez. Cette question des tumeurs kystiques de l'ovaire est, en effet, d'un gros intérêt, depuis que M. Panas a appelé l'attention à la Société de chirurgie sur ce fait, que certains kystes de l'ovaire opérés récidivent non-seulement sans cavités closes, mais sous forme de tumeurs malignes et envahissantes.

Les symptômes et le diagnostic des kystes de l'ovaire constituent un chapitre écrit avec une remarquable clarté, et dont la lecture sera précieuse aux praticiens. Il nous suffira d'en indiquer les principaux éléments pour montrer à quelle source féconde de renseignements on pourra puiser. Comment distinguer un kyste uniloculaire d'un kyste multiloculaire, telle est la première question que résout l'auteur avec la plus grande précision? Puis, il cherche quel est le liquide contenu, à l'aide de renseignements fournis par la percussion et la palpation. Est-il séreux ou sanguin, albumineux ou filant? Solution importante à trouver pour le pronostic et le choix du traitement. La nature, le siége, la forme, l'adhérence des kystes avec les organes voisins sont l'objet d'une étude toute spéciale et fort complète: les signes des adhérences générales ou partielles, viscérales ou pariétales, profondes ou superficielles sont décrits avec un soin tellement minutieux qu'il paraît impossible, en lisant l'auteur, de ne pas parvenir à acquérir avant toute opération, des notions suffisantes pour se guider dans l'ovariotomie et prévoir les difficultés qu'on aura à surmonter.

Le diagnostic différentiel est établi successivement avec les grossesses normales, les grossesses extra-utérines, l'accumulation du sang dans la cavité utérine, l'ascite, l'hydropisie enkystée du péritoine, les tumeurs fibreuses, les corps flottants, les kystes du rein, de la rate, etc....

Que d'histoires instructives et avec un style plein de chaleur, il raconte sur les erreurs très-nombreuses, qui ont été commises dans le diagnostic des kystes de l'ovaire avec la grossesse et les tumeurs utérines, par des praticiens éminents, et même par de savants professeurs! Il nous apprend aussi à reconnaître la présence des anses d'intestin au-devant des kystes, et avec Spencer Wells, les hypertrophies et les kystes du rein.

Quatre méthodes de traitement des kystes de l'ovaire méritent quelque confiance et ont chacune leurs indications particulières: 1° Les ponctions simples; 2° Les ponctions avec injections iodées; 3° Les ponctions avec sonde à demeure et injection iodée; 4° L'incision, après l'application de caustique, et le morcellement et la suppuration; 5° L'ovariotomie.

Pour connaître quels sont les avantages que les malades peuvent retirer de l'expectation et des ponctions palliatives, on a analysé un certain nombre d'observations qui ont donné une conclusion assez triste. D'après Robert Lee, 90 fois sur 123, ou 3 fois sur 4; ou 73 pour 100, la maladie s'est terminée fatalement dans l'espace de 5 ans, et chez un 1/3 la mort est survenue six ans après la constatation de la maladie. — Dans 100 cas, la mort a eu lieu 46 fois après la première ponction, 10 fois après la seconde, et 25 fois après 3 à 8 ponctions, etc... — Quoi qu'il en soit, la ponction palliative a ses indications; elle devient nécessaire, indispensable, quand la suffocation est imminente, et que des accidents dus à la compression viscérale se manifestent. Elle peut aussi être indiquée dans le cas de grossesse compliquée de kystes de l'ovaire. Cependant la conduite à tenir varie selon les conditions suivantes. Si le kyste n'est pas très-volumineux, si son contenu n'est ni épais, ni solide et qu'il soit compressible par la tête de l'enfant, s'il n'est pas enclavé dans le petit bassin, l'accouchement pourra se terminer heureusement. Il faudra tenter de refouler le kyste au-dessus du détroit supérieur. D'après Jetter et Gallet, sur 215 accouchements, 70 fois, celui-ci se termina par la seule force de la nature; 23 fois le refoulement du kyste fut entrepris, mais ne réussit que 14 fois seulement; sur les 23 femmes, 19 survécurent et 13 enfants vinrent au monde vivants. — La ponction et l'incision furent faites dans 17 cas; la ponction seule dans 8 cas; 11 mères et 4 enfants survécurent. — Le forceps fut employé dans 13 cas; 7 fois seul et 2 fois avec la crâniotomie. Cet instrument ne doit pas être utilisé avant d'évacuer le kyste, dont la rupture serait dangereuse. — La version podalique exécutée 15 fois donne comme résultat: 7 mères et un enfant survivants. — Crâniotomie et perforation, 24 cas; 12 mères survivent. — Opération césarienne, 3 fois: 2 fois sur le vivant, une fois après la mort.

D'après M. Boinet, la ponction abdominale suivie d'une injection iodée convient aux kystes uniloculaires simples, exempts d'adhérences, sans complication aucune et renfermant un liquide clair, séreux, hydatique, séreux sanguinolent ou purulent.

« La ponction des kystes avec la sonde à demeure et les injections iodées doivent être réservées pour les kystes uniloculaires non adhérents, renfermant un liquide épais, filant, huileux, albumineux et aussi pour les kystes simples, séreux, qui ont résisté à plusieurs injections iodées. »

Autrefois employé par Ledran, Delaporte, l'incision des kystes après applications successives de pâte de Vienne a été dernièrement essayée avec des résultats heureux par MM. Demarquay et Jary (de Nantes), dans des cas où les kystes, en raison de leurs nombreuses et solides adhérences, ne pouvaient être extirpés par l'ovariotomie.

« La quatrième méthode ou ovariotomie est réclamée par les kystes composés, multiloculaires, renfermant des liquides épais, filants. C'est encore elle qui convient aux kystes uniloculaires qui n'ont pu être guéris par les injections iodées. »

Contrairement à beaucoup d'auteurs, M. Boinet ne veut pas que l'on pratique l'ovariotomie pour tous les kystes de l'ovaire: « Malheureusement, dit-il, on ne se donne plus la peine aujourd'hui de savoir si un kyste est uniloculaire, si le liquide qu'il contient est séreux, limpide, et dans des conditions favorables pour l'injection iodée... On se contente de savoir qu'il existe un kyste. On fait l'ovariotomie et comme cette opération guérit mieux dans les kystes simples, uniloculaires, que dans les kystes multiloculaires ou compliqués et qu'en fin de compte, on a fait une opération qui a plus de retentissement qu'une simple ponction suivie d'une injection iodée, certains chirurgiens rejettent ce dernier traitement qu'ils blâment sans le connaître et souvent sans l'avoir expérimenté. »

Ce jugement nous paraît bien sévère pour les ovariotomistes. Quoique les résultats de M. Boinet soient satisfaisants (sur 100 opérées par l'injection iodée, il compte 81 succès

complets), nous croyons que sur ce point, il est difficile de se prononcer à l'heure actuelle. Les partisans de l'ovariotomie dès le début répondent qu'elle est beaucoup plus difficile et plus dangereuse après une ou plusieurs ponctions et que les adhérences provoquées par l'injection, la rendent plus difficile. Le reste de l'excellent livre de M. Boinet est consacré à l'histoire de l'ovariotomie, à ses indications et contre-indications, à la description de l'opération, aux accidents qui l'accompagnent ou la suivent, et à l'étude statistique des résultats qu'elle a fournis. Il se termine par la description des procédés suivis dans l'extirpation des tumeurs fibreuses péri-utérines, par la gastrotomie ou l'hystérotomie; H. DURET.

HYGIÈNE

De la convalescence; par le docteur C. DES BARRES.

S'il parait absurde, de prime abord, d'admettre un état intermédiaire entre la maladie et la santé, puisque la première est la négation de la seconde, avec un peu plus de réflexion, il est possible d'admettre qu'une première maladie peut en amener après elle une deuxième, complètement distincte, constituée d'une manière exclusive par un état général de dénutrition. C'est à cette succession morbide précédant le rétablissement complet de la santé, que les pathologistes ont donné le nom de convalescence.

Que l'on considère la convalescence comme une période de transition, ou qu'on ne reconnaisse en elle que l'état de langueur qui subsiste dans les diverses fonctions plus ou moins longtemps après une maladie grave, troujours est-il que le fait prédominant dans les deux hypothèses, c'est la persistance d'un état de débilité et de déficience organique, de paresse fonctionnelle.

Toute affection morbide altère chez l'individu les conditions normales de la nutrition, puisque la somme de l'entrée est toujours de beaucoup inférieure à celle de la sortie : dénutrition et hydroémie voilà donc les conditions anatomiques fondamentales de la convalescence ; sa symptomatologie est de même caractéristique.

Le convalescent est généralement pâle et amaigri ; ses fonctions nervo-musculaires sont chancelantes, et l'impressionnabilité nerveuse toujours exagérée ; la lumière le fatigue ; les bruits de tout genre l'incommodent ; les odeurs fortes lui deviennent insupportables, et lorsqu'arrive la fin du jour, l'endolorissement des membres et l'atonie intellectuelle ont acquis leur apogée. Si l'appétit est bon chez le convalescent, la digestion laisse, par contre, beaucoup à désirer, par cela même que la sécrétion des sucs gastriques n'est pas proportionnée au besoin instinctif qu'il éprouve d'une alimentation plus copieuse. Dans ces conditions, le double objectif du praticien doit consister, d'une part, à favoriser la prompte réparabilité de l'organisme, de l'autre, à modérer l'exercice et l'activité de ses fonctions.

Parmi ces agents à la fois réparateurs et modérateurs indispensables dans la convalescence tous les traités classiques, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, ont préconisé le vin, et ce d'autant plus volontiers que l'alimentation doit être alors plus fréquente et plus souvent renouvelée.

Agissant tout à la fois comme aliment plastique, comme aliment respiratoire et comme aliment d'épargne, le vin produit des effets salutaires d'autant plus certains et profonds, qu'en raison de sa densité plus voisine de celle de l'eau, il est absorbé moins rapidement que l'eau-de-vie.

L'expérimentation a démontré en effet, que le vin s'absorbe sans subir d'autre modification que celle qui résulte de son mélange avec les sucs gastriques ; en conséquence, les ferments digestifs n'ont pas besoin d'intervenir pour en favoriser l'absorption et régulariser leur rôle dans les actes ultérieurs de la nutrition.

La complexité des matériaux organiques qui entrent dans la composition du vin (alcool — tannin — tartrate de potasse — sels alcalins), et qui, à certains égards, se rapprochent de ceux de l'organisme humain, rendent ainsi parfaitement compte de l'action restaurante qu'il exerce sur les individus épuisés par la maladie ou par une alimentation insuffisante.

Dans ces occurrences, au premier rang viennent se placer les vins astringents tanniques (avec sucre et alcool) et parmi ces derniers, celui que Gay-Lussac et Bouchardat ont reconnu comme type de la classe, le vin de Saint-Raphaël (possédant de 15 à 16 0/0 d'alcool, alors que le Bordeaux en contient 8 à 9 et le Bourgogne 11 à 12).

Parmi cette cohorte de professeurs illustres et de médecins distingués qui se sont succédé dans les hôpitaux de Paris, depuis l'introduction faite par Soubeyran, dans les caves de la pharmacie centrale, du vin de Saint-Raphaël, il n'en est aucun qui ne compte par centaines les succès obtenus dans le traitement des convalescences de toute nature.

VARIA.

Bien des fois nous avons appelé l'attention de nos lecteurs et celle de l'administration sur l'utilité, incontestable pour tout homme de bon sens, de la création d'une *Ecole d'infirmiers et d'infirmières*. Ce que l'administration n'a pas encore essayé, l'initiative individuelle vient de le réaliser. Voici le programme de l'Ecole de garde-malades laïques, fondée par M. Duchaussoy, auquel nous sommes heureux d'adresser nos plus sincères félicitations.

Ecole de garde-malades et d'ambulancières

FONDÉE PAR LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE PARIS.

Les cours se feront les mardi, jeudi et samedi, à huit heures du soir, à la mairie du VIe arrondissement; ils sont gratuits. Le premier se fera le samedi 14 avril. Les interrogations et les exercices pratiques auront lieu après chaque leçon. Les examens pour l'obtention du diplôme auront lieu après la clôture des cours, ils seront passibles d'un droit de vingt francs.

Matières de l'enseignement. — Soins à donner aux femmes en couches, professeur, M. Martel, avril et mai. — Soins à donner aux enfants nouveau-nés, professeurs, MM. Caron et Laburthe, avril et mai. — Notions générales de médecine, professeurs, MM. Pruvost et Bouloumié, avril, mai et juin. — Premiers soins à donner aux blessés, professeur, M. Guillon, mai. — Soins généraux à donner aux malades, professeurs, MM. Duchesne et Déel, mai, juin et juillet. — Notions générales d'hygiène, professeurs, MM. Benoist de la Grandière et Michel, juin et juillet. — Petite chirurgie, bandages, appareils, professeurs, MM. Gillet de Grandmont et Brochin, juin et juillet. — Pharmacie, professeurs, MM. Jolly et Gigon, juillet. — Hygiène des vieillards, soins dans la folie, la paralysie, professeurs, MM. Muselier et Lacroix, juillet. — Anatomie et physiologie, professeurs, MM. Duchaussoy et Chevalet, juillet et août. — Frictions, massages, notions d'hydrothérapie, professeurs, MM. Bouland et Philbert, juillet et août.

S'adresser, pour les renseignements, soit à M. le d^r Duchaussoy, directeur de l'Ecole, rue des Beaux-Arts, 8 ; soit à M. le d^r Duchesne, sous-directeur, rue des Saints-Pères, 85 ; soit à l'un des professeurs.

Les infirmières en Angleterre.

The Lancet (n° du 3 mars), nous apprend que l'Association métropolitaine et nationale des infirmières, qui a été fondée pour procurer des garde-malades *instruites* aux malades pauvres a tenu son assemblée annuelle, au siége de l'Association, 23, Bloomsbury-Square, le 19 du mois dernier. Un membre du Parlement, M. W. Rathbone, présidait en l'absence du duc de Westminster. Il résulte du rapport que 175 malades ont été soignés par l'Association et que chaque cas a donné une durée moyenne de 23 jours et demi. Le secrétaire déclare qu'il est nécessaire de fonder une *nouvelle maison d'infirmières* pour les quartiers d'Islington et de Clerkenwell. Nous voyons dans le rapport du *The Lancet*, qu'on a besoin de nouveaux fonds ; mais nous n'avons aucun doute qu'on ne les obtienne, surtout si l'on a soin de publier des renseignements sur l'œuvre, une analyse des cas qui ont été soignés montrant la nature des maladies et la position sociale des malades, enfin, un état officiel des dépenses faites, afin de faire voir qu'on a été économe et qu'on a rendu des services.

Tous les jours de nouveaux faits viennent démontrer l'insuffisance des infirmiers des hôpitaux et exposent l'administration à des attaques désagréables. Cette raison, jointe au désir qu'elle doit avoir de secourir le mieux possible les malheureux, doit l'engager à étudier à bref délai l'organisation d'une école professionnelle d'infirmiers et d'infirmières.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. BUDIN et PINARD commenceront le lundi 16 avril, à 4 h. 1/2, la seconde partie de leur cours (2e mois) : opérations, dystocie, exercices pratique. — S'adresser : 29, rue Monsieur-le-Prince.

Maladies des voies urinaires. — Le d^r RELIQUET a commencé son cours sur les opérations des voies urinaires, le vendredi 13 avril, à 5 h., dans l'amphithéâtre n° 2, de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

Embryogénie. — M. le d^r DARESTE, reprendra ses conférences d'embryo-

génie à son laboratoire de l'Ecole pratique, le jeudi 19 avril, à 4 h., il traitera, pendant le second semestre : *De la production artificielle des monstruosités.*

Cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie. — M. le d^r Ch. Fauvel a recommencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continue les lundis et jeudis à midi. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes du traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. — Le miroir laryngien est éclairé par la lumière Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois, de bien voir l'image de la région explorée.

Examens. — M. Martin-Damourette, recommencera ses cours préparatoires aux 3e et 4e examens du doctorat en médecine et au 1er de fin d'année le mercredi 18 avril, à une heure, rue de Seine, 70. Les cours du 3e et du 4e examens du doctorat seront terminés dans la quinzaine qui suivra la fermeture des consignations à la Faculté pour ces examens.

Pathologie externe. M. Benjamin Anger, agrégé, a commencé son cours le mardi 10 avril, à 4 h., dans le petit amphithéâtre et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Sujet du cours (Maladies des os et des articulations, anévrysmes, tumeurs, etc.).

Errata. — C'est par erreur que dans notre dernier numéro nous avons attribué à M. Chatillon, l'article sur la glycérine paru dans le dernier fascicule des Archives de physiologie. Ce travail est de M. A. Catillon

Mortalité a Paris. 1,851,792 habitants (recensement de 1872). Pendant la semaine finissant le 12 avril 1877, on a déclaré 1,053 décès, soit 29.6 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 13; — rougeole, 11; — scarlatine, »; — variole, 6 ; — croup, 14; — angine couenneuse, 40; — bronchite, 40; — pneumonie, 87; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 13; — choléra nostras, »; — dysentérie, 2; — affections puerpérales, 4; — érysipèle, 11; — autres affections aiguës, 281; — affections chroniques, 464, dont 201 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 40; — causes accidentelles, 27.

Faculté de Médecine. — *Cours complémentaire de chimie.* M. Gautier, agrégé, commencera ce cours le samedi 14 avril, à midi (petit amphithéâtre) et le continuera les mardis, jeudi et samedi suivants, à la même heure. Le professeur fera d'abord l'étude des métaux et des combinaisons métalliques usuelles en médecine. Il traitera ensuite la chimie organique et spécialement les ammoniaques composés, les alcaloïdes, l'urée et les uréides, les combinaisons aromatiques. (Essences, camphre, etc., etc.)

Avis aux étudiants. — MM. les étudiants sont priés de déposer leur feuille d'inscription la veille du jour où ils doivent prendre leur inscription. Cette formalité est indispensable pour la préparation des dossiers.

Cours d'histoire naturelle médicale. M. le professeur Baillon, momentanément empêché, a été suppléé pendant son absence par M. de Seynes, agrégé, à partir du lundi 9 avril. M. de Seynes continue le sujet commencé par M. le profeseur Baillon. — M. le professeur Vulpian commencera son cours le samedi 14 avril, à 2 h.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint Louis. — Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques. — Service de M. Hillairet. — Visite à 9 h. Consultation externe le mardi. Jeudi, conférences cliniques sur les maladies de la peau, salle Henri IV à 9 h. — Pavillon Gabrielle : 16, lèpre tuberculeuse. — Salle Henri IV : 2, syphilide ulcéreuse de l'aile du nez; 16, syphilide papulo-squameuse confluente ; 27, acné molluscoïde. — Salle Saint-Louis : 16 : mycosis fongoïde.

Service de M. Lailler. — Visite à 8 h. 1/2. Consultations externes le mercredi. Vendredi conférences cliniques sur les affections cutanées, leur traitement, salles Sainte-Foy et Saint-Mathieu à 8 h. 1/2. Lundi, spéculum. — Salle Sainte-Foy : 15, psoriasis ; 17, syphilide ulcéreuse serpigineuse de la région sacrée. — Salle Saint-Mathieu : 25, ecthyma ; 32, acné sébacée, 54, purpura hémorrhagique ; 65, lupus érythémateux.

Service de M. Guibout. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le vendredi. Lundi leçon clinique sur les maladies des femmes, salle Henri IV, à 9 h. Samedi et lundi conférences cliniques sur les maladies de la peau, salles Henri IV et Saint-Charles à 8 h. 1/2. — Salle Henri IV : corps fibreux sous-péritonéaux de l'utérus. — Salle Saint-Charles : 11, cancroïde, 37, onyxis syphilitique ; 43, paraplégie.

Service de M. Vidal. Visite à 9 h. Consultation externe, le jeudi, lundi, à 10 h. Leçon sur l'étiologie, le diagnostic et la thérapeutique des affections cutanées. — Salle Saint-Jean, vendredi à 9 h. Conférence clinique au lit des malades, mercredi, traitement du lupus par les scarifications, samedi, spéculum. — Salle Saint-Ferdinand : accouchements. — Salle Sainte-Marie 19 mycosis fongoïde. — Salle Saint-Jean : 11, paraplégie hystérique ; 15, sclérodermie ; 20, adénie ; 19 *bis*, molluscum généralisé ; 29, gomme de la langue ; 28, zona crural ; 54, épithélioma de la lèvre inférieure ; 56, chancre infectant de la lèvre inférieure ; 71, icthyose congénitale ; 74, epithélioma du nez ; 78, scrofulide ou syphilide ulcéreuse du voile du palais et du pharynx.

Service de M. Besnier. Visite à 8 h. 1/2, consultation externe le lundi, mercredi, 9 h. conférence clinique. — Salles Saint-Thomas et Saint-Léon : samedi à 9 h., cours élémentaire de pathologie cutanée (laboratoire de la salle Saint-Léon ;) vendredi spéculum. — Salle Saint-Charles : 46, syphilide végétante de la lèvre et du front ; 54, scrofulide phlegmoneuse ; 72, icthyose. — Salle Saint-Thomas, 56, mycosis fongoïde ; 75, épithélioma ulcéré du nez.

Service de M. Fournier. Visite à 9 h., consultation externe le samedi, mardi conférences cliniques sur les maladies syphilitiques au lit des malades. — Salles Saint-Thomas et Saint-Léon à 8 h. 1/2 : vendredi, cours complémentaire de la Faculté sur les maladies syphilitiques à l'amphithéâtre d'opérations à 9 h. 1/2. Salle Saint-Thomas : 2, syphilides malignes ; 7, syphilis cérébrale ; 21, nécrose du crâne, dénudation de la dure-mère ; 30, néphrite interstitielle ; 38, aphasie. Salle Saint-Louis : 35, glossite tertiaire ; 31, cancer du péritoine ; 49, abcès péri-uréthral.

Cliniques chirurgicales. — Service de M. Péan. Visite à 9 h. consultation externe, lundi, mercredi, vendredi ; samedi, opérations et clinique chirurgicale à l'amphithéâtre ; mardi spéculum. — Salle Sainte-Marthe : 40, retrécissement du rectum, fistule ; 41, épithélioma du sein ; 51, épithélioma de la vulve et du vagin opéré. — Salle Saint-Augustin : rétrécissement syphilitique du rectum.

Service de M. Duplay. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe mardi, jeudi, samedi. — Jeudi opérations et clinique chirurgicale à 9 h., à l'amphithéâtre. — Lundi, examen des yeux et des oreilles ; mardi, spéculum. — Salle Ste-Marthe : 59, uréthrite chronique; 65, kyste de l'ovaire avec péritonite ; 75, abcès multiples du sein; 74, genou valgum, pied-bot varus équin. — Salle St-Augustin : 14, brûlure de la verge; 22, nécrose du temporal; 23, fracture de l'extrémité externe de la clavicule.

Hopital de la Pitié. Service de M. Dumontpallier, à 8 h. 1/2. Cliniques lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2. — Salle Ste-Eugénie : 2, hystérie; 3, néphrite interstitielle; 6, hématocèle rétro-utérine; 9, néphrite parenchymateuse; 11, hémianesthésie hystérique; 13, hystéro-épilepsie, ischurie; 16, kyste hydatique du foie; 17, pelvi-péritonite; 23, allongement hypertrophique du col, cystocèle, rectocèle, abaissement utérin; 30, pyélonéphrite calculeuse; 31, néphrite parenchymateuse; 34, cirrhose, ascite. — Salle St-Raphaël : 2, anémie, cachexie hémorrhoïdaire; 3, paraplégie; 6, 7, paralysie générale; 12, ataxie locomotrice; 15, néphrite interstitielle; 25, syphilis viscérale; 30, hémiplégie; 31, érythème noueux; 39, rétrécissement cancéreux ds l'œsophage.

Service de M. Gallard. Visite à 8 h. 1/2. Leçons le mardi et samedi. Salle du Rosaire (F.) : 6, 25, 29, 23, phlegmasie péri-utérine; 7, tumeur abdominale; 8, coliques hépatiques; 31, cancer intestinal; 34, broncho-pneumonie; 36, fièvre continue. — Salle St-Athanase (H.) : 6, diabète sucré; 10, coliques de plomb; 22, 43, hémorrhagie cérébrale; 25, pleurésie tuberculeuse; 30, pneumonie lobaire; 39, ulcère simple de l'estomac; 42, pleurésie aiguë; 53, saturnisme, chute des poignets.

Service de M. Labbé. Visite à 9 h. Opérations le samedi. — Salle Saint-Jean (F.) : 2, coxalgie ; 4, sarcome du sein ; 5, fracture compliquée de la rotule ; 8, fracture sus-malléolaire ; 23, kyste de l'ovaire ; 22, hernie crurale étranglée, opération, phlegmon des parois abdominales. — Salle Saint-Gabriel (H.) : 1, épithélioma de la lèvre inférieure ; 3, épithélioma opéré du cuir chevelu; 7, ulcération syphilitique de la langue; 12, synovite suppurée; 14, adénite fongueuse de l'aine ; 18, hyperostose des malléoles d'origine traumatique ; 19, spina ventosa de la main ; 31, abcès du creux ischio-rectal ; 40, fracture du péroné ; 42, division de la voûte palatine ; 46, épithélioma des ganglions sous-maxillaires.

Service de M. Verneuil. Cliniques et opérations lundi, mercredi et samedi, spéculum le samedi. Salle St-Augustin (F.): 3, arthrite du genou, sciatique; 9, 11, rétrécissement syphilitique du rectum; 23, fistule vésico-vaginale; 24, arthrite du genou; 25, abcès de l'aisselle; 27, fissure à l'anus; 29, fracture de la clavicule. — Salle St-Louis : (H.): 3, contusion du plexus brachial, phénomènes paralytiques dans tout le membre supérieur (motilité et sensibilité); 6, fracture de l'extrémité externe de la clavicule; 13; lympho-sarcome du cou; 17, abcès péri-trochantérien; 25, tarsalgie; 26, fracture articulaire du genou avec pénétration de l'air dans l'articulation et le foyer de la fracture; 27, tumeur syphilitique dans l'épaisseur du triceps sural; 33, rétrécissement cicatriciel de l'œsophage; 34, tumeurs multiples des orteils; 57, désarticulation de l'épaule; 60, fracture du crâne.

Hôpital de la Charité. — Service de M. Trélat. — Salle Sainte-Rose (F.) : 12, kyste hydatique du foie ; 13, déchirure du périnée, opération prochaine ; 14, arthrite subaiguë du genou ; 15, métrite ; 17, périmétrite postérieure ; 19, syphilôme ano-rectal ; 20, panaris ; 21, hygromas avec épaississement de la paroi. — Salle Saint-Jean (H.) : 12, carcinome du pli de l'aine; 13, bec de lièvre, opération prochaine ; 14, abcès angioleucitiques du membre inférieur ; 17, rétrécissement de l'urèthre ; 18, hydarthrose traumatique, 19, fistule de la paroi abdominale consécutive à un phlegmon de la fosse iliaque; 20, fracture de jambe.

Médecine. — Service de M. Laboulbène. — Salle Saint-Félix (H.) : 1, pneumonie droite en résolution, bronchite généralisée ; 3, rhumatisme articulaire subaigu, endocardite mitrale ; 4, fièvre intermittente quotidienne ; 12, rhumatisme articulaire subaigu, péricardite ancienne ; 15, pleurésie droite symptomatique ; 16, fièvre intermittente, pleurésie aiguë avec épanchement ; 19, fièvre typhoïde ; 24, pleurésie aiguë à droite avec épanchement. — Salle Saint-Vincent (F.) : 2, infiltration granuleuse du poumon droit ; 7, bronchite généralisée ; 9, rhumatisme chronique ; 10, hystérie, hémiplégie, hémianesthésie, pneumatose stomacale ; 14, phlegmon des ligaments larges ; 24, névralgie sciatique.

Hôpital du Midi. — Service de M. SIMONET. — I[re] division. Salle I : 3, blennorrhagie, plaques muqueuses de la langue et de l'anus ; 8, végétation du gland ; 12, chancre induré, roséole confluente ; 13, plaques muqueuses de la bouche et de l'anus ; 15, paraphimosis. — Salle II : 3, stomatite mercurielle ; 6, orchite. — Salle III : 1, orchite et anomalie de l'épididyme ; 8, rétrécissement pénien ; 30, phimosis : 32, bubon suppuré. — Salle IV : 16, végétations énormes du gland, hémorrhagies.

Service de M. MAURIAC. — 2[e] Division. Salle VIII : 3, syphilide papuleuse et psoriasiforme ; 10, névralgie lombaire symptomatique d'orchite aiguë ; 12, condylome syphilitique ; 17, balano-posthite infectante ; 20, gomme ulcérée du triceps brachial ; 23, bubon strumeux ; 31, épispadias, plaques muqueuses de l'urèthre ouvert ; 33, plaques muqueuses se confondant avec le chancre ; 35, rupia syphilitique ; 39, chancre infectant.

Service de M. HORTELOUP. — 3[e] Division. Salle IX : 2, fistule périnéale ;

4, roséole syphilitique ; 9, chancre du fourreau, roséole ; 13, balanite ulcéreuse ; 20, orchite, funiculite ; 24, testicule tuberculeux ; 25, rétrécissement de l'urèthre ; 29, syphilide ulcéreuse ; 34, testicule syphilitique. — Salle X : 2, chancres indurés sous-préputiaux ; 18, orchite et funiculite. — Salle XI : 2, syphilide squameuse ; 13, bubon suppuré ; 15, infiltration d'urine ; 19, syphilide pustuleuse. — Salle XII : 1, uréthrotomie externe.

Hôpital Temporaire. — Service de M. Lépine. — Salle Sainte-Geneviève (H.) : 1, tumeur cérébrale, épilepsie partielle, polyurie ; 7, ulcère simple de l'estomac ; 12, ulcère simple de l'estomac ; 17, myélite chronique (mal de Pott ?) ; 18, épilepsie nocturne ; 24, rétrécissement aortique ; 2e brancard, tumeur cérébrale. — Salle Saint-Joseph (F.) : 5, épilepsie ; 8, tumeur cérébrale ; 16, ataxie locomotrice ; 20, hémichorée post-hémiplégique ; 26, tumeur cérébrale. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 11, paralysie saturnine généralisée ; 15, ataxie-locomotrice avec fracture spontanée et athropathie ; 19, sclérose en plaques disséminées ; 21, néphrite interstitielle.

Service de M. Rigal. — Salle Sainte-Anne (H.) : 1, insuffisance mitrale et emphysème ; 2, néphrite parenchymateuse ; 12, pneumonie caséeuse (?) ; 19, névralgie faciale ; 28, polyurie ; 31, myélite chronique ; 35, laryngite et pharyngite tuberculeuses. — Salle Saint-François (F.) : 1, rhumatisme articulaire aigu ; 12, ataxie locomotrice ; 18, bronchite fétide ; 31, 32, hystérie avec contractures. Salle Sainte-Marie (crèche) : 1, 2, rougeole ; 6, hémiplégie.

Service de M. Dieulafoy. — Salle Sainte-Hélène (H.) : 6, fièvre typhoïde ; 11, pleurésie ; 12, tumeur cérébrale ; 15, broncho-pneumonie ; 18, 25, 28, 29, maladie de Bright. — Salle Saint-Jean (F.) : 16, tuberculose aiguë ; 18, insuffisance mitrale ; 28, pneumonie. — Salle Saint-Louis (F.) : 4, paraplégie ; 5, rhumatisme articulaire aigu ; 9, maladie de Bright ; 20, embolie cérébrale ; 21, pleurésie péricardite ; 22, hémorrhagie cérébrale ; 27, syphilis.

Hôpital Cochin. — Service de M. Bucquoy. Salle Sainte-Marie (H.) : 1, pneumonie caséeuse, albuminurie ; 4, cancer de l'œsophage ; 6, insuffisance aortique ; 8, pleurésie. — Salle Saint-Philippe (H.) : 3, pneumonie ; 6, néphrite catarrhale ; 11, péritonite tuberculeuse ; 12, pyélo-néphrite suppurée ; 13, pleuro-pneumonie. — Salle Saint-Jean (F.) : 2, métro-péritonite puerpuérale ; 4, tumeur cérébrale ; 5, laryngite syphilitique ; 11, insuffisance mitrale ; 14, aortite ; 18, insuffisance mitrale et tricuspide ; 19, néphrite calculeuse.

Chirurgie. — Service de M. Desprès. — Salle Saint-Jacques (H.) : 9, plaie de la paume de la main par arme à feu ; 10, fractures de côtes, commotion de la moelle ; 23, luxation de la phalangette du pouce avec plaie ; 24, fracture de cuisse au tiers inférieur. — Salle Cochin : 2, 5, abcès du sein ; 17, lupus de face, autoplastie ; 16, fracture du péroné, rupture artérielle, gangrène ; 18, pelvi-péritonite ; 19, hématocèle rétro-utérine ; 23, abcès froid de la région fessière.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 16. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 21 AVRIL 1877.

Le Progrès Médical

MÉDECINE LÉGALE

Les Skoptzy;

Par E. TEINTURIER (1).

En somme, malgré les efforts du Dr Pelikan, les questions posées en 1846 ne sont pas résolues et risquent de ne pas l'être de longtemps, si la physiologie cérébrale ne fait de rapides progrès. Elles n'ont d'ailleurs qu'un intérêt secondaire au point de vue médico-légal, et il importe beaucoup plus à la justice que la science soit en état de lui donner des réponses catégoriques sur les différents problèmes que soulève une accusation d'affiliation à la secte des skoptzy. L'intervention de l'expert n'a pas de raison d'être quand il s'agit d'un skopetz moral ; son rôle commence quand l'accusé présente des lésions des organes génitaux ou des seins. Est-il possible alors de trouver dans l'examen physique la preuve que l'accusation est fondée, et, dans ce cas, de déterminer exactement les diverses circonstances de la mutilation ?

Les défectuosités génitales que constatera l'expert peuvent se ranger dans trois grandes catégories : elles consistent en anomalies congénitales ; elles résultent de maladies antérieures, d'opérations chirurgicales ou d'accidents ; ou bien enfin, elles sont l'œuvre du fanatisme.

Les anomalies congénitales ne peuvent guère embarrasser le diagnostic. Elles sont, en effet, très-rares et se reconnaissent facilement. — Il n'y a dans toute la littérature médicale, dit le Dr Pelikan, que quatre cas d'absence congénitale de la verge seule, les testicules et le scrotum ayant échappé à l'arrêt de développement. Le canal uréthral s'ouvre alors directement dans le rectum, et l'absence de méat et de cicatrice à la place de la verge suffirait à exclure toute idée de mutilation. Parfois, le pénis est naturellement si petit qu'il parait d'abord ne pas exister ; mais un examen attentif fait alors découvrir au moins un rudiment de gland et de prépuce, sans trace de cicatrice ; en outre, cette anomalie s'accompagne presque toujours d'autres anomalies. — L'hypospadias et l'épispadias ne pourraient être cause d'erreur que s'ils étaient très-prononcés ; même alors ils se différencient toujours de l'ablation artificielle du pénis par les caractères suivants : 1° il n'y a pas de tissu cicatriciel ; 2° dans ces deux difformités, le canal s'ouvre en un point variable du membre, mais toujours intermédiaire entre la racine et l'extrémité du gland, tandis que dans l'amputation, l'ouverture est au bout du tronçon restant; 3° bien que le gland et le prépuce puissent être très-petits et irrégulièrement conformés, on les reconnait toujours facilement.

L'anorchidie congénitale totale est tellement rare qu'il est inutile de s'y arrêter longtemps. Bien que les individus atteints de cet arrêt de développement présentent les caractères généraux des skoptzy (habitus féminin, voix spéciale système pileux peu abondant, etc.), on les reconnaitra, à l'absence de toute cicatrice sur le scrotum rudimentaire, car on sait que les cicatrices résultant de l'extirpation sur testicules sont indélébiles. Dans les cas de cryptorchidie, un peu plus fréquents, si même on ne pouvait sentir à l'anneau inguinal le testicule atrophié, on aura pour s'éclairer l'aspect général tout différent de celui des individus châtrés dans leur première enfance. Quant aux monorchides, ils n'offrent ni les modifications générales consécutives à l'absence des testicules, ni de cicatrice du côté de l'organe manquant. En résumé, les anomalies congénitales des organes sexuels, souvent d'ailleurs accompagnées d'autres malformations, se reconnaitront toujours à ce signe constant : le défaut de cicatrice.

Les individus accusés d'appartenir à la secte n'invoquent guère du reste un état congénital : presque toujours, ils attribuent leur mutilation à une maladie, à une opération faite dans un but de guérison, plus souvent encore à un accident. — Le Dr Pelikan ne dit pas quels sont les signes de la disparition de la verge due soit aux progrès d'une maladie locale, soit à une opération nécessitée par une pareille maladie. Cette lacune n'importe guère pour la première hypothèse, les affections pouvant amener ce résultat laissant des traces faciles à distinguer de celles que produit la section par instrument tranchant ; le diagnostic est moins facile dans le second cas, où la seule différence consiste dans l'intention qui guidait la main de l'opérateur. Et c'est cette intention qui est l'inconnue du problème ; quelques explications auraient donc été nécessaires. Par contre, le Dr Pelikan affirme que la cicatrice scrotale des skoptzy diffère toujours par sa forme, son siége et sa direction de celles qui résultent d'une amputation chirurgicale



Fig. 22

et encore plus de celles qui suivent un processus pathologique quelconque. En se reportant à la description des cicatrices scrotales des skoptzy, et à la figure ci-jointe (*Fig.* 22), on verra qu'en effet, quand il y a eu ablation simultanée des deux testicules, on ne peut croire à une intervention curative. Mais quand la cicatrice est latérale, qu'elle soit simple ou double, et que l'accusé allègue une maladie ayant nécessité l'ablation d'un testicule ou des deux, il nous parait plus difficile d'être aussi affirmatif. — « Si l'on admet, dit le Dr Pelikan, que l'opération a été légitimée par une affection syphilitique, carcinomateuse ou tuberculeuse, on doit retrouver sur le corps des skoptzy les signes de ces dyscrasies, ce qui, en fait, ne s'observe presque jamais ». Est-ce donc à dire qu'un individu dépourvu d'un ou de deux testicules soit skopetz dès lors qu'il ne présente aucune trace des affections ci-dessus, et ne l'est pas si ces traces existent ?

(1) Voir les nos 51, 52 et 53 du *Progrès médical* de 1876.

Ce serait à notre avis fort mal raisonner. D'une part, si peu fréquents que soient le cancer, le tubercule et la syphilis chez les skoptzy, ils n'en sont pas absolument à l'abri, et par conséquent, des stigmates de vérole, par exemple, ne prouvent pas qu'un châtré soit orthodoxe. D'autre part, même en admettant que l'on trouve toujours, en tous temps, en dehors des organes génitaux, des manifestations de ces affections, même en supposant que jamais chirurgien russe n'opère à tort l'ablation d'un testicule, il est des affections purement locales qui justifient cette opération ; par conséquent, il n'est pas certain que le manque de signes diathésiques soit la preuve absolue qu'un châtré est skopetz. Le plus souvent, *in abstracto*, le docteur Pelikan a raison; mais la médecine légale n'est pas affaire de probabilité et l'expert n'a jamais affaire qu'à des cas concrets et particuliers, sur chacun desquels il ne doit se prononcer qu'en toute certitude. En l'espèce, il nous paraît impossible d'affirmer, dans un cas donné, sur le seul examen de son corps, que tel individu est ou n'est pas skopetz. C'est ailleurs qu'il faut chercher des éléments de conviction.

Souvent les inculpés prétendent, pour expliquer l'atrophie ou l'absence de leur testicule, que la cause en est une maladie antérieure. Les affections susceptibles d'amener ce résultat sont assez nombreuses et peuvent se diviser, au point de vue médico-légal, en maladies laissant après elles une cicatrice sur le scrotum et en maladies n'en laissant pas. Les premières (traumatisme, néoplasmes, inflammation parenchymateuse suppurée, gangrène, etc.), produisent des cicatrices dont la forme, la direction et le siége excluent toute erreur pour quiconque a quelque expérience; il ne peut y avoir de difficulté que pour le cas d'un traumatisme simple du scrotum, suivi de fonte purulente du testicule, parce que la suppuration peut aussi donner une forme irrégulière à la cicatrice de la castration. Dans les autres cas, les cicatrices morbides ne ressemblent en rien à celle-ci et s'en différencient nettement en ce qu'elles sont assez fortement déprimées au lieu d'être de niveau avec la peau. Les affections du second groupe, quand elles sont alléguées, présentent plus de difficultés, au moins en théorie. Le docteur Pelikan ne connaît pas d'exemple où la question se soit posée : les accusés invoquant alors comme cause de l'atrophie plus ou moins complète des testicules sans cicatrice scrotale, une anomalie congénitale. Si le cas se présentait, il conseillerait de revoir soigneusement les documents de l'instruction et de comparer les assertions des accusés avec ce qu'on sait de leur santé antérieure, et avec le début, la marche et la terminaison de la maladie, qui se rapproche le plus des symptômes par eux relatés. Cette confrontation des dires des accusés et des données scientifiques, permettrait de déterminer si vraiment la disparition totale ou l'atrophie partielle du testicule, peut avoir été causée par la maladie alléguée. Nous avons peine à croire que ce diagnostic rétrospectif puisse être d'une grande utilité, à part le cas où il établirait nettement la véracité de l'inculpé et où l'on arriverait à déterminer avec précision la maladie antérieure. Si, au contraire, la confusion, le vague, la contradiction des réponses laissaient dans le doute, il nous paraîtrait téméraire d'en induire que l'accusé est skopetz. D'autant plus qu'alors, on serait contraint d'admettre qu'il a eu recours à une des méthodes de castration que le docteur Pélikan luimême reconnaît être très-problématiques et d'une réalité plus que douteuse. Il faudrait pourtant bien croire à l'existence et à l'efficacité de pareilles méthodes, s'il était jamais démontré que chez quelques individus n'offrant pas de cicatrices scrotales l'absence des testicules n'est ni congénitale ni pathologique.

Quant à la perte accidentelle des parties génitales par un traumatisme quelconque, elle est certainement possible. Elles peuvent être dévorées par un porc, enlevées par un coup de pied de cheval, par la corne d'un bœuf, par une chute sur un pieu, sur un instrument tranchant, comme l'ont dit des skoptzy. En dehors de la plus ou moins grande vraisemblance des circonstances de l'accident prétendu, l'expert aura toujours, pour former sa conviction, la nature de la cicatrice, qui doit, si le fait est vrai, différer profondément de celle qu'on observe chez les skoptzy.

Chez les femmes la castration, au sens juridique, est souvent impossible à constater avec certitude, quand l'opération n'a porté que sur les petites lèvres et qu'elle est déjà ancienne. Car sur ces organes les cicatrices s'effacent vite et, d'un autre côté, la forme et la dimension de ces parties sont normalement trop variables pour qu'on puisse rien conclure de leur apparence. Il n'en est plus de même quand le clitoris et les grandes lèvres ont été réséqués. Les femmes attribuent alors leur mutilation à des opérations chirurgicales ou obstétricales, et à des accouchements laborieux. Le siége, la grandeur et la forme des cicatrices sont tellement différentes, dans le cas de castration, de ce qu'elles seraient dans les autres circonstances, qu'il n'y a pas à se tromper. La destruction des parties génitales externes par la gangrène ou la syphilis peut, au premier coup-d'œil, ressembler aux mutilations spéciales aux femmes châtrées. « Mais, dit le Dr Pelikan, outre que la syphilis est excessivement rare chez les femmes skoptzy, la forme,



Fig. 23.

le siége et les autres signes de l'affection locale ou générale (par exemple, de la diathèse syphilitique) permettront, dans ces cas douteux, de distinguer facilement l'altération pathologique de la lésion artificielle et mécanique. » On regrettera que le Dr Pelikan ne soit pas entré dans les détails du diagnostic local; quant à la syphilis, sa rareté chez les femmes skoptzy n'a aucune importance dans chaque cas particulier, où il s'agit précisément de savoir si l'on a affaire à une skopitza. L'ablation des deux seins est un signe certain d'affiliation à la secte (*Fig. 23*), car le bistouri du chirurgien n'opère jamais une extirpation aussi complète de la mamelle (1), surtout des deux côtés à la fois ; la certitude est plus grande encore quand on peut reconnaître que l'ablation des seins a été pratiquée à l'aide du

(1) La figure reproduite ci-contre, d'après les chromolithographies du Dr Pelikan, n'indique pas aussi bien qu'elles combien est plane et dépourvue de toute saillie la poitrine de la jeune fille qu'elle représente.

fer rouge. — Quand la mutilation des seins se borne à des entailles, et que les femmes attribuent les cicatrices à des mastites, à des furoncles, etc., l'expert sera éclairé par la nature des cicatrices qui sont enfoncées lorsqu'elles sont pathologiques, unies et lisses lorsqu'elles résultent d'un traumatisme mécanique. — Pour ce qui est de l'ablation des mamelons, il est possible, surtout quand elle est unilatérale, qu'elle ait été accomplie dans un moment d'aberration par une femme n'ayant aucun lien avec la secte, par une hystérique, par exemple. C'est précisément le cas d'une malade de la Salpêtrière, Geneviève, bien connue des lecteurs du *Progrès Médical* (1). (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Observation de gliome hémorrhagique ;

Par **A. LAVERAN**, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

La rareté des gliomes m'a engagé à publier le fait suivant qui confirme du reste ce qui a été écrit jusqu'ici sur ces tumeurs.

Observation. — *Attaques épileptiformes, mort à la suite d'une de ces attaques. Hémorrhagie cérébrale. Gliome des lobes antérieurs.*

W.... âgé de 29 ans, ex-garde mobile, détenu à la prison du Cherche-Midi, est apporté au Val-de-Grâce le 28 août 1876 et succombe trois heures après l'entrée à l'hôpital ; je n'ai pas vu le malade. Voici les quelques renseignements qui m'ont été fournis sur ses antécédents morbides et sur son état au moment de l'arrivée à l'hôpital.

Un détenu, qui était le compagnon ordinaire de W.... à la prison du Cherche-Midi, raconte que depuis le mois de février 1876, W.... était pris de temps à autre d'attaques convulsives avec perte de connaissance très-brusque et écume à la bouche ; au bout de dix minutes environ, l'attaque était finie, mais il restait encore un peu de lourdeur de tête. Le malade se portait bien dans l'intervalle des attaques, il travaillait avec les autres détenus et ne se plaignait, ni de maux de tête, ni de paralysie, ni d'embarras de la parole. Les attaques qui, au mois de février, étaient assez rares et ne revenaient guère que tous les quinze jours, devinrent de plus en plus fréquentes ; aux mois de juillet et d'août, elles se renouvelaient tous les trois ou quatre jours. A la prison du Cherche-Midi, W.... était regardé comme épileptique; chaque fois qu'il avait une attaque on le portait à l'infirmerie jusqu'à ce qu'il eut repris connaissance ; à la suite d'une de ces attaques, survenue le 28 août, l'état comateux ne s'est pas dissipé comme à l'ordinaire et le malade a été envoyé d'urgence à l'hôpital. Le billet d'entrée, signé par le médecin de la prison, portait le diagnostic : *épilepsie.*

Voici, d'après le rapport de M. le Dr Mouton, quel était l'état du malade au moment de son entrée au Val-de-Grâce :

« Le malade est dans un état demi-comateux. La face est pâle, la respiration difficile, les battements du cœur sont ralentis. Le malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse et lorsqu'on soulève ses paupières il réagit et regarde d'un air hébété. Strabisme externe, paralysie incomplète du mouvement et du sentiment, pas de convulsions ni de contractures.

» Pas de surdité ni d'abolition complète de l'intelligence puisqu'une fois, sur mon invitation, le malade sort la langue avec difficulté ; à un moment donné, W.... a fait entendre quelques paroles indistinctes. La céphalalgie paraît être violente car le malade porte souvent et avec difficulté la main à sa tête. Le malade urine sous lui ; vomissements verdâtres, bilieux, à plusieurs reprises. »

W.... avait été apporté à midi au Val-de-Grâce, à trois heures, il succombait dans le coma.

L'histoire clinique de ce malade est très-simple : pendant plusieurs mois, on ne constate que des attaques épileptiformes qui deviennent de plus en plus fréquentes, le diagnostic d'épilepsie est porté ; à la suite d'une des attaques, le malade ne reprend pas connaissance, et il meurt rapidement dans le coma.

— Autopsie *faite le 29 août à 2 heures.*

Le *cerveau* distend fortement les méninges qui sont saines. En écartant les hémisphères pour inciser la faux du cerveau, on met à nu une masse molle, rougeâtre formée évidemment, pour une grande partie, par des caillots récents ; cette masse siége à la partie antérieure de la scissure interhémisphérique et paraît se continuer dans les deux lobes antérieurs.

Le cerveau est extrait du crâne ; rien d'anormal du côté de la base, ni du côté de la convexité des hémisphères sauf un aplatissement des circonvolutions, suite de compression.

Une coupe du cerveau est pratiquée de façon à mettre à nu le centre ovale et au premier abord le diagnostic d'hémorrhagie cérébrale des lobes antérieurs ne paraît pas douteux : le foyer hémorrhagique est très-mal limité; il s'enfonce profondément dans le lobe frontal droit et il occupe également la partie interne du lobe frontal gauche ; la partie centrale est constituée par des caillots rouges et par des débris d'aspect gélatineux; les parois sont ramollies, diffluentes comme gélatineuses, elles ne ressemblent pas aux parois des foyers hémorrhagiques ordinaires.

En incisant la paroi externe du foyer situé dans le lobe frontal, droit je constate avec étonnement que la substance cérébrale présente à ce niveau une induration très-marquée et une résistance tout-à-fait anormale à la section. Il n'y a pas de tumeur bien circonscrite, à laquelle on puisse fixer des limites exactes, mais une induration qui donne au cerveau la consistance du pancréas, par exemple, et qui s'étend aux trois premières circonvolutions frontales du côté droit. Les circonvolutions malades ont conservé leur forme, leur aspect extérieur, si bien que, n'était la sensation de résistance qu'elles donnent au toucher, on pourrait parfaitement méconnaître leur altération.

Sur des coupes, au niveau des points indurés, on distingue difficilement la substance blanche de la substance grise qui est beaucoup plus pâle qu'à l'état sain ; la substance blanche a conservé une coloration analogue à la coloration normale ; sur quelques points, la subtance grise a un aspect colloïde, gélatineux.

Les parties indurées se continuent avec les lambeaux de matière gélatiniforme qui sont mêlés aux caillots sanguins dans l'intérieur du foyer hémorrhagique. Dans le lobe antérieur droit, il n'y a pas de parties indurées.

Il paraît évident qu'une tumeur s'est développée dans le lobe antérieur droit et qu'elle commençait à envahir la face interne du lobe antérieur gauche quand il s'est produit une hémorrhagie abondante dans l'intérieur de cette tumeur.

L'une des branches principales de l'artère cérébrale antérieure est suivie jusqu'au centre du foyer où elle est englobée au milieu des caillots et des débris du néoplasme ramolli ; c'est probablement la rupture de cette branche artérielle qui a été le point de départ de l'hémorrhagie ultime.

Les artères du cerveau ne sont pas malades ; il n'y a pas traces d'athérome ni d'anévrysmes miliaires.

Le sang épanché dans la tumeur n'a pas pénétré dans les ventricules du cerveau.

Les corps striés et les couches optiques sont à l'état sain, ainsi que le cervelet, le bulbe et la protubérance annulaire ; dans la toile choroïdienne, on trouve deux petits kystes renfermant de la matière gluante, gélatiniforme. — Les autres organes n'ont pas été examinés.

Examen histologique. A. *Coupes pratiquées sur les pièces fraîches au niveau des points indurés.* On distingue : des fibres allongées qui traversent souvent tout le champ du microscope et qui présentent, de distance en distance, des renflements irréguliers. Ces fibres qui s'entrecroisent en tous sens forment un feutrage dont les mailles sont remplies par un grand nombre d'éléments cellulaires arrondis qui se colorent facilement par le picrocarminate. On voit aussi des faisceaux de fibrilles qui ne présentent pas de renflements.

B. *Eléments isolés dans l'alcool au tiers.* Des éléments cellulaires arrondis ayant un volume un peu moindre que les leucocytes et possédant un noyau, forment la grande masse de la préparation ; on y trouve aussi des fibres et des granulations réfringentes (de myéline probablement).

C. *Coupes sur les pièces durcies dans l'acide chromique, le bichromate d'ammoniaque ou dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool.* 1° *Parties indurées des circonvolutions frontales du côté droit.* Dans la substance grise, on distingue encore des traces des cellules nerveuses plus ou moins altérées et dissociées par le néoplasme ; la couche la plus superficielle des circonvolutions qui, à l'état normal, est très-pauvre en éléments nerveux présente un épaississement notable et un aspect fibrillaire. Dans la substance blanche et entre les cellules

(1) Voir les livraisons IV, V et VII de l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière.*

de la substance grise qui n'ont pas complétement disparu, on trouve de nombreux éléments cellulaires et un réticulum qui rappelle, par sa disposition le réticulum formé à l'état normal par la névroglie mais qui est beaucoup plus épais ; sur quelques points, les fibrilles sont disposées sous forme de faisceaux comme dans les plaques de sclérose.

Les vaisseaux sont fortement dilatés ainsi que leurs gaînes lymphatiques; même à l'œil nu, on observe sur les préparations une série de trous qui correspondent aux vaisseaux dilatés.

2° *Parties molles ayant sur les pièces fraîches un aspect gélatineux.* Sur les coupes faites après durcissement on obtient un tissu aréolaire assez lâche ; de minces fibrilles mélangées de noyaux constituent les cloisons des vacuoles dont le contenu a disparu.

En résumé, un malade âgé de 29 ans présente pendant plusieurs mois des attaques épileptiformes qui vont en augmentant de fréquence ; à la suite d'une de ces attaques, la période comateuse se prolonge et le malade succombe ; à l'autopsie, on constate l'existence d'un gliome hémorrhagique des lobes antérieurs.

C'est là l'histoire classique du gliome du cerveau. On sait que ces tumeurs débutent souvent d'une façon insidieuse, qu'elles provoquent souvent des convulsions, enfin qu'il n'est pas rare de voir le gliome donner lieu à des hémorrhagies cérébrales. Le gliome hémorrhagique peut être confondu facilement, même à l'autopsie, avec l'hémorrhagie cérébrale.

« La masse du sang épanché peut être tellement considérable qu'à première vue la tumeur en impose, non-seulement sous le rapport clinique, mais encore anatomiquement pour une apoplexie sanguine. » (Rindfleisch. — *Traité d'anat. pathol.*, p. 698.)

Dans le cas actuel, cette confusion a été faite tout d'abord, lorsqu'en écartant les hémisphères cérébraux, nous avons mis à découvert des caillots sanguins; mais bientôt notre attention a été mise en éveil par les particularités que présentait ce foyer hémorrhagique; par son siége d'abord assez insolite dans les hémorrhagies cérébrales ordinaires, par l'extension aux deux hémisphères, par la présence sur les parois de lambeaux d'aspect gélatineux, enfin par l'induration diffuse des circonvolutions frontales du côté droit ; nous avons porté alors le diagnostic de gliome hémorrhagique qui a été justifié par l'examen histologique.

Virchow (*Traité des tumeurs*, t. II, p. 127), distingue trois variétés de gliomes : 1° les gliomes mous, riches en cellules, ou gliomes médullaires ; 2° les gliomes fibreux ou durs se rapprochant des fibromes; 3° les gliomes télangiectasiques remarquables par le grand développement des vaisseaux et par la propension aux hémorrhagies.

La tumeur décrite plus haut ne rentre exactement dans aucune de ces divisions, certaines parties étaient dures, d'autres molles, d'autres enfin étaient très-riches en vaisseaux ; Virchow, du reste, a eu soin d'indiquer qu'il y avait des variétés intermédiaires nombreuses, et en particulier il a noté que dans certains gliomes on pouvait trouver des parties dures et comme fibreuses à côté des parties molles.

La structure histologique de la tumeur correspondait exactement, ainsi qu'on a pu le voir plus haut, aux descriptions qui ont été données du gliome. J'aurais assez de tendance à rapporter à des cylindres d'axe enflammés les éléments fibrillaires à renflements multiples signalés dans quelques préparations.

Ainsi que la chose a été notée par la plupart des observateurs, le gliome s'est présenté ici sous forme d'une tumeur diffuse dont il était impossible de préciser exactement les limites et qui avait envahi les circonvolutions frontales du côté droit sans les déformer.

Le gliome se prête fort mal à l'étude des localisations cérébrales ; comme toutes les tumeurs du cerveau, il provoque facilement des phénomènes à distance et c'est probablement ainsi qu'il faut expliquer les attaques épileptiformes qu'a présentées pendant plusieurs mois notre malade; de plus, la tumeur étant mal circonscrite, il est difficile de dire quelles sont exactement les parties du cerveau qui sont détruites. Nous ferons toutefois observer que, dans le cas actuel, l'altération n'avait pas envahi les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes du côté droit, ce qui explique pourquoi il n'y a pas eu de paralysie motrice ; que, de plus, elle siégeait à droite d'où l'absence de troubles de la parole.

ANATOMIE CHIRURGICALE

Note sur la disposition des veines du rectum et de l'anus, et sur quelques anastomoses peu connues du système porte;

Par **H. DURET**, aide d'anatomie (1).

I. Parmi les préparations données au concours de l'adjuvat, se trouvent les *vaisseaux du rectum*. A ce propos, j'ai cru utile de faire connaître à la Société les principaux résultats de mes recherches sur les veines de cet organe. Je crois pouvoir lui montrer quelques particularités importantes, qui ont été peu étudiées par les auteurs.

Lorsqu'après avoir injecté les veines mésaraïques, on observe le rectum par sa face externe, on remarque trois ou quatre troncs volumineux qui montent en arrière et sur les côtés. Ces veines apparaissent brusquement par six à huit rameaux, qui sortent des parois du rectum, à huit ou dix centimètres de la marge de l'anus, vers le tiers supérieur de l'ampoule rectale. Presque toutes les préparations des musées d'anatomie ne représentent que cette partie des veines rectales, et beaucoup d'auteurs n'ont indiqué que cette portion de leur trajet, ajoutant simplement que ces veines ont leur origine dans les parois du rectum, ou dans des plexus veineux péri-sphinctériens. Quelques-uns supposent même que le reste du rectum envoie son sang veineux dans les veines hémorrhoïdales externes. Il n'en est rien.

Si, en effet, on vient à disséquer la muqueuse rectale en partant de la marge de l'anus, jusqu'à une hauteur de 10 à 12 centimètres, il est facile de constater que les cinq à six grosses veines que, par la face externe, nous avons vu sortir, au niveau du tiers supérieur de l'ampoule rectale, ont déjà suivi un long trajet sous la muqueuse. Elles sont formées par des branches collatérales, et surtout par une dizaine de branches primitives, qui semblent naître à 2 centimètres du pourtour de l'anus au niveau des valvules de Morgagni, et qui montent flexueuses et parallèles, pendant quelques centimètres, pour se réunir en troncs communs. Chacun de ces rameaux ascendants et parallèles a son origine dans une sorte de petit lac sanguin, dans des *ampoules* ovalaires, dont le volume varie, *à l'état normal*, de la grosseur d'un grain de blé à celle d'un petit pois. Vous pouvez voir, sur les préparations que je mets sous vos yeux, que ces ampoules forment au pourtour de l'extrémité terminale du rectum une rangée circulaire (2).

Elles sont disposées, le plus souvent, suivant un plan de section horizontale, passant par la partie moyenne des fes-

(1) Communication à la Société anatomique dans sa séance du 23 mars.

(2) L'existence de ces ampoules a déjà été signalé par MM. Verneuil, Lushka, Dubrueil, etc.

tons fibroïdes de la muqueuse, compris entre les piliers des valvules de Morgagni. Si l'on dissèque avec soin les petites ampoules, on remarque qu'elles se continuent *en haut* avec une branche *ascendante* des veines perforantes, et, *en bas*, avec une autre petite veinule, qui passe à travers le sphincter interne, vers le bord supérieur du sphincter externe, et vient se jeter dans un rameau d'origine des veines *hémorrhoïdales externes*. Un grand nombre de ces petits canaux de communication entre les veines hémorrhoïdales internes et externes, passent à travers les fibres musculaires du sphincter externe. Il résulte de cette disposition qu'une contraction des sphincters suffit pour empêcher, en grande partie, la dérivation du sang des veines rectales internes, de se faire dans les veines externes. L'arrêt de cette circulation dérivative sera encore bien plus complet, s'il s'agit d'une contracture des muscles annulaires de l'anus.

Les veines hémorrhoïdales externes se composent, de chaque côté, de deux troncs principaux, l'un remonte obliquement dans la fosse ischio-rectale (veine hémorrhoïdale moyenne); l'autre rampe sous la peau de l'anus horizontalement, et va se jeter dans la honteuse interne (veine hémorrhoïdale inférieure.)

Le premier est formé de deux branches veineuses, l'une antérieure, l'autre postérieure, qui, en s'anastomosant avec des branches semblables du côté opposé, entourent le sphincter d'un véritable cercle veineux. De ce cercle naissent des rameaux collatéraux, qui, par leurs divisions successives et leurs anastomoses, constituent bientôt un véritable plexus veineux.

Le second a une disposition plexiforme à son origine, mais ses rameaux sont situés entre la peau et le bord inférieur du sphincter externe. L'ampoule rectale n'est donc pas vascularisée par les veines hémorrhoïdales externes, mais, seulement, la région des sphincters. Il existe, en résumé, dans la région recto-anale trois systèmes veineux distincts : 1° Le système *rectal* dont les rameaux d'origine se trouvent sous la muqueuse, au niveau des valvules de Morgagni ; 2° le système *péri-sphinctérien* ; 3° le système *sous-sphinctérien* ou sous-cutané. Les deux derniers appartiennent à l'*anus* ; ils ne communiquent avec le premier que par les canaux de dérivation qui traversent les sphincters.

Pour établir, par une sorte de synthèse anatomique, la disposition des veines sur les limites de l'anus et du rectum, il suffit de faire, après injection, la préparation suivante. Tracez une incision circulaire autour de l'anus à 3 ou 4 centimètres de distance ; puis, disséquez la peau, remontez de 5 à 6 centimètres sur la face externe du rectum, et pratiquez-en l'extirpation à peu près à cette hauteur. Vous aurez ainsi obtenu une sorte de manchon cutané et muqueux que vous pourrez étendre et fixer sur une plaque de liége.

Il sera facile de reconnaître ainsi, dans cette région, trois zones bien distinctes : 1° la zone cutanée ; 2° la zone fibroïde ; 3° la zone muqueuse.

La *première* est la peau de la marge de l'anus. Celle-ci doit être subdivisée en trois zonules secondaires : la plus externe est formée d'une peau chagrinée, résistante, pourvue de poils et de glandes sébacées : là commencent les plis radiés ; ils se continuent dans la zonule moyenne, constituée par une peau, fine, vasculaire, à aspect muqueux, dépourvue de poils et de glandes ; enfin, la zonule interne qui correspond aux valvules et aux piliers de Morgagni. Des dépressions en nids de pigeons de la peau très-irrégulières, dentelées offrant par en haut de petits godets où peuvent entrer les corps étrangers, tel est l'aspect des valvules ; des prolongements, qui, semblables aux tractus d'une cicatrice, vont prendre insertion sur la muqueuse, forment ce qu'on désigne sous le nom de piliers.

La *zone moyenne* n'est à proprement parler, ni muqueuse, ni cutanée : elle est constituée d'un tissu conjonctif fibreux et vasculaire, ne contenant pas de glandes, revêtu d'un épithélium pavimenteux stratifié. Quoique lisse et humide comme une muqueuse, elle paraît beaucoup plus fine, et souvent revêt un aspect parcheminé. Elle a une hauteur de 6 à 8 millimètres, et comprend deux parties : l'une supérieure se continue avec la muqueuse proprement dite et en prend peu à peu les caractères ; l'autre inférieure forme ces festons fibroïdes, qui pénètrent dans les dépressions des valvules de Morgagni. La zone moyenne répond, chez l'adulte, au diaphragme membraneux, qui, chez l'embryon, sépare la dépression anale du cul-de-sac rectal et dont la résorption établit la communication entre les deux parties. Elle n'est, pour ainsi dire, que la trace cicatricielle de cette réunion.

La *troisième zone* est la muqueuse rectale proprement dite. Nous n'avons pas à y insister : indiquons seulement que jusqu'à une hauteur de huit centimètres de l'anus, rampent sous elles les gros troncs veineux qui vont perforer la tunique musculaire.

Le muscle *sphincter externe* de l'anus, pour sa face interne correspond en hauteur aux deux premières zones : la zone cutanée et la zone fibroïde.

Les veines présentent l'aspect suivant : 1° sous la zone muqueuse se voient les gros troncs veineux ; mais dans la partie inférieure ce sont des veines flexueuses et parallèles ; 2° la zone fibroïde est parsemée des petites *ampoules* veineuses que nous avons décrites plus haut, et qui contribuent à lui donner l'aspect le plus irrégulier. Elles existent chez les plus jeunes enfants où elles n'ont quelquefois que la grosseur d'une tête d'épingle. En soulevant et en disséquant ces petites ampoules, on trouve, partant de leur extrémité inférieure, un petit canal veineux qui pénètre obliquement entre deux faisceaux du sphincter externe ou qui monte sur son bord supérieur. Rarement, chez les sujets dont le développement vasculaire était normal, nous avons trouvé des anastomoses qui passent sous le bord inférieur du sphincter.

En retournant la préparation que nous étudions et en la fixant sur le liége du côté opposé, on peut alors suivre facilement la disposition des veines hémorrhoïdales externes : les *moyennes* forment un lacis veineux sur la face externe du sphincter, que nous avons déjà décrit ; les *inférieures* rampent entre la peau et le bord inférieur du sphincter ; un certain nombre de rameaux nés de la zonule des valvules et de la zonule cutanée mince contournent le bord inférieur du sphincter pour se jeter dans les troncs principaux. Il y a donc des veinules intra-sphinctériennes, qui appartiennent au système veineux sous-cutané, aux veines hémorrhoïdales externes. Leurs rameaux d'origine sont exclusivement cutanés ; ils ne pourraient atteindre les rameaux veineux de la muqueuse, à travers les piliers et les valvules de Morgagni. Mais ces veinules, avant de contourner le bord inférieur du sphincter, présentent parfois quelques rares anastomoses, sur la face interne de ce muscle, avec les canaux de dérivation des ampoules.

Cette étude démontre qu'il existe deux circulations veineuses indépendantes : l'une est rectale, l'autre anale ; elles communiquent entre elles, surtout au niveau du bord supérieur du sphincter externe ou à travers les fibres de celui-ci. La raison de cette disposition nous est fournie facilement par la connaissance du développement de l'anus et du rectum. Le cul-de-sac rectal est d'abord situé à une certaine distance du plancher périnéal. Il descend peu à peu, mais ses veines qui sont les hémorrhoïdales internes l'accompagnent. La dépression anale est aussi pourvue d'un système veineux indépendant. Lorsque l'anus et le rectum ne forment plus qu'un seul canal les deux systèmes veineux peuvent s'unir aussi : et c'est pour cela que leurs anastomoses, les ampoules et les canaux de dérivation, se rencontrent exclusivement au niveau de la zone fibroïde ou zone moyenne ; car nous savons que celle-ci n'est que la cicatrice de leur réunion.

Nous ne pouvons insister ici sur l'appoint considérable qu'apportent ces notions d'anatomie, pour comprendre la pathogénie des hémorrhoïdes. Nous le ferons dans un autre travail, déjà connu, mais non encore imprimé, dont celui-ci n'est qu'un fragment. Nous nous contenterons des remarques suivantes.

Lorsque par une cause quelconque, ces petites ampoules deviennent turgides, elles titillent la muqueuse rectale, comme les polypes utérins irritent la muqueuse utérine; elles en déterminent la congestion, la vascularisation par action

réflexe : celle-ci, devenant plus vive, provoque à son tour la contracture du sphincter; il en résulte la fermeture des canaux de dérivation : qu'en même temps, ce qui est la règle, le malade soit sujet à la constipation, le bol fécal durci comprimera les troncs veineux sous-muqueux, et au moment de la défécation, par l'effort, il y aura une augmentation considérable de la tension dans le système porte, comme l'ont démontré MM. P. Bert et Rosapelly ; les veines hémorroïdales externes seront distendues par le sang, et leurs canaux de dérivation fermés par la contracture. Une pression sanguine, énorme agira donc sur les origines des veines hémorrhoïdales et favorisera la dilatation des ampoules et des plexus veineux. Que cette lutte se reproduise souvent, et peu à peu les dilatations deviendront permanentes : des varices rectales seront bientôt constituées, par dilatation des veinules préexistantes, et aussi, comme l'a démontré M. Cornil, pour les varices des membres, par dilatation des vasa-vasorum des veines; dès qu'un paquet variqueux sera formé, il sera chassé par la défécation ; la contracture persistant, il sera étranglé en masse ; plus tard encore, les tissus subiront des modifications, et on observera des tumeurs caverneuses, comme celle dont je présente le dessin à la Société, et que je dois à l'obligeance de M. Périer.

On comprend dès lors le rôle important que joue la contracture permanente ou intermittente sphincter, dans la production des hémorrhoïdes. En faisant cesser celle-ci, non-seulement on fait disparaître l'étranglement des paquets hémorrhoïdaux ; mais encore, on rend perméables les canaux de dérivation. C'est ce qui explique les nombreux et remarquables succès obtenus par M. Verneuil, par la dilatation forcée du sphincter de l'anus.

La guérison complète est certaine, quand il ne s'agit que de simples dilatations veineuses, comme c'est le cas de beaucoup le plus fréquent ; mais, si l'on est en présence de tumeurs érectiles ou caverneuses, avec production de tissus fibreux, ce genre de traitement ne pourra que faire cesser les accidents d'étranglement. Ce n'est pas un mince résultat que de pouvoir faire disparaître, sans opération grave, d'énormes paquets variqueux, qui par l'abondance de l'hémorrhagie épuisent les malades.

II. — Les communications des veines hémorrhoïdales internes et avec les veines hémorrhoïdales externes ne sont pas les seules qu'elles présentent avec le système iliaque. En poussant une injection dans les veines hémorrhoïdales, nous avons pu facilement faire pénétrer la matière colorée dans les plexus veineux des vésicules spermatiques, et aussi sous les réseaux veineux du bas fond de la vessie. Tout le trigone vésical était coloré en rouge par le vermillon, et ses veines fortement distendues. Rien n'avait pénétré ni dans l'urèthre, au-delà du verumontanum, ni dans le corps de la vessie. Les plexus de Santorini avaient été eux-mêmes en partie remplis d'une injection solide. Comment s'établissent ces communications ? Par de petites veinules de 1/2 à 1 millimètre. On voit sur la face antérieure du rectum monter un ou deux troncs veineux assez importants : ils fournissent près de leur terminaison deux ou trois petites veinules qui au-dessous de l'aponévrose prostato-péritonéale, perforent la gaîne des vésicules séminales et se jettent dans leurs plexus veineux. On peut aussi, en disséquant la face antérieure du rectum, comme dans le procédé de taille prérectale de Nélaton, voir quelques veinules, qui vont gagner les côtés de la prostate et les plexus veineux de Santorini. Chez l'embryon, le bas-fond de la vessie, la prostate et les vésicules séminales font partie d'un même cloaque ; il n'est donc pas surprenant que les systèmes veineux spéciaux à chacun de ces organes aient entre eux quelques rapports. On s'explique ainsi la fréquence des varices du col de la vessie chez les hémorrhoïdaires.

III. Lorsqu'on injecte les veines mésaraïques, on voit constamment, non-seulement le mésentère et le péritoine viscéral, mais le péritoine du petit bassin, le péritoine qui passe en avant du rein, et parfois la capsule rénale elle-même, le péritoine qui recouvre le cordon spermatique, fortement coloriés. Il s'y dessine des veinules, et des plexus extrêmement riches. Quelquefois même la matière colorante pénètre dans les veines capsulaires, dans les veines rénales et dans les veines spermatiques.

Il y a donc là encore des communications entre le système porte et le système cave inférieur.

Ce sont sans doute ces petits vaisseaux qui, dans le rapport de M. Robin, à l'Académie, à propos du travail de M. Sappey, sur les veines portes accessoires péri-hépatiques, ont été décrits sous le nom de veines du système de Retzius.

IV. Il est une autre relation du système porte avec le système veineux général qui présente un grand intérêt au point de vue pathologique. Nous voulons parler des rapports des veines œsophagiennes avec les deux ordres de vaisseaux. Tout dernièrement un de nos collègues, M. Dussaussay, a étudié cette question sur une pièce que je lui avais injectée. Il est arrivé à des conclusions qui ne m'ont pas paru du tout évidentes, sur sa préparation, et qui, d'après d'autres injections que j'ai faites, cette fois, pour mon compte particulier, me paraissent erronées. M. Dussaussay, en effet, d'après la description qu'il donne (dans sa thèse : Sur les varices de l'œsophage) (1877), semble admettre que les veines de ce conduit, dans les deux tiers de la hauteur vont exclusivement se rendre dans les veines coronaires. Il n'en est rien. A l'œsophage, la disposition du système veineux porte est fort semblable à celle des veines hémorrhoïdales pour le rectum. A part quelques ramuscules insignifiants, toutes les branches œsophagiennes de la coronaire stomachique perforent le conduit musculeux au voisinage du cardia, et, le plus souvent, *au-dessus* de lui.

Elles sont formées par des veinules qui ne parcourent pas un trajet de plus de 2 à 3 centimètres au-dessus de cet orifice. Mais, comme au rectum, ces veinules sont sous la muqueuse.

Elles rapportent le sang d'un très-riche plexus veineux à mailles allongées verticalement qui, situé immédiatement sous la muqueuse, se continue *sans aucune démarcation*, avec un plexus aussi riche, également sous-muqueux, qui donne naissance à des branches qui traversent la tunique musculaire pour aller se jeter dans les veines bronchiques, azygos et diaphragmatiques.

Notre description ne diffère en aucun point de celle qui est donnée par M. le professeur Sappey dans son ouvrage d'anatomie. Nous insistons seulement, peut-être un peu plus que lui, sur la continuité du plexus veineux sous-muqueux dans toute la hauteur du conduit œsophagien. Il existe enfin un plexus veineux externe péri-œsophagien, qui se communique par des canaux de dérivation traversant les couches musculaires, avec les veines portes sous-muqueuses, et qui se rend dans les veines diaphragmatiques. Cette disposition anatomique suffit pour expliquer facilement la production des varices œsophagiennes dans la cirrhose, pourvu qu'on s'aide un peu des lumières de la physiologie. D'après MM. Rosapelly et P. Bert, c'est surtout dans l'*inspiration* que la tension est considérable dans le système porte ; de 7 m.m., elle monte à 14 et même à 18 millimètres. Or, dans l'inspiration, le diaphragme s'abaisse, il y a appel du sang veineux dans la cavité thoracique : le sang veineux porte, dont les voies d'écoulement à travers le foie sont gênées par la lésion pathologique, trouve une issue facile dans les veines œsophagiennes qui, situées dans le thorax, sont dilatées par l'agrandissement de cette cavité ; il s'y précipite avec d'autant plus de force, que là, il y a appel d'une part et que de l'autre, tout le reste du système est turgide.

Il en résulte une distension du réseau veineux sous-muqueux de l'œsophage ; les voies d'écoulement de ce plexus sont alors les veines bronchiques, les branches de l'azygos, et les diaphragmatiques ; elles sont bien insuffisantes, pour la quantité de sang qui, en un instant donné, fait irruption dans le vaste plexus sous-muqueux.

La dilatation de celui-ci devient considérable et augmente à chaque inspiration. Dans l'expiration, le retour du sang ne peut pas se faire dans le tronc veineux du système porte, puisque celui-ci éprouve toujours une grande difficulté à se vider par les capillaires hépatiques.

Ces distensions périodiques des veines œsophagiennes à

chaque inspiration, produisent, en fin de compte, des dilatations permanentes, des varices sous-muqueuses. Il y a tendance à élargir de plus en plus ce diverticulum du système porte. Il peut y avoir rupture des varices, et hématémèses foudroyantes, d'après les observations de MM. Gubler, Hanot, Chautemps, Audibert, Millard et Dussaussay.

Ces dilatations variqueuses sont augmentées par les phénomènes de l'effort, et elles doivent surtout se produire dans le cas où les puissances musculaires des parois thoraco-abdominales sont en jeu. C'est ce qui résulte manifestement d'une observation de M. Hanot qui dit à propos de son malade : « Il fut obligé pendant son travail de faire un effort violent ; aussitôt, il rendit par la bouche une grande quantité de sang noirâtre. »

Comme nous croyons l'avoir démontré, dans notre mémoire sur la pathogénie des hémorrhoïdes, c'est de la même manière que ces phénomènes agissent dans la production des varices du rectum et de l'anus.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

De l'examen de la vision d'après l'instruction sur les maladies, infirmités ou vices de conformation qui rendent impropre au service militaire (1).

Le travail de M. le professeur Perrin, que nous avons analysé dans notre numéro du 14 avril, a précédé de très-peu le document officiel qui doit régir définitivement la conduite des médecins militaires assistant les conseils de révision. L'instruction du 2 avril 1862, celle du 3 avril 1873, sont donc remplacées par celle du 27 février 1877, qui, *sans avoir force de loi, doit cependant diriger les médecins et concourir à éclairer les membres du conseil chargés de statuer.*

Pour tout ce qui concerne les maladies des yeux, ce document est beaucoup plus complet que les précédents ; il donne aux experts une liberté, une richesse de méthode, une sécurité de recherches, incontestables. Il est évident que sans aucun parti pris, la circulaire admet toutes les voies qui conduisent à la vérité ; elle recommande et prescrit tous les moyens : c'est au médecin expert à savoir s'en servir ; mais au moins ceux qui les possèdent pourront les employer sans voir les conseils de révision réclamer contre leur caractère non officiel. L'instruction leur donne son appui légal. Le chapitre des maladies des yeux ne contient pas moins de onze pages d'un texte serré, dans un document de quatre-vingts pages : ce qui montre toute l'importance attachée à ce sujet.

Dès l'introduction, la circulaire établit la nécessité de l'éclairage oblique pour l'hémisphère antérieur, de l'ophthalmoscope pour les régions profondes, de l'optomètre pour les vices de réfraction, mais elle ajoute aussi : « *Les médecins familiarisés avec l'ophthalmoscope pourront, s'ils le préfèrent, recourir à cet instrument, qui permet également de déterminer les anomalies de réfraction d'une manière précise.* Ces méthodes d'exploration donnent non-seulement des résultats exacts, mais elles ont en outre l'avantage de ne pas laisser autant de prise à la fraude que l'examen avec les verres correcteurs. »

Quelles que soient les lésions, quand elles réduisent l'acuité de la vision au-dessous de 1/4 des deux côtés ou de l'œil droit, ou de 1/12 de l'œil gauche, ou qu'elles occasionnent une diminution de la moitié environ de l'angle temporal du champ visuel, elles rendent impropre au service militaire, à moins que l'amblyopie, dépendant d'un vice de réfraction, ne puisse être corrigée par des verres.

Les maladies des paupières, des voies lacrymales, de la conjonctive, qui causent l'exemption et la réforme, sont soigneusement énumérées. Pour la cornée, les taies sont des motifs d'exemption lorsque, le sujet étant exposé à une grande lumière venant de face, elles abaissent l'acuité de la vision au-dessous d'un quart. Nous n'avons rien de particulier à signaler pour l'énumération des maladies de l'iris, du cristallin, du corps vitré, de la choroïde, de la rétine ou du nerf optique, sinon que toutes les affections décrites par l'ophthalmologie moderne y ont trouvé place.

L'amblyopie a donné lieu à des recommandations nouvelles et importantes : le médecin doit déterminer l'acuité, l'étendue du champ visuel et le sens des couleurs. Dans le cas d'amblyopie soupçonnée de simulation ou d'exagération, la circulaire conseille : 1° l'épreuve du prisme à arête horizontale, placé devant l'œil sain ou au milieu de la pupille saine; 2° la lecture de caractères en interposant un crayon devant l'œil sain : toutes recherches dont nous avons déjà parlé dans l'analyse précédente.

Nous trouvons pour la première fois aussi dans cette nouvelle instruction les expériences stéréoscopiques avec caractères se superposant et s'entrecroisant. « Le sujet devant les yeux duquel on fait passer ces signes est dans l'impossibilité de distinguer s'ils sont ou non entrecroisés, et le simulateur le plus adroit peut être mis en défaut si l'on a soin de s'assurer qu'il ouvre bien les deux yeux. »

Le paragraphe consacré aux anomalies de réflexion est d'une concision militaire et officielle ; mais il a le mérite d'être complet, malgré sa brièveté; la myopie irrégulière causée par des lésions du tissu cornéen, le staphylôme transparent, motivent la réforme. La myopie vraie rend impropre au service si elle est supérieure à $\frac{1}{6}$ ou compliquée, soit d'insuffisance musculaire, soit de lésions profondes. La mesure du degré de la myopie doit être faite avec l'*optomètre* ou l'*ophthalmoscope* suivant les procédés en usage.

L'hypermétropie doit être considérée comme une cause d'amblyopie permanente irrémédiable; elle motive l'exemption et la réforme toutes les fois que l'acuité visuelle est inférieure à $\frac{1}{4}$ à droite et à $\frac{1}{12}$ à gauche. La constatation suffit sans qu'il soit nécessaire d'en préciser le degré : on la reconnaît à l'aide du miroir. On doit distinguer nettement l'image droite du fond de l'œil, la pupille n'ayant pas été dilatée et en se tenant à une distance de 10 à 15 centimètres de l'œil.

Les remarques que nous avait suggérées le mémoire de notre vénéré maître, M. le professeur Perrin, subsistent ici tout entières. Il nous semble que, comme dans la myopie, la mensuration de l'hypermétropie est justiciable du miroir et peut-être ici la question a-t-elle été serrée de moins près. A s'en tenir à la circulaire, les exemptions pourraient être nombreuses :

En effet, à la distance de 10 à 15 centimètres de l'œil observé, un hypermétrope de $\frac{1}{30}$ donne une belle image même à un myope examinant de $\frac{1}{24}$; et cependant, à 20 ans, cette hypermétropie est largement contrebalancée par l'accommodation, la vue de loin est souvent excellente, celle de

(1) Approuvée par le Ministre de la Guerre, le 27 février 1877, d'après la proposition du conseil de santé des armées.

près très-suffisante. L'expert en sera réduit à l'épreuve des échelles typographiques entièrement soumises à la bonne foi du conscrit. Avec l'ophthalmoscope, au contraire, pour calculer cette hypermétropie, un observateur emmétrope mis en présence d'un conscrit hypermétrope, doit se rendre myope d'une quantité déterminée, par l'apposition devant son œil d'un verre bi-convexe : il fait alors coïncider l'image droite (punctum remotum négatif de l'examiné) avec son punctum remotum positif artificiel. Une simple soustraction donne le numéro de l'hypermétropie.

Si l'observateur était hypermétrope lui-même pour examiner un hypermétrope, il devrait assurément prendre une lentille bi-convexe d'un numéro assez élevé pour corriger et son hypermétropie et celle de l'observé ; mais la règle est toujours la même. Soit, par exemple, un hypermétrope de $\frac{1}{36}$ qui voit l'image droite d'un œil examiné, avec un verre bi-convexe numéro $\frac{1}{12}$, à deux pouces de cet œil Il en conclut que l'hypermétropie est égale à $\frac{1}{16}$, déduction faite de sa propre hypermétropie et de la distance à l'œil observé. ($\frac{1}{12} - \frac{1}{36} = \frac{1}{18}$ et $18 - 2 = 16$.)

Pour l'observateur myope, la chose est plus facile encore. Un myope de $\frac{1}{14}$ s'avance peu à peu vers l'hypermétrope à examiner ; il aperçoit nettement à 4 pouces de l'œil observé, l'image droite recherchée, il en conclut que l'hypermétropie recherchée est de $\frac{1}{10}$. La seule différence ici pour le myope examinateur, c'est qu'il ne peut faire que rarement la contr'épreuve du punctum proximum, chose précieuse pour la mensuration de la myopie. L'*astigmatisme* est assimilé à l'amblyopie de $\frac{1}{4}$ à droite et $\frac{1}{2}$ à gauche. Le *strabisme* est encore assimilé à l'amblyopie sous le rapport de la recherche de l'acuité ou de l'étendue du champ visuel.

Dans toute la circulaire, au chapitre de la vision, il n'est pas non plus dit un seul mot du service auxiliaire, et la question des lunettes n'est pas encore jugée.

Il résulte de ces avis que les conseils de révision devront posséder un arsenal beaucoup plus complet qu'autrefois pour l'examen des yeux : les échelles typographiques, les gammes de couleur, l'ophthalmoscope à réfraction, l'optomètre, les prismes, le stéréoscope : tels sont les objets devenus absolument nécessaires dans ces séances. Un tel luxe de méthodes donnera, nous le pensons, une ample satisfaction aux esprits les plus difficiles et aux demandes formulées soit à l'Académie, soit à Bruxelles. Nous sommes loin de la méthode prussienne qui déclare apte au service tout individu pouvant compter les doigts à un mètre de distance.

F. PONCET (de Cluny).

Augmentation du nombre des médecins et des chirurgiens du Bureau central des hôpitaux.

Au mois de juillet dernier, nous avons déposé, au Conseil municipal, un projet de vœu demandant que le nombre des médecins et des chirurgiens du Bureau central fût augmenté. Ce projet a été l'objet d'un rapport dont nous allons citer les passages principaux.

« Nous devons faire tous nos efforts, dit le rapporteur, pour que, dans nos hôpitaux, le fonctionnement des différents services s'accomplisse avec la plus grande régularité. Nous devons avoir pour but, en premier lieu, d'assister les malades le mieux possible ; en second lieu, de réaliser toutes les économies compatibles avec une bonne assistance afin de secourir un nombre plus considérable de malheureux. C'est en harmonie avec ces idées générales que le vœu qui précède a été déposé au Conseil municipal.

« L'auteur du vœu s'appuie principalement sur ce fait que, durant les vacances, le service médico-chirurgical des hôpitaux est insuffisant. Les renseignements que nous allons donner confirment entièrement cette assertion.

« Ainsi, en septembre 1875, un même médecin du Bureau central faisait trois services à l'hôpital Saint-Louis et, en outre un service au Bureau central. En septembre 1876, le même médecin a remplacé à la fois cinq titulaires.

« Encore en septembre 1875, un médecin du Bureau central faisait trois services à Lariboisière ; dans le même hôpital, un médecin titulaire absent n'avait pas de remplaçant officiel. En septembre 1876, un médecin du Bureau central faisait les services de deux médecins à l'Hôtel-Dieu et ceux de deux autres médecins à l'hôpital de la Pitié, etc., etc.

« Dans les services de médecine, les internes peuvent en général remplacer les médecins pendant des absences très-temporaires. Si l'absence se prolonge, il est indispensable que les malades reçoivent les soins d'un médecin du bureau central. A plus forte raison doit-il en être ainsi durant les vacances puisque, à cette époque de l'année, les internes eux-mêmes sont souvent suppléés par des externes.

« Déjà très sérieux quand il s'agit des services de médecine, les inconvénients que nous venons de signaler sont encore bien plus graves quand il s'agit des services de chirurgie. Or, pendant les vacances, nous voyons souvent un même chirurgien du bureau central faire 2, 3 services ou davantage, tantôt dans le même hôpital, tantôt dans 2 ou 3 établissements quelquefois très-éloignés les uns des autres. Tandis que dans les services de médecine, l'intervention de l'interne est acceptable sans trop d'inconvénients, il n'en est plus de même en chirurgie où l'intervention est beaucoup plus active et, partant, la responsabilité beaucoup plus grande. C'est, en effet, le chirurgien qui doit, sauf les cas d'une urgence extrême, juger, décider et agir. Eh bien ! quand un chirurgien est obligé d'aller d'hôpital en hôpital, en dépit du zèle le plus ardent, il ne peut faire tous les pansements importants, examiner et opérer les malades qui devraient l'être. Il en résulte que des malheureux restent 2, 3 ou 4 semaines à l'hôpital, attendant le retour du chirurgien titulaire Ces atermoiements ont pour conséquence d'exposer les malades expectants à contracter des affections contagieuses, à voir s'aggraver leur mal, et par l'affaiblissement qu'imprime à leur organisme la demeure dans des salles infectées, à voir diminuer la force de résistance que, à l'origine, ils pouvaient offrir contre les dangers de l'opération. De plus, c'est une charge non justifiée pour le budget de l'assistance publique, puisque le nombre des journées d'hôpital est accru sans le moindre avantage.

« Les moyens de faire disparaître un mal aussi grand que celui qui résulte de ces remplacements de plusieurs médecins ou chirurgiens par un seul médecin ou un seul chirurgien du bureau central est indiqué par le vœu que nous examinons. »

Le rapporteur après avoir rappelé qu'il existe 65 médecins titulaires des hôpitaux et que le cadre des médecins du bureau central comprend 15 médecins ; que les chirurgiens titulaires sont au nombre de 34 et les chirurgiens du

bureau central au nombre de 8, a conclu à l'adoption du vœu que nous avions déposé et qui consiste à porter, le plus vite possible, le nombre des médecins du bureau central de 15 à 18 et celui des chirurgiens de 8 à 10. Enfin, le rapporteur fait remarquer que ce nombre sera encore insuffisant parce qu'il est indispensable d'arriver à ce résultat qu'un médecin ne soit chargé que d'un seul service ou tout au plus de deux services dans le même hôpital.

Ce rapport a été transmis à l'administration de l'assistance publique qui, d'après des renseignements que nous avons tout lieu de croire exacts, est décidée à entrer cette année même dans la voie indiquée par le Conseil. Nous ne pouvons que l'en féliciter et nous terminerons en souhaitant que la bonne volonté qu'elle paraît mettre à tenir compte, dans cette circonstance, du vœu exprimé par les représentants de la Cité ne demeure pas une exception, mais devienne la règle.

BOURNEVILLE.

Les bibliothèques médicales des hôpitaux et hospices de Paris.

M. F. Duval, préfet de la Seine, vient d'introduire au Conseil municipal un mémoire relatif à une *Allocation de subventions aux bibliothèques des hôpitaux de Beaujon, Saint-Louis et Saint-Antoine, et à celles des hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre.* Le crédit demandé est de 10,000 francs.

Nous enregistrons cette nouvelle avec la plus vive satisfaction, ne doutant pas que le Conseil municipal n'accorde le crédit demandé, car nous verrons assuré l'avenir de créations auxquelles nos amis et fidèles collaborateurs, soit à l'ancien *Mouvement*, soit au *Progrès médical*, ont pris une si large part.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 avril 1877. — PRÉSIDENCE DE M. LÉPINE.

M. CADIAT donne les résultats de recherches nouvelles sur la structure du poumon. A l'extrémité des bronches, il existe des orifices multiples : avant de se terminer par les ampoules, les bronches se présentent sous forme de canaux anfractueux, *conduits alvéolaires*; ces conduits intermédiaires entre la bronche et l'ampoule terminale sont tapissés d'une couche d'épithélium cubique, le même que les auteurs ont décrit à tort dans l'alvéole. Quant au revêtement épithélial des alvéoles, il change avec l'âge : d'abord formé de cellules aplaties ou peu adhérentes, puis plus tard adhérentes, il est remplacé chez l'adulte par des lamelles continues, où l'on ne retrouve plus que des noyaux, sans délimitation cellulaire nette.

M. MAGNAN présente quelques considérations sur l'état du cœur et des muscles pendant l'attaque épileptique. Si chez un chien, soumis à l'action de l'absinthe, on met l'artère fémorale en rapport avec un hémodynamomètre, on constate que, pendant la période tonique, les contractions du cœur sont nombreuses et la tension sanguine s'élève, pendant la période clonique les contractions sont lentes et la tension s'abaisse. Le cœur, tétanisé pendant la première période, présente donc une tendance syncopale dans la seconde. C'est ce qui explique les morts subites qui sont du reste plus fréquentes au moment des convulsions cloniques.

Si on enregistre parallèlement au tracé du cœur, le tracé des contractions musculaires au moyen du polygraphe, on note également un état tétanique des muscles au début auquel succède une phase de relâchement musculaire.

En ce qui concerne le pouls à la suite de l'attaque épileptique, M. Magnan ne saurait considérer son tracé comme pathognomonique, comme le prétend M. Voisin. Il ressemble, en effet, à celui que l'on trouve chez un individu sain, à la suite d'un exercice violent ou prolongé.

M. POUCHET dépose sur le bureau un travail de M. Mer sur la physiologie des mollusques. M. Mer a étudié les conditions de l'absorption par la peau chez les limaces et a pu s'assurer qu'elles ne sont pas identiques à celles qui régissent l'absorption à travers les membranes. Entre autres faits curieux, il a observé que, si on plonge un escargot dans une solution de chlorhydrate de rosalinine, tandis que la coquille présente une coloration rouge vif, l'animal prend une couleur orangée qui ne s'efface que lentement : c'est un phénomène intéressant au point de vue de l'étude des pigments.

M. LANDOLT fait une communication sur l'acuité visuelle et la perception des couleurs, en différents points de la rétine (1).

M. RANVIER a eu récemment occasion d'étudier la structure de l'organe électrique de la torpille. On sait qu'il est formé de prismes, placés les uns à côté des autres, constitués eux-mêmes par la réunion de lamelles. Chacune d'elles présente quatre couches, la supérieure conjonctive, l'inférieure formée par l'expansion des nerfs. Au-dessous de la couche conjonctive est la lame dorsale, séparée de la couche nerveuse par une couche à gros noyaux. Les nerfs se terminent par une série de fils en palissade, *cils électriques*, qui baignent dans une substance liquide ou semi liquide située entre les lamelles nerveuses et dorsales. Toutes les lamelles dorsales se touchent, les lamelles nerveuses ne communiquent entr'elles que par l'intermédiaire des nerfs. Cette disposition anatomique permet de comparer l'appareil électrique de la torpille à un condensateur, où les lamelles dorsales seraient chargées d'électricité positive.

M. DUMONTPALLIER donne lecture d'un intéressant rapport au nom de la Commission chargée, sur la demande du Dr Burq, d'examiner les effets de l'application des métaux sur la surface cutanée dans les cas d'anesthésie. La commission, composée de MM. Charcot, Luys et Dumontpallier, s'est adjoint pour les recherches spéciales MM. Landolt, Gellé et Regnard. Elle a pu s'assurer de l'exactitude des faits avancés par le Dr Burq. Si, chez des hémianesthésiques hystériques, on applique sur la peau hémianesthésiée des pièces d'or, de cuivre, de zinc, le malade accuse bientôt des fourmillements, une sensation de chaleur et l'on peut constater en ce point au bout de quelques minutes le retour de la sensibilité, une élévation de température et une augmentation des forces. Au voisinage du lieu d'application du métal, on note aussi des phénomènes de dysesthésie. La sensibilité spéciale est influencée dans le même sens : c'est ainsi que les membres de la Commission ont pu constater la disparition du daltonisme, la diminution de la surdité. Ces remarquables phénomènes ne se produisent pas chez tous les malades au moyen du même métal; chez les unes c'est l'or qui agit seul : chez d'autres, il existe une idiosyncrasie pour le cuivre ou le zinc. Il est du reste probable que cette action de métal est due aux courants électriques qu'il développe à la surface de la peau. Ainsi chez une hémianesthésique à idiosyncrasie on obtiendra le retour de la sensibilité en se servant d'un courant électrique de même force que celui dont le galvanomètre indique la production à la suite de l'application sur la peau de pièces d'or. Mêmes phénomènes dans l'hémianesthésie de cause organique; mais dans ces cas, chose curieuse, les effets de l'application métallique sont beaucoup plus durables que dans les hémianesthésies hystériques.

Dans le cours de leurs expériences, les membres de la Commission ont constaté un fait d'une grande importance physiologique. A mesure que, d'un côté, la sensibilité générale ou spéciale revient, que la température s'élève, que la force musculaire s'accroît, on observe au point homologue du côté sain la diminution de la sensibilité, de la température et de la force musculaire. Il semble qu'un côté perde ce que l'autre gagne : c'est un véritable *transfert de la sensibilité*. La discussion des conclusions de ce rapport aura lieu dans la prochaine séance (2).

(1) Nous donnerons le résumé de cette note dans le prochain numéro.

(2) Nos lecteurs, en se reportant aux précédents comptes rendus de la

M. DUMONTPALLIER montre à la Société une série de petites piles, fabriquées par MM. Regnard et Trouvé, dont chacune donne un courant de force égale à celui que produit l'application de l'or, du zinc ou du cuivre sur la peau. A l'aide de ces piles, on a une véritable gamme électrique qui permettra aux cliniciens de reproduire les expériences de la Commission.

L. DREYFUS-BRISSAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 avril 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. GOSSELIN présente au nom de M. Maurice Raynaud l'observation d'un cas de tarsalgie des adolescents. Le malade ayant succombé à une maladie intercurrente, M. Maurice Raynaud a pu examiner les pièces pathologiques et constater que les lésions siégeaient dans les articulations de la rangée antérieure du tarse; ces lésions étaient caractérisées par la disparition d'une grande partie de la substance cartilagineuse diarthrodiale, sans ostéophytes, sans altération des synoviales.

— Suite de la discussion sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde. M. JACCOUD, maintenant les conclusions de sa première communication, repousse en termes véhéments les reproches qui lui ont été adressés dans la dernière séance par M. Guéneau de Mussy. Nous laissons à notre excellent ami Longuet le soin de poursuivre l'analyse de cette intéressante question qu'il a entreprise dans le Bulletin du *Progrès Médical.*

ALB. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 février 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Athérome artériel généralisé; — dilatation de la crosse de l'aorte; — insuffisance relative de l'orifice aortique; — accidents d'asystolie; par M. H. BARTH, interne des hôpitaux.

Mourat (Nicolas), 56 ans, charretier, entre le 24 janvier 1877 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. FERNET. Cet homme, bien constitué et d'une bonne santé habituelle n'a pas d'antécédents rhumatismaux; il est depuis de longues années adonné à l'usage des liqueurs alcooliques. Il s'est bien porté et n'a ressenti aucun malaise jusqu'à l'été dernier; vers le mois de juillet, à la suite d'un refroidissement il a été pris de point de côté à gauche et d'oppression; il ne s'en est pas inquiété d'abord et a continué ses occupations, mais peu à peu la dyspnée a augmenté et est devenue telle que le moindre exercice un peu violent amenait des accès de suffocation. Le malade a lutté aussi longtemps qu'il a pu; enfin, voyant ses forces diminuer chaque jour il s'est décidé, vers la fin du mois dernier, à cesser tout travail et à garder le repos chez lui. Il n'en a pas éprouvé de soulagement; au contraire, l'oppression est devenue assez intense pour rendre le décubitus dorsal impossible et nécessiter la position assise; en outre, il est survenu de l'œdème des jambes, qui, depuis quinze jours, a gagné les cuisses, le scrotum et les parois abdominales.

Au moment de son entrée le malade est dans un état complet d'épuisement; la face est bouffie et légèrement cyanosée; les membres inférieurs présentent un œdème considérable.

Le pouls, bondissant, mais peu dépressible, inégal et irrégulier bat 96; — la pointe du cœur, difficile à reconnaître paraît occuper le 5e espace intercostal, à un travers de doigt au-dessous et en dehors du mamelon; le choc précordial est peu énergique; la matité cardiaque ne paraît pas notablement accrue. A la base du cœur le premier bruit est sourd, le deuxième bruit est remplacé par un souffle doux, prolongé, aspiratif remplissant tout le grand silence et révélant nettement une *insuffisance aortique*; — à la pointe, le premier bruit est soufflant; le deuxième bruit prend à la fin de chaque expiration un timbre piaulant tout particulier. Il n'y a pas de signes positifs d'insuffisance tricuspidienne. On ne constate pas de surcharges des jugulaires, pas de pouls veineux, pas de battements hépatiques; le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes.

Société de biologie, auront tous les éléments nécessaires pour se faire une idée exacte de la question.

L'examen du thorax révèle une matité prononcée à la partie inférieure du côté gauche, en arrière; il y a affaiblissement marqué des vibrations thoraciques dans la même région, un peu d'égophonie au niveau de l'angle de l'omoplate, plus bas, diminution du murmure respiratoire, sans souffle.

Du côté droit, la sonorité est bonne, légèrement tympanique à la base; la respiration s'entend bien dans toute la hauteur, mélangée de quelques râles muqueux disséminés.

Il y a un peu de toux, sans expectoration notable; la dyspnée est extrême et va presque jusqu'à l'orthopnée.

L'appétit est très-diminué; il n'y a pas de troubles digestifs, pas de diarrhée. Le malade accuse de fréquents besoins d'uriner, les urines peu abondantes (450 gr. environ par 24 heures), se troublent par le refroidissement; elles renferment beaucoup d'acide urique mais ne sont pas albumineuses.

D'après l'ensemble des symptômes, on diagnostique une *insuffisance aortique*, à développement latent, avec *affaiblissement cardiaque* consécutif, lié probablement à une altération athéromateuse du système artériel. (Traitement : infusion digitale 0,50 ; chiendent ; rég. lacté.)

30 *janvier*. La dyspnée a diminué; les battements cardiaques sont plus énergiques et le choc de la pointe est facilement perceptible dans le 5e espace intercostal, au-dessous et très en dehors du mamelon. — Les battements sont ralentis et les bruits du cœur beaucoup plus aisés à discerner; à la *base* on a, au premier temps, un souffle rude et bref, suivi au deuxième temps d'un souffle doux prolongé dans le grand silence; — à la *pointe* on a un souffle au premier temps, parfaitement net, ayant son maximum au foyer de l'orifice mitral. Le pouls, plus régulier, bat 72; les artères contournées en S sont dures et moniliformes; au cou et dans les creux sus-claviculaires on observe le phénomène de la danse des artères. L'œdème du tronc et des membres inférieurs a notablement diminué; au thorax, la matité gauche a presque entièrement disparu, les vibrations thoraciques sont perceptibles dans toute la hauteur il n'y a presque pas de râles. La quantité des urines n'augmente pas sensiblement (500 gr. par 24 h.).

31 *janvier*. On constate de l'irrégularité du pouls : il y a deux pulsations rapprochées, suivies d'un intervalle; au cœur, on a deux contractions ventriculaires successives sans diastole (donnant deux fois de suite le souffle a premier temps), puis un repos pendant lequel se produit le souffle doux et prolongé; ce rhythme spécial peut être observé pendant toute une série de battements (cesser l'infusion de digitale).

2 *février*. Les battements cardiaques sont de nouveaux affaiblis et accélérés, mais on n'observe plus d'intermittences P. 92. L'œdème général a augmenté notablement et s'est étendu aux membres supérieurs; la respiration est gênée : il y a des signes de congestion pulmonaire aux deux bases. (reprendre infusion feuilles de digitale 0,50).

3 *février*. Le malade est un peu moins oppressé qu'hier; — l'œdème paraît avoir légèrement diminué : mais on observe de nouveau des intermittences dans les battements cardiaques, affectant le même rhythme que la première fois. Les urines sont toujours rares et troubles (continuer la digitale).

4 *février*. Les intermittences cardiaques persistent : après deux pulsations rapprochées, la troisième est remplacée par un silence; l'impulsion cardiaque est faible et traînante; il y a imminence de syncope (cesser la digitale; donner vin diurétique de la Charité, 20 gr.)

5 *février*. Les intermittences cardiaques ont aujourd'hui disparu; P. 80, faible, mais assez régulier. — La dyspnée est toujours extrême, le malade se plaint beaucoup d'insomnie : dès qu'il s'endort, il est réveillé par le besoin de respirer, (même traitement).

Les jours suivants tous les symptômes s'aggravent avec rapidité : l'insuffisance circulatoire s'accentue de plus en plus, l'anasarque est généralisée; il y a de la cyanose; les extrémités sont algides. L'oppression est excessive; il y a de la congestion aux deux bases et des râles disséminés dans toute l'étendue de la poitrine (continuer vin diurétique de la Charité, potion acétate ammoniaque 4 gr.).

10 *février*. L'asphyxie fait des progrès rapides, la teinte cyanotique du visage est très-prononcée. Le malade succombe à 11 heures du soir.

Autopsie, faite 36 heures après la mort. Le *cœur*, très-volumineux, pèse 540 grammes; il est flasque et manifestement dilaté; ses parois, peu résistantes, sont gorgées de sang; les veines coronaires sont extrêmement développées.

Les diverses cavités cardiaques sont remplies par des caillots volumineux, la plupart noirâtres et diffluents, quelques-uns plus denses et décolorés; l'orifice mitral est peu altéré, la valvule un peu épaissie à son bord libre ne présente ni perte de substance ni rétraction cicatricielle capable de déterminer une insuffisance; l'*aorte* dans sa première portion est considérablement dilatée et d'un diamètre double de ses dimensions ordinaires; l'orifice aortique élargi présente une circonférence de plus de 95 mm. d'où résulte une insuffisance relative très marquée des sigmoïdes; celles-ci paraissent peu altérées et offrent seulement à leur bord libre quelques nodosités de faible épaisseur.

La crosse aortique dans son ensemble présente un volume très supérieur à l'état normal; on y distingue trois dilatations successives: la première fusiforme est la plus considérable et occupe comme on l'a déjà dit la portion intra-péricardite; la seconde, presque ampullaire, du volume d'un petit œuf, est située au niveau de l'origine du tronc brachio-céphalique et s'est développée à droite et en arrière de ce vaisseau; enfin une troisième dilatation, moins considérable, se voit sur la portion descendante au niveau de la 4ᵉ vertèbre dorsale dont le corps présente sur sa partie latérale gauche une dépression marquée en forme d'échancrure.

La surface interne de l'aorte offre, dans toute son étendue, les lésions caractéristiques de l'endartérite athéromateuse: elle est rugueuse, inégale, de couleur grisâtre, couverte d'ecchymoses et d'ulcérations irrégulières; les dépôts calcaires font absolument défaut; la paroi artérielle dégénérée, épaissie, de consistance fibroïde, a perdu toute élasticité; elle est rigide et inextensible.

Les *artères périphériques* sont également athéromateuses, mais à un moindre degré; les coronaires cardiaques sont perméables dans toute leur étendue.

Les *plèvres* renferment une notable quantité de sérosité; celle du côté gauche offre à sa partie inférieure quelques traces d'inflammations chroniques. — Les *poumons*, dépourvus d'adhérences, sont fortement œdématiés, surtout vers la base.

Le *foie*, volumineux, est légèrement sclérosé; la *rate* offre son aspect ordinaire et sa consistance normale; les *reins* fortement congestionnés paraissent sains du reste. Dans aucun des organes on ne trouve de traces d'infarctus.

Réflexions. — Cette observation présente un exemple remarquable de maladie cardiaque par lésion artérielle: comme on le voit nettement d'après les détails qui précèdent, la dilatation de la crosse aortique a entraîné une insuffisance relative des valvules sigmoïdes et consécutivement une hypertrophie cardiaque; puis l'obstacle grandissant chaque jour, le ventricule gauche s'est dilaté, et l'élargissement de l'anneau mitral a produit une insuffisance de cet orifice (révélée par un souffle systolique à la pointe du cœur); enfin, avec l'affaiblissement du muscle cardiaque est survenue la cachexie, qui, dès lors, a marché à grands pas, sans que l'emploi d'un traitement approprié, de la digitale en particulier, parvint à l'enrayer d'une manière sérieuse. Ce dernier fait trouve une explication suffisante dans l'inertie absolue de l'aorte et de tout le système artériel.

Tuberculose miliaire aiguë généralisée. — Tubercules de l'encéphale. — Péricardite tuberculeuse; par Chenet, interne des hôpitaux.

Ces pièces proviennent de l'autopsie d'une femme de 23 ans, morte dans le service de M. Siredey, à Lariboisière. Bien que l'histoire de cette malade soit fort intéressante, je n'en relèverai que les points principaux. Point d'antécédents tuberculeux. Privations et misère à la suite d'une couche, cette femme ayant travaillé pour elle et pour son enfant. Suppression brusque des règles à la suite d'une émotion morale. A la suite, accidents fébriles intermittents sans manifestation locale appréciable.

Entrée à l'hôpital le 20 janvier 1877. Malgré plusieurs examens renouvelés avec d'autant plus de soin qu'on ne trouvait aucun motif à ces accès de fièvres vespérales, on ne constate aucun signe de tuberculose jusqu'au 1ᵉʳ *février*. Il faut noter seulement un *amaigrissement assez marqué*, d'après le dire de la malade, de l'*anémie, une variabilité très-grande dans la fréquence du pouls* qui monte au moment de la visite de 80 pulsations à 120. La malade accusait aussi une dépression des forces très-accentuée. Son facies était un peu hébété, son intelligence obtuse, attributs du tempérament lymphatique. L'appétit bien conservé jusque-là, et même augmenté, disparut dès l'entrée de la malade à l'hôpital. Urines pâles, mais sans sucre, ni albumine. — Haleine plus courte, quelquefois une petite toux sèche, mais sans expectoration. Point de modification dans la sonorité de la poitrine, ni dans le murmure respiratoire. Rien d'anormal du côté de l'utérus ou de ses annexes.

1ᵉʳ *février*. M. Siredey constate, après un examen minutieux et prolongé, quelques bruits anormaux au sommet du poumon droit. Inspiration saccadée se faisant en plusieurs temps, avec expiration plus bruyante qu'à l'état normal. Dans les grandes inspirations qui précèdent ou suivent les efforts de toux, on distingue en outre quelques craquements secs. Rien d'anormal du côté gauche, en avant. En arrière, on parvient difficilement aussi à saisir quelques petits craquements à gauche. A droite, la respiration est manifestement plus sèche, plus bruyante, et les craquements secs plus évidents qu'en avant, quoique très-rares. Insomnie. Sueurs nocturnes abondantes. Pommettes marbrées.

A partir de ce jour, on a pu suivre très-nettement et jour par jour, les progrès effrayants de la granulie. Des râles humides se montrent, deviennent plus abondants et se généralisent. De la diarrhée survient qui dure pendant toute une semaine et finit par s'arrêter. Pilules opiacées. Décoction blanche. A l'intérieur, iodure de potassium, 2 gr. par jour. Applications locales répétées de teinture d'iode.

Les phénomènes généraux s'aggravent. La malade ne mange plus; elle fond, pour ainsi dire, de jour en jour. L'obtusion intellectuelle augmente, et le 15 février commence un délire nocturne d'abord, puis continu. Tranquille, avec cris plaintifs fréquents.

Le visage commence à se cyanoser. Il est à peu près impossible d'arracher un mot à la malade. A la diarrhée a succédé une constipation opiniâtre avec rétraction du ventre et flexion des membres abdominaux, qui fait penser à des granulations méningées. Vomissements fréquents provoqués par l'ingestion des liquides mêmes. Le pouls est à 68 le 19 février au moment de la visite. Une heure après, nous comptons 96 pulsations. La température axillaire est de 37°,7. Râles nombreux gros et humides dans toute l'étendue de la poitrine.

20 *février*. Pouls presque impossible à compter. Il dépasse 140. Il est à peine sensible. Extrémités cyanosées. Coma profond. Insensibilité absolue. Respiration haletante. Mort à 7 h. du soir.

Autopsie 20 h. après la mort. *Cavité thoracique*. Poumons très-adhérents, le droit surtout. La partie supérieure plus molle se laisse pénétrer par le doigt et se déchire. Adhérence des poumons au péricarde. Pas de lésion appréciable des ganglions bronchiques. Les poumons sont encore crépitants, leurs bords postérieurs très-congestionnés. Les granulations sont appréciables au toucher. A la coupe, on trouve une infiltration généralisée, confluente, composée par des granulations de volume et d'âge différents. Les unes très-fines, miliaires, grisâtres, dures; les autres un peu plus volumineuses, gris-jaunâtres. En aucun point, il n'existe de pertes de substance.

Symphyse cardiaque complète sans augmentation de volume appréciable. Les adhérences se laissent déchirer assez facilement dans la plus grande partie de l'étendue de l'organe, mais alors on distingue dans l'épaisseur des fausses membranes fines et celluleuses des granulations miliaires jaunâtres, consistantes, ayant exactement l'aspect des granulations tuberculeuses. Elles siégent sur le feuillet viscéral du péricarde, ou mieux, dans l'épaisseur des fausses membranes, mais j'insiste sur ce point qu'on n'en trouve point de sembla-

bles sur le feuillet pariétal. Dans les péricardites simples, au contraire, les deux surfaces présentent également cet aspect rugueux, granuleux, qui a été le point de départ de comparaisons vulgaires. En outre, il existe quelques suffusions sanguines dans l'épaisseur des fausses membranes.

Cavité abdominale. Point de liquide. Les anses intestinales sont libres, sans adhérence, sans granulations, et ne présentent, par transparence, aucune lésion qui nous engage à pousser plus loin l'examen. Quelques fausses membranes très-minces, sans granulations à la partie supérieure du foie et de la rate.

Congestion énorme de la veine cave et de ses affluents. Reins de volume normal, mais très-congestionnés. Capsule adhérente dans la plus grande partie de l'étendue de l'organe entraînant avec elle de la matière corticale. Semis de granulations miliaires jaunâtres, saillantes, assez confluentes par place sur les deux reins. A la coupe, le sang étant lavé, des granulations semblables se retrouvent dans la substance corticale et tranchent nettement sur la coloration brunâtre, foncée du reste de l'organe.

Urine lactescente dans les bassinets. Pas de lésion appréciable des urethères. Cystite du col. Développement vasculaire énorme à ce niveau, mais point de granulations. Pas de lésion appréciable de l'utérus ou de ses annexes.

Cavité crânienne. Cerveau très-congestionné, offrant à sa surface quelques suffusions sanguines sous-arachnoïdiennes, et en plusieurs points des amas purulents, notamment sur l'hémisphère droit et au niveau des circonvolutions fronto-pariétales. A gauche, on ne trouve pas de ces taches purulentes, non plus qu'en aucun des points qui sont habituellement le siége d'élection des nappes purulentes, aux confluents, à la base du cerveau, au péronier supérieur. En plusieurs points, les méninges ont pris une teinte opaline, mais nulle part nous ne rencontrons de granulations sur le trajet des vaisseaux.

A la coupe, nous trouvons de nombreux foyers caséeux enkystés, et les plus gros correspondent exactement aux taches jaunâtres signalées à travers l'épaisseur des méninges, c'est-à-dire que les foyers plus superficiels en ce point, plus volumineux, ont détruit la substance cérébrale jusqu'à venir se mettre en contact avec les méninges. Je n'ai pas compté ces foyers, mais sur les nombreuses coupes verticales que j'ai pratiquées, j'en ai trouvé quelques-uns. Ils sont trop confluents pour que je tente de décrire exactement leur situation. L'un pourtant est remarquable par son siége. Il occupe l'étage inférieur et la portion droite de la protubérance; il est absolument enkysté dans la substance nerveuse et ne pénètre pas jusqu'à la surface. Un autre occupe la couche optique du côté droit vers sa partie moyenne.

Enfin, il en existe aussi plusieurs dans le cervelet.

Le volume de ces foyers varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une fève de marais. Les plus gros situés, ainsi que je l'ai dit déjà, sur les circonvolutions fronto-pariétales droites, sont tout-à-fait superficiels.

Les autres sont plus profonds, mais presque toujours développés aux dépens de la substance grise ou atteignant sa limite profonde. Ils semblent formés par du pus concret, et ne se détachent pas sans un filet d'eau.

Il me reste enfin à signaler un certain degré d'hydropisie ventriculaire et un peu de ramollissement des parties centrales du cerveau.

La moelle n'a pas été examinée.

Réflexions. Malgré les lacunes que présente cette observation, je l'ai crue intéressante à rapporter. C'est un bel exemple de granulie aiguë à forme de catarrhe asphyxiant, compliqué d'accidents cérébraux à la dernière période. Le diagnostic n'a pas été fait dès le début, bien qu'on l'ait soupçonné. Rien, dans les manifestations locales, n'autorisait à l'affirmer. Relevons pourtant ce fait d'une suppression brusque des règles attribuée par la malade à une émotion morale, d'une fièvre intermittente avec amaigrissement et perte des forces.

A partir du moment où les premiers signes pulmonaires ont été constatés, la maladie a marché d'une façon suraiguë, et c'est dans les derniers jours seulement qu'on a pu reconnaître des complications cérébrales. Pourtant les lésions des centres nerveux paraissent plus vieilles, et en tout cas, elles sont plus avancées que celles des autres organes. Il est assez remarquable que les méninges se soient trouvées relativement saines, tandis que la substance nerveuse était si gravement compromise et présentait des altérations si confluentes.

Aucun phénomène n'a été noté qui permît de localiser ces lésions. Pourtant ce tubercule de la protubérance a pu donner lieu à de l'albuminurie ou à de la glycosurie, mais la malade urinant continuellement sous elle, ses urines n'ont pas été examinées dans les derniers jours.

Notons enfin la péricardite tuberculeuse avec symphyse cardiaque complète. C'est là, en somme, un fait assez rare. J'en ai relevé pourtant un certain nombre de cas dans les *Bulletins de la Société* ou dans les recueils scientifiques. Dans presque tous, il y avait symphyse cardiaque complète. Le cas de M. Proust (*Soc. de biologie*, 1864) fait seul exception: le péricarde contenait 1,500 ou 1,600 grammes de liquide. L'hypertrophie du cœur est notée dans la plupart des cas; dans le nôtre, au contraire, le volume du cœur est sensiblement normal. L'évolution rapide de la maladie explique suffisamment l'absence de cette autre lésion.

Le plus souvent enfin, la péricardite n'a été constatée qu'à l'autopsie. Dans notre cas, aucun trouble circulatoire n'a spécialement attiré l'attention vers le cœur. La présence d'une granulie généralisée expliquait assez la cyanose observée chez la malade pour qu'on n'eût pas à en rechercher ailleurs la cause.

L'examen microscopique, fait par M. de Sinéty, a démontré la nature tuberculeuse des différents produits dont nous avons parlé.

Lymphadénome; par M. Castex, interne des hôpitaux.

R..., Victor, âgé de 18 ans, garçon de ferme, entra à l'hôpital (service de M. Trélat), le 1er février 1877. Il n'a pas eu de maladie dans son enfance. Il y a 5 mois, ayant été conduire des chevaux à l'abreuvoir, il fut pris de frissons pendant la nuit; mais cet accident ne l'arrêta pas longtemps. Le lendemain matin il se levait, et put continuer son service pendant un mois. Cependant il se sentait faible, n'avait pas d'appétit.

Il y a 4 mois, il fut pris de fièvre tierce que l'on fit disparaître avec le sulfate de quinine, après le deuxième accès. Le médecin dit alors au malade que sa rate était augmentée de volume. En même temps, il devenait jaune, éprouvait des douleurs dans la région du foie, pas de signes de coliques hépatiques. *Il y a 2 mois*, des douleurs lancinantes apparaissaient dans l'œil droit. La vue n'avait rien perdu de son acuité, mais quand il regardait à droite, il voyait double. *Quatre ou cinq semaines* après, l'œil se tuméfie, les douleurs augmentent, la vision s'affaiblit de plus en plus, puis entre le globe de l'œil et la paupière inférieure, se montre une tumeur d'une coloration rouge sombre. Il est pris de vomissements bilieux et alimentaires, qui apparaissent immédiatement après l'ingestion des aliments, mais qui ont disparu dans la suite.

Depuis 23 jours, la vision du côté droit est abolie.

Etat actuel. 6 février. La partie de la tumeur orbitaire, apparente à l'extérieur, présente les dimensions d'une grosse amande. Les paupières sont indemnes, le globe oculaire est soulevé, la vue abolie. Les douleurs lancinantes augmentent principalement la nuit. Enfin depuis deux ou trois jours, la tumeur saigne facilement. Pas de battements, pas de ganglions præauriculaires. Mais dans toute la longueur du triangle sus-claviculaire, on trouve une chaîne de ganglions tuméfiés et principalement l'un d'eux placé au sommet du triangle. Quelques petits ganglions dans l'aisselle droite, rien dans l'aisselle gauche.

La langue est bonne, l'épigastre et le ventre ballonnés. Pas de sang dans les vomissements, ni dans les garde-robes. Le foie est dur, hypertrophié, dépassant le rebord costal de 3 à 4 centimètres, douloureux spontanément et à la pression. La rate paraît également augmentée de volume, et douloureuse quand on presse au niveau de son extrémité inférieure. Pas

d'ascite. Rien au cœur, le pouls est ralenti (48 pulsations à la minute). Température, 36,6. Les poumons sont libres.

Le malade accuse de la céphalalgie dans toute la moitié droite de la tête, il éprouve des bourdonnements d'oreille. Tout le tégument présente une coloration ictérique profonde.

Les urines renferment une énorme quantité de biliverdine et un peu d'albumine. Enfin, le malade n'a pas connaissance d'affection semblable dans sa famille. Son père et sa mère vivent encore, et ses grands parents sont morts à un âge très-avancé.

Le malade après trois semaines de séjour à l'hôpital, meurt dans un état de cachexie très-prononcée.

Autopsie. — *Tube digestif.* Parois de l'estomac épaissies, blanches, mais l'épaississement qui s'étend à tout l'intestin grêle n'est nulle part plus marqué que dans le cœcum. Là, on trouve du côté de la muqueuse des saillies du volume d'une noisette. L'examen histologique a démontré que cet épaississement siégeait dans la muqueuse qui avait subi la transformation lymphadénique.

Annexes. Le foie présente, à la coupe, d'énormes noyaux disséminés dans son parenchyme et du même aspect macroscopique qu'une masse blanchâtre, dure, qui est accumulée au niveau du hile. Dans chacun des petits noyaux isolés qui ne font pas saillie à la surface de l'organe, on trouve à peu près uniformément trois petits trous qui semblent être des surfaces de sections de petits canalicules. Sous le foie une énorme quantité de ganglions dont les plus gros atteignent le volume d'un œuf de poule, et qui offrent à la coupe un pointillé violacé et l'aspect encéphaloïde. Les parois de la vésicule biliaire présentent, en certains points, une épaisseur de 8 à 10 millimètres.

La rate est gonflée, mais n'offre pas de traces de la néoformation observée dans le foie.

Les reins (et surtout le gauche, dont notre collègue M. Regnier a eu la complaisance de prendre le dessin), sont très volumineux et offrent à la coupe même aspect blanchâtre et même dureté. Au raclage, suc blanchâtre. Poumons indemnes. Les ganglions cervicaux et les ganglions inguinaux sont également trouvés tuméfiés.

Enfin la tumeur qui apparaissait sous l'œil droit, adhère au globe et non à l'orbite, se prolonge dans les sinus sphénoïdaux et maxillaires, a perforé la lame criblée de l'ethmoïde et presse légèrement sur la dure-mère. Dans toutes ses cavités, elle se présente sous forme d'une masse plus colorée en jaune que les noyaux du foie, mais d'une consistance moindre, car elle y est presque diffluente.

M. Malassez, qui a examiné ces diverses pièces, y a trouvé le stroma réticulé caractéristique de la lymphadénie.

Carcinome kystique du sein; par M. Castex, interne des hôpitaux.

G... Flore, âgée de 47 ans 1/2, couturière, d'un tempérament sanguin, a eu, comme antécédents morbides, un eczéma aigu vers l'âge de 15 ans. — Réglée à 14 ans, elle a eu 4 enfants. Un an après son premier accouchement, fièvre typhoïde. N'a jamais eu d'abcès au sein. Il y a deux ans, apparaît dans le côté gauche de la poitrine, une douleur constrictive qui augmentait surtout le soir. Puis, la malade aperçoit vers le mois de janvier 1876 une tumeur du volume d'une noix à la partie supéro-externe du sein gauche. Cette tumeur va toujours grossissant et devient le siége, il y a 5 mois, de douleurs lancinantes. A la même époque, la malade constate, dans l'aisselle, la présence d'un ganglion hypertrophié.

Etat à l'entrée (7 *février* 1877). La tumeur occupe la partie supéro-externe du sein gauche; très-près de l'aisselle, la peau est froncée, violacée, ponctuée ; le volume du néoplasme représente celui d'une pomme.

Il glisse sur les parties sous-jacentes, mais fixe la peau. Il est le siége de douleurs lancinantes surtout quand la malade se fatigue. Sur la paroi interne de l'aisselle, deux ganglions sans adhérences à la peau. Depuis un mois la malade se plaint de douleurs lancinantes dans la moitié supérieure de la région interne du bras gauche.

En deux points très-distincts, près du sternum d'une part, et au-dessous de la mamelle d'autre part, deux petites tumeurs dures, qu'on pourrait prendre d'abord pour de petits adénomes, mais que M. Trélat considère comme des tumeurs, en raison de l'adhérence de la peau à leur niveau et du petit point noir que chacune d'elles présente en son centre.

L'opération est pratiquée par M. Terrillon, qui est obligé, pour enlever tous les tissus intéressés, de procéder par arrachement à une évacuation complète de l'aisselle.— La tumeur offre à la coupe, dans sa partie mammaire, vers son extrémité inférieure, un kyste d'un volume d'une noix distendu par un liquide verdâtre foncé qui jaillit au moment où on incise. Plus près de l'aisselle, un tissu aréolaire, présentant une certaine analogie avec la paroi interne du cœur gauche est rempli d'un liquide vert moins coloré.

Le pansement de la plaie non réunie a été fait chaque jour avec le coton hydrophyle phéniqué. Cette vaste perte de substance s'est rapidement comblée, le bourgeonnement étant très-actif.

Réflexions.— L'intérêt de cette observation est tout entier, dans la conformation intérieure du néoplasme et dans la coexistence de ces deux petites tumeurs dont le diagnostic était important au point de vue du *pronostic.*

M. Pauffard présente des pièces relatives à un cas de caséification de la muqueuse des voies urinaires (urèthre, vessie, uretère), coïncidant avec des noyaux tuberculeux du rein gauche, un abcès tuberculeux du testicule droit, et des tubercules pulmonaires chez un homme de 33 ans.

Rétrécissement fibreux de l'intestin grêle; par M. Béringier, interne des hôpitaux.

D... 46 ans, homme de peine, est entré à l'hôpital (service de M. Empis), le 22 décembre 1876. Cet homme a toujours joui d'une bonne santé. Il n'a jamais fait de graves maladies; il ne s'est point livré à des excès alcooliques. Il a conservé un certain embonpoint; cependant il dit avoir beaucoup maigri depuis quelque temps. Il y a six mois environ, en descendant un fardeau dans une cave, il fit une chute et reçut un coup violent sur l'abdomen. Pendant plusieurs jours il éprouva une douleur vive en ce point: mais bientôt il put reprendre ses occupations.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital il commença à ressentir des coliques qui présentaient un caractère d'acuité très-grande par moments. Elles siégeaient surtout au-dessus de l'ombilic et ne s'accompagnaient pas de diarrhée. Le malade ne vit jamais de sang dans ses selles et n'eut jamais d'hématémèse. Un mois avant son entrée à l'hôpital il commença à avoir des vomissements peu abondants, muqueux et n'ayant lieu que le matin quand il était à jeun. Les digestions se faisaient d'ailleurs assez bien, mais les coliques ne cessaient pas.

Vers le 4 janvier, les vomissements changèrent de nature. Beaucoup plus abondants, verdâtres, bilieux, ils revenaient dans la journée, en général longtemps après les repas. Tourmenté par ces symptômes le malade ne prenait guère que du lait en petite quantité, et cependant chaque matin on trouvait une pleine cuvette de liquide bilieux rejeté depuis la veille. Les coliques et la constipation persistaient. La palpation du ventre était douloureuse, surtout vers l'épigastre et l'hypochondre droit. La matité du foie n'était pas augmentée et l'estomac paraissait peu distendu. Les parois abdominales étaient rétractées. Malgré la persistance de ces symptômes, l'état général restait assez satisfaisant ; l'amaigrissement ne faisait pas de progrès, le faciès était peu altéré.

10 *janvier*. On croit sentir vers la région épigastrique une tumeur mal limitée mate à la percussion.

15 *janvier*. Les vomissements cessent brusquement, mais les coliques continuent. Constipation.

21 *janvier*. Les vomissements reviennent avec la même abondance que précédemment. Aucune modification dans l'état général.

Du 27 janvier au 4 février nouvelle disparition des vomissements, moins de coliques, le malade éprouve un soulagement très-grand. Le 4, les vomissements reprennent, ils ont augmenté de fréquence et de quantité.

A partir du 10 février la maladie prit une évolution plus ra-

pide. L'amaigrissement fait des progrès, les douleurs de ventre s'exaspèrent. Cet état persiste jusqu'au 18 février, jour de la mort.

Autopsie. — Les parois abdominales sont rétractées; les intestins sont appliqués contre la colonne vertébrale. Pas de liquide dans le péritoine. L'estomac est dilaté; la muqueuse n'est le siége d'aucune altération. Rien au cardia ni au pylore. A 15 centimètres de la fin de la 3e portion du duodénum, l'intestin est rétréci; on ne peut y faire pénétrer tout au plus qu'une sonde d'argent ordinaire; immédiatement au-dessus, dilatation du jéjunum.

L'anse intestinale rétrécie adhère intimement à une seconde anse inférieure et parallèle. — Lorsqu'on incise le rétrécissement, on remarque qu'il est formé d'un anneau blanchâtre dur et résistant, n'ayant pas plus d'un demi-centimètre d'épaisseur. Dans la partie inférieure de l'intestin grêle et dans le gros intestin, on trouve des matières dures semblant passées à la filière. Les autres organes abdominaux sont sains. Le cœur et l'aorte ne présentent aucune altération.

L'examen histologique du rétrécissement a été fait par mon collègue Mayor. Le tissu dense, blanc nacré, dont est constitué le bourrelet triangulaire qui rétrécit l'intestin est cohérent, difficile à dissocier. On n'y trouve pas de fibres élastiques. Les coupes faites à travers le bourrelet démontrent qu'il est formé d'un feutrage de fibres de tissu conjonctif et de nombreux noyaux fortement colorés par le carmin. Par places se voient des groupes de cellules embryonnaires formant comme des centres de prolifération.

Le tissu musculaire de la paroi intestinale n'est plus représenté que par quelques faisceaux séparés les uns des autres par le tissu fibreux et ne constituant plus une tunique. Sur la face externe du bourrelet, le tissu fibreux se laisse pénétrer par des cellules adipeuses qui, groupées en îlots arrondis, infiltrent le tissu conjonctif qui fait adhérer entre elles les deux anses intestinales. En un mot, le bourrelet qui fait saillie dans l'intestin est bien constitué uniquement par du tissu fibreux pour ainsi dire cicatriciels, et distinct du tissu des néoplasmes qui donnent habituellement lieu à la sténose du tube intestinal.

Réflexions. — Ce qui constitue l'intérêt de cette observation c'est: 1° la cause de la maladie qui semble avoir été le traumatisme survenu quelques mois avant l'entrée du malade à l'hôpital; — 2° La nature fibreuse du rétrécissement; la cause la plus fréquente de la diminution du calibre de l'intestin grêle étant une altération organique des parois; — 3° L'obscurité des symptômes que présenta le malade; vomissements abondants et opiniâtres, constipation, sans amaigrissement très-sensible, si ce n'est dans les derniers jours de la vie.

Fistule ombilicale; cancer latent de l'estomac, par E. Monod, interne des hôpitaux.

Antoinette C..., âgée de 66 ans, entre le 7 février 1877, dans le service de M. Panas, à Lariboisière. Elle ne présente pas d'antécédents héréditaires; la santé antérieure a toujours été bonne.

La maladie actuelle remonte à six mois environ. Au mois d'octobre 1876, la malade a été obligée de cesser son travail. Depuis quelque temps déjà elle éprouvait des malaises mal déterminés, tels que diminution de l'appétit, sensation de fatigue, amaigrissement. Ces symptômes sont allés en s'accentuant toujours davantage. — Si l'on excepte une diarrhée intermittente, les fonctions digestives n'ont pas présenté de troubles appréciables. *Il n'y a jamais eu de vomissements.* La malade offre à son entrée un aspect cachectique prononcé. Le teint est subictérique; les muqueuses sont décolorées. On constate des pétéchies sur les membres supérieurs, et de l'œdème des membres inférieurs. L'auscultation ne révèle aucun bruit anormal.

A l'inspection de l'abdomen on remarque une tuméfaction diffuse qui soulève la cicatrice ombilicale, ainsi que la région avoisinante. La peau a conservé sa coloration normale. On peut limiter aisément la tumeur par la palpation; elle est étalée, d'un volume comparable à celui d'une moitié d'orange. Elle est mate à la percussion. La matité se continue en haut et à droite avec celle du foie. Du côté gauche, à 5 ou 6 centimètres de l'ombilic; au-delà des limites de la tumeur, on retrouve la sonorité des anses intestinales.

La pression, même légère, au niveau de la tumeur est très-douloureuse, surtout au-dessous de l'ombilic. Au sommet de la cicatrice ombilicale soulevée et déplissée existe un orifice fistuleux admettant le bec d'une sonde cannelée. Il en sort un liquide séreux, roussâtre, inodore, qui s'écoule avec plus d'abondance lorsqu'on presse sur la tumeur; quelques gaz s'échappent par instants avec le liquide. Un stylet introduit dans la fistule pénètre dans une petite poche sous-cutanée formée par la cicatrice ombilicale déplissée; mais on ne parvient pas à le faire pénétrer plus profondément. La fistule est de date récente; la malade ne peut pas donner d'indication précise sur l'époque de sa formation.

Malgré l'absence de vomissements et de tout phénomène gastrique, M. Panas, se fondant sur un cas analogue qu'il avait eu l'occasion d'observer, porta le diagnostic de cancer stomacal.

Pendant les quinze jours qui suivent son entrée, l'affaiblissement fait des progrès rapides; l'œdème augmente, la teinte cachectique s'accuse. La malade succombe le 21 février sans présenter de symptômes nouveaux.

Autopsie. — La *cavité abdominale* renferme une petite quantité d'un liquide roussâtre, analogue à celui qui s'écoulait par la fistule ombilicale. Les anses intestinales sont vascularisées; elles ont un aspect dépoli et poisseux par places. En un point il existe une forte adhérence du grand épiploon avec la paroi abdominale antérieure. Le petit bassin contient quelques cuillerées d'un pus vert, bien lié.

La *région ombilicale* forme une masse compacte reliant ensemble l'estomac, le foie, le côlon transverse et les duodénum. Tous ces organes sont enlevés en masse. La petite courbure de l'estomac adhère intimement dans toute son étendue au bord antérieur du foie; on ne retrouve pas traces de l'épiploon gastro-hépatique. En ouvrant l'estomac on voit, au voisinage du pylore, une large surface ulcérée recouverte de détritus d'un gris noirâtre. Cette surface occupe surtout la face antérieure, elle a envahi un peu la face postérieure. Au-delà de cette ulcération, dont les bords sont irréguliers, la muqueuse est absolument saine; elle présente seulement une légère vascularisation. La perte de substance, qui intéresse toutes les tuniques de l'estomac, est comblée par le tissu hépatique adhérant à l'estomac.

Du côté de l'ombilic on trouve, au fond de la poche sous-cutanée que nous avons décrite, un petit orifice admettant un stylet de trousse, par lequel on pénètre dans la cavité stomacale. Les différentes couches des parois abdominales autour de l'ombilic (muscles et aponévroses) sont fortement adhérentes et forment une masse indurée compacte que traverse le trajet fistuleux.

Le côlon transverse communique par un trajet oblique, long de 5 à 6 centimètres, avec cette poche formée par l'estomac et le lobe gauche du foie.

La valvule pylorique, qui reste perméable, établit la limite du néoplasme; le duodénum ne présente pas d'altération. Les autres viscères sont sains.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 *avril* 1877. — Présidence de M. Panas.

M. de Saint-Germain, à l'occasion du procès-verbal, cite le fait de trachéotomie suivant: Il a opéré dans la nuit de dimanche dernier un enfant de 7 ans atteint de croup. L'opération a été faite en un seul temps; aucun accident durant l'opération, peu de sang perdu, tout au plus une cuillerée à soupe. Nuit bonne, le lendemain, à 8 h. 1/2, il y a du tirage. On enlève les deux canules, hémorrhagie secondaire: 200 à 250 gr. de sang. On introduit alors une grosse canule et l'hémorrhagie s'arrête. L'enfant est mort le mardi.

M. Despres proteste contre la trachéotomie en un seul temps. Il préfère le procédé de Trousseau. Pour lui, il a fait 39 fois cette opération; jamais il n'a eu d'hémorrhagie secondaire.

M. de Saint-Germain. On n'emploie plus le procédé de

Trousseau à l'hôpital des enfants. Sur 96 cas opérés par sa méthode en un temps, il n'y a eu que trois hémorrhagies secondaires.

M. Notta (de Lisieux), membre correspondant, cite quatre cas de réunion des tendons extenseurs antibrachiaux sans adhérence à la peau.

1er *cas*. Section de l'extenseur de l'index gauche par du verre. Débridement, réunion des deux bouts du tendon par un fil d'argent. Suture des lèvres de la plaie. Réunion de la plaie cutanée en trois jours. On immobilise la main et l'avant-bras sur une planchette. Six semaines après, guérison complète; le tendon n'est point adhérent. Le fil d'argent est resté dans la plaie;

2° Section du tendon extenseur de l'index de la main droite. Réunion par suture métallique. Immobilisation. 48 heures après le pansement, il sort de la plaie un peu de liquide. Au bout de six semaines, guérison sans adhérence. Le fil métallique est resté;

3° Section de l'extenseur de l'index et du médius. Plaie en biseau. Réunion des tendons par suture métallique. Réunion de la plaie. Au bout de 24 heures, suppuration qui persiste assez longtemps. Guérison sans adhérence. Le fil métallique n'est pas sorti de la plaie;

4° Section par une scie circulaire du cinquième métacarpien, l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt est ouverte. Les tendons extenseurs du petit doigt et de l'annulaire sont coupés, celui du médius est déchiré en partie: Suture par les fils métalliques. Une partie de cinquième métacarpien se nécrose. Aujourd'hui, l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt est ankylosée, les tendons ne sont point adhérents à la peau. L'extension est conservée. Les fils métalliques ne doivent pas être tombés.

M. Notta a fait la section des tendons perforants et perforés d'un chien, il a mis une suture métallique. Au bout de six semaines, la guérison était parfaite. Il présente le tendon, dans lequel les fils existent toujours. Il en conclut que la réunion des tendons peut se faire sans adhérence à la peau; que les fils métalliques peuvent rester dans le tendon.

M. Terrier. Quand il y a suppuration, le tendon doit toujours adhérer à la peau et si cela n'a pas eu lieu dans le quatrième cas de M. Notta, c'est que la suppuration ne s'était pas étendue jusqu'au tendon. Quant à l'expérience sur le chien, elle n'est pas concluante, attendu que, chez cet animal, les choses se passent autrement que chez l'homme.

M. Delens, rapporteur, lit un mémoire de M. Mollière, de Lyon, sur une hernie étranglée de la ligne semi-lunaire (ligne demi-circulaire de M. Cruveilhier). Il s'agit d'une femme âgée de 39 ans, qui eut une fausse couche suivie d'un phlegmon de la fosse iliaque gauche. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, il s'était développé tout près de la région ombilicale, au voisinage du bord externe du muscle droit antérieur gauche, une tumeur irréductible. On pratiqua une incision transversale qui laissa voir une petite tumeur, derrière laquelle en existait une autre, plus volumineuse, formée par l'intestin et l'épiploon. La tumeur fut réduite et a malade sortit guérie vingt jours après.

M. Després. Cette tumeur n'est qu'une hernie inguinale directe, étranglée par un anneau accidentel. — M. Delens. Ce n'était pas une hernie inguinale, puisqu'elle siégeait près de l'ombilic. — M. Paulet. L'arcade de Douglas ne peut pas étrangler une hernie, puisqu'elle n'est pas tranchante. — M. Delens. L'arcade de Douglas descend à quelques centimètres de l'ombilic. Elle n'est pas tranchante, mais elle peut le devenir.

M. Polaillon présente une tête de fœtus hydrocéphale. La mère, âgée de 25 ans, a déjà eu un enfant à terme. Au moment de l'accouchement, elle est dans un état spasmodique, avec perte de connaissance. La respiration et le pouls sont réguliers. Les contractions utérines sont faibles. Le ventre est volumineux et peu douloureux. Le travail dure depuis 24 heures. On a déjà fait trois applications de forceps.

Le cœur du fœtus a cessé de battre depuis quelques heures. Il s'agit d'une présentation du sommet. Par la vulve, il s'écoule un liquide d'une odeur forte.

On pratique la perforation du crâne avec les ciseaux, il se produit alors un écoulement abondant de liquide. L'application du forceps amène l'enfant. On remarque un commencement de putréfaction au niveau du front. La tête est fracturée. Le crâne contient, après extraction de l'encéphale, 1190 grammes d'eau. — La femme est morte le lendemain. — A l'autopsie, on remarque une perforation vers la partie antérieure de l'utérus. Il y a de la péritonite sans épanchement sanguin.

D. G.

MALADIE DES ENFANTS

I. **Du sevrage**; par le dr J. Bauzon. Th. inaug. Paris, 1877, chez Delahaye.

II. **Quelques considérations sur la symptomatologie et la nature de la chorée**; par le dr G. Cartier. Th. inaug. Paris, 1876, chez Delahaye.

III. **Etude sur les cas de diphthérie observés à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant l'année 1876**; par Paul Moizard, interne des hôpitaux. Th. inaug. Paris, 1876, chez Delahaye.

I. Le travail du dr Bauzon, petit d'allures, est gros d'enseignements qui, tous, s'inspirent des données de la physiologie et de l'anatomie.

Parmi les points de détails qui ont particulièrement attiré l'attention de l'auteur, nous signalerons une analyse fort intéressante de la salive des enfants, qui a pour caractère d'être acide, de renfermer peu de matières organiques, d'agir tardivement (après le sixième mois) sur l'amidon cuit, d'avoir enfin un pouvoir saccharifiant, bien inférieur à celui que l'on constate sur la salive de l'adulte. On saisit la portée pratique de ces notions et on en conclut avec l'auteur que, si minime que soit le rôle de la salive dans la digestion, on ne saurait, sans inconvénient, donner à l'enfant des aliments féculents avant un certain âge, avant l'évolution complète du premier groupe dentaire, qui correspond *à la modification de la qualité de la salive.*

La seconde partie de la thèse du dr Bauzon est consacrée à l'étude du sevrage prématuré et à ses inconvénients, dont les plus terribles sont la diarrhée, l'athrepsie et le rachitisme avec toutes ses conséquences lointaines.

La dernière partie du travail, partie essentiellement pratique, est réservée à l'exposition des règles à suivre pour faire passer sans danger l'enfant de l'allaitement au régime commun. L'enfant devra, peu à peu et progressivement, être habitué à son régime nouveau, dans lequel on se gardera de faire entrer toutes les préparations industrielles, qui se disputent aujourd'hui la faveur des mères imprudentes.

A partir de huit mois, on mettra l'enfant au régime mixte, c'est-à-dire, qu'en lui continuant les tétées, on pourra lui faire prendre deux potages, l'un à l'eau, l'autre au lait; à douze mois, l'enfant pourra manger trois soupes.

C'est insensiblement, progressivement, en diminuant le nombre de tétées, en augmentant les potages et en les remplaçant à certains jours par un œuf légèrement cuit ou par une panade, qu'on atteindra sans encombre le moment décisif du sevrage.

Telles sont, d'après l'expérience des maîtres, les règles que formule l'auteur; en dehors de ces règles, l'élevage n'aboutit qu'à des santés précaires, à des constitutions maladives sur lesquelles la mortalité prélève un si lourd tribut.

II. Le dr Cartier se propose surtout d'étudier un phénomène, mis en relief par son maître, M. Triboulet, la douleur provoquée par la pression du doigt chez les choréiques, en certains points du trajet des cordons nerveux, qui naissent de l'axe cérébro-spinal.

L'auteur montre, dans une série d'observations bien prises, comment cette pression exaspère momentanément les mouvements choréiques, en même temps qu'elle augmente les troubles intellectuels.

Après avoir passé en revue chacune des opinions qui ont régné et qui règnent sur la nature de la chorée, le dr Cartier se croit autorisé à voir: 1° dans les douleurs provoquées, la preuve d'une affection congestive des nerfs sensitifs; 2° dans la névropathie de ces nerfs sensitifs, le point de départ d'ac-

tions réflexes qui aboutissent aux mouvements choréiques.

III. Avec une statistique des cas de diphthérie traités à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans ces dix dernières années, on trouvera, dans cette thèse, étudiés avec le plus grand soin, les caractères de l'épidémie dont M. Moizard a été témoin, dans le service de M. le dr Bergeron.

La forme infectieuse est le trait dominant de cette épidémie, qui a été des plus meurtrières. Parmi les symptômes notés chez ses petits malades, M. Moizard en étudie spécialement deux, dont l'intérêt est considérable au point de vue de la valeur pronostique qui s'y attache, nous voulons parler de l'albuminurie et des éruptions.

Cette épidémie montre, comme l'ont prouvé déjà tant de ses devanciers, que les médications, si rationnelles soient-elles, restent le plus souvent impuissantes, et que la diphthérie gagnant le larynx, la ressource suprême est dans la trachéotomie.

A ce propos, le dr Moizard discute la question la plus délicate peut-être de la trachéotomie, savoir à quel moment le chirurgien doit prendre le bistouri. L'auteur se range à l'opinion de la majorité des médecins des hôpitaux d'enfants, qui professent qu'on doit opérer à la deuxième période, c'est-à-dire au moment où la gêne de la respiration devient permanente et où les vomitifs ne produisent plus de soulagement.

La dernière partie de la thèse est consacrée à l'exposé et à la discussion des méthodes anciennes et nouvelles de trachéotomie, puis à la relation de quelques accidents dont l'auteur a été témoin. Ces quelques lignes suffisent pour montrer tout l'intérêt de ce travail, qui apporte son contingent de faits importants et bien étudiés à l'histoire générale de la diphthérie. L. LANDOUZY.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie; diagnostic et traitement; par le Dr C. MAGNANT, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique. — Vve A. Delahaye et Cie, 1877.

Malgré les nombreux travaux auxquels a donné lieu l'étude des kystes hydatiques du foie, le siége même de la lésion rend souvent obscures les questions de symptomatologie et de diagnostic. Les modes de traitement sont assez variés pour qu'il y ait lieu de les examiner dans une revue critique. Telle a été la pensée de M. Magnant. Aussi commence-t-il sa thèse inaugurale en déclarant qu'il va faire un travail de critique plutôt qu'un exposé d'idées nouvelles.

L'auteur fait très-bien ressortir que « les kystes hydatiques du foie ont moins des symptômes à eux propres que des symptômes de voisinage et que la symptomatologie de cette affection est constituée autant par son siége que par sa nature. »

Le travail de M. Magnant est intéressant; pourtant le diagnostic n'y est pas traité, selon nous, d'une façon complète. Les kystes du rein sont passés sous silence. L'auteur eût bien fait de s'inspirer, à ce sujet, d'une excellente leçon clinique de M. Dolbeau, leçon de tous points intéressante et qu'il eût pu analyser avec fruit. Il y a là, en effet, un point important de diagnostic différentiel.

Quant au traitement, M. Magnant n'a pas l'intention d'en instituer un nouveau. C'est surtout une étude critique, très-intéressante, du reste, des différents moyens curatifs qu'on trouve dans le dernier chapitre de la thèse que nous analysons.

Quelques lignes seulement sont consacrées au traitement médical qui doit précéder toujours, à moins d'un cas urgent, toute intervention chirurgicale. Il cite l'iodure de potassium recommandé par Jaccoud et Hawkins, les préparations mercurielles employées *intus et extra*, le kousso, la teinture de kamala qui a obtenu des succès. Mais l'auteur passe bien vite à la vraie méthode curative, l'intervention chirurgicale, sans en méconnaître la gravité.

La thérapeutique chirurgicale est riche de moyens : les ponctions capillaires, les ponctions avec de gros trocarts, l'ouverture par le bistouri (Bégin), l'ouverture par le bistouri après production d'adhérences par les caustiques (Récamier), la ponction après production d'adhérences, etc.

Il est certain que l'ouverture de ces kystes donne lieu de redouter la pénétration du liquide dans la péritoine. Il est donc beaucoup plus prudent, selon l'auteur et selon nous-même, de s'entourer des garanties les plus complètes par la production des adhérences. Mais, comme on n'est jamais certain de réussir à son gré, il sera préférable de faire après la cautérisation, au lieu d'une incision, une ponction avec un gros trocart qu'on remplacera par une sonde en caoutchouc. Ce tube, tout en facilitant la sortie du liquide kystique permettra, de plus, de laver l'intérieur de la tumeur et d'y faire pénétrer des injections antri-putrides. C'est ainsi que nous avons vu traiter avec succès un kyste du lobe gauche du foie par Michon.

Quant au moyen d'obtenir des adhérences, c'est encore dans les caustiques successivement appliqués qu'on devra avoir le plus de confiance. Toutefois, la méthode de Récamier ne met pas toujours sûrement à l'abri du danger; les lenteurs de la cautérisation (1) peuvent faire perdre un temps précieux. Enfin, les applications de caustiques, surtout de pâte de Canquoin, sont parfois très-douloureuses. C'est pourquoi il y aurait peut-être lieu d'expérimenter l'acupuncture multiple recommandée par Trousseau qui n'a encore été tentée que trois fois. M. Magnant ne cite qu'une observation de Trousseau à ce sujet. De plus, Dolbeau (*Loc. cit.*) l'a expérimentée à l'Hôtel-Dieu, en 1866. C'est le professeur Trousseau lui-même qui introduisit les aiguilles dans la partie la plus saillante de la tumeur. Au bout de cinq jours, des adhérences paraissaient établies. Mais l'état de la malade ayant obligé M. Dolbeau d'ajourner l'ouverture du kyste, les adhérences parurent, quatre jours plus tard, avoir cédé et n'être pas assez intimes pour écarter tout danger. Peut-être quelques jours de plus auraient-ils permis aux aiguilles de donner un meilleur résultat. Dans tous les cas, l'expérience ne permet pas de juger définitivement cette méthode.

A propos des kystes ouverts dans le thorax, voici ce que dit l'auteur : « Longtemps considérée comme au-dessus des ressources de l'art, cette complication, depuis les travaux de M. Moutard-Martin (2), a beaucoup perdu de la gravité de son pronostic. Le médecin de l'hôpital Beaujon a rapporté trois faits, à lui personnels, dans lesquels l'intervention sauva les malades, quoique leur santé fût gravement compromise. » Cette intervention, c'est l'opération de l'empyème qu'ont mise en honneur les travaux de notre excellent et savant maître, M. Moutard-Martin. Dr G. BOUTEILLIER.

VARIA

Transfert de la Faculté des sciences au Luxembourg.

On sait quelle est, depuis longtemps, l'insuffisance des locaux affectés dans l'ancienne Sorbonne, aux besoins des diverses Facultés. Service administratif de l'Académie, Faculté des lettres, Faculté de théologie, Faculté des sciences, s'y entassent et s'y étouffent, faute d'espace. C'est surtout la Faculté des sciences qui souffre de cet état de choses; dès 1846, elle s'en plaignait; l'Empire vint et, déblayant un terrain contigu à la Sorbonne le long de la rue des Ecoles, y posa en grande pompe la première pierre d'agrandissements futurs : la seconde pierre n'est pas encore taillée. En attendant, la Faculté des lettres n'a pas de logement pour son secrétaire, pas de cabinet pour son doyen, pas de place pour sa bibliothèque, pas assez de salles de conférences et de travail; la Faculté des sciences ne sait, non plus, où loger son doyen et son secrétaire, et chose plus grave, est obligée d'installer tant bien que mal ses professeurs et ses élèves dans les vieilles masures de la rue Saint-Jacques, obligeamment prêtées par la ville. C'est à tous les étages, au fond d'antiques échoppes, dans d'anciennes cuisines, dans des chambres sans air et sans lumière que se trouvent les laboratoires et les collections. On s'y rend en traversant un dédale de couloirs obscurs, de corridors humides, d'escaliers délabrés qui feraient honte à la plus pauvre cité ouvrière.

Après la guerre, on voulut remédier à cette situation, et le projet fut

(1) Dolbeau. *Clinique chirurgicale* (Victor Masson, Paris, 1867).

(1) Le Dr Bergeret (d'Arbois) paraît cependant avoir obtenu, avec la pâte de Vienne, des adhérences en très-peu de temps. Nous n'oserions suivre son exemple. (*Bulletin de la Société de médecine de Besançon*, 1863.)

(2) *La pleurésie purulente et son traitement*, par le Dr E. Moutard-Martin. Paris. Ad. Delahaye, 1872.

conçu de transférer dans les terrains du Luxembourg, la Faculté des sciences qui n'en fut pas d'avis, par des motifs que nous retrouverons plus loin. A cette époque, nous aurions proposé de transporter auprès du Muséum, entre le Jardin-des-Plantes et la Salpétrière ou sur l'emplacement de l'Entrepôt et la Faculté des sciences, et l'Ecole de pharmacie, et même l'Ecole de médecine qui sera toujours à l'étroit sur le terrain actuel. On eût ainsi concentré les centres d'instruction qui ne peuvent, sans grand dommage pour les études, être trop éloignés les uns des autres, et réduit à néant les plus fortes objections de la Faculté des sciences. Mais aujourd'hui, la question n'est plus entière, l'Ecole de pharmacie s'élève au Luxembourg, la Clinique s'y transporte, l'Ecole de médecine reste où elle est, il n'y a plus qu'à mettre au large les occupants de la Sorbonne.

Trois systèmes étaient en présence. Le premier consistait à abandonner la vieille Sorbonne aux services académiques; en transportant ailleurs les Facultés. C'était s'engager dans de plus grandes dépenses et rendre inutiles les terrains déjà acquis rue Saint-Jacques et rue des Ecoles. Le second déplaçait au contraire le siége de l'Académie, laissant les Facultés réunies à la Sorbonne. Le troisième enfin, enlève la Faculté des sciences à sa résidence actuelle et la transporte au Luxembourg. C'est le projet adopté par le Ministre de l'Instruction publique, par la majorité de la commission municipale et voté par le conseil.

Les partisans du second projet objectaient le danger de trop séparer la Faculté des sciences de celle des lettres, les difficultés qui s'ensuivraient, pour les élèves, à suivre les leçons des deux Facultés, et la crainte que la prospérité générale de l'instruction ne s'en ressentît. Ils ajoutaient qu'il était possible de trouver dans les terrains disponibles autour de la Sorbonne de quoi satisfaire aux exigences actuelles de l'enseignement.

La première de ces objections était certainement fondée, mais il convient de ne pas l'exagérer; la Faculté des sciences au Luxembourg ne sera pas déportée au bout du monde, et les heures des cours peuvent être combinées de façon à permettre aux élèves de fréquenter les deux Facultés. D'autre part les terrains actuellement suffisants ne le seront plus quand seront réalisées les intentions du Ministre qui veut créer de nouvelles chaires dans les deux Facultés, en ouvrir les portes à de nombreux docteurs ou agrégés venus du dehors, ce qui exigera de nouveaux laboratoires, de nouveaux amphithéâtres et de nouvelles salles. Des agrandissements nouveaux deviendront peut-être nécessaires plus tard; insuffisants dès aujourd'hui, les terrains de la Sorbonne le seraient bien plus alors. Enfin, l'installation au Luxembourg de la Faculté des sciences, ne compromet en rien, pour l'avenir, l'unité de la future Université de Paris. Cette unité, si elle doit se réaliser, ne tient pas aux rapprochements topographiques auxquels se prêteraient aussi bien les terrains du Luxembourg.

Ces considérations pesées, le Conseil municipal sur le rapport de M. Harant, s'est décidé pour le projet proposé par M. Waddington. Nous pensons qu'il a eu grandement raison, et qu'aujourd'hui cette combinaison est celle qui permettra le mieux de pourvoir aux besoins impérieux de l'enseignement supérieur des sciences. Il n'y plus a plus qu'à désirer un plan bien conçu et promptement exécuté.

Congrès périodique international des Sciences médicales. 5° session. Genève (Du 9 au 15 sept.) 1877.

Le comité d'organisation du Congrès périodique international des Sciences médicales, composé de : *Président :* Prof. C. VOGT; — *Vice-Président :* Dr H.-Cl. LOMBARD ; — *Secrétaire général :* Dr PRÉVOST ; — *Secrétaires-adjoints :* Drs D'ESPINE et J.-L. REVERDIN ; — *Membres :* Drs DUNANT, FIGUIERE, JULLIARD, ODIER, REVILLIOD, adresse les statuts et règlements qu'il a adoptés pour la 5me session du Congrès, qui se tiendra à Genève du 9 au 15 septembre de cette année.

Le programme de la session et les conclusions des rapports seront publiés dans le mois de juin prochain et distribués, soit aux membres adhérents du Congrès de Bruxelles, 4me session, soit aux médecins qui en feront la demande en envoyant leur adhésion à la 5me session de Genève.

RÈGLEMENT. — Art. 1. Le Congrès périodique international des sciences médicales (5me session, 1877) s'ouvrira à Genève le dimanche, 9 septembre, à une heure, sous les auspices du Haut Conseil fédéral suisse et des autorités du canton et de la ville de Genève.

Art. 2. Le congrès sera exclusivement scientifique et durera une semaine, du 9 septembre au 15 septembre inclusivement.

Art. 3. Le congrès se composera : de membres du corps médical étrangers et nationaux, qui se seront fait inscrire et auront retiré leur carte à cet effet. Ils auront seuls le droit de prendre part aux discussions. Les membres du Congrès seront tenus de verser une somme de 20 fr. en échange de laquelle ils recevront un exemplaire du compte-rendu des travaux de la session. Cette somme sera versée par Messieurs les adhérents en même temps qu'ils enverront leur adhésion ; par les participants au moment où ils retireront leur carte. Les inscriptions et la distribution des cartes se feront le 8 septembre de midi à 5 heures ; le 9 septembre de 9 heures du matin à midi ; et les autres jours de 8 heures à 9 heures du matin dans les locaux du Congrès (Université).

Art. 4. Les travaux du Congrès se répartiront en sept sections.

Art. 5. Au moment où ils retireront leur carte, MM. les membres se feront inscrire dans la section à laquelle ils désireront appartenir. Le comité constituera les bureaux provisoires des sections (un président et deux secrétaires). Les sections éliront leur bureau définitif (un président, deux vice-présidents, deux secrétaires).

Art. 6. Le Congrès se réunira deux fois par jour : une première fois pour es travaux des sections, une seconde pour ceux de l'Assemblée générale.

Art. 7. Des rapporteurs désignés d'avance par le Comité feront aux sections l'exposé des questions qui leur auront été départies. Cet exposé se terminera autant que possible par des conclusions provisoires que les sections examineront dans l'ordre adopté pour les rapports.

Ce travail terminé, elles disposeront du temps qui leur restera pour recevoir les communications ressortissant à la spécialité de chacune d'elles et étrangères au programme. Les conclusions adoptées par les sections seront communiquées à l'Assemblée générale. ART. 8. Les séances de l'Assemblée générales seront consacrées : 1° A la communication des procès-verbaux et rapport des sections et, le cas échéant, à la discussion de ces derniers ; 2° A des conférences ou à des communications sur des questions d'intérêt général.

ART. 9. Les membres qui désireront faire une communication sur un sujet étranger aux questions du programme, devront en donner connaissance au comité, quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès. Le comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites. Le temps accordé à chaque orateur sera limité à un maximum de 20 minutes. Cette disposition n'est pas applicable aux rapporteurs qui sont instamment priés de rester autant que possible dans ces limites.

ART. 10. A la première séance le Congrès nommera son bureau définitif qui se composera d'un président, de trois vice-présidents effectifs, d'un nombre indéterminé de présidents honoraires, d'un secrétaire général et de deux secrétaires des séances.

ART. 11. Tous les travaux lus au Congrès, soit dans les sections, soit devant l'Assemblée générale, seront déposés sur le bureau. Le comité d'organisation, qui reprendra ses fonctions après la session pour procéder à la publication des actes du Congrès, décidera de l'insertion partielle ou totale ou de la non-insertion de chacun d'eux dans le compte-rendu.

ART. 12. Bien que la langue française soit celle dans laquelle seront conduites les séances, les membres seront également admis à s'exprimer en d'autres langues. Dans ce cas, si le désir en est exprimé, le sens de leurs paroles sera traduit sommairement par l'un des membres présents à la réunion.

ART. 13. Les statuts, programmes et les conclusions des rapports seront publiés en français et en allemand.

ART. 14. Le président dirige les séances et les débats suivant le mode adopté dans les assemblées délibérantes en général. Il arrête les ordres du jour en se concertant avec le bureau.

ART. 15. Les élèves en médecine pourront obtenir des cartes d'entrée gratuites ; mais ne pourront être admis à prendre la parole. (*A suivre*).

SECTIONS ADOPTÉES PAR LE COMITÉ ET RAPPORTS PRÉVUS. *I. Section.* — *Médecine.* — 1. Ulcérations de l'estomac. Prof. Dr Lebert. — 2. Affections parasitaires de la peau. Dr Hardy, prof. de clinique médicale à Paris. — 3. Etiologie de la fièvre typhoïde. Dr Bouchard, médecin des hôpitaux, prof. agrégé de la Faculté de Médecine de Paris. — 4. Traitement de la fièvre par les bains. Dr de Cévenville, médecin en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne. — 5. Du sort des tissus implantés dans l'organisme, Dr Zahn, prof. d'anatomie pathologique à Genève. — 6. Indications et valeur thérapeutique de la trachéotomie dans le croup. Dr Revilliod, prof. de clinique médicale à Genève. — 7. Pharmacopée universelle. Prof. Gille de Bruxelles.

II. Section. — *Chirurgie.* — 1. Méthode hémostatique d'Esmarch. Dr Esmarch, prof. de clinique chirurgicale à Kiel. — 2. Influences des traumatismes sur la grossesse et réciproquement. Dr Verneuil, prof. de clinique chirurgicale à Paris. — 3. Traitement de l'ozène. Dr Rouge, ex-chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne. — 4. Résultats définitifs des résections articulaires. Dr Oller, chirurgien des hôpitaux de Lyon. — 5. Galvanocaustique. Dr Julliard, prof. de clinique chirurgicale à Genève. — 6. Baraquements de transport des blessés. — 7. Des fistules péniennes. Dr J.-L. Reverdin, chirurgien adjoint de l'pôpital cantonal, prof. de pathologie externe et de médecine opératoire à Genève.

III. Section. — *Accouchements, Gynécologie.* — 1. Souffle placentaire. Dr Rapin, de Lausanne. — 2. Alimentation artificielle des enfants du premier âge. Dr Zweifel, prof. d'obstétrique et de gynécologie à Erlangen. 3. Anesthésie pendant l'accouchement. Dr Piachaud, ex-chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève. — 4. De la loi d'accroissement des enfants pendant leur première année et de ses déviations physiologiques et pathologiques. Dr Odier, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève. — 5. Dysménorrhée pseudo-membraneuse. Dr Gautier, médecin de l'hôpital Butini à Genève.

IV Section. — *Médecine publique.* — 1. Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales. Dr Magnan, médecin de l'hôpital St-Anne, à Paris. — 2. Influence des adultérations des liqueurs alcooliques sur la santé de ceux qui les fabriquent et les consomment. Dr Guillaume de Neuchâtel (Suisse). — 3. Questions de géographie médicale. Dr H. Cl. Lombard de Genève.— 4. Influence de l'immigration de la population des campagnes dans les villes. Dr Dunant, prof. d'hygiène à Genève.

V. Section. — *Sciences biologiques.* — 1. Caractères physiques de la décharge électrique de la torpille. Analogies physiologiques de cette dé-

charge avec la contraction musculaire. Dr Marey, prof. au Collége de France. — 2. Localisations cérébrales. Dr Broadbent, médecin et prof. à l'hôpital St-Mary, Londres. — 3. De la cause du sommeil. Dr Preyer, prof. de physiologie à Iena. — 4. Entozoaires de l'homme. Dr C. Vogt, prof. à l'Université de Genève. — 5. Fonctions de la rate. Dr Schiff, prof. de physiologie à Genève. — 6. Histologie de l'œuf et rôle de zoosperme dans la fécondation. Dr H. Fol de Genève. — 7. Antagonisme physiologique. Dr Prevost, médecin en chef de l'hôpital cantonal, prof. de thérapeutique, Genève.

VI. Section. — *Ophthalmologie, etc.* — 1. Indications de l'énucléation du globe de l'œil dans ses rapports avec l'ophthalmie sympathique. Dr Warlomont de Bruxelles, — 2. Étiologie et prophylaxie de la myopie. Dr Halténhoff de Genève. — 3. Quelles sont les meilleures méthodes pour déterminer l'étendue des principales fonctions de l'organe visuel : *a)* acuité, *b)* perception des couleurs, *c)* réfraction et accommodation, *d)* champ visuel (vision indirecte), *e)* mobilité de l'œil. Dr H. Fol, de Genève. — 4. Tenotomie du tensor tympani. Dr Colladon, de Genève.

Section d'exposition. — Il sera fait pendant la durée du Congrès, une exposition des appareils ou instruments nouveaux, usités en médecine, en chirurgie, en physiologie, etc. Les objets eux-mêmes devront être envoyés francs de ports et de douanes à l'adresse suivante : Direction de l'Exposition du Congrès médical, Dr. J. Reverd.n, place du Lac, Genève. Ils devront parvenir à la direction avant le 1er septembre prochain. Messieurs les exposants devront faire connaître le plus tôt possible et en tous cas *avant le 15* août, l'espace dont ils ont besoin pour leur exposition. Les frais d'exposition seront à la charge des exposants.

Hospice de la Salpêtrière.

Nous avons déjà entretenu nos lecteurs du mauvais état des services balnéaires et hydrothérapiques des hôpitaux et nous avons signalé plus particulièrement la Salpêtrière, la Pitié, Saint-Antoine. Cette situation regrettable est relevée, en ce qui concerne le premier de ces établissements, par *The Lancet* dans les termes suivants :

« Je ne puis terminer ma correspondance, dit le rédacteur, sans faire remarquer que les installations hydrothérapiques et balnéaires d'un établissement spécial aussi considérable que la Salpêtrière sont mesquines et insuffisantes. Cette partie de l'hôpital est si importante dans le traitement des maladies nerveuses qu'il est étrange que l'Assistance publique n'ait pas encore compris l'utilité et l'économie qui résulteraient d'une plus grande libéralité dans le service balnéo-hydrothérapique. »

Si nous reproduisons cette appréciation, c'est afin que l'Administration hâte l'examen des réformes à introduire sur ce point dans un établissement que visitent tous les étrangers qui viennent à Paris, et pour qu'elle s'expose le moins longtemps possible à des critiques désagréables, mais malheureusement trop justes.

Un nouveau concours.

La municipalité de Toulouse ayant à organiser un service médical pour les employés de l'octroi s'est, dit-on, trouvé fort embarrassée devant diverses prétentions, pour faire choix d'un médecin. Pour éviter toute récrimination, elle a décidé de mettre l'emploi au concours. Les juges du concours ont été choisis par les professeurs de l'Ecole de médecine ; ce sont : MM. Marchant, président ; Noguès, Batut, Ripoll, Bonnemaison. Les conditions du concours consistent : 1° En un rapport écrit sur une maladie chirurgicale ; 2° En un rapport sur une question de médecine légale ; 3° Une leçon à la suite d'examen, sur deux malades pris dans les services de clinique de l'Hôtel-Dieu. L'arrêté de la municipalité ne dit pas en quel lieu devront se faire inscrire les candidats. L'époque du concours sera fixée ultérieurement. — (*Revue médicale de Toulouse*).

Internat en pharmacie.

Le concours pour l'internat en pharmacie vient de se terminer par la nomination de : MM. 1. Thomas (Charles), 2. Kunemann, 3. Schmidt, 4. Leidié, 5. Gaillard, 6. Morellet, 7. Darieu, 8. Serée, 9. Decaix, 10. Mailfait, 11. Nicolas, 12. Favrichon, 13. Blanc, 14. Debœuf, 15. Lachartre, 16. Sourdel, 17. Sauzeat, 18. Brossart, 19. Lafont, 20. Teulon, 21. Fourcy, 22, Bottmer, 23. Bonfait, 24. Badin, 25. Langlois, 26, Heydeureich, 27. Abadie, 28. Tourneux, 29. Decagny.

Elèves désignés par le jury pour remplacer *en cas de besoin*, les internes titulaires : MM. 1. Nodet, 2. Thomas (Jean), 3. Plisson, 4. Rotz, 5. Danjou, 6. Truel, 7. Esparbès, 8. Cautrelle, 9. Würlin, 10. Legrand, 11. Guédeney, 12. Blanpain, 13. Buttner, 14. Bouzigues, 15. Gamel, 16. Claverin. — (*Gazette des hôpitaux*).

Alimentation publique.

Les viandes d'Amérique, conservées au moyen d'un procédé réfrigérant, commencent à s'introduire dans la consommation en Angleterre. On suggère comme un moyen d'assurer le succès de ce procédé, d'établir près de la boutique de chaque boucher une salle réfrigérante, dans laquelle les viandes seraient conservées jusqu'à ce qu'elles se trouvent à point pour la consommation. Dans un hôtel de Chicago, célèbre par les repas qu'on y donne, M. J. Waring de Shauklin, île de Wight, écrit qu'on lui a montré dans une salle réfrigérante, du bœuf, du mouton et du gibier qu'on y conservait pendant trois quatre ou cinq semaines avant de le faire paraître sur la table. Le même correspondant dit avoir mangé du mouton excellent conservé par le froid pendant six semaines. L'établissement de semblables salles réfrigérantes chez les bouchers anglais aurait pour effet d'égaliser les prix dans les grands marchés où ils ne tomberaient plus au moment de l'arrivée d'un approvisionnement considérable pour se relever démesurément pendant des périodes moins favorisées où ces approvisionnements font défaut. — (*Journal officiel*).

Instruction publique au Japon.

Au Japon, le département de l'instruction publique vient de publier la statistique scolaire pour l'exercice de 1874. Ce document peut servir à constater l'essor que l'instruction publique a pris dans ce pays pendant ces derniers temps. En 1873, le nombre des écoles élémentaires était de 7,998 ; en 1874 il a été de 18,712, soit une augmentation de 10,714. Il ne s'agit ici que des écoles publiques ; les écoles privées avaient au contraire diminué en nombre ; et de 2,356 leur chiffre était tombé à 2,224. En 1873, le nombre des enfants fréquentant les écoles était de 1,327,952 ; en 1874, il s'est élevé à 1,725,107. Dans ce dernier chiffre les garçons figurent pour 1,303,300 ; les filles pour 321,807. En 1873, on ne comptait dans les écoles que 1,009,616 garçons et 318,336 filles. On prévoyait, paraît-il, que pour l'année 1875 il y aurait eu au Japon, 30,000 écoles primaires fréquentées par 2 millions d'enfants. — (*Journal officiel*).

Enseignement médical libre.

Hôpital Saint-Louis. — M. le dr Lailler, continue ses conférences sur les affections cutanées tous les vendredis à 8 h. 1/2 et commencera le dimanche 29 avril, à 9 heures précises, ses leçons sur les teignes. Pavillon Saint-Mathieu.

Maladies des voies urinaires. — M. le dr Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera ce cours le mardi 24 avril à 3 heures, amphithéâtre n° 2, de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera en premier lieu de l'affection calculeuse et de la lithotritie.

Hôpital de Lourcine. — *Maladies des femmes.* — M. le dr Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, commencera ce cours le jeudi 19 avril, à 9 h. et le continuera tous les jeudis à la même heure. Le mercredi et le samedi, à 9 h., conférences cliniques et examen des malades.

Maladies des enfants. — M. Bouchut a commencé le cours d'été, à l'hôpital des Enfants malades, le mardi 10 avril à 8 h. 1/2, et le continuera les mardis suivants.

Hôpital des Enfants. — Le dr Jules Simon reprendra ses leçons sur les maladies des enfants, le mercredi 18 courant et les continuera tous les mercredis à 9 heures.

Maladies des yeux. — M. le dr Badal, commencera ses leçons sur la *cataracte* le samedi, 14 avril, à 3 h., dans l'amphithéâtre n° 1, de l'Ecole pratique, et les continuera les samedis suivants à la même heure. Cours complet en seize leçons. Examen des malades, exercices d'optométrie et d'ophthalmoscopie tous les jours, de midi à 2 h., à la clinique, 83, rue Lacondamine.

Accouchements. — M. le dr Verrier a commencé son cours le lundi 9 avril, à 8 h. du soir, à l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique. Il traitera dans ce semestre *de la Version et du Forceps* comme complément des accouchements difficiles ou dangereux. Les leçons auront lieu tous les lundis et vendredis à la même heure.

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — 1,851,792 habitants (recensement de 1872). Pendant la semaine finissant le 19 avril 1877, on a déclaré 1,025 décès, soit 28.8 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 17; — rougeole, 16; — scarlatine, 2; — variole, 3 ; — croup, 20; — angine couenneuse, 45; — bronchite, 44; — pneumonie, 62; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 14; — choléra nostras, »; — dysentérie, 1; — affections puerpérales, 5; — érysipèle, 6, — autres affections aiguës, 242; — affections chroniques, 482, dont 207 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 36; — causes accidentelles, 30.

Nécrologie. — M. le dr Charles Bernardin, qui s'était très-distingué pendant le siége de Paris, vient de succomber à l'âge de quarante-neuf ans. Fils d'un médecin qui a laissé les meilleurs souvenirs à Paris, M. le dr Charles Bernardin est vivement regretté par les nombreux amis que lui avait créés son dévouement professionnel. — (*Gazette des hôpitaux*).

— On nous annonce la mort de M. le dr Gigot-Suard, médecin consultant des eaux de Cauterets, décédé à Levroux (Indre-et-Loire.)

— On annonce la mort du dr Cintrat, enlevé dans l'espace de quatre

jours, par une angine couenneuse qu'il avait contractée en faisant l'opération du croup à un enfant.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

CHARCOT (J.-M.). *Leçons sur les Maladies du système nerveux*, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par Bourneville. 4[e] FASCICULE : *Tabes dorsal spasmodique; — Hémichorée post-hémiplégique; — Paraplégies urinaires; — Vertige de Ménière; — Epilepsie partielle d'origine syphilitique; — Athétose; — Appendice*, etc. In-8° de 228 pages, avec cinq figures dans le texte et *cinq* planches ; 5 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical*, *4 francs*. — Ce fascicule termine le TOME II des *Leçons sur les Maladies du système nerveux.*

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

DICTIONNAIRE *encyclopédique des sciences médicales*, directeur A. DECHEMBRE, —La première partie du tome XX (CAN-COQ) renferme, entre autres, les articles suivants : Contagion, par Bernheim; — Contractilité, contracture, par Onimus; — Contusion, par Marchand et Verneuil; — Convalescence, par Brochin; — Convulsion, par Ferrand et Vidal; — Coque du Levant, par E. Labbée; — Coqueluche, par Brochin. Nous annoncerons prochainement les trois autres fascicules et c'est avec plaisir que nous voyons les volumes du Dictionnaire encyclopédique se succéder rapidement.

Librairie V. A. DELAHAYE et C[e], libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE, des maladies des femmes et des enfants nouveaux-nés, par J.-H. Depaul, ; Secrétaire de la rédaction : de Soyer. Le numéro d'*avril* vient de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

AUDIBERT (A.). — Essai sur le rôle du sang dans le phénomène de la généralisation du cancer de l'estomac. Paris, 1877; in-8.— Prix: 1 fr. 50.

DELAUNAY (J.). — Etude sur le cloisonnement transversal du vagin complet et incomplet d'origine congénitale. Paris, 1877; 1 vol. in-8, 3 francs.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. LE BLOND. Le numéro d'*avril* vient de paraître. Un an : Paris 18 fr. ; Départements, 20 fr.

Librairie GERMER BAILLIÈRE, 8, place de l'Odéon.

HERBERT SPENCER. — Principes de biologie, traduit de l'anglais, par le d[r] T. CAZELLES. 2 vol. in-8, tome 1[er], fort vol. in-8. — Prix : 10 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques. — Lundi. — M. VIDAL. Leçons sur les caractères extérieurs, le diagnostic et l'anatomie pathologique des maladies cutanées, salle Saint-Jean, 9 h. 1/2. —M. GUIBOUT. Leçons cliniques sur les maladies des femmes, salle Henri IV, à 8 h. 1/2. — M. BESNIER. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Mardi. — M. FOURNIER. Conférences cliniques sur les maladies syphilitiques au lit des malades, salles Saint-Thomas et Saint-Louis, à 8 h. 1/2. — M. HILLAIRET. Consultation externe, à 9 h.

Mercredi. — M. BESNIER. Conférences cliniques et thérapeutiques au lit des malades sur les affections de la peau, salles Saint-Léon et Saint-Thomas, à 8 h. 1/2. — M. LAILLER. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Jeudi. — M. HILLAIRET. Conférences cliniques sur les maladies de la peau, salle Henri IV, à 9 heures. — M. VIDAL. Consultation externe, à 9 heures.

Vendredi. — M. LAILLER. Conférences cliniques sur les affections cutanées, leur traitement, salle Saint-Foy et Saint-Mathieu, 8 h. 1/2.— M. VIDAL. Conférence clinique et visite des malades, salle Saint-Jean, à 9 h. — M. FOURNIER. Cours complémentaire de la faculté, maladies syphilitiques, à l'amphithéâtre d'opérations, à 9 h. 1/2 — M. GUIBOUT. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Samedi. — M. GUIBOUT. Leçon clinique sur les maladies de la peau, salle Saint-Charles, à 8 h. 1/2. — M. FOURNIER. Consultation externe, à 8 h. 1/2.

Dimanche. — M. LAILLER. Leçon sur les teignes avec examen pratique et démonstrations ; Pavillon Saint-Mathieu, à 9 h. très-précises.— Première leçon le 30 avril.

Cliniques chirurgicales. — Lundi, mercredi, vendredi. M. PÉAN. Consultation externe, à 9 h. 1/2. — *Samedi.* M. PÉAN. Opérations et clinique chirurgicale à l'amphithéâtre, à 9 h.

Mardi, jeudi, samedi. — M. DUPLAY. Consultation externe, à 9 h. 1/2; (8 h. le jeudi.) — *Jeudi.* — M. DUPLAY. Opérations et clinique chirurgicale à l'amphithéâtre, à 9 h.

Hôpital des Enfants-Malades. — Service de M. ARCHAMBAULT. Leçons cliniques tous les vendredis. Salle Saint-Louis : 1, gangrène de la bouche; 2, rougeole avec broncho-pneumonie; 10, tuberculose pulmonaire au début; 12, 13, affections organiques du cœur; 15, mal de Pott cervical; 17, érythème noueux; 20, phthisie aiguë; 22, pneumonie du sommet; 3, 4, 8, 32, coqueluche. — Salle Sainte-Geneviève : 3, 14, 22, 25, coqueluches avec complications; 5, rhumatisme subaigu avec endocardite; 16, 24, 27, péritonite chronique; 17, 18, broncho-pneumonie.

Hôpital des cliniques. Service de M. Broca (H.): 3, bubon strumeux; 10, adéno-phlegmon sous-maxillaire; 12, synovite des extenseurs; 16, syphilide tuberculeuse, érysipèle gangréneux. — (F.) : 3, ulcère de la cornée; 4, fistule vésico-vaginale; 16, kyste hydatique du foie.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. TILLAUX. — Salle Saint-Louis (H.) : 7, amputation du pied (tumeur blanche); 10, fracture du radius; 14, rétrécissement de l'urèthre; 19, lupus de la main; 25, contusion du coude; 28, calculs vésicaux ; 34, ostéite de l'extrémité supérieure de l'humérus; 40, fracture du cubitus; 44, corps étrangers articulaires.

Service de M. SIREDEY. — Salle Saint-Augustin *bis* (H.) : 11, granulie; 17 *bis*, méningo-encéphalite; 20, affection cardiaque, insuffisance aortique et mitrale; 28, intoxication saturnine ; 29, mal de Pott. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 2, 8, affections cardiaques; 5, myélite; 10, pleuro-pneumonie; 12, ataxie locomotrice ; 25, pleurésie double ; 33 *bis*, chorée.

Service de M. FÉRÉOL. — Salle Saint-Vincent-de-Paul (H.) : 4, insuffisance mitrale, pneumonie gauche en résolution; 8, rhumatisme articulaire endocardite; 10, pleurésie purulente, empyème; 15, albuminurie, anasarque, œdème pulmonaire; 18 *bis*, crises gastriques et urinaires de l'ataxie locomotrice ; 19, paraplégie d'origine médullaire; 19 *bis*, hémichorée ; 20, pachyméningite alcoolique, atrophie musculaire progressive des membres supérieurs; 25, pleurésie droite; 27, 28, pleurésies anciennes ; 29, bronchite fétide; 36, intoxication saturnine, paralysie des extenseurs. — Salle Sainte-Joséphine (F.) : 4, 21, pleurésies droites; 5, rhumatisme chronique; 9, asystolie, hydrothorax et hydropéricarde; 15 *bis*, 26, syphilis ; 22, pelvi-péritonite; 23, bronchite suspecte ; 25, rhumatisme articulaire, endo-péricardite; 27, albuminurie ; 30, maladie de Basedow; 34, chorée, hystéro-épilepsie.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecine. Service de M. MESNET. Consultation le mardi. Spéculum le vendredi. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 1, gastralgie; 2, chloro-anémie; 5, cancer du foie ; 17, rhumatisme mono-articulaire ; 20, lésion mitrale ; 26, méningo-myélite. — Salle Saint-Hilaire (H.): 2, pleurésie chronique ; 8, emphysème, bronchite, asthme; 13, aphasie; 20, cirrhose du foie; 23, sciatique, érysipèle de la cuisse; 28, ulcère simple de l'estomac; 31, hémiplégie par hémorrhagie cérébrale ; 41, pleuro-pneumonie droite; 47, monoplégie brachiale; 48, paralysie générale.

Service de M. FERNET. Consultation le dimanche. Spéculum le jeudi. — Pavillon III (F.) : 5, cancer de l'intestin; 7, hépatite subaiguë; 8, phlegmatia alba dolens, d'origine puerpérale ; 9, tumeur abdominale ; 17, ictère pseudo-grave ; 18, myélite transverse ; 23, pneumonie franche. — Pavillons IV et V (H.) : 2, gastrorrhée chronique ; 6, tumeur cérébrale ; 24, néphrite interstitielle ; 25, myélite diffuse ; 35, hémiplégie, hémianesthésie ; 39,

néphrite parenchymateuse; 42, hydropneumothorax; 45, rétrécissement aortique.

Service de M. CONSTANTIN PAUL. — Consultation le jeudi. Spéculum les mercredi et samedi. — Salle Saint-Eloi (H.) : 8, cancer de l'estomac; 18, kyste hydatique du foie ponctionné; 25, ataxie; 36, adénopathie trachéo-bronchique; 39, atrophie musculaire congénitale; 38, paralysie saturnine. — Salle Sainte-Jeanne (F.) : 8, kyste de l'ovaire; 11, paralysie faciale rhumatismale; 19, néphrite parenchymateuse.

Service de M. BROUARDEL. Consultation le mercredi. Salle Saint-Augustin (H.): 2, diabète; 4, phthisie aiguë; 6, pérityphlite; 10, urémie; 17, rétrécissement aortique; 29, tumeur cérébrale; 34, hépatite syphilitique. — Salle Sainte-Geneviève (F.): 1, pachyméningite cervicale hypertrophique; 7, péricardite rhumatismale; 9, tumeur abdominale; 18, cancer du foie; 29, néphrite parenchymateuse.

Service de M. LANCEREAUX. Consultation le lundi. Salle Sainte-Marguerite : accouchements. — Salle Sainte-Adélaïde (F.): 1, chancre de la lèvre inférieure; 6, rhumatisme puerpéral; 16, pleurésie droite; 20, cancer secondaire de la colonne vertébrale; 24, péritonite cancéreuse. — Salle Saint-Antoine (H.) : 5, empoisonnement par l'oxyde de cuivre; 6, rhumatisme articulaire aigu endo-péricardite, pleurésie double, congestion pulmonaire; 10, pneumonie droite; 17, pleurésie traumatique.

Chirurgie. — Service de M. B. ANGER. Consultations les lundi, mercredi et vendredi. Opérations et leçons cliniques dans l'amphithéâtre de l'hôpital les mardi, jeudi et samedi, à 9 h. — Salle Saint-Barnabé (H.): 3, fracture directe de la clavicule; 5, rétrécissement du rectum, abcès de la marge de l'anus; 8, coxalgie; 14, angioleucite du membre inférieur; 15, fracture de jambe compliquée; 19, fracture de la rotule; 20, hypertrophie énorme de la prostate; 33, hydarthrose aiguë. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 1, fracture du cinquième métacarpien gauche; 3, cancer du rectum; 4, polype de l'utérus; 6, tumeur blanche tibio-tarsienne; 7, périostite du cubitus; 8, abcès froid de la partie interne du genou; 11, cancer du sein; 14, fracture de jambe, 17, fracture du radius; 18, plaies contuses de la jambe avec dénudation étendue du tibia.

Service de M. LE DENTU. Consultation les mardi, jeudi et samedi. Opérations le jeudi. Examen des yeux et des oreilles le vendredi. — Salle Saint-Christophe (H.): 1, méningo-encéphalite traumatique; 10, phlébite profonde de la jambe; 12, ostéite de l'extrémité supérieure de l'humérus, résection de l'épaule; 26, tubercules des vésicules séminales, de la prostate et des testicules; lésions pulmonaires; 15, kératite traumatique, hypopyon; 36, kératite et cataracte traumatiques. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 8, panaris profond; 10, 12, 15, tumeur lacrymale, dacryocystite chronique; 16, ablation de l'extrémité inférieure du rectum.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 17. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 28 AVRIL 1877.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. S. DUPLAY.**

Fistule congénitale du cou consécutive à l'ouverture d'un kyste branchial. — Pathogénie. — Diagnostic. — Traitement.

(Leçon recueillie par M. LOVIOT, interne des hôpitaux.)

Messieurs,

Vous avez pu voir au n° 63 de la salle Sainte-Marthe une malade atteinte d'une affection relativemennt assez peu fréquente, mais dont la rareté apparente tient peut-être à ce qu'elle est encore mal connue et que, par suite, on se méprend sur sa véritable nature. Cette malade, âgée de quatorze ans, raconte qu'elle portait depuis un an, à la partie inférieure du cou, entre les deux tendons sterno-mastoïdiens, une tumeur à peu près grosse comme une noisette. Pas de renseignement sur les caractères de la tumeur, sinon qu'elle était molle et indolente. On la badigeonna avec de la teinture d'iode et elle s'ouvrit spontanément, il y a six mois, un peu à droite de la ligne médiane.

Il s'en écoula un liquide jaune verdâtre que la malade compare au mucus nasal et partant bien différent de celui des abcès. Dix jours avant l'entrée de la malade, l'ouverture se ferma, mais il s'en établit une autre un peu plus à gauche et au-dessus de la première.

Voici dans quel état vous trouverez aujourd'hui la malade : à deux centimètres environ au-dessus de la fourchette sternale, on voit une petite plaque rougeâtre au milieu de laquelle se trouvent deux ouvertures: l'une, actuellement cicatrisée, est située un peu à droite de la ligne médiane et répond au tendon du sterno-mastoïdien droit ; l'autre, située un peu plus à gauche, en dedans du tendon sterno-mastoïdien gauche, a l'aspect d'une petite ulcération circulaire de 2 millimètres de diamètre, à fleur de peau, sans bords décollés, et donne issue à un liquide particulier.

Ce liquide, et j'insiste beaucoup sur ce fait, ne présente pas les caractères ordinaires du pus; il est filant et absolument semblable à du mucus nasal. Parfois, l'ouverture se ferme momentanément par la formation d'une croûte, le liquide s'accumule derrière cet obstacle et lorsque la croûte se détache il s'écoule en plus grande quantité, ce qui permet de mieux étudier ses caractères.

Si l'on cherche à se rendre compte, par le palper, des connexions de cette ouverture avec les parties voisines, on constate que de l'orifice cutané, part un cordon dur et résistant gros comme une plume de corbeau se dirigeant de bas en haut au-dessous des téguments et remontant obliquement jusque vers la partie droite du corps de l'os hyoïde où il adhère.

Cette adhérence pouvait d'ailleurs être soupçonnée à simple vue; en effet, si l'on engage la malade à exécuter des mouvements de déglutition, l'ouverture cutanée paraît attirée vers le haut ; elle se déprime et se fronce à chaque mouvement du larynx, ce qui indique que cette ouverture est reliée à cet organe. Nous devions nous demander si ce cordon est creux ou s'il s'agit simplement d'une bride fibreuse. Le cathétérisme nous a permis de reconnaître que le trajet est creux, cependant je dois vous faire remarquer que si l'on se contentait d'explorer le trajet avec un stylet, on pourrait croire qu'il n'a qu'un centimètre et demi de longueur, ce qui inexact. Il faut se servir d'un instrument flexible, d'une petite bougie uréthrale ; avec cet instrument nous avons pu pénétrer jusqu'au côté droit de l'os hyoïde, c'est-à-dire dans une étendue de quatre centimètres et demi. Nous sommes donc en mesure d'affirmer qu'il existe un canal creux, véritable trajet fistuleux étendu depuis l'ouverture cutanée jusqu'à la partie latérale droite du corps de l'os hyoïde. Quelle est la nature de ce trajet fistuleux ?

On pourrait tout d'abord songer à une fistule ganglionnaire, résultant de la fonte purulente d'un ganglion ; en raison de la présence du trajet fistuleux que nous avons constaté. Mais il faudrait admettre que le ganglion suppuré est situé au niveau de l'os hyoïde et je n'en connais pas dans ce point; de plus, les abcès ganglionnaires ne parcourent pas un trajet aussi long ; les phénomènes inflammatoires ont manqué. Enfin, au lieu du liquide séro-purulent qui s'écoule d'ordinaire des fistules ganglionnaires, la fistule que nous avons sous les yeux donne issue à une sécrétion visqueuse, analogue à du mucus nasal.

D'autre part, en raison du long trajet, de l'adhérence du cordon à l'os hyoïde, on pourrait encore supposer une lésion de l'os hyoïde, du thyroïde ayant déterminé un abcès ossifluent, mais il faut écarter cette hypothèse. Aucun signe ne peut faire soupçonner une lésion de l'hyoïde ou du thyroïde, il n'y a ni douleur, ni gonflement, ni troubles fonctionnels en rapport avec l'existence d'une laryngite scrofuleuse ou syphilitique. Ici encore, le liquide aurait les caractères du pus et non ceux d'un mucus spécial.

En raison du voisinage des cavités laryngienne et pharyngienne, on doit rechercher si le trajet ne communique pas avec l'une d'elles. Si ce trajet fistuleux s'ouvrait supérieurement dans le larynx ou dans la trachée, le passage de l'air par l'orifice cutané révèlerait son origine.

Pour savoir si la fistule communique avec la cavité pharyngienne, il faut pratiquer une injection, et se servir à cet effet de substances sapides et colorées; la teinture d'iode étendue d'eau atteint ce double but. J'ai fait, à plusieurs reprises, cette injection après avoir introduit une petite sonde en gomme dans le trajet fistuleux aussi loin que possible, mais le résultat, je dois l'avouer, n'a pas été absolument démonstratif.

La malade accuse bien une sensation particulière dans la bouche ; mais malgré mes efforts, je n'ai jamais pu faire parvenir le liquide iodé dans l'intérieur de la bouche; l'injection ne détermine ni mouvement de déglutition, ni accès de toux.

Pour compléter autant que possible cet examen, j'ai eu recours à l'exploration laryngoscopique qui ne m'a révélé aucune condition anormale, la muqueuse pharyngienne présente sa couleur et n'offre pas de trace du contact de la teinture d'iode. Je laisse donc jusqu'à nouvel ordre cette partie du diagnostic indécise. Supposons qu'il existe une communication avec le pharynx.

Il nous reste à déterminer comment elle s'est produite et quelle est la nature de cette singulière fistule pharyngienne qui s'est établie insidieusement, spontanément et sans être précédée ni suivie d'aucun trouble fonctionnel du côté du pharynx.

Or, il s'agit, Messieurs, dans le cas que vous avez sous les yeux, d'une fistule congénitale, et comme l'apparition de cette fistule congénitale chez un enfant de 14 ans pourrait vous surprendre, je tiens à vous rappeler ce qu'il faut entendre par ce mot d'affection congénitale. Le plus souvent ces affections existent au moment de la naissance, mais elles peuvent aussi n'apparaître que plus tard, à 15, 20, 25 ans.

Exemple : Une hernie inguinale congénitale peut se produire vers 15, 20, 25 ans, sur un sujet qui n'avait rien présenté jusque-là.

Voici comment les choses se passent: vous savez tous que chez le fœtus la tunique vaginale et le péritoine com-

muniquent librement ensemble, mais qu'à la naissance il y a oblitération du canal péritonéo-funiculaire et séparation des deux cavités, péritonéale et vaginale. Supposez une persistance de ce canal intermédiaire qui parfois n'est pas plus gros qu'une plume de corbeau et est insuffisant pour laisser passer les viscères; rien ne peut faire soupçonner à l'extérieur l'existence de cette condition anormale, de ce vice congénital jusqu'au jour où à la suite d'un effort le canal se dilate et la *hernie* se produit dans la tunique vaginale. Cette hernie est dite *congénitale*, quoiqu'elle n'ait pas existé au moment de la naissance, par la raison qu'elle résulte de la persistance d'un état transitoire chez le fœtus.

Ne soyez donc pas surpris de me voir admettre chez notre jeune malade une fistule congénitale qui ne se serait produite qu'à l'âge de 14 ans. Il me reste, maintenant, à vous faire comprendre comment se forment les fistules congénitales du cou, et pour cela je dois vous rappeler, en quelques mots, le mode de développement du cou.

Dans les premiers jours, l'embryon représente assez exactement la forme d'une nacelle dont les parties latérales s'incurvent en avant et ne tardent pas à se réunir sur la ligne médiane pour fermer le corps de l'embryon. Cette réunion s'opère de très-bonne heure dans les parties situées au-dessous du capuchon céphalique, parties aux dépens desquelles se développeront, par une série de métamorphoses, la face et le cou.

L'apparition et la disparition successives des fentes et arcs branchiaux constituent les premiers phénomènes.

Dans l'épaisseur des lamelles membraneuses (lames viscérales ou ventrales), qui ferment en avant le corps de l'embryon, on voit apparaître successivement de haut en bas des dépôts de blastème affectant la forme de lignes ou d'arcs parallèles, qui partent de la base de la capsule crânienne et convergent rapidement vers la ligne médiane. Ces dépôts de blastème ne tardent pas à être séparés les uns des autres, par suite de la disparition de la substance intermédiaire, par une série de fentes ; en sorte que vers la fin du premier mois, il existe de chaque côté une série de quatre arcs parallèles séparés par trois fentes, et qui, en se réunissant sur la ligne médiane, ferment la partie antérieure du corps de l'embryon. Or, à ce moment, cette partie est creusée d'une vaste cavité qui n'est autre que la cavité pharyngienne, laquelle communique librement à l'extérieur en avant et de chaque côté par les trois fentes que nous venons de signaler. Cette disposition rappelle, lorsqu'on examine le pharynx par sa partie postérieure, l'appareil branchial des poissons, d'ou le nom de *fentes branchiales* et d'*arcs branchiaux* donné aux fentes et aux dépôts de blastème que nous avons décrits. Les métamorphoses successives, par suite desquelles les fentes et les arcs branchiaux donneront lieu au développement des parties molles et du squelette de la face et du cou ne nous intéressent pas pour le moment.

Tout en vous signalant incidemment ce qui trouve ici son application, que l'union du deuxième et du troisième arc branchial donne naissance à l'os hyoïde, je me borne à vous rappeler que les fentes et les arcs branchiaux disparaissent rapidement et que, vers la fin du second mois, il n'existe plus trace de cet état transitoire, durant lequel la cavité du pharynx communiquait à l'extérieur.

Mais, si par une cause jusqu'ici inconnue, comme le sont les causes des arrêts de développement, l'*occlusion* d'une fente branchiale ne se fait pas complétement, on pourra voir persister un trajet anormal doublé d'une membrane muqueuse et établissant une communication entre la cavité pharyngieuse et l'extérieur. L'arrêt de développement d'où résulte la formation de ce trajet, peut d'ailleurs présenter divers degrés. Tantôt, l'*occlusion* a complétement manqué dans un point de la fente branchiale, il existe un trajet complet aboutissant à la peau d'une part, ouvert dans le pharynx d'autre part, et l'on conçoit, que ce trajet puisse être assez long, les ouvertures tendant à s'éloigner par suite du développement du cou.

Tantôt l'occlusion s'est faite du côté du pharynx et le trajet qui persiste à travers une certaine étendue des parties molles, vient s'ouvrir à la peau, mais il n'y a pas de communication avec la cavité pharyngienne. Tantôt, enfin, la fente branchiale s'étant oblitérée du côté des téguments, a laissé un trajet qui s'ouvre dans le pharynx. Ces trois variétés de fistules congénitales ou de fistules branchiales, comme on les appelle pour rappeler leur origine, ont reçu les noms de fistules *complètes*, *borgnes externes* et *borgnes internes*, ces dernières sont de toutes les plus rares.

Le plus ordinairement les fistules branchiales, quelle que soit leur variété, existent au moment de la naissance. Mais, dans quelques cas très-rares, elles peuvent ne se montrer qu'à une période plus ou moins éloignée. Cette apparition tardive n'est pas mentionnée par les auteurs. Voici comment on peut l'expliquer : Supposez qu'une fente branchiale, imparfaitement fermée et laissant un trajet perméable, s'oblitère néanmoins, soit aux deux extrémités de ce trajet, soit seulement du côté de son ouverture cutanée; l'existence de ce trajet creusé dans l'épaisseur des parties molles du cou, ne se révèle par aucun signe au moment de la naissance, mais comme il est revêtu d'une membrane muqueuse, les produits sécrétés par cette muqueuse, dont la quantité peut s'accroître sous une influence quelconque, s'accumuleront dans ce conduit anormal, le distendront et finiront par constituer une sorte de kyste dont l'ouverture sera suivie d'une fistule qui, par son mode de développement et ses caractères, doit être désignée sous le nom de fistule branchiale. Cette variété de fistule branchiale, consécutive à l'ouverture d'un kyste qui mériterait également le nom de kyste branchial, paraît assez rare, et je ne l'ai vue mentionnée nulle part. La jeune fille actuellement dans nos salles vous en montre certainement un exemple, et la petite tumeur qu'elle portait au-dessus de la fourchette sternale et que les badigeonnages iodés ont irrité et fait ouvrir, était un véritable kyste branchial.

J'ai vu et cité dans mon livre un cas tout-à-fait analogue : un soldat de 20 ans que j'ai observé, il y a sept ans, quand j'étais chargé d'un service à l'hôpital Beaujon, présentait au-dessus du sternum une tumeur fluctuante, grosse comme une noisette, prolongée supérieurement par un cordon canaliculé qui remontait jusqu'à l'os hyoïde. Le liquide refluait de la poche inférieure dans le conduit canaliculé et *vice versa*. Il est évident que si l'on avait ouvert la petite poche kystique on aurait donné naissance à une fistule branchiale.

J'ai suffisamment insisté sur les symptômes observés chez notre malade et sur les moyens d'établir le diagnostic pour n'avoir pas besoin d'y revenir. Rappelez-vous que le diagnostic repose sur ces trois faits : 1° Existence d'un cordon dur reliant la fistule à l'os hyoïde et siégeant le plus souvent à droite qu'à gauche ; 2° la possibilité de parcourir avec un instrument délié toute l'étendue de ce trajet; enfin, 3° la nature de la sécrétion fournie par ce trajet et qui se rapproche des caractères du mucus nasal ou de la salive.

Il resterait un dernier point de diagnostic à établir, c'est de savoir si la fistule communique ou ne communique pas avec le pharynx, si, en un mot, elle est complète ou borgne externe. Les injections avec la teinture d'iode, comme vous m'avez vu les pratiquer, jugeront la question, du moins pour les cas où cette communication est large et facile, seule considération importante au point de vue du pronostic et du traitement. Dans notre cas particulier, je vous rappelle que le résultat des injections a été sinon négatif au moins douteux, si bien que la communication avec le pharynx, si tant est qu'elle existe, doit être extrêmement étroite, et cette notion nous suffit.

Quant au pronostic, il n'a rien de grave pour la vie ; on a vu exceptionnellement apparaître des troubles de la déglutition et de la respiration. La seule gravité de l'affection réside dans la difficulté de la guérison et dans la nécessité d'une intervention chirurgicale assez sérieuse ; car en elle-même, elle ne constitue ordinairement qu'une difformité et

une gêne résultant des soins de propreté constants qu'elle exige.

Les fistules branchiales revêtues d'une membrane tégumentaire, n'ont aucune tendance à guérir spontanément, et leur oblération exige que l'on détruise complétement et exactement le trajet muqueux. Les injections caustiques, la cautérisation avec le fil galvano-caustique, ont pu réussir parfois, mais elles échouent le plus souvent, et peuvent déterminer des accidents inflammatoires graves. Je vous conseille néanmoins de tenter les injections irritantes qui d'ailleurs conviennent seules dans les cas de fistules complètes, car elles ont pu amener au moins la transformation d'une fistule complète en fistule borgne externe; mais lorsque la fistule persiste, il convient d'avoir recours à une intervention plus radicale, qui consiste à enlever complétement le trajet fistuleux. Je mets cependant une restriction à ce précepte: c'est lorsqu'il s'agit d'une fistule franchement complète. Dans ce cas, il vaut mieux s'abstenir. Lorsque vous vous déciderez à opérer une fistule branchiale, il faut le faire d'une manière radicale, mettre le trajet à nu dans toute sa longueur, et atteindre sa limite supérieure, ce qui ne serait pas réalisable, si la fistule communiquait librement avec le pharynx.

M. Sarazin (*Dictionnaire des sciences médicales pratiques*) conseille d'introduire une petite sonde dans le trajet pour le distendre, et en faciliter la dissection. Après avoir incisé la peau, on dissèque la sonde et le trajet, et on résèque les deux ensemble.

C'est cette opération que je me propose de pratiquer chez notre malade, afin de lui éviter les longueurs d'un autre traitement qui resterait probablement sans résultat.

MÉDECINE LÉGALE

Les Skoptzy;

Par **E. TEINTURIER** (1).

Une fois résolue la question de savoir si un individu appartient à la secte des skoptzy, l'expert doit répondre à d'autres questions secondaires. — Peut-on déterminer, ne fût-ce que par approximation, la date de la castration? Chez les hommes, la réponse est en général facile. Plus la cicatrice scrotale est étendue, plus elle est rugueuse, saillante et transparente, plus elle laisse apercevoir les ramifications capillaires sous-jacentes, plus l'opération est de date récente. Au contraire, des cicatrices anciennes sont plates et lisses, moins transparentes, colorées en jaune gris sale ou en jaune par le dépôt de pigment dans leur tissu. Les cicatrices très-anciennes sont rétrécies dans toutes leurs dimensions et ne se distinguent presque plus par leur rugosité de la peau saine voisine; le pigment en a complétement disparu et elles ne se reconnaissent qu'à la coloration blanche de leurs contours qui tranchent nettement sur le fond brun du scrotum. Les modifications locales et générales subies par les skoptzy après la castration donnent le moyen de préciser, sinon l'année, au moins l'âge auquel la castration a eu lieu. Toujours quand elle a été pratiquée avant la puberté, l'habitus général est efféminé, la face est molle, boursouflée, parfois ridée, et a un air vieillot; la voix est aiguë ou enrouée; les poils font défaut à la face et aux parties génitales; le membre viril, s'il n'a pas été enlevé, est extraordinairement petit, peu développé. On reconnaîtra que la castration a été faite dans la jeunesse, de 14 à 20 ans, ou au commencement de l'évolution de la puberté, à ce que l'aspect féminin est moins prononcé; la voix plus élevée et plus douce qu'à l'ordinaire n'a pas toutefois le timbre de celles des individus castrés pendant leur enfance; on trouve à la face et aux parties sexuelles des poils grêles, courts, doux, en un mot duveteux; les dimensions du membre viril sont peu considérables, mais il est plus développé que dans le cas précédent. Enfin, si l'opéré était déjà parvenu à l'âge mûr, les phénomènes généraux et locaux précédents sont encore moins marqués, d'autant moins que l'âge était plus avancé; les poils ont poussé partout, la voix n'est pas modifiée, et les suites de l'opération se bornent à de la pâleur et de l'inertie de la face. — Mais pour les femmes, le même problème est presque insoluble. Le plus souvent, il y a un ratatinement de ce qui reste des petites lèvres, mais les grandes lèvres ne diminuent pas de volume si elles n'ont été elles-mêmes amputées; les seins sont ordinairement flétris; la face aussi est fanée, boursoufflée et pâle. Cependant on rencontre des skopitzy privées de mamelons, des seins, mutilées aux parties génitales, qui n'offrent aucune modification générale caractéristique, et sont même jolies; on ne peut donc compter sur ces modifications générales pour déterminer l'époque de l'opération, et on en est réduit aux maigres renseignements tirés de l'aspect des cicatrices.

L'expert pourra, dans le cas de castration totale (*sceau impérial*), être appelé à dire si la mutilation a été faite en un ou en deux temps et, dans la dernière hypothèse, quel a été l'intervalle entre les deux opérations. L'existence d'une cicatrice unique, grande, ovale, à grand diamètre dans le sens du raphé scrotal, ou d'une seule cicatrice longitudinale est le signe certain de l'amputation en un seul temps. Le docteur Pelikan pense que l'opération en deux temps se reconnaît infailliblement à la présence de deux cicatrices indépendantes, l'une sur le scrotum ordinairement transversale, l'autre sur le moignon de la verge, ronde ou polygonale, avec l'ouverture uréthrale au milieu. Cette proposition est peut-être trop absolue, et l'indépendance des cicatrices n'est pas à nos yeux une preuve irrécusable que les testicules et la verge aient été amputées en deux reprises. On conçoit fort bien que les parties génitales étant étreintes d'une main, la section opérée d'un seul coup passe dans certains cas en avant de l'angle rentrant péno-scrotal et y laisse un pont de peau entre les deux plaies. Mais il n'y a plus de doute possible si les caractères des cicatrices (couleur, dimensions, rugosité, etc.) démontrent que l'une est plus ancienne que l'autre; seulement il ne faut pas oublier, d'une part, que des circonstances accidentelles peuvent modifier la marche ordinaire de la cicatrisation et, d'autre part, que l'irritation de la plaie pénienne par l'urine en retarde toujours la guérison. En sorte que la détermination de l'intervalle écoulé entre les deux opérations reste soumise à l'appréciation de diverses circonstances variables et ne peut être qu'approximative.

La justice a aussi un grand intérêt à savoir si la castration a été pratiquée par l'opéré lui-même ou par une autre personne. Sur ce sujet, les dires des skoptzy n'ayant aucune valeur, la science n'a que des données très-vagues tirées de la forme de la plaie ou de la cicatrice. Tout ce qu'on peut dire, c'est que là où une main étrangère est intervenue, la plaie paraît plus régulière, ses bords plus nettement, plus également tranchés; alors aussi la cicatrice est ordinairement plus régulière, plus linéaire, le fer à cheval qu'elle décrit mieux dessiné et occupant le milieu du scrotum. Mais l'incertitude est grande. Chez les femmes, certaines formes de mutilation, telles que des lésions profondes des parties génitales et l'amputation totale des seins se concilient difficilement avec l'idée d'une auto-opération; cependant des skopitzy ont prétendu s'être opérées ellesmêmes, et en tenant compte de la puissance du fanatisme combiné avec l'hystérie, la chose n'a rien d'impossible.

Il est important encore de savoir si l'opération a eu lieu sans le consentement du castré, soit qu'on l'ait violenté, soit qu'il ait été soumis à l'influence d'un narcotique. L'emploi de la force violente ne peut s'affirmer que dans les cas récents, si l'on retrouve sur le corps de l'opéré des traces de lutte, comme des sugillations, des égratignures, des excoriations, notamment aux extrémités; quant aux narcotiques, les effets en disparaissent si vite qu'il est presque impossible de jamais en constater l'usage. Il faut remarquer d'ailleurs que ces substances n'ont été découvertes que par exception chez les skoptzy, et que les dires des indi-

(1) Voir les n[os] 51, 52 et 53 du *Progrès médical* de 1876 et n° 16 de 1877.

vidus prétendant avoir été narcotisés sont le plus souvent si invraisemblables et concordent si peu avec les données toxico-physiologiques, qu'ils ne méritent aucune créance. Il en est de même des récits que font certains skoptzy prétendant que l'opération n'a été suivie d'aucune souffrance, si bien qu'ils auraient pu, immédiatement après, faire une longue marche.

Enfin, il peut être intéressant d'établir quel a été le procédé opératoire. La forme, la direction, la solidité et autres particularités des cicatrices permettront de conclure avec certitude, à l'emploi d'un instrument tranchant ou de caustiques, beaucoup moins usités. Il est impossible d'ailleurs, si on ne les retrouve, de dire quels ont été les instruments tranchants employés. On sait quelle en est la variété, depuis le rasoir jusqu'aux morceaux de bois ou d'os de bœuf.

Dans tout ce qui précède, il ne s'agit que de déterminer si un individu est ou n'est pas affilié à la secte des skoptzy et d'établir certaines circonstances directement afférentes à la castration. C'est certainement ce qui doit le plus intéresser les médecins russes appelés à donner leur avis, et l'on comprend que le Dr Pelikan se soit attaché surtout à élucider ce côté de la question. Mais il en est un autre qu'il n'a pas abordé, bien que son ouvrage renferme quelques-uns des éléments nécessaires pour y donner une réponse; nous voulons parler du degré de responsabilité des skoptzy, coupables de crimes ou de délits ordinaires. Gall avait dit que la castration des jeunes animaux était suivie d'un arrêt de développement du cervelet; niée par Leuret, cette influence de la castration a été démontrée par Huschke à l'aide de recherches comparatives nombreuses faites sur des quadrupèdes et sur des oiseaux domestiques. D'après ce dernier auteur, chez les animaux castrés de bonne heure, non-seulement le cervelet, mais la moelle allongée, le pont de Varole et les hémisphères cérébraux, sont au-dessous du poids normal; le même phénomène se produit encore, mais à un degré beaucoup moindre, quand la castration est postérieure à l'entier développement des fonctions reproductrices. Si l'on rapproche de ces données anatomiques les modifications psychologiques signalées par le Dr Pelikan chez les skoptzy, et chez les eunuques par tous les auteurs qui s'en sont occupés, il semble qu'il y ait lieu, dans l'appréciation du degré de responsabilité, de tenir grand compte de cet état intellectuel anormal, surtout quand la cause en remonte à l'enfance. Les traités de médecine légale étant muets à cet égard, autant que nous le sachions, on aurait aimé connaître l'opinion du savant directeur du département médical en Russie ; son expérience eût été d'un grand poids sur ce sujet que nous croyons entièrement neuf. De notre part, tout en penchant à admettre, d'une façon générale, une atténuation de la responsabilité, il serait présomptueux de rien affirmer; nous ne pouvons que poser la question.

Il en est autrement de ce qui touche la détermination de l'état mental des sectaires, et personne n'hésitera à accepter sur ce point les conclusions du Dr Pelikan : les skoptzy ne sont pas des aliénés, mais de pauvres victimes de l'ignorance et du fanatisme religieux, et, ajouterons-nous, des misères sociales que l'abolition du servage n'a pas encore fait disparaître. De tout ce qui précède, il résulte en effet que les pratiques barbares des skoptzy n'ont leur cause dans aucune perturbation intellectuelle ou sensorielle maladive, mais seulement dans une fausse doctrine religieuse, faisant dépendre le salut de l'âme de la mort de la chair et promettant par surcroît à ses adeptes un âge d'or, un millennium, qui leur assurera la possession des biens terrestres dont ils sont privés. On ne peut nier d'ailleurs que parmi les skoptzy, comme dans d'autres sectes, il n'y ait des intelligences faibles, aveugles instruments de gens habiles ; il faut admettre même que dans le nombre se trouvent de véritables aliénés, soit que leur folie ait pris une teinte locale spéciale, soit que le fanatisme ait amené la folie. Mais ce sont là des exceptions, et pris en masse, les skoptzy n'ont pas la physionomie des aliénés. On n'observe chez eux rien qui ressemble aux différentes phases de la folie, à son début, à sa marche et à sa terminaison, quelle que soit la forme d'aliénation dont on voudrait les supposer atteints. Ils ne présentent aucune altération spécifique constante du cerveau, ni de ses enveloppes osseuses ou méningées. En dehors des faits qui se rattachent directement à leurs croyances, l'ensemble de leur conduite est parfaitement raisonnable, et leur intelligence très-nette, sans illusions sensorielles, ni troubles du mouvement. Le sommeil et l'appétit sont bons, la digestion et la circulation sont à l'état normal. Aucun des symptômes physiques présentés par les aliénés ne se retrouve chez eux. Il n'y a même qu'une lointaine analogie, dans leurs causes profondes surtout, entre la secte et les épidémies démonopathiques du moyen-âge ; les *radenije* développent bien, chez les femmes de préférence, des phénomènes convulsifs analogues à ceux que le fanatisme religieux doublé d'hystérie, ne manque guère de provoquer dans toutes les réunions d'illuminés ; mais ce sont des faits en somme exceptionnels, particuliers à un petit groupe de membres de la secte ; et fussent-ils généraux, qu'ils prouveraient seulement une fois de plus que certaines croyances exagérées peuvent mener à la folie, nullement que l'adhésion à ces croyances et l'observation des pratiques par elles recommandées proviennent d'un état mental pathologique.

L'adoption de cette dernière manière de voir mènerait loin d'ailleurs, et multiplierait singulièrement le nombre des aliénés: les skoptzy ne sont pas les seuls à condamner l'œuvre de chair et à regarder la continence absolue comme la vertu suprême; ils ne font qu'aller jusqu'au bout de leur doctrine, et, les prémisses admises, leurs pratiques en découlent assez naturellement: mieux que tous les vœux, le *sceau impérial* garantit contre les tentations de la chair. S'ils en viennent à commettre sur eux-mêmes des actes qui révoltent le bon sens, c'est que leur ignorance profonde, leur manque de toute culture intellectuelle, les rendent incapables de saisir plus d'une idée à la fois et qu'entraînés d'autant plus violemment par la fascination de cette idée unique, ils n'ont pas pour arrêter à mi-chemin leur logique effrénée le secours que fournissent à d'autres un milieu plus éclairé, une civilisation plus avancée et une intelligence plus cultivée. C'est aussi que les souffrances matérielles et morales, la pauvreté et l'esclavage, ont disposé merveilleusement des esprits grossiers à croire ceux qui, charlatans politiques ou inspirés apocalyptiques, leur promettent sous une forme ou sous une autre, la fin de leurs misères; c'est enfin que souvent la doctrine des skoptzy est inculquée aux enfants dès leurs premiers ans et que les impressions de cet âge ne s'effacent pas facilement. Tout cela suffit abondamment à expliquer les aberrations monstrueuses des skoptzy sans qu'il soit besoin d'invoquer la folie.

On se demande naturellement quels remèdes pourraient guérir cette plaie sociale. Jusqu'ici on a essayé seulement de la rigueur. On a enrôlé les skoptzy dans les compagnies de discipline établies aux confins de l'empire, on les a condamnés aux travaux forcés dans les mines et les forteresses, on les a déportés au Caucase et en Sibérie, on les a renfermés dans des cloîtres ; le tout sans effet. Ou plutôt on est arrivé à un résultat tout opposé à celui qu'on cherchait. Les condamnés, les déportés devenaient d'ardents propagandistes ; aidés par l'ignorance des populations, parés à leurs yeux de l'auréole du martyr, mal combattus par un clergé sans action sur les masses, ils recrutaient bientôt de nombreux prosélytes. Jusque dans les couvents ils opéraient des conversions. Et même il est à remarquer que plus les lois étaient sévères, plus l'application en était rigoureuse, plus augmentait le nombre des cas de castration : la persécution portait ses fruits habituels. — En 1850, on s'avisa de recourir à des moyens plus doux : un agent de police promenait par les villages les skoptzy habillés en femme et coiffés d'un bonnet de fou. Ces exhibitions, loin de tuer la secte par le ridicule, lui amenèrent de

nouveaux adhérents, tout comme les châtiments. Les lois, d'ailleurs, étaient incohérentes et mal conçues. Ainsi un ukase de 1817 disposait que tout skopetz serait envoyé servir en Géorgie ou en Sibérie et, s'il était impropre au service, déporté dans le gouvernement d'Irkoutsk, et, en 1819, un autre ukase exemptait de ces peines les skoptzy châtrés avant 1816. La combinaison de ces deux décrets revenait à implanter, dans de nouveaux districts, des branches destinées à faire souche, d'une plante dont la racine restait intacte. De même la loi de 1857, exonérant de toute responsabilité le skopetz qui dénonçait son châtreur, aboutit à soustraire à toute recherche bon nombre de skoptzy, et parmi eux les plus actifs meneurs qui mettaient en avant un compère disposé à gagner la couronne du martyr en se laissant dénoncer. Enfin, les lois eussent-elles été en elles-mêmes efficaces, qu'elles seraient devenues illusoires dans leur application, par suite de la faiblesse, de l'inexpérience et de la légèreté des autorités chargées de veiller à leur exécution ; la vénalité des fonctionnaires, discrètement indiquée par le docteur Pelikan, contribuait aussi à faire lettre morte des dispositions légales. Quant au clergé auquel appartient un droit de surveillance, il lui manque pour exercer ce droit avec succès, d'avoir une situation respectée et de l'influence sur les populations. En Russie, comme ailleurs, il se laisse en outre volontiers prendre aux démonstrations extérieures et donne facilement des certificats de résipiscence aux skoptzy qui « par peur des Juifs » fréquentent les églises orthodoxes et contribuent, souvent pour de grosses sommes, à l'édification ou à l'embellissement de ses temples.— Que fait-on aujourd'hui? et quels résultats obtient-on ?

Le docteur Pelikan ne nous le dit pas, mais de son silence sur le premier point, on pourrait inférer que l'administration ne sait plus quel parti prendre ; quant au second, la publication même de l'ouvrage que nous venons d'analyser et la position officielle de l'auteur, ne prouvent-elles pas que le mal grandit toujours ? Le docteur Pelikan voudrait que d'abord on codifiât et révisât les lois relatives au skoptzy, en les mettant en harmonie avec d'autres parties, déjà réformées, de la législation. Il voudrait que les skoptzy, reconnus tels par jugement, soient déportés dans des localités peu ou point habitées, séparés autant que possible des populations orthodoxes. Sans grandes illusions sur ces palliatifs, il en appelle, pour amener l'extinction de la secte, aux progrès de l'instruction et de l'éducation des masses. C'est dans cette voie seulement que le Gouvernement russe peut espérer le succès; la science et la liberté seules peuvent faire justice des utopies millénaires et des rêveries théologiques. Les poursuites administratives, les condamnations juridiques resteront impuissantes, tant qu'un skopetz pourra s'excuser comme le faisait récemment un paysan, inculpé d'affiliation à une société secrète : « La vie du paysan russe est la plus malheureuse et la plus triste possible. Personne ne s'occupe de nous ; nous ne trouvons aucun secours, aucun aide, aucune bienveillance nulle part. Nous naissons, nous nous marions, nous mourons, sans qu'une main amie se tende vers nous pour nous aider à souffrir et à travailler. Lorsque les *étrangers* sont venus, ils nous ont parlé un langage ami, nous considérant comme des frères. C'est la première fois qu'on nous traitait avec douceur, avec bonté. Comment aurions-nous pu ne pas nous laisser séduire ? » Quand les paysans n'auront plus le droit de tenir ce langage navrant, les skoptzy ne tarderont pas à disparaître d'eux-mêmes, avec bien d'autres sectes mystiques ou politiques dont l'existence accuse un état social mauvais.

MORTALITÉ A PARIS.—1,851,792 habitants (recensement de 1872). Pendant la semaine finissant le 26 avril 1877, on a déclaré 1,048 décès, soit 29.4 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 20; — rougeole, 13; — scarlatine, 1; — variole, 4 ; — croup, 20; — angine couenneuse, 48; — bronchite, 42; — pneumonie, 68; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 8; — choléra nostras, »; — dysentérie, »; — affections puerpérales, 5; — érysipèle, 12, — autres affections aiguës, 272; — affections chroniques, 484, dont 193 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 26; — causes accidentelles, 25.

PATHOLOGIE INTERNE

Des causes qui peuvent modifier les bruits de souffles cardiaques et en particulier de ces modifications sous l'influence des changements de position des malades ;

Par **CUFFER**, interne lauréat des hôpitaux (1).

Pour montrer une fois de plus l'influence de la position sur le souffle d'insuffisance tricuspide, nous résumerons l'observation d'une malade entrée salle Sainte-Eulalie, n° 1, au mois de mai 1876.

Cette malade, âgée de 65 ans, présentait, à son entrée à l'hôpital, des signes évidents d'une affection cardiaque. — Elle était dans l'asystolie ; les battements du cœur battaient cependant encore avec assez de force pour provoquer des bruits de souffle. — On constatait le premier jour, à la pointe et au premier temps, un souffle évident d'insuffisance mitrale avec tous ses caractères de propagation et de modification dans les changements de position ; le pouls était petit, irrégulier; il y avait en outre des symptômes éloignés: œdème pulmonaire très-prononcé, ascite, œdème des jambes, etc.

Quand on auscultait la malade assise, on n'entendait que le souffle mitral atténué dans cette position. Mais lorsque la malade se couchait, on entendait un souffle léger, il est vrai, d'insuffisance tricuspidienne. C'est donc encore ici un exemple de l'influence de la position sur les souffles, puisque d'une part le souffle d'insuffisance mitrale augmente dans la position horizontale, et que, d'autre part, cette dernière position détermine la production d'un souffle d'insuffisance tricuspide qui n'existait pas dans la station verticale.

Nous donnerons pour ce fait l'explication que nous avons proposée dans l'observation précédente. Mais nous désirons appeler l'attention ici sur un point particulier.

La malade préférait de beaucoup la position horizontale, car dans cette situation l'insuffisance tricuspide se produisant plus facilement, empêchait le ventricule droit d'être trop rempli. Cette réplétion exagérée du cœur droit, dans la station verticale, augmentait considérablement la dyspnée résultant de la stase considérable du sang dans le système circulatoire pulmonaire. Dans la station verticale, le poumon avait à supporter tout l'effet de la gêne circulaire apportée par l'insuffisance mitrale. Il y a donc des cas où l'insuffisance tricuspide est pour ainsi dire utile et nécessaire ; elle joue alors le rôle d'une soupape de sûreté. Mais ici la position horizontale seule pouvait produire ce résultat, ce qui se constatait facilement par l'apparition du souffle dans cette position et par la tendance instinctive qu'avait la malade à se coucher pour la provoquer.

Nous devons ajouter que le souffle d'insuffisance tricuspide n'a pas persisté longtemps dans la position horizontale. Quelques jours après l'entrée de la malade, pour une raison que l'on ne peut expliquer, tout reflux cessa ; la valvule tricuspide ne présenta plus de signes d'insuffisance, et ce qui prouve que la tension du sang dans le ventricule droit était trop grande, c'est que, au moment de la systole du cœur, on entendait un claquement exagéré de la valvule tricuspide qui, ainsi que le disait M. Potain, *fermait trop bien*. A dater de ce moment, la malade se trouva également oppressée dans toutes les positions,

Nous avons recueilli une autre observation d'insuffisance tricuspide dont le souffle se modifiait également beaucoup pendant l'inspiration et dans les diverses positions données au malade.

Ce malade, salle Saint-Jean, n° 5, entré le 28 février 1876, présentait en outre des signes évidents de dégénérescence graisseuse du cœur ; il avait la respiration de Cheyne-Stokes très-accusée. Ce fait vient corroborer l'opinion précédente que les effets produits sur le cœur sont surtout marqués dans les cas où cet organe est graisseux, moins résistant qu'à l'état normal ; c'est également en raison de cette modification de structure, que l'inspiration peut si facilement amener une dilatation du cœur droit.

(1) Voir les n°s 12, 16.

Ainsi qu'on a pu le constater, nos observations de souffles intra-cardiaques modifiés par la respiration ne se rapportent jusqu'à présent qu'au souffle d'insuffisance tricuspide. Pendant longtemps nous avions pensé que ce souffle était le seul qui pût être ainsi modifié, et nous nous expliquions parfaitement ce fait par la différence d'épaisseur et de résistance qu'il y a entre le ventricule gauche et le ventricule droit, ce dernier, grâce à sa moindre épaisseur, se prêtant davantage à la dilatation et à ses conséquences.

Mais au commencement du mois de juillet 1876, il nous a été donné d'observer un malade chez lequel le souffle d'insuffisance mitrale était modifié d'une façon analogue au souffle d'insuffiance tricuspide sous l'influence de la respiration. Voici avec détails cette observation intéressante également à d'autres points de vue. Nous espérons qu'elle seule suffira pour montrer que le ventricule gauche n'échappe pas à la règle que nous avons donnée pour le cœur droit.

Z..., 53 ans, salle Saint-Jean, nº 11. Cet homme a eu, il y a deux ans, des coliques de plomb pour lesquelles il fut soigné par M. Potain.

Ayant persisté dans sa profession de peintre, l'intoxication saturnine continua ses progrès, et le 7 janvier 1876, jour de l'entrée du malade à l'hôpital Necker, il était évident que les reins étaient le siége d'altérations déjà avancées. Il y avait une néphrite saturnine, présentant tous les caractères de la néphrite interstitielle. Le malade, outre les troubles du côté du rein, offrait des signes évidents d'*urémie dyspnéique*. La dyspnée datait de cinq semaines environ. Elle avait une forme particulière que l'on rencontre assez souvent dans l'urémie et surtout dans les cas où le cœur est atteint de dégénérescence graisseuse. C'était un type du mode respiratoire connu sous le nom de *respiration de Cheyne-Stokes*. Il y avait en effet des périodes de dyspnée progressive dans l'intervalle desquelles la respiration se suspendait complétement pendant environ 25 à 30 secondes.

Pendant la période de dyspnée, les inspirations étaient de plus en plus profondes, fait très-important à retenir pour comprendre les phénomènes que nous avons observés du côté du cœur. L'auscultation ne faisait constater aucune altération du poumon, ce qui est d'ailleurs le fait habituel dans la dyspnée urémique.

En examinant le cœur, nous vîmes qu'il était très-hypertrophié; mais malgré cette hypertrophie, les battements étaient peu accusés; l'impulsion du cœur n'était pas en rapport avec son volume. Le pouls était petit, irrégulier.

En auscultant, on percevait assez bien le bruit de galop étudié récemment par M. le professeur Potain, dans la néphrite interstitielle. Ce bruit de galop reconnait, on le sait, pour cause l'hypertrophie du cœur gauche. Or, étant donnée l'hypertrophie considérable constatée chez notre malade, il était évident qu'on aurait dû percevoir ce bruit de galop d'une façon plus accentuée, s'il ne s'était ajouté à l'hypertrophie simple un élément morbide capable d'atténuer l'effet de cette hypertrophie. Cet élément était certainement la dégénérescence graisseuse.

Tout concourait à faire admettre l'état graisseux du cœur: impulsion faible, petitesse du pouls, respiration de Cheyne. De plus, il était permis de supposer que l'altération graisseuse était consécutive à une hypertrophie cardiaque dépendant de la néphrite interstitielle, puisque nous avions constaté les traces du bruit de galop symptomatique de cette dernière affection.

Disons en passant que peut-être c'est par cet enchaînement des phénomènes morbides, que l'on peut expliquer l'apparition de la respiration de Cheyne-Stokes dans le cours de l'urémie dépendant d'une néphrite interstitielle. C'est là une simple supposition que nous faisons, car on est loin de connaître encore d'une manière précise le mécanisme suivant lequel le cœur s'altère dans le cours de la néphrite interstitielle. Quoiqu'il en soit, chez notre malade, le cœur était graisseux, et par conséquent peu résistant.

Examinons maintenant les signes fournis par l'auscultation du cœur. On entendait à la pointe un souffle systolique se propageant vers l'aisselle gauche. (Insuffisance mitrale). Ce souffle, très-faible et même à peine perceptible pendant les moments d'arrêt de la respiration, reparaissait dès que la période de dyspnée commençait; il allait en augmentant à mesure que les inspirations devenaient plus profondes, et atteignait son maximum d'intensité à la fin de la période dyspnéique; puis, aussitôt que commençait la période de suspension de la respiration, on entendait le souffle allant progressivement en diminuant; il devenait même parfois à peine perceptible. Ces modifications du souffle n'ont pas manqué de se produire pendant tout le temps que le malade est resté dans le service.

Il était de toute évidence que c'était bien un souffle d'insuffisance mitrale, son siége à la pointe du cœur avec maximum d'intensité dans ce point, son mode de propagation vers l'aisselle gauche, les intermittences du pouls, etc., le prouvaient assez. C'est donc très-manifestement un cas de *souffle d'insuffisance mitrale modifiée par la respiration*, d'une façon analogue aux souffles d'insuffisance tricuspide que nous avons étudiés plus haut.

Nous pensons que le mécanisme est le même, et que c'est par suite de la dilatation du cœur gauche sous l'influence de l'inspiration, que la modification s'est produite. Mais il était nécessaire que le cœur fût *graisseux* pour que ce résultat fût obtenu; et nous avons montré qu'il l'était en effet.

Comme complément à cette observation, nous dirons que, chez ce même malade, on entendait en outre, au moment des plus fortes inspirations, un souffle d'insuffisance tricuspide. Il était aisé de se convaincre de la réalité du fait, car en même temps que le souffle systolique, à la pointe, se propageait le long du bord droit du sternum, on voyait apparaître le pouls veineux jugulaire. Ce dernier phénomène était intermittent comme le souffle.

Il nous semble que cette observation est bien concluante; nous la résumerons en quelques lignes: Dégénérescence graisseuse du cœur survenue consécutivement à une hypertrophie dépendant d'une néphrite interstitielle. Respiration intermittente de Cheyne-Stokes.

Insuffisance mitrale avec souffle augmentant pendant les périodes de reprise de la respiration, diminuant pendant la période de suspension respiratoire.

Insuffisance tricuspide passagère avec souffle, ne se manifestant que dans le moment des plus grandes inspirations.

C'est sous l'influence de la respiration (inspiration), que le cœur en entier se dilatait, et que cette dilatation déterminait, d'une part, l'augmentation du souffle d'insuffisance mitrale, d'autre part, l'apparition du souffle d'insuffisance tricuspide. Tels sont les faits qu'il nous a été donné d'observer à propos des souffles cardiaques organiques et de leurs modifications.

En recherchant dans les auteurs étrangers, nous avons trouvé quelques observations fort intéressantes se rapportant au sujet qui nous occupe.

Schmidt (*Canstatt*, 1875, *T. III*, p. 135) rapporte un cas de souffle systolique variant avec la situation du malade. Voici l'observation:

H..., 24 ans, hôpital Rotterdam. Palpitations depuis longtemps. Fièvre depuis huit jours. Voussure à la région précordiale, matité du cœur très-étendue: impulsion très-forte. *A la pointe*, on entend un souffle au premier temps, assez intense sans être cependant très-rude; ce souffle est prolongé et s'accompagne d'un bruit de claquement faible. Le second bruit est fortement claqué. Pouls très-petit.

Les jours suivants, la fièvre tombe, et on observe que le bruit systolique disparait parfois, ce qui tient à la position prise par le malade. Quand le malade est assis ou debout, on entend le bruit normal. S'il se couche, on entend aussitôt le souffle.

Le malade ajoute que la sensation de palpitations augmente beaucoup quand il est couché; en sorte qu'il doit, pendant la nuit, dormir assis dans son lit. Le malade se remit à l'hôpital sous l'influence d'un régime tonique; mais les alternatives du souffle demeurèrent toujours les mêmes.

Schmidt pense que ces faits ne sont rares que parce que l'on se contente habituellement d'ausculter le malade dans une seule position. Il cite des faits analogues observés par Elliatson, Hope, Stokes.

Des faits connus jusqu'ici, Schmidt pense qu'il faudrait conclure: 1º Qu'il ne s'agit pas toujours en ce cas d'hypertrophie du cœur; 2º Que le souffle s'entend toujours dans la position couchée et non debout.

Il croit que, dans un cas, le souffle devait se rapporter à la catégorie des souffles non organiques, et qu'il n'y avait

pas de lésion valvulaire; que la valvule mitrale n'était insuffisante que par suite d'une dilatation du ventricule gauche, et que certaines positions du corps suffisaient pour amener cette réplétion exagérée du ventricule gauche.

Dans la position verticale, la circulation est plus libre dans l'aorte descendante, le cœur pend plus verticalement: l'orifice mitral devient à cause de cela plus petit.

Il rappelle les cas de *Stokes* où, dans le typhus, le premier bruit était souvent accompagné d'un souffle qui disparaissait dans la position assise. Schmidt pense qu'il faut y voir une conséquence d'une action irrégulière des muscles papillaires. Tel est le résumé des faits observés par Schmidt. Nous verrons, dans le chapitre *Mécanisme*, ce qu'il faut penser de son opinion sur la manière dont se modifie le souffle.

Dans *The Practitioner* (décembre 1873), GROWERS consacre un article aux modifications du bruit de souffle présystolique. On ne se préoccupe pas assez, dit-il, de la position du malade pour l'auscultation du cœur. Cette considération acquiert cependant, dans beaucoup de cas, et surtout dans l'étude du bruit de souffle présystolique, une importance capitale.

Growers a vu plusieurs cas dans lesquels un médecin instruit et après un examen attentif, mais pratiqué dans la station verticale, avait déclaré qu'il n'existait pas de bruit anormal, et dans lesquels, dès que le malade était couché, on entendait un bruit de souffle très-net. Growers croit que le souffle présystolique, qui est généralement considéré comme caractéristique du rétrécissement mitral, est plus fort et plus prolongé dans le décubitus dorsal que dans la station verticale.

Le bruit présystolique serait également plus modifié que tout autre bruit organique par les diverses positions. L'auteur cite entre autres exemples, un cas dans lequel le souffle disparaissait dès que le corps faisait avec l'horizon un angle de 45°.

Il semble impossible de donner, dit Growers, une explication satisfaisante de ce phénomène. Les faits qu'il rapporte en détail permettent seulement de rejeter plusieurs interprétations que l'on aurait pu considérer comme plausibles. D'abord, les modifications du souffle ne coïncident pas avec quelques altérations spéciales des contractions cardiaques, puisqu'on les observe dans les cas où le changement de position rend le pouls fréquent, dans d'autres où il le rend plus lent, ou bien encore où il le laisse avec le même rhythme.

On pourrait dire aussi que dans la station verticale, la pesanteur fait passer une plus grande quantité de sang de l'oreillette dans le ventricule, et que par conséquent la contraction auriculaire en ayant moins à chasser, éprouve moins de résistance. Mais, dans l'observation II de l'article de Growers, il y avait un souffle diastolique distinct du souffle présystolique, et qui comme lui disparaissait dans la station verticale; or, il eut dû en être autrement si cette explication était vraie. Il est possible que la manière différente dont le cœur est soutenu dans la position horizontale et dans la position verticale, puisse modifier la forme de l'orifice mitral.

Quand le malade est couché, le cœur, par sa face postérieure et ses bords, repose sur les poumons; alors dans l'état passif du cœur, la lumière de l'orifice mitral, déjà rétrécie, peut encore être diminuée; et dans d'autres cas, un tel changement de forme peut amener une surface fongueuse en contact plus intime avec le courant sanguin.

NÉCROLOGIE. — L'angine couenneuse qui règne epidémiquement depuis si longtemps à Paris et dont le nombre des cas l'emporte sur celui du croup, vient de faire une nouvelle victime parmi les médecins de Paris. Aux noms de Regnauld, de Dubois, de Mérandon, de Cintrat, nous avons la douleur d'ajouter le nom du Dr Louis CARRÈRE, qui a succombé samedi dernier, à l'âge de 31 ans. C'est à la suite de fatigues de jour et de nuit, nécessitées par les soins dévoués qu'il donnait à deux enfants atteints d'angine couenneuse, qu'il fut pris lui-même de cette terrible maladie qui l'emporta en quelques jours.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

De l'Athétose.

Dans une de ses dernières leçons à la Salpêtrière (1), M. Charcot a exposé les caractères qui distinguent une variété de l'*hémichorée post-hémiplégique*, à laquelle M. W. Hammond (de New-York) a donné le nom d'*athétose*. Mais tandis que M. Hammond, qui, le premier, a fait remarquer ces mouvements, les considère en quelque sorte comme constituant un état morbide particulier, autonome, M. Charcot estime qu'il s'agit là simplement de mouvements choréiformes et qu'ils doivent être rattachés nosographiquement à l'histoire de la chorée symptomatique à titre de simple variété (2).

Suivant M. Hammond, l'*athétose* (3) « est caractérisée par l'impossibilité où se trouvent les malades de maintenir les doigts et les orteils dans la position qu'on leur imprime et par leur mouvement continuel. »

Cette définition est imparfaite pour les motifs suivants: 1° Il faudrait y ajouter que les mouvements des doigts se font lentement et que ceux-ci ont une tendance à prendre des attitudes forcées; — 2° de plus, l'*athétose* ne reste pas toujours limitée aux muscles qui meuvent les doigts et les orteils; quelquefois, en effet, la main tout entière et le pied sont affectés; 3° enfin, chez l'une des malades que M. Charcot a montrées à ses auditeurs, quelques muscles de la face et du cou sont, en même temps que ceux de la main et du pied, agités de mouvements choréiformes.

Les faits suivants mettent parfaitement en relief les caractères principaux de l'athétose.

OBSERVATION I. — Gr..., âgée actuellement de 32 ans, a eu des convulsions à 8 mois qui ont été suivies d'une paralysie du côté gauche. A partir de cette époque jusqu'à 6 ans, elle a eu des accès d'épilepsie environ tous les deux mois. Ils ont disparu de 6 à 9 ans; alors, ils se sont montrés de nouveau et ont toujours persisté (4).

Actuellement, hémiplégie gauche, sans anesthésie ni contracture, mais avec des mouvements choréiformes limités au côté gauche du corps et affectant la face, le cou, la main et le pied.

Les doigts sont sans cesse en mouvement; ils s'étendent et se fléchissent successivement et indépendamment les uns des autres; d'autres fois, ils s'écartent ou se rapprochent, en même temps que le poignet exécute des mouvements variés d'extension, de pronation, d'adduction et d'abduction. Gr..., ne peut pas tenir son poing fermé; aussitôt, les doigts s'étendent et se portent dans toutes les directions souvent le pouce est pris entre les deux premiers doigts. Elle ne se sert guère de sa main: quand elle a saisi un objet, elle le lâche bientôt par suite de l'ouverture des doigts (*Fig. 24.*)

Lorsque la malade est debout, le pied est d'abord tranquille et appliqué sur le sol; mais de temps en temps, le gros orteil s'écarte; les orteils s'élèvent, se fléchissent ou le talon s'exhausse. Ces mouvements se produisent toutes les 3 ou 4 minutes. Notons qu'il y a une sorte de synergie entre les mouvements de la main et ceux du pied: quand on dit à la malade d'ouvrir la main gauche ou de la fermer, le pied, chaque fois, se met en mouvement et les orteils se fléchissent ou s'étendent.

Quelques légères grimaces dans la moitié gauche de la *face*; ce sont les muscles des commissures qui paraissent surtout

---

(1) Décembre 1876.

(2) ἄθετος, without a fixed position.

(3) Cette opinion a été émise déjà dans un travail intéressant de M. Bernhardt: *Ueber den von Hammond Athetose genannten Symptomcomplex.*

(4) Voir pour plus de détails: Raymond. — *Etude anatomique, physiologique et clinique de l'hémichorée*, etc., p. 69.

*

agir. — Au cou, les troubles moteurs semblent siéger dans les muscles peaucier et sterno-mastoïdien gauches.

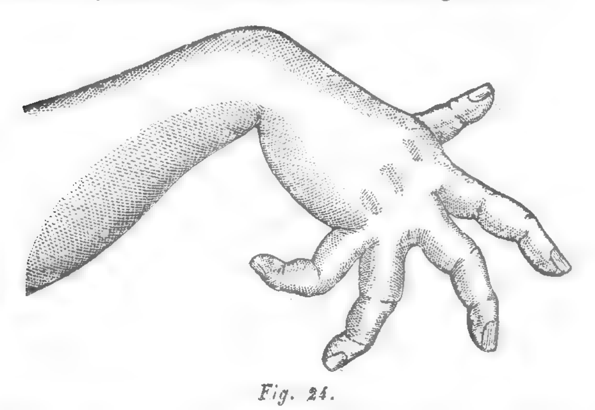


Fig. 24.

Observation II. — Maur..., âgée de 33 ans. A 9 mois : convulsions suivies de paralysie du côté gauche. Accès d'épilepsie à 14 ans.

Aujourd'hui, M..., outre des accès d'épilepsie, présente une *hémiplégie gauche* avec *analgésie* intéressant à la fois la face, le tronc et les membres et des mouvements choréiformes occupant seulement la main et le pied du côté paralysé (*hémichorée post hémiplégique*, variété *athetose*).

Les jointures du membre supérieur gauche sont rigides. — La main est fléchie sur l'avant-bras. Les doigts sont instables : tantôt ils se fléchissent, tantôt ils s'étendent. L'attitude habituelle semble être pour les deux premiers doigts, l'extension forcée. Quand on demande à la malade d'ouvrir la main, les doigts passent à l'extension forcée, les phalangettes se renversent, et presque aussitôt les doigts et la main se fléchissent. Essaie-t-elle de fléchir le pouce, elle y parvient mais simultanément et malgré elle, les doigts s'étendent. Les grands mouvements du bras ne sont pas saccadés.

Tendance du pied à l'adduction ; le gros orteil se relève et se fléchit constamment. Il en est de même des autres et leurs mouvements sont indépendants.

Si on commande à la malade de fermer ou d'ouvrir la main, le pied sur le champ est pris de mouvements : le talon s'élève, les orteils remuent. — Quand on observe la malade au lit, on voit que la main et le pied gauches sont à peu près constamment agités de mouvements saccadés, synergiques; afin de les atténuer, elle maintient la main gauche avec la droite.

Maintes fois, dans des leçons antérieures à celles que nous résumons, M. Charcot a fait voir les malades dont nous venons de rapporter sommairement l'histoire et, de son côté, M. Raymond, dans sa thèse, a consigné *in extenso* l'observation de la première. Nul doute que ces faits, décrits comme appartenant à l'hémichorée, ne rentrent dans la description de l'athétose telle que l'a tracée M. Hammond. En effet, dans la seconde observation, nous trouvons mentionnées non-seulement l'*instabilité* des doigts, mais encore l'hémianesthésie, sous une forme atténuée, il est vrai, puisqu'il n'y a que de l'analgésie. Cette coïncidence de l'anesthésie et de l'athétose, qui a été relevée par M. Hammond, est une circonstance qu'on pouvait s'attendre à rencontrer. L'opinion émise par M. Charcot qu'il s'agit ici d'une simple variété de l'*hémichorée post-hémiplégique* est, comme on le voit, justifiée par les faits cliniques. Entre nos deux malades, il n'y a qu'une différence portant sur l'étendue des mouvements anormaux : limités à la main et au pied du côté paralysé, chez la première malade, ils occupent, en outre, chez la seconde, la moitié correspondante de la face et du cou.

Entre cette dernière malade et une autre atteinte d'hémichorée post-hémiplégique, appartenant aussi au service de M. Charcot, la différence ne porte également que sur l'étendue et aussi sur le rhythme des mouvements involontaires. Les quelques détails que nous allons reproduire mettront le fait en évidence.

Observation III. — P..., âgée aujourd'hui de 19 ans, a été prise à 5 ans, de *convulsions* qui ont duré quatre heures et ont été suivies d'une paralysie incomplète du côté gauche. La paralysie aurait disparu deux mois plus tard. A 6 ans, *convulsions* pendant cinq heures : paralysie incomplète des membres du côté gauche — A 7 ans et demi, convulsions durant six heures, *paralysie complète*. Dès que P... a commencé à se servir de son bras, on a noté les mouvements choréiformes. Trois mois après, apparition des accès d'*épilepsie partielle*.

Actuellement : hémiplégie sans contracture, mais avec hémichorée et affaiblissement de la sensibilité du côté gauche du corps.

Lorsque la main gauche est fermée, on remarque que les doigts veulent constamment s'ouvrir et qu'il s'ajoute à ces mouvements, des mouvements de pronation et de supination. — La main est-elle ouverte ? on note des mouvements d'extension des doigts. Pour obtenir un peu de repos, la malade est obligée d'appliquer fortement sa main sur un plan résistant.

Si l'on considère les mouvements intentionnels, on voit qu'ils sont désordonnés, saccadés, brusques La malade porte-t-elle la main à sa figure ? elle se soufflette. Lui fait-on prendre un objet léger? elle exécute un mouvement disproportionné de la main et, à chaque instant, menace de laisser tomber l'objet. Entre ces mouvements et ceux de la chorée vulgaire, la seule dissemblance consiste en ce que, dans celle-ci, les mouvements sont plus arrondis, plus festonnés.

Si, avec M. Charcot, nous plaçons en face l'une de l'autre P... et Gr... (Obs. I), nous constatons de suite que les mouvements choréiformes ne diffèrent que sous le rapport de leur intensité, de leur étendue et de leur rhythme. Dans l'observation I, ils sont circonscrits à la moitié gauche de la face et du cou, à la main et au pied du même côté, tandis que, dans l'observation III, en outre qu'ils sont plus brusques et plus saccadés, ils intéressent tous les mouvements des membres du côté gauche.

Des considérations qui précèdent, il ressort que ces trois malades présentent des troubles moteurs anormaux semblables ou ne différant qu'en ce qu'ils sont plus ou moins étendus, plus ou moins rapides, ou qu'ils affectent un plus ou moins grand nombre de muscles selon la malade que l'on examine.

D'autres raisons viennent corroborer cette assimilation. Chez ces trois malades, la lésion est de même nature; toutes les trois sont atteintes d'*atrophie cérébrale* unilatérale, consécutive à une lésion encéphalique grave datant de l'enfance ; toutes les trois offrent une hémiplégie et sont sujettes à des accès d'épilepsie partielle. Ainsi, nous avons une analogie dans la forme des troubles moteurs, une analogie dans les conditions de développement, et cela parait suffire pour faire penser que l'*athétose* n'est qu'une variété de l'*hémichorée post-hémiplégique*.

Il ne faut pas confondre les mouvements involontaires de l'athétose avec les mouvements exagérés des doigts qui se produisent seulement à l'occasion des actes volontaires, dans certains cas d'hémiplégie ancienne avec contracture, principalement lorsque celle-ci date de l'enfance (*hemiplegia spastica*, de Heine). Ces derniers mouvements ont été depuis longtemps décrits par M. Charcot, dans sa disserta-

tion inaugurale (Thèse de doctorat, p. 23, Paris, 1853). Ils sont aussi mentionnés très-explicitement dans l'ouvrage de Heine. (*Spinale Kinderlahmüng*, Stuttgart, 1860, p. 163.)

BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 avril 1877. — PRÉSIDENCE DE M. POUCHET.

M. GALIPPE communique le résultat de nouvelles recherches sur la toxicité des sels de cuivre. Il a pu, pendant un certain temps, sans inconvénients, se nourrir d'aliments cuits dans des vases de cuivre, et recouverts d'une couche de sels cuivriques. L'étamage n'aurait donc d'autre résultat que de faire absorber inutilement de l'étain et du plomb.

M. Galippe n'a pas trouvé concluante une observation d'empoisonnement par l'acétate de cuivre communiquée à l'Institut par un médecin de Clermont. En l'absence d'une analyse complète, on peut se demander si l'alcool incriminé ne renfermait pas d'autres produits toxiques. De plus, M. Galippe, en dissolvant dans un liquide alcoolique analogue la quantité de sel cuivrique trouvée dans la substance toxique, a pu s'assurer qu'il avait alors un goût absolument insupportable.

M. BOCHEFONTAINE en plongeant des grenouilles pendant plusieurs heures, dans une solution cuivrique, n'a pas observé les phénomènes de paralysie musculaire signalés par certains auteurs.

M. ONIMUS mentionnait récemment l'action des courants électriques sur la cicatrisation des plaies. Les courants ascendants l'accélèrent: les courants descendants, au contraire, prolongent et augmentent la suppuration. Aujourd'hui, M. Onimus donne le résultat d'expériences analogues sur les vésicatoires: là aussi l'application des courants descendants, avec pôle négatif près du vésicatoire, prolonge la suppuration et ralentit la cicatrisation. Pour les courants ascendants c'est l'inverse qui se produit.

M. CADIAT complète sa communication sur la structure du poumon. Pour lui, les fibres musculaires des bronches servent à régler l'entrée de l'air dans le poumon: sans elles, dans l'inspiration, il y aurait des lobules remplis d'air à côté d'autres vides, comme cela arrive quand on insuffle de l'air dans les bronches. Aussi, lorsque l'innervation de ces muscles est troublée, comme dans l'asthme, voit-on l'emphysème se produire.

M. GALEZOWSKI entretient la Société du traitement du décollement rétinien. La thérapeutique doit ici tenir grand compte des données étiologiques: myopie, ou lésions choroïdiennes atrophiques, ou enfin épanchement séreux sous-rétinien. Dans cette dernière variété de décollement, M. Galezowski, pour évacuer le liquide, se sert d'une petite seringue analogue à celle de M. Dieulafoy: sur six cas, il a eu quatre succès et deux insuccès.

M. DIEULAFOY a continué ses recherches sur la mort subite dans la fièvre typhoïde: c'est une terminaison malheureusement assez fréquente, car on en a déjà publié plus de 45 observations. C'est vers la fin du 3e septenaire, presque toujours du 17e au 19e jour qu'elle se produit. On a proposé deux théories pour expliquer la mort subite: l'une fondée sur la physiologie, l'autre sur l'anatomo-pathologie.

La première, à laquelle s'était rallié M. Dieulafoy, l'attribue à un réflexe partant de l'intestin et se réfléchissant sur le pneumogastrique: elle s'appuie sur des expériences de Goltz et Tarchanoff. M. Bert l'adopte aussi, en faisant intervenir non-seulement le vague, mais encore tous les nerfs originaires du plancher du 4e ventricule. Au contraire M. Hayem trouve dans la dégénération granulo-graisseuse des fibres cardiaques la véritable cause de ce phénomène. A cette manière de voir on pourrait objecter, d'une part, que dans beaucoup d'affections on trouve cette lésion sans observer de mort subite, d'autre part qu'il existe des faits bien observés de mort subite sans altération du cœur. M. Dieulafoy en a recueilli cinq cas: deux fois c'est M. Malassez qui a constaté l'intégrité du cœur. C'est du reste, conclut M. Dieulafoy, une question encore à étudier.

M. LABORDE fait remarquer qu'on ne saurait appliquer à l'homme le résultat des expériences pratiquées sur la grenouille chez qui le cœur s'arrête avec une grande facilité; chez le chien déjà, on peut ouvrir l'abdomen, créer des fistules pancréatiques, intestinales, etc., sans jamais voir de mort subite.

M. DIEULAFOY répond, qu'à côté des expériences sur la grenouille, expériences évidemment insuffisantes pour trancher la question, on peut invoquer des faits de pathologie humaine: ainsi la présence de corps étrangers, de vers dans l'intestin détermine parfois la production d'accès convulsifs et même la mort, comme il a pu le constater chez un jeune enfant.

Après quelques observations de MM. RABUTEAU et ONIMUS, les conclusions du rapport, lu par M. DUMONTPALLIER dans la dernière séance, sont adoptées. A ce sujet, M. MAGNAN donne le résultat de quelques essais d'électrothérapie dans l'hémianesthésie. Dans les cas où cette médication a été couronnée de succès, il a pu diminuer successivement l'intensité du courant électrique. Ainsi, chez une malade, après avoir dû employer au début un courant de 30 éléments Trouvé, il a pu obtenir plus tard les mêmes effets avec un courant de 20, puis 15, puis 10 éléments.

M. BADAL présente un appareil destiné à déterminer le centre optique de l'œil.

L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 avril 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. BLOT fait la lecture d'un rapport sur les vaccinations de 1875. M. PIDOUX lit son rapport sur le mémoire de M. Delasiauve: ce mémoire, on s'en souvient, est relatif à la nomenclature des maladies mentales. (Voir le *Progrès médical*, nos 8, 9, 10 de 1877.)

M. ROCHARD, inspecteur général du service de santé de la marine, candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire, lit une note sur le sujet suivant: Influence du climat et de la race, sur la marche des lésions traumatiques et la gravité des opérations chirurgicales. La géographie médicale, dit M. J. Rochard, a fait de grands progrès depuis cinquante ans et les travaux des médecins de la marine n'y ont pas été étrangers; mais, on ne s'est guère occupé que des maladies internes et l'auteur de cette intéressante communication se propose d'appliquer le même genre de recherches à celles qui sont du ressort de la chirurgie. En attendant qu'il ait terminé ce travail d'ensemble, il en extrait une courte note qui ne concerne que les *blessures*; pour obtenir des résultats tranchés, il les a étudiés sous les latitudes extrêmes, dans la région polaire et dans la zone torride. Dans la région polaire, le froid seul entre en ligne de compte et ce froid continu est très-nuisible à la marche des plaies: les érosions, les blessures légères s'irritent, s'ulcèrent, se compliquent d'érysipèle et d'angioleucite; souvent même le scorbut vient en augmenter la gravité. L'évolution des plaies et leur cicatrisation est très-lente; les pertes de substance qui succèdent aux congélations, mettent un temps fort long à se réparer. Toutefois la guérison est la règle.

L'influence des climats torrides est plus complexe; il faut y tenir compte de la température, des maladies endémiques et de la race. L'action d'une température élevée semble très-favorable à la marche des blessures. Les complications qui emportent les blessés ne sont pas les mêmes; tandis qu'en Europe, ils succombent le plus souvent à la suite d'infection purulente ou d'accidents inflammatoires, sous la zone torride, au contraire, c'est le tétanos ou les hémorrhagies qui les enlèvent, ainsi que le justifient des statistiques données par l'auteur. L'influence des maladies endémiques sur la marche des traumatismes, amène M. J. Rochard à établir que dans les autres contrées paludéennes, les lésions traumatiques ont pour résultat fréquent de faire reparaître les accès de fièvre intermittente chez des blessés qui en avaient été antérieurement affectés; chez eux, la fièvre traumatique revêt souvent

le caractère intermittent. La chloro-anémie avec infiltration des extrémités est plus fâcheuse.

En ce qui concerne la race, M. J. Rochard a borné ses observations aux nègres de la côte d'Afrique et des Antilles, aux Chinois ; il a pu ainsi vérifier un double fait : la force de résistance que les races colorées opposent aux traumatismes et le peu d'intensité de la réaction qui en résulte.

La séance est levée à cinq heures. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 février 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Gros calcul ramifié du bassinet, composé presque exclusivement d'acide urique, paraissant consécutif à une violente contusion du rein; par M. Melchior TORRÈS.

M. F. L..., entré à l'Hôtel-Dieu dans les derniers jours de janvier, a eu, en 1861, une fracture des côtes du côté droit, accompagnée de contusion de la région lombaire. Les jours qui suivirent cet accident, le malade urinait du sang, et cependant, auparavant, il n'avait jamais eu aucun symptôme du côté des voies urinaires. Il paraît donc y avoir eu, dans ce moment, non-seulement fracture des côtes, mais aussi quelque complication du côté du rein. Ce sujet a dit n'avoir jamais été malade, et n'avoir jamais eu d'hématuries avant cet accident. Il y a là peut-etre un antécédent de quelque valeur au point de vue de la production du calcul. Longtemps après la consolidation de la fracture des côtes, des symptômes ont persisté du côté des voies urinaires : douleurs lombaires s'irradiant du côté du ventre.

Vers la fin de 1861, le malade était assez bien pour continuer son travail. Un an après, il eut besoin d'appeler un médecin par suite de retours des douleurs et en même temps à cause de la difficulté qu'il avait pour uriner. Le médecin, croyant à une rétention d'urine, le sonda 3 ou 4 fois et les jours qui suivirent cette opération l'urine était accompagnée de sable et de quelques petits graviers. A partir de ce moment, une amélioration progressive se manifesta et le malade reprit son travail. Mais vers 1869, le malade a commencé à avoir de violentes douleurs, non-seulement du côté droit, comme à l'époque de sa fracture, mais aussi du côté gauche, et l'urine avait diminué.

A cette époque, se manifesta un nouveau symptôme. Quand le malade dormait, du côté droit ou du côté gauche, les douleurs se réveillaient, beaucoup plus du côté gauche que du côté droit où commençait à exister déjà probablement son calcul. C'est ainsi que, pour dormir ou se reposer, le malade se couchait toujours sur le dos, parce que dans cette position il ne ressentait rien; quand il se tenait debout et penché en avant, il se fatiguait aussi beaucoup; en dehors de ces conditions, le malade pouvait continuer son travail comme il l'a fait jusqu'à l'année dernière. Un autre renseignement, c'est que toutes les fois que le malade faisait un excès alcoolique, il se plaignait de douleurs aux lombes.

A la fin de 1875, la diarrhée se manifesta, accompagnée de fortes douleurs de ventre et des lombes, qui n'étaient probablement que des coliques néphrétiques ; néanmoins, il vaquait toujours à ses occupations.

Enfin le malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, service du d^r Guéneau de Mussy, dans les derniers jours de janvier. A son entrée, il se plaignait toujours de ses douleurs de ventre, de manque d'appétit et de forces, enfin de sa diarrhée continuelle.

Sa maigreur, d'ailleurs, était très-prononcée. Le ventre était excavé d'une façon si prononcée que mon chef de service disait n'en avoir jamais vu un exemple si frappant ; il présentait au moins 20 centimètres de creux. Les battements de l'aorte étaient visibles à distance. Vers les derniers jours de son existence, on observait quelques taches purpuriques aux bras. Traité à l'hôpital par de l'eau albumineuse, pilules de nitrate d'argent au centième, 3 par jour ; potion de Todd ; potion ext. quinquina à 4 gr ; potion bismuth, à 10 gr.; alimentation : bouillon, lait, etc., etc. Le malade est mort le 6 février 1877.

AUTOPSIE. — *Tube digestif. Œsophage* un peu rétréci. On se rappellera que le malade ne prenait que du lait et du bouillon, depuis plus d'un an. — *Estomac.* Très-distendu, mais les parois très-minces; rien de particulier dans la muqueuse. — *Intestins.* A la vue, on n'apercevait rien dans la muqueuse, sauf quelques taches rouges, mais sans ulcération au moins visible à l'œil nu; les plaques de Peyer étaient en bon état. — *Foie.* Rien de particulier. — *Vésicule biliaire.* Elle était très-grosse et contenait, dans son intérieur, de la bile de consistance sirupeuse et une dizaine de calculs : deux de la grosseur d'une noisette et de forme prismatique et les autres très-petits et de différentes formes. — *Rate.* Un peu ramollie et très-petite.

Poumons. Très-rétractés et très-adhérents en arrière, particulièrement à droite à la hauteur de la fracture des côtes où existaient des adhérences très-considérables. Les poumons présentent comme 2 petits corps noirâtres logés dans la face postérieure de la cavité thoracique; ils étaient aussi semés de petits tubercules, mais sans cavernes. Leur parenchyme était peu perméable et noirâtre.

Organes de la circulation. — Artères. Elles étaient dures, sinueuses et un peu athéromateuses. — *Cœur.* Cet organe était très-petit, ses parois flasques, molles et très-minces. Les valvules auriculo-ventriculaires droite et gauche, comme les valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire, se trouvaient en bon état, au moins à la vue. A la face postérieure de l'organe existaient des plaques blanchâtres laiteuses à la partie qui repose sur le diaphragme.

Système nerveux. Cerveau. Cet organe était un peu ramolli. Il existait des plaques blanchâtres particulièrement sur l'hémisphère gauche. Les *méninges* n'offraient rien de particulier. La huitième, la neuvième, la dixième et la onzième côte, se trouvaient fracturées.

Appareil urinaire. Reins. Le rein gauche était très-gros, rouge et très-congestionné. A la section, on voyait les glomérules de Malpighi les uns ouverts et pleins de sang, les autres sous la forme de petits corps noirâtres. La capsule adipeuse était assez rougeâtre, mais la capsule rénale ne présentait aucun changement notable. L'uretère, comme le rein, avait un volume supérieur à celui du rein droit. Le rein droit était tout le contraire du rein gauche; assez petit, pâle, dur, résistant, sa longueur était de 10 centimètres 1/2, mesurée de l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure, et de 3 centimètres de largeur du bord interne au bord externe sans bassinet ; 3 centimètres d'épaisseur de la face antérieure à la face postérieure; 17 centimètres depuis l'extrémité supérieure du hile en continuant l'extrémité supérieure du rein et en suivant le bord convexe ou externe, depuis l'extrémité inférieure du rein, jusqu'à l'extrémité inférieure du hile, c'est-à-dire en suivant la circonférence du bord externe du rein ; enveloppé de sa capsule adipeuse très-épaisse, de sa capsule rénale, de son petit kyste rempli de liquide, et de son calcul, il pesait 134 gr. 7 centig. Le poids du rein, sans capsule adipeuse et sans capsule sur-rénale, mais avec son calcul, était de 101 gr. Poids du rein sans calcul, 64 gr.

Bassinet. Les dimensions étaient de haut en bas, 6 centim.; de dehors en dedans, 4 centim., et de la partie antérieure à la partie postérieure, 3 centim. 1/2.

Forme extérieure du rein. Face antérieure. Elle est convexe avec des sillons représentant les divisions des lobes rénaux ; le sillon qui se trouve à l'extrémité supérieure est assez prononcé pour pouvoir donner la forme de deux lobules. Même remarque pour le sillon inférieur, seulement il n'est pas aussi saillant Les autres ne sont pas assez prononcés pour donner une forme caractéristique à cette même face, et à l'extrémité supérieure existe une petite fossette qui est le vestige du kyste représenté dans la Planche I, fig. 2, qui présentait la forme allongée et remplie d'un liquide transparent.

Face postérieure. Concave comme d'habitude et sans sillons, de sorte qu'elle présentait une surface unie. *Le bord interne* était en rapport avec la convexité du bord externe, très-concave, plus large que d'habitude, mais moins long ; déformation qui est due à la distension causée par le calcul. *Les vaisseaux* du rein n'occupent pas leur place normale comme on peut le voir sur la pièce ou sur la planche I, fig. 2.

Bassinet. Très-déformé et distendu, représentant une forme complétement différente de la forme ordinaire. L'hypertrophie du bassinet se trouve en opposition avec celle de l'uretère. Malgré la dimension du calibre de ce dernier, son volume extérieur n'a subi aucun changement notable.

Intérieur du rein. Calices et bassinet très-distendus et remplis par le calcul, comme on peut le voir sur la planche I, fig. 1, déposée dans l'album de la Société et dans la pièce.

L'*examen microscopique* a donné le même résultat que celui qu'on trouve dans une *néphrite* parenchymateuse, et atrophie des tubes du rein. La pièce ayant été durcie, selon les procédés habituels (alcool, acide picrique, gomme et alcool), on a pratiqué des coupes perpendiculaires à la surface de l'organe. Dans la partie correspondante à la substance corticale, fig. I de 2e planche, on remarque que les glomérules de Malpighi sont presque tous en voie d'atrophie (2, 2). Les noyaux qu'on observe normalement dans leur tissu sont considérablement augmentés de nombre (4), et l'élément en lui-même est plus ou moins ratatiné et déformé (2, 2).

On en observe cependant quelques-uns qui ont conservé leur volume normal tout en présentant une augmentation des éléments nucléaires (3) ; on a affaire évidemment là à un tissu enflammé.

Autour des glomérules, les tubes du rein sont en voie de dégénérescence ; leur épithélium, complétement disparu, ne laisse plus, dans l'intérieur du conduit, qu'une masse amorphe, granulo-graisseuse (Fig. 3). Ils sont séparés par un tissu conjonctif en voie de prolifération, et conservant une innombrable quantité de noyaux (Fig. 4). En d'autres points, ces centres d'accumulation de noyaux manquent, et l'on voit seulement les tubes du rein dégénérés comme nous l'avons dit plus haut (5,5).

Dans d'autres régions (Fig. 2), il ne reste que la charpente fibreuse au milieu de laquelle étaient contenus les tubes urinipares, et sans qu'on puisse en constater la moindre trace, ils ont disparu. On en voit cependant encore quelques débris. Cette charpente apparaît sous forme d'un réseau à mailles plus ou moins régulières. Enfin, dans d'autres points, le tissu conjonctif en se développant, semble avoir en quelque sorte étouffé les tubes qui ont presque disparu (Fig. 2). En examinant les tubes en long, on aperçoit très-distinctement le développement des éléments inflammatoires dans le tissu interstitiel. En somme, atrophie des tubes dont l'épithélium est entièrement altéré et méconnaissable, et développement du tissu conjonctif avec prolifération de nombreux noyaux. Nous avons examiné également le bassinet au point où le calcul le distendait. Il n'y avait qu'une hypertrophie des couches normales. L'épithélium avait disparu. La vessie ne présente rien d'anormal.

Calcul. De forme ramifiée, d'un poids total de 37 grammes. M. le Dr Cadiat, qui a fait l'analyse chimique, a trouvé que le calcul est composé surtout d'acide urique et d'un peu d'urate d'ammoniaque. Dans certaines parties, on trouve aussi un peu d'oxolate de chaux, mais en quantité minime 1° Réaction très-manifeste avec la murexide; 2° Légèrement soluble après une très-longue ébullition dans la potasse ; 3° Insoluble dans les acides dilués.

Perforation traumatique de l'S iliaque du côlon sans aucune trace de contusion, même légère, des parties environnantes. Péritonite suraiguë; par M. Schwartz, interne des hôpitaux.

A... entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge n° 26, le 17 février; il vient de recevoir deux coups de pied de cheval dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque gauche. — Symptômes d'une lésion abdominale grave. — Péritonite suraiguë. On diagnostique : Rupture d'un des viscères abdominaux. — Mort 24 heures après l'accident.

Autopsie.— A l'ouverture de l'abdomen, les néo-membranes récentes unissent faiblement les anses intestinales au liquide séro-purulent dans la cavité péritonéale. — On y trouve répandu un certain nombre de lentilles.

Au niveau de la 2e courbure de l'S iliaque, perforation du diamètre d'une pièce de 50 centimes par laquelle sort une matière pulpeuse, demi-solide.

L'S iliaque est remplie de la même masse qui est constituée en partie par des lentilles non digérées. — Ce qui me semble intéressant dans cette observation, c'est l'explication qu'on peut donner du mécanisme de la perforation. Comme il n'y a pas de traces de contusion, ni dans la paroi abdominale ni dans la fosse iliaque surtout, c'est probablement à cause de la résistance de l'S iliaque distendue qu'a eu lieu la perforation de cet organe. Les matières demi-solides qui y étaient contenues ont été le point sur lequel est venu se rompre la tunique de l'intestin.

M. Remy présente des pièces relatives à un cas de méningite tuberculeuse survenue chez un enfant de 5 mois qui avait présenté, en venant au monde, plusieurs éruptions syphilitiques.

Exostoses séniles du corps des vertèbres; par M. Féré, interne provisoire.

J'ai l'honneur de présenter à la Société quatre exemples d'une lésion bien anciennement connue, puisque Poupart (*Acad. des sciences*, 1699) en rapporte un cas et qu'on en trouve un autre dans Morgagni (*De sedibus et causis*, etc., lettre XXXVII § 30 ; Trad. Desormeaux et Destouet T. v, p. 393). Son existence est signalée dans un grand nombre d'auteurs: on en voit plusieurs spécimens au musée Dupuytren, mais elle a été peu décrite.

Ce sont des tumeurs osseuses ou en grande partie osseuses, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un œuf de pigeon et qui siégent au niveau des articulations des corps vertébraux, ordinairement sur la partie antérieure. On les rencontre exclusivement chez les vieillards. Elles ont été désignées sous les noms d'hypertrophie, d'ossification, d'infiltration calcaire du surtout ligamenteux antérieur, d'ankylose périphérique avec ostéophytes, d'hypertrophie avec exostoses de la lame compacte, d'exostoses vertébrales.

Les deux dernières dénominations me paraissent les plus justes. En effet, à la période initiale de la lésion, on voit les deux bords contigus de deux corps vertébraux superposés faire saillie sous forme de plateau ou de stalactite, et former avec le disque ligamenteux intermédiaire une tumeur plus ou moins large et plus ou moins épaisse. Les progrès de la lésion peuvent finir quelquefois par déterminer l'ankylose périphérique ; mais la soudure des deux parties osseuses n'a lieu que lorsque la portion ligamenteuse a cessé de se développer; la coque osseuse qui entoure cette dernière est quelquefois très-peu épaisse, bien que la tumeur soit assez considérable.

Sur un grand nombre de colonnes vertébrales de vieillards, les ligaments intervertébraux amincis ou non font une saillie notable soutenue par une hypérostose des bords des vertèbres situés au-dessus et au-dessous. Ces saillies ordinairemen inégales et festonnées s'étendent souvent, comme on le voit sur deux de ces pièces, sur toute la partie libre de la circonférence du rachis et elles existent au niveau de plusieurs articulations. L'ankylose périphérique est beaucoup moins fréquente. Lorsqu'il existe sur un point une tumeur volumineuse haute d'un et même de deux centimètres, on voit encore souvent une portion ligamenteuse séparant les deux portions osseuses: on en voit ici deux exemples. Sur cette autre pièce, il existe une exostose qui présente une hauteur de 3 centimètres et une largeur égale, située sur le côté gauche de la colonne et à cheval sur le ligament intermédiaire à la troisième et à la quatrième lombaires ; sa base est excavée par une sorte de tunnel transversal de plus d'un centimètre de haut laissé vide par le ligament rétracté par la dessication.

Ces pièces montrent bien qu'au début au moins, le ligament interarticulaire joue un rôle dans la formation de la tumeur. On peut admettre l'opinion émise par A Cooper (*Mém. sur les exostoses*, in *Œuv. chirurg.*, trad. Chassaignac et Richelot, p. 596), et après lui par M. Michel (*Dict. encycl. des sc. Méd.*, T. 1 3e série p. 519) que ces exostoses partent des bords des corps vertébraux se développent par-dessus des fibro cartilages intermédiaires, sans y adhérer, et qu'elles peuvent finir par se souder entre elles en formant une tumeur plus ou

moins volumineuse. Mais il faut ajouter que le fibro-cartilage lui-même contribue pour beaucoup à la formation de la tumeur et que c'est seulement à la limite de la croissance de cette partie de la tumeur que les deux portions osseuses peuvent se réunir. Le nombre des tumeurs dont les deux portions osseuses sont soudées entre-elles est assez restreint; celles où elles sont séparées par un sillon rempli de tissu ligamenteux sont, au contraire, extrêmement fréquentes.

La portion ligamenteuse de la tumeur ne paraît pas pouvoir s'ossifier. Aussi, quand on détache une exostose dont les deux portions osseuses sont sondées, sur une pièce sèche où le tissu ligamenteux a eu le temps de se rétracter, on trouve sa base creusée d'une cavité.

Le volume de ces productions peut varier depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon: tous les intermédiaires sont représentés sur ces quatre pièces, il y en a trois qui sont grosses comme un œuf de pigeon, on en voit rarement de semblables. Leur volume semble en rapport avec la part que le fibro-cartilage a pris à leur développement.

Leur forme ne varie pas moins: tantôt elles sont régulièrement arrondies, tantôt rugueuses ou pointues, tantôt en dos d'âne allongées suivant le sens de l'articulation des corps vertébraux; quelquefois elles présentent assez bien la forme d'apophyses transverses auxquelles Poupart compare celles qu'il a rencontrées. Quelquefois il en existe tout le long de la colonne vertébrale et de chaque côté, mais le plus souvent, il n'y en a pas plus de 4 ou 5 sur le même sujet; très-rarement on n'en voit qu'une seule

Ces tumeurs se développent ordinairement sur la partie antérieure de la colonne, tantôt et plus souvent sur les parties latérales; elles repoussent en avant le surtout ligamenteux antérieur, de sorte que les saillies sont atténuées et peu rugueuses. Quelquefois l'exostose est située tout à fait en dehors et siége sur l'articulation costo-vertébrale qui est ankylosée: c'est ce qu'on voit sur cette pièce au niveau de la neuvième et de la onzième articulation costo-vertébrale droite; on retrouve cette disposition aussi au niveau des dernières côtes, sur deux pièces du musée Dupuytren (nos 642 et 650). Les exostoses qui, sur cette pièce, siégent sur les articulations costo-vertébrales sont plus dures que les autres qui sont assez friables. Au-dessus et au-dessous, le tissu de la vertèbre paraît même comme éburné.

Wilks (*Transactions of the pathological Society of London*, T. XIII, p. 101, 19 th of february 1861) admet que ces exostoses de la région antérieure peuvent comprimer les divers organes qui s'appuient sur le rachis et amener des accidents graves. Il exagère beaucoup ces inconvénients, car ces tumeurs ne sont pas rares, et si on ne les découvre point plus souvent, c'est précisément parce qu'on n'a point observé pendant la vie les symptômes de compression qui en provoquent la recherche.

Une autre circonstance en rend l'observation rare: c'est que presque jamais, dans les autopsies, on n'a besoin de découvrir la colonne lombaire. Or, s'il est vrai qu'on puisse rencontrer ces exostoses sur toute l'étendue de la colonne (Pelvet, *Bull. Soc. anat.*, avril 1864, p. 162), ou seulement à la région dorsale ou cervicale (Wilks), il n'est pas douteux que leur siége le plus habituel soit la partie inférieure de la région dorsale et la région lombaire. A Bicêtre et à la Salpêtrière, il n'est guère de semaine où on n'en rencontre dans cette région; elles ont rarement, il est vrai, le volume de celles que je présente; mais jamais on n'a signalé d'accidents.

Des exostoses semblables peuvent se développer à la partie postérieure du corps des vertèbres, dans la canal rachidien; on comprend qu'elles offrent alors une tout autre gravité. Copland range parmi les causes de paraplégie l'ossification simple des ligaments intervertébraux, mais M. Jaccoud (*Paraplégies* etc., p. 223) fait remarquer que cette cause ne peut-être invoquée que lorsqu'il y a production exubérante de tissu osseux; il ne cite d'ailleurs aucun fait. J'ai vu, dit Bertin (*Traité d'ostéologie*, T. III, p. 85), des sujets fort vieux, dans lesquels le canal de l'épine avait perdu dans certains endroits une partie de sa cavité. Quelques auteurs ont vu dans ce passage la désignation d'exostoses; il est prudent de rester dans le doute.

Mais il existe des faits beaucoup plus probants. Aston Key (*Guy's hospital Reports*, avril 1838) rapporte deux cas dans lesquels la lésion osseuse qui avait déterminé la paraplégie était absolument identique à celle que je viens de décrire. Le premier fait est surtout caractéristique, car, outre la tumeur intra-rachidienne qui réduisait le canal vertébral d'un tiers, il existait sur le corps des vertèbres lombaires des saillies osseuses irrégulières et les cartilages intervertébraux faisaient une saillie plus considérable que d'ordinaire.

Enfin, dans une observation que MM. Bourneville et Debove ont recueillie dans le service de M. Charcot (*Bull. Soc. anat.*, mai 1874, p. 421), on trouve signalée une exostose du volume d'une noisette situé à la partie postérieure du corps de la dernière dorsale et de la première lombaire, ayant déterminé une sclérose secondaire des cordons antérieurs de la moelle; bien que cette tumeur soit isolée, il s'agissait là bien évidemment d'une lésion de la même nature que celles que je présente, car il est expressément dit que la masse se compose de trois parties, deux osseuses séparées par une ligamenteuse (1).

Je ferai remarquer que ces tumeurs intra rachidiennes siégeaient aussi à la partie supérieure de la région lombaire.

Ces exostoses, qu'elles soient situées en avant ou en arrière des corps vertébraux ne se rencontrent que chez des sujets âgés. Peut-être se trouvent-elles plus souvent chez ceux qui se sont livrés à des travaux pénibles; cela expliquerait pourquoi elles sont moins fréquentes et généralement moins volumineuses chez la femme.

Catarrhe vésical suivi de périnéphrite et de néphrite suppurée. — Pyohémie. Par M. J. B. Gauché, interne des hôpitaux.

La nommée L...., 29 ans, ménagère, est entrée le 31 octobre 1876, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, no 13 (service de M. Richet, suppléé par M. Le Dentu.) Sa mère, par intervalles, aurait des douleurs de rein, ainsi que d'autres parents du côté maternel. A 12 ans, L. aurait reçu un coup de pied de vache sur le flanc. Réglée à 16 ans. — Il y a 6 ans, douleurs rhumatismales à la région lombaire et aux membres inférieurs. — Grossesse régulière et accouchement normal à 27 ans; sauf durant le travail, de fortes douleurs, dites de rein qui se seraient prolongées jusqu'à 12 heures.

La maladie actuelle a débuté il y a 16 mois (octobre 1875) par une douleur intense au côté droit, qui s'accentuait au moment des règles. — Alors existaient aussi de l'albuminurie et un ulcère du col utérin. Mais c'est depuis avril 1876, que la miction est devenue douloureuse, surtout pour expulser les dernières gouttes d'urine. En outre, envies fréquentes d'uriner. A l'aide du spéculum, on ne découvre aucune lésion du col utérin. Seulement, l'utérus est en antéflexion, position à laquelle on peut attribuer la cystite chronique, révélée par l'émission d'urines mucoso-purulentes. Le toucher réveille une douleur intense de névralgie utérine, à la partie supérieure droite du col et après la miction, ténesme vésical dû à une contracture du col de la vessie, il s'accompagne de ténesme rectal. Pas de contispation. *Traitement.* Bains et pilules de térébenthine. — Injections vésicales d'eau tiède.

En janvier 1877, éclate un frisson violent. En même temps, douleurs très-intenses de cystite aiguë au bas-ventre et aux reins. Urines mucoso-purulentes avec précipité abondant d'albumine par l'acide nitrique et la chaleur: au niveau de la région lombaire et à droite, un peu d'empâtement. Au palper abdominal, très-forte douleur se propageant le long de l'uretère droit. — Le facies devient jaune-bistre. Membre inférieur droit douloureux (sulfate de quinine, 0 gr. 75), celui ci est supprimé ensuite à cause de vomissements.

19 *janvier*. Soubresauts des tendons. Secousses musculaires. Frissons. Urine peu abondante.

22 *janvier*. La température, comprise entre 38° et 40°, n'a présenté que deux fois des intermittences franches, le 10 janvier (37°, 6,) et ce matin (37°, 9.) Cependant la malade remue assez faiblement dans son lit. Injection sous-cutanée de morphine à cause de la douleur.

23 *janvier*. Affaiblissement progressif. Teinte jaunâtre plus accentuée. La malade ne peut prendre du bouillon sans le

(1) Voir le *Progrès Médical* de 1874, p. 509.

vomir. Douleur persistant toujours à la région lombaire droite, la fluctuation profonde, d'abord obscure, y devient plus nette. L'élévation de température se maintient. En présence de l'aggravation de tous ces phénomènes, M. Ledentu se décide à ouvrir le foyer.

24 janvier. M Ledentu incise couche par couche en dehors de la masse sacro-lombaire. La première incision transversale, mesure 6 centimètres. A 1 centimètre de profondeur, un dernier plan aponévrotique incisé, laisse échapper un verre de pus déjà fétide. Deux tubes de caoutchouc sont placés dans la poche, pour faciliter l'écoulement du pus ainsi que les lavages à l'eau alcoolisée. La malade ressent bien moins de douleur à la région lombaire.

28 janvier. Langue humide. Teint un peu rosé; il n'est plus jaune-bistre. Pas de vomissements depuis deux jours. Les tubes ont été ôtés, le pus s'écoulant convenablement. Cependant la température, après un abaissement vespéral temporaire, s'est élevée de nouveau. — De cette élévation constante et de l'absence de pus dans les urines, M. Ledentu conclut à l'existence d'un second foyer.

9 février. Une ponction exploratrice avec l'aspirateur fait reconnaître, en effet, la présence d'une collection purulente au-dessus de l'ancien foyer.

10 février. M. Ledentu fait une seconde incision transversale à 0 m. 02 au-dessus de la première et parallèlement à celle-ci. Le doigt introduit dans l'intérieur de la plaie donne la sensation d'une partie molle, fluctuante, comme celle du bord convexe du rein ramolli et peut-être abcédé. Il est placé un tube long de 6 centimètres. A la suite de l'incision, frisson violent d'une demi-heure. Le liquide de l'injection alcoolisée reflue de la plaie inférieure vers la plaie supérieure, mais l'écoulement en sens inverse n'a pas lieu.

12 février. Les parois du foyer se sont rétractées, ce qui force à raccourcir le tube.

13 février. Le pus qui s'écoule n'est pas de bonne nature, mais un peu grisâtre, ce qui tient à l'état général de la malade qui ne s'est pas amendé, car l'abaissement de la température n'a été que momentané.

15 février. Un peu de rougeur au-dessus de la plaie supérieure dans l'étendue de 2 centimètres.

16 février. Frisson le matin, un peu de douleur au poignet droit.

Dans les jours qui suivent, subdélirium le soir. Frissons irréguliers; douleur spontanée à l'hypochondre gauche. Teinte subictérique des conjonctives. La température atteint des chiffres de plus en plus élevés. Amaigrissement et affaiblissement progressifs jusqu'au jour du décès, le 25 février à 10 heures du soir (1).

Autopsie, le 27 février. — *Crâne*. Le cerveau est normal et ne présente pas la moindre trace d'abcès métastatiques. *Thorax*. Poumon droit sain. — Poumon gauche congestionné. — Celui-ci offre à la coupe de la partie supérieure de son lobe inférieur quelques foyers purulents de la grosseur d'un petit pois. — Cœur à fibres musculaires pâles, décolorées.

Abdomen. *Foie* de coloration normale. A la surface convexe de son lobe droit, on remarque plusieurs abcès de la grandeur d'une noix; on en rencontre aussi à la coupe, il en existe un dans le lobe gauche. — Ils sont tous plus rapprochés de la surface convexe que de la face inférieure. *Rate*. Elle est plus volumineuse qu'à l'état normal et pèse 385 gr. Un abcès sur sa face externe. *Rein gauche*. Il présente sur son bord concave un seul abcès métastatique. La capsule se détache facilement. *Rein droit*. C'est sur ce dernier que siégent les lésions les plus remarquables. L'atmosphère celluleuse qui l'entoure, ainsi que sa capsule, est transformée en un tissu induré et compacte. Une incision faite dans le bassin à la partie inférieure de cette masse indurée, laisse échapper du pus qui provient d'un foyer distinct. C'est à cette poche que correspond l'incision inférieure faite à la région lombaire durant la vie, mais le doigt introduit par la plaie n'y pénètre pas. — L'uretère incisé dans sa longueur permet d'arriver sur le bassinet où l'on constate les particularités suivantes: il existe à sa surface deux orifices fistuleux, une sonde cannelée introduite par l'un d'eux, atteint la limite du bord externe et de la face antérieure du rein au niveau du trajet de la seconde incision, à la partie supérieure du flanc droit. En ce point, l'incision porte sur le rein ramolli et suppuré. L'uretère droit et la surface de la muqueuse vésicale, présentent les traces d'une inflammation arrivée à résolution: celle-ci s'est donc propagée par voie de continuité de tissu.

M. Reclus présente une pièce sèche sur laquelle on peut constater une anomalie très-rare de l'artère ophthalmique qui, au lieu de pénétrer dans l'orbite par le trou optique passe par la partie supérieure de la fente sphénoïdale.

Le secrétaire: A. Pitres.

(1) La température a été prise 2 fois par jour, pendant tout le temps de la durée de la maladie. La courbe thermique est déposée dans l'album de la Société.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 avril 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Guyon signale une modification apportée par M. Chassagny (de Lyon), aux olives employées dans le cathétérisme œsophagien: M. Chassagny a donné à ses olives une forme aplatie. Il les avait faites d'abord en ivoire; mais aujourd'hui il donne la préférence à un métal flexible. Il leur donne cette forme aplatie parce qu'il pense que l'œsophage se dilate plutôt en largeur que dans le sens antéro-postérieur. Il ne les emploie d'ailleurs que dans les cas de rétrécissement spasmodique. — M. Verneuil rappelle que dans ces derniers temps on a employé un nouveau cathéter sur conducteur et il croit qu'on doit prendre en considération la forme des olives employées par M. Chassagny.

M. Verneuil signale un appareil nouveau, imaginé par M. Minière, étudiant en médecine, et destiné à prévenir les érections nocturnes et les spermatorrhées qui peuvent en résulter. Cet appareil, auquel on a donné le nom de *réveil-électromédical*, se compose d'une sonnerie électrique à laquelle viennent aboutir deux fils conducteurs ayant pour point de départ un anneau très-léger, divisé en deux parties par une légère cloison mobile. On introduit la verge sous cette cloison et si une érection vient à se produire, la cloison s'élève et ferme le circuit. La sonnerie mise ainsi en mouvement, réveille le malade assez à temps pour qu'il puisse éviter l'érection. Un malade atteint d'érections depuis 14 ans, s'est complétement guéri en ayant recours à cet instrument.

M. Desprès se demande comment on a pu obtenir la guérison de la spermatorrhée, car la spermatorrhée a lieu généralement sans érection.

M. Panas. Ricard a signalé des cas des spermatorrhées qu'on a guéries en maintenant les malades éveillés, ou en les réveillant dès le début de l'érection.

M. Terrier lit, au nom de M. Verneuil et en son propre nom, l'observation d'une femme qui, ayant subi une ovariotomie double, eut au bout de cinq mois un retour de ses règles.

A l'occasion des détails contenus dans l'observation, M. Duplay exprime l'opinion que l'incision abdominale de l'ovariotomie doit avoir peu d'étendue; mais il pense que s'il est impossible d'extraire le kyste par cette ouverture, on doit plutôt la prolonger que d'exercer sur le kyste des tractions prolongées. M. Duplay est aussi d'avis qu'il faut toujours faire la toilette du péritoine avec le plus grand soin possible.

M. Gillette. Quelque soin que l'on prenne à éponger le péritoine, il reste toujours un peu de liquide; il vaut donc mieux se hâter de faire rapidement les sutures. Ne doit-on pas redouter aussi d'enflammer la séreuse en l'épongeant trop longtemps?

M. Terrier. S'il n'y avait qu'un peu de sang épanché, il y aurait peu d'inconvénient à ne pas très-bien nettoyer le péritoine; mais il ne doit pas en être ainsi lorsque il existe un épanchement de liquide kystique. C'est surtout lorsqu'on suture les parois abdominales qu'il faut prendre le plus de précaution pour éviter les épanchements sanguins.

M. Berger lit l'observation d'une femme morte de complications pulmonaires à la suite d'une opération de hernie étranglée.

A. G.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE L'ÉLYSÉE

Séance du 5 mars

Rapport sur la candidature de M. le Dr Luys; par le Dr Linas.

Messieurs,

Vous m'avez chargé de vous présenter le compte rendu d'un livre intitulé : *Le cerveau*, que M. le dr Luys a adressé à la Société, à l'appui de sa candidature. C'est un traité nouveau, complet, original sur la matière; c'est une des plus vastes, une des plus savantes études qui aient été faites de nos jours sur l'anatomie et sur la physiologie de l'encéphale. Ceux d'entre nous qui étaient assis sur les bancs de l'Ecole, il y a une vingtaine d'années, seront frappés, en lisant l'ouvrage de M. Luys, des progrès importants accomplis depuis cette époque, dans la connaissance de la structure et du fonctionnement intime du cerveau. Ces progrès ont pu se réaliser grâce aux nombreux perfectionnements des moyens d'investigation, à la découverte de nouveaux procédés d'études, à la féconde, application des appareils microscopiques, à l'utilisation de l'acide chromique pour durcir la substance nerveuse, à l'emploi de divers réactifs colorants propres à mettre en relief chaque élément histologique, enfin à l'heureuse idée de remplacer les dessins manuels, nécessairement insuffisants et confus, par la photographie, qui reproduit, en la grossissant, l'image exacte et fidèle des plus menus détails anatomiques. Honneur au zèle, à la persévérance, à la sagacité des savants qui ont su imaginer, utiliser et mettre en œuvre ces merveilleuses ressources scientifiques pour pénétrer et pour nous révéler les secrets de l'organisation profonde du cerveau ! Et personne ne me contredira, Messieurs, si j'affirme que notre candidat de ce soir est de ce nombre.

M. Luys a rappelé, dans son livre, les principaux travaux de ses devanciers et de ses contemporains ; mais il y a prodigué largement ses propres richesses, c'est-à-dire le fruit de longues recherches et de laborieuses expériences, poursuivies depuis plusieurs années.

Après un exposé rapide des moyens d'étude auxquels il a eu recours, après une simple esquisse de la topographie cérébrale, l'auteur donne une description minutieuse des éléments multiples qui entrent dans la composition de l'appareil encéphalique. Il montre, avec une remarquable netteté, comment ces éléments se répartissent, se distribuent, s'associent et entrent en rapports communs, forment des zones et des groupes, qui, tout en jouissant d'une activité propre, sont en communication anatomique et fonctionnelle, immédiate ou médiate, directe ou indirecte, avec les zones et les groupes voisins ou éloignés.

Après avoir ainsi présenté l'anatomie analytique du cerveau, après avoir décrit par le menu la substance grise corticale, avec ses deux couches de cellules régulièrement stratifiées et réunies intimement par la trame de la névroglie ; après avoir déterminé les deux ordres de tubes nerveux qui constituent la substance blanche, leur direction et leur rôle d'agents conducteurs, les uns constituant les fibres commissurantes, les autres, les fibres convergentes ; après avoir étudié à fond la constitution des couches optiques et des corps striés, ces deux noyaux si importants de substance grise centrale ; en d'autres termes, après avoir fait connaître les matériaux constitutifs, l'agencement et l'organisation de l'appareil cérébral à l'état de repos, M. Luys arrive à montrer ce merveilleux instrument en action, animé, vivant, entrant en mouvement et en vibration sous l'influence des excitations extérieures. Il parvient ainsi à assigner à chaque partie de l'encéphale son aptitude dynamique et son rôle fonctionnel.

Rien de plus intéressant que de suivre l'auteur dans la curieuse étude qu'il fait de la genèse, de l'évolution, de la marche et des modifications successives des vibrations nerveuses, depuis leur origine dans l'incitation extérieure et dans la périphérie sensorielle, leur migration à travers les couches optiques, leur propagation dans les fibres conductrices de la substance blanche, jusqu'à leur arrivée et leur dissémination dans la sphère la plus superficielle de la couche corticale, dont elles mettent en jeu l'activité propre et l'activité psychique. L'excitation de ces cellules, se communiquant aux cellules motrices de la zone inférieure, le phénomène de la sensibilité se transforme en phénomène de mouvement. Les vibrations motrices ainsi développées suivent une direction centrifuge, traversent les corps striés et se propagent dans les cordons moteurs de la moelle épinière, où elles deviennent un des plus puissants agents de stimulation de la fibre musculaire. Un fait intéressant révélé par les expériences de Schiff, c'est que l'excitation et la mise en mouvement des cellules cérébrales s'accompagne d'une élévation de température analogue à celui qui se produit dans la contraction des muscles.

La deuxième partie de l'ouvrage de M. Luys est consacrée à l'étude des propriétés générales des éléments nerveux. Ces propriétés fondamentales sont au nombre de trois : 1° la *sensibilité*, en vertu de laquelle la cellule nerveuse suit l'excitation extérieure et réagit, à la suite, en vertu de la sollicitation de ses affinités intimes ; 2° la *phosphorescence organique*, par laquelle les éléments nerveux conservent, pendant un temps prolongé, les traces des incitations primordiales et emmagasinent ainsi en eux-mêmes, les souvenirs des incitations reçues ; — 3° l'*automatisme*, qui exprime les réactions spontanées de la cellule vivante, laquelle se met *motu proprio* en mouvement et traduit d'une façon inconsciente et automatique les états divers de sa sensibilité mise en émoi.

Messieurs, M. le docteur Luys entre dans de très-longs développements à l'occasion de chacune de ces propriétés. Ainsi, il suit l'évolution des processus de la sensibilité, depuis ses phases les plus élémentaires de début, chez les plantes et chez les animaux inférieurs, jusqu'au moment de leur plus complet épanouissement chez l'homme, d'où il est conduit à exposer d'une manière spéciale le mode de genèse, la marche et la distribution des phénomènes de la sensibilité, à travers les appareils du système nerveux dans l'espèce humaine. Il étudie ainsi successivement : 1° la *sensibilité inconsciente*, qui dérive de deux sources : du plexus de la vie végétative du sympathique, et du plexus de la sensibilité générale et spéciale; 2° la *sensibilité consciente*, qui a pour point d'émergence et pour première étape les regions périphériques du système nerveux, et qui exige comme condition fondamentale et indispensable, une faculté de réceptivité et d'impressionnabilité propre de la part de l'élément nerveux ébranlé ; en d'autres termes, il faut qu'au moment où le réseau sensoriel reçoit l'incitation vibratoire, il entre en participation directe avec l'acte qui s'accomplit en lui, et que, par une sorte d'assimilation vitale, il convertisse l'incitation purement physique en incitation physiologique. C'est ainsi, d'après l'auteur, que les processus de la sensibilité consciente débutant à l'instar de simples ébranlements physiques, finissent par devenir, au dernier terme de leur long parcours, une incitation vivante, de plus en plus animalisée et spiritualisée par l'action propre des milieux divers qu'ils ont mis successivement en action.

Poussons plus haut et plus à fond l'analyse de ces mystérieux phénomènes, M. Luys tente d'expliquer la genèse de la notion de la personnalité et de la sensibilité morale. Cette explication, il la trouve dans le transport et la concentration générale de toutes les sensibilités diffuses de l'organisme, au sein des réseaux de la couche corticale, véritable *sensorium commune*, rendez vous et réservoir commun de toutes les incitations périphériques. C'est là, dit-il, que tous nos éléments sensitifs se condensent, se fusionnent et s'anastomosent en une inextricable unité ; c'est là que se trouve opérée la synthèse de toutes nos sensibilités éparses ; c'est là, dans cette sphère d'activité nerveuse, que notre personnalité tout entière vit, sent, vibre et se nourrit.

Viennent ensuite des vues élevées et des considérations pleines d'intérêt sur les perturbations de la sensibilité ; sur la *douleur physique*, qui n'est que l'expression de la sensibilité des éléments nerveux montée à un taux extra-physiologique, et sur la *douleur morale*, qui n'est que l'exagération de la sensibilité morale portée à son maximum d'intensité.

La seconde des propriétés générales que M. Luys attribue aux éléments nerveux, c'est, avons-nous dit, la *phosphorescence organique*. Il entend désigner par ce néologisme, la curieuse faculté que possèdent les cellules nerveuses de persister, pendant un temps plus ou moins long dans l'état vibratoire où el-

les ont été mises par l'arrivée des incitations extérieures, comme on voit les substances phosphorescentes, illuminées par les rayons solaires, continuer à rester brillantes, alors que la source de lumières qui les a éclairées a déjà disparu. Ainsi définie, la phosphorescence organique est, aux yeux de M. Luys, une des manifestations les plus puissantes de l'activité cérébrale ; elle totalise, elle confond en une résultante unique tous les ébranlements anciens ou récents des cellules nerveuses ; elle est la base même et le principe générateur de la *mémoire*.

Suit une très-belle et très-complète étude sur la mémoire, envisagée au point de vue de sa genèse, de son évolution, de son mécanisme, de ses phases diverses pendant la vie de l'individu, de ses degrés, de ses formes, de ses variations fonctionnelles et de ses perturbations pathologiques. Je serais entraîné trop loin si je voulais analyser cette partie de l'ouvrage ; je me borne à en recommander la lecture à ceux qui veulent acquérir des notions exactes et solides sur cette faculté.

Le livre troisième traite de l'activité automatique des éléments nerveux, qui est encore une des formes spéciales de leur vitalité propre. C'est surtout dans cette partie de l'ouvrage que l'on rencontre des idées neuves, des opinions originales, des aperçus ingénieux et une science profonde des fonctions du système nerveux. M. Luys définit l'automatisme, un attribut essentiel, en vertu duquel les cellules nerveuses sont aptes à s'ébranler spontanément et à constituer des centres indépendants d'activité locale. A ce point de vue, il étudie la genèse et l'évolution tour à tour de l'activité automatique dans le système ganglionnaire, dans la moelle et dans l'encéphale. Il montre comment ces activités automatiques deviennent, avec la sensibilité et la phosphorescence organique, les éléments fondamentaux de l'activité cérébrale ; comment elles s'associent les unes avec les autres de mille manières et se combinent pour produire les opérations les plus complexes et comment elles sont toujours sous-jacentes dans la plupart des manifestations de la vie du cerveau. L'auteur range le *sens commun* parmi les formes de l'automatisme cérébral. Il signale le fait curieux de la communication à distance, et, pour ainsi dire, la contagion de l'activité automatique par l'intermédiaire, soit de la parole, soit des écrits, soit des gestes, qui viennent ébranler le sensorium de l'individu sollicité. Un chapitre est consacré aux rêves, qui sont assurément la manifestation la plus commune et la plus intéressante de l'automatisme des cellules cérébrales. Cette étude se termine par un exposé du développement de l'activité automatique et par des considérations pratiques sur les perturbations fonctionnelles de cette activité dans les maladies mentales.

Messieurs, je suis arrivé à la troisième partie de l'ouvrage de M. Luys, qui n'est ni la moins étendue, ni la moins intéressante. Ici, l'auteur aborde des sujets encore plus délicats que les précédents. Il entre dans l'étude de l'évolution des processus de l'activité cérébrale, c'est-à-dire dans ce qu'il y a de plus profond, de plus obscur et de plus mystérieux dans les fonctions dévolues au cerveau.

Bien que M. Luys ne consacre aucun chapitre particulier aux localisations cérébrales, il ne néglige jamais de les signaler toutes les fois que l'occasion s'en présente, et dans maints endroits de son livre, il en donne la preuve expérimentale et la confirmation positive.

Obligé de me borner, pour ne pas abuser de votre attention; ayant à faire, non pas un rapport académique, mais un rapport de candidature, vous voudrez bien m'excuser, Messieurs, si je n'expose pas devant vous, avec les développements qu'il mériterait, le système physiologique de M. Luys sur le mécanisme des opérations intellectuelles. Cependant j'aurais aimé à parcourir avec vous ces pages instructives, où l'auteur expose avec un si ferme talent, ses opinions sur nos principales facultés : l'attention, la dissémination et la transformation des impressions sensorielles dans les réseaux de la sphère psycho-intellectuelle, la formation des idées, le jugement et la volonté. Je me bornerai donc, Messieurs, à formuler une sorte de proposition générale, qui me paraît résumer la théorie, ou si vous préférez, la doctrine de M. Luys.

Pour lui, le point de départ, la stimulation mère, comme il l'appelle, de l'activité cérébrale, est toujours un phénomène de sensibilité, une impression sensorielle antérieure, actuelle ou passée. Une fois que cette incitation extérieure s'est disséminée dans les réseaux de la couche grise corticale et s'est incorporée dans le sensorium, en y développant les énergies spécifiques des cellules nerveuses qui l'ont reçue, alors ce milieu entre lui-même en jeu et réagit en raison directe de ses aptitudes latentes. C'est la sphère de l'activité psycho-intellectuelle, qui parle alors avec toutes ses richesses naturelles, avec toutes les réserves de sa sensibilité en éveil, et donne ainsi libre carrière aux merveilleuses aptitudes dont elle est fondamentalement douée. Ce milieu nouveau, qui entre en action, comprend l'ensemble des phénomènes purement psychiques et purement intellectuels de l'être vivant. C'est la région *princeps* par excellence de l'organisme, à laquelle tout aboutit, de laquelle tout part et qui est le résumé des forces vives de l'activité.

Telle est, dans un beau langage, l'expression la plus précise, l'esprit même du système de M. Luys. Vous serez peut-être frappés comme moi, Messieurs, d'une certaine ressemblance et de parenté entre cette doctrine et une doctrine plus ancienne qui avait pris pour devise : « *Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu.* » Si bien que, avec un principe différent, l'âme d'un côté, et l'activité propre de la cellule cérébrale de l'autre, M. Luys donne raison à Condillac.

Je m'arrête, Messieurs ; je crois en avoir dit assez pour vous permettre d'apprécier l'œuvre de M. le docteur Luys. Ce livre mérite de prendre rang parmi les meilleurs de la bibliothèque internationale. Il comptera au nombre des travaux les plus importants de ce temps-ci sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux. Depuis longtemps et si je ne m'abuse, dans aucun pays il n'a été publié rien de plus remarquable et de plus complet, concernant l'histoire du cerveau.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler, Messieurs, qu'antérieurement à ce dernier ouvrage, M. Luys s'était déjà signalé par la publication des *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal* ; par son *Iconographie photographique des centres nerveux* ; par son *Mémoire sur les actions réflexes du cerveau*, — œuvres de longue haleine, qui ont été comme les matériaux du livre dont je viens de vous rendre compte.

Comme conclusion, j'ai l'honneur de proposer à la Société d'ouvrir ses portes à deux battants à M. le docteur Luys, médecin de la Salpêtrière.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, etc., pour 1877; par le pr BOUCHARDAT, suivi d'un *Mémoire sur la thérapeutique étiologique*. Germer-Baillière, éditeur.

II. Quelques considérations sur le koumys ; par le dr LANDOWSKI. G. Masson, éditeur.

III. Sur les sels de cicutine et en particulier le bromhydrate ; par le dr DUJARDIN-BEAUMETZ. Doin, éditeur.

IV. Essai sur le morphinisme aigu et chronique; par L. CALVET (Thèse inaugurale).

I. Dans cette 37e année de l'*Annuaire de thérapeutique*, on trouve comme d'habitude, une foule de renseignements pratiques, ayant trait surtout aux médications nouvellement proposées : acide salicylique, gelsemium, glycérine, sels de cicutine, etc.

M. Bouchardat a ajouté à son intéressant recueil, un mémoire sur la thérapeutique étiologique, où il étudie l'influence de la misère sociale ou physiologique sur le développement de la tuberculisation : il conclut à utiliser le plus possible d'aliments riches en calorification, soit l'huile de morue, soit à son défaut, les matières grasses du beurre, du lait ou du chocolat au beurre de cacao. Mais ce n'est pas tout, il faut utiliser ces matériaux, on y parvient par l'exercice modéré, la gymnastique des poumons et l'usage d'une hydrothérapie bien entendue. « Ecarter les causes de la misère physiologique, voilà » la base sur laquelle doit s'appuyer la thérapeutique de la » scrofule et de la tuberculisation pulmonaire. »

II. Le docteur Landowski a publié, dans le *Journal de thérapeutique*, une nouvelle étude sur le koumys, basée sur une cinquantaine d'observations. Il est intéressant de suivre sur plusieurs tableaux fort clairs, les variations journalières des

produits de l'excitation urinaire, durant une cure par le koumys; l'urée rendue en 24 heures augmente très-nettement, et cette exagération dans l'excrétion azotée ne dépend pas d'une dénutrition, mais bien plutôt d'un retour des fonctions digestives, puisque le poids du corps augmente parallèlement à l'urée et que l'engraissement est manifeste. L'augmentation d'acide phosphorique et de chlorure sodique provient des produits semblables, contenus dans le médicament.

La plupart des observations dont il s'agit, ont été recueillies chez M. Gubler, dans son service de Beaujon. On doit donc, avec M. Landowski, considérer le koumys comme un tonique reconstituant.

III. Dans le *Bulletin de la Société de thérapeutique*, M. Dujardin-Beaumetz continue ses recherches sur les alcaloïdes; nous signalerons son intéressant mémoire sur le *bromhydrate de cicutine*. On n'avait jusqu'alors que peu employé cet alcaloïde, car souvent on ne le possédait qu'impur, le plus souvent aussi, on ne s'était pas occupé de ses propriétés curatives.

L'alcaloïde de la ciguë est une ammoniaque dans laquelle deux atômes d'hydrogène sont remplacés par un hydrocarbure, le *conylène*; un de ses sels principaux, le bromhydrate de cicutine cristallise en prismes rhomboïdaux, incolores, solubles dans les dissolvants ordinaires; il contient plus de moitié en poids de cicutine pure.

L'action de la cicutine et de ces sels se manifeste par des troubles apportés dans le système nerveux, surtout dans les fonctions des nerfs moteurs et par des modifications dans le liquide sanguin. Les effets de la cicutine sur le système nerveux sont comparables à ceux du curare, mais ce dernier poison n'attaque pas comme la cicutine, la neurilité du pneumogastrique (Vulpian); si l'on observe quelques convulsions, elles sont liées le plus souvent à l'impureté du produit. La sensibilité est aussi atteinte dans quelques cas de cicutisme, mais d'une façon moins nette que la motricité. Les altérations du sang causées par ce poison sont diversement interprêtées par les auteurs.

Le bromhydrate de cicutine est bien toléré par la voie stomacale; on peut, sans danger, administrer 15 centigr. de ce sel, ce qui équivaut à 2 gouttes de cicutine pure. Aussi, serait-ce un précieux moyen d'administrer la ciguë, dont les propriétés résolutives et calmantes sont depuis longtemps appréciées. M. Beaumetz croit plutôt qu'il y a lieu d'utiliser l'action remarquable de la cicutine sur le pneumogastrique, dans les névroses où l'on croit que ce nerf est en cause. Dans l'asthme en particulier, ces accidents dyspnéiques seraient notablement calmés.

Les convulsions, le tétanos, pourraient être de même combattus; on sait que, sur les animaux, on peut se servir de la cicutine comme antidote de la strychnine.

Le mode d'administration que préfère M. Beaumetz, est celui d'injections hypodermiques, en n'introduisant qu'un centigramme de sel à la fois. Cette intéressante étude se termine par quelques formules destinées à régulariser l'emploi de ce nouveau médicament.

IV. Le Dr Calvet a fait du *morphinisme aigu et chronique*, le sujet de sa thèse inaugurale. Il était intéressant d'avoir une étude scientifique de ce produit d'un usage si journalier. Ses recherches que nous signalons ont été faites dans le laboratoire du professeur Béclard, avec l'aide du Dr Laborde qui vient de compléter ses recherches dans les récents numéros de la « *Tribune médicale*. »

Des recherches expérimentales ont eu pour but d'étudier l'action de la morphine sur la respiration, la circulation, les sécrétions: l'étude clinique suit de près l'expérimentation; il en est de même pour le morphinisme chronique: l'élimination et l'emmagasinement de l'alcoloïde dans les différents tissus de l'organisme, sont étudiés avec soin.

Deux méthodes ont été employées, celle des injections intra-veineuses, celle des injections hypodermiques. La première se trouve quelquefois réalisée dans la clinique, elle donne lieu à quelques accidents, ou du moins à des phénomènes plus brusques que ceux que l'on observe après l'injection hypodermique.

A une première période d'excitation, caractérisée par l'accélération des mouvements respiratoires et de ceux du cœur, succède une période de ralentissement, pouvant aller jusqu'à la syncope respiratoire; pendant ce temps, la papille s'anémie et on peut suivre par l'ophthalmoscope les progrès de la narcose. La température qui s'élève un peu après l'injection, redescend bientôt à un degré ou deux plus bas que la moyenne. L'excito-motricité est accrue, surtout pour les membres inférieurs.

Tels sont les effets physiologiques qui accompagnent l'injection de morphine, leur répétition conduit rapidement à un état de saturation de l'organisme qui se traduit par un nouvel ensemble symptomatique. Tout d'abord, on observe un amaigrissement considérable, une perte de poids allant jusqu'à la moitié de celui de l'animal mis en expérience; la mort survient assez rapidement, les selles tendent à devenir diarrhéiques, l'appétit se perd, l'animal devient craintif, engourdi, se voûte, craint le bruit, la lumière; l'hyperesthésie de la plante des pieds est telle, que le moindre contact détermine des réflexes exagérés, s'accompagnant de douleur; un peu de paralysie du train postérieur s'observe aussi dans cette période terminale. La température continue à baisser, l'anémie s'établit.

La mort est la conséquence fatale du morphinisme expérimental, tantôt par le mécanisme de l'asphyxie après une cachexie profonde, tantôt au cours d'accès convulsifs dont la violence rappelle ceux que cause l'empoisonnement aigu par la strychnine.

Si l'on examine alors le cerveau, on le trouve remarquablement anémié, ce que pouvait déjà faire présumer la blancheur, comme nacrée, de la pupille vue à l'ophthalmoscope.

On ne retrouve pas la morphine dans le sang ni dans la salive, même pas dans les urines; par contre, on en aurait trouvé des traces dans le foie, le cerveau et les matières fécales.

Plusieurs observations fort intéressantes forment la partie clinique de cette thèse; elles perdraient à être rapidement analysées; on sera convaincu après leur lecture qu'il importe au plus haut point d'examiner l'état du cœur et des poumons avant de soumettre les malades à l'usage prolongé de la morphine dont on tend peut-être un peu à abuser dans la pratique journalière comme d'un médicament anodin; il faut en outre, s'opposer autant que possible aux incessantes demandes des malades qui, pour éviter la moindre souffrance, prennent l'habitude de la morphine, au point de ne pouvoir s'en passer.

Cette morphinomanie n'a pas été étudiée par le Dr Calvet, dont l'intéressant travail n'est du reste, il le dit lui-même, qu'un premier pas de fait dans l'importante étude physiologique de la morphine. H. DE BOYER.

Observations cliniques sur les sels d'arséniate de fer;

Par M. le docteur BARON.

Nous avons entretenu nos lecteurs des sels d'arséniate ferreux que l'on extrait des Eaux de la source Dominique de Vals, et de l'efficacité des dragées, que l'on fait avec ce produit dans tous les cas où les deux agents par excellence, le fer et l'arsenic sont indiqués.

Nous voulons y revenir aujourd'hui pour donner connaissance de quelques observations dans lesquelles ces dragées ont pu être aisément administrées et ont produit les meilleurs résultats. Il s'agit de malades pris dans une clinique de maison d'aliénés, auxquels il est, en général, si difficile de faire ingérer les médicaments, et qui ont accepté et ingéré ces dragées sans opposition et s'en sont ensuite bien trouvés.

On sait les nombreuses indications que présentent la plupart des sujets de l'aliénation mentale pour le fer et l'arsenic. Ces constitutions ordinairement débilitées et anémiques, dont les surfaces muqueuses ou cutanées remplissent leurs fonctions spéciales avec tant de difficulté, réclament parmi les fortifiants ceux qui portent leur action sur ces organes et en réveillent les fonctions. Mais, sous les formes où l'on présente vulgairement ces médicaments, les aliénés, ceux notamment de l'espèce lypémaniaque se refusent à les prendre, et le médecin, en présence de ces cas, reste impuissant quoique en possession des agents qui produiraient les meilleurs effets.

M. le docteur Louis, médecin en chef de la maison d'aliénés à Bourg (Ain), s'est trouvé dans cette situation vis-à-vis de quinze cas de lypémanie chez des jeunes femmes, qui, à l'état anémique, joignaient pour la plupart la suppression du sang menstruel. Connaissant les Dragées arsenico-ferriques de la Dominique, il les a présentées à ces malades qui les ont acceptées commes des enfants, sur la bonne apparence. L'usage en a pu être continué durant quatre semaines : au bout de ce temps, notre confrère constatait une notable modification des symptômes particuliers, en même temps qu'une amélioration générale des malades.

Dans deux de ces cas, notamment, cette amélioration a été marquée et suivie d'un retour à la raison. M. Louis ne nous dit pas si cette guérison s'est maintenue. Rien cependant n'eût été plus intéressant dans son observation en faveur de la médication et du médicament. Mais il suffit d'avoir obtenu des effets thérapeutiques semblables pour justifier le bon emploi qu'on peut faire des Dragées de la Dominique.

Il est évident que la couleur et la forme que l'on a su donner à ces Dragées leur fait un attrait que le médecin doit trouver très-souvent l'occasion de mettre à profit. En considérant le grand nombre d'enfants dont l'organisation affaiblie d'origine ou débilitée ensuite indique spécialement l'administration des agents fer et arsenic associés ensemble, quand on considère encore le plus grand nombre de personnes à l'âge de raison, qui, pour les médicaments, conservent tous les instincts et toutes les répugnances des enfants, on comprend, jusqu'à l'approuver, l'heureuse idée que l'on a eu d'utiliser les dépôts ou les extraits arsenico-ferreux des eaux minérales de la source Dominique de Vals et de les préparer sous la forme de bonbons, qui peuvent plaire à tout le monde, même à ceux qui n'ont que des préférences entre les diverses préparations des médicaments.

Maintenant, si l'on considère que nous traversons une époque où l'anémie et ses conséquences semblent être le fond de toutes les maladies, c'est-à-dire une époque où les toniques fortifiants et reconstituants sont les plus rationnellement ordonnés dans la pratique médicale, on se rendra compte de l'opportunité que présente cette préparation nouvelle de sels naturels qui caractérisent la source remarquable de la Dominique, dont les eaux n'ont peut-être pas d'analogie minérale parmi celles qui font la richesse des stations thermales de France.

M. le docteur Louis, dont nous venons de citer l'observation clinique, utilisant les dragées de la Dominique sur des femmes aliénées, rapporte encore un fait de son service qui mérite notre attention à un autre titre. Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, qui fut prise d'attaques d'hémorrhagie dès la deuxième époque de ses règles : elle était dans l'état de langueur avec perte d'appétit depuis longtemps, et tout ce qui accompagne ordinairement ces symptômes ; c'était enfin un cas marqué de ces débuts de menstruations difficiles, comme il y en a tant. M. le Dr Louis, connaissant les effets des Dragées arsenico-ferriques de Vals, n'hésite pas à les ordonner à la jeune fille. Au bout de dix jours, dit-il, les forces se relèvent et, le goût de la nourriture joint aux bonnes digestions qui suivent, la malade allait beaucoup mieux.

La médication ayant été continuée quelque temps encore, les époques menstruelles s'établirent convenablement ; la quatrième enfin parut à sa date, et le sang eut son cours normal selon le docteur qui rapporte cette observation qui lui est propre.

Il nous reste à produire encore à l'avantage des Dragées de la Dominique, quelques observations du docteur Chatelain (de Nancy), qui en a fait l'emploi dans des cas variés, mais dans un surtout où le fer et l'arsenic se trouvaient bien indiqués. Nous verrons les résultats probants qu'il a obtenus en faveur de cette préparation médicamenteuse, sous forme de dragées.

VARIA

Des garde-malades et des écoles destinées à les former; par J. C. STEELE, médecin en chef résident de Guy's Hospital (*The sanitary Record*).

Au moment où s'organise à Paris une école de garde-malades, nous croyons intéresser les lecteurs du *Progrès médical*, qui, depuis longtemps, a réclamé de sérieuses réformes dans le service des infirmiers et des infirmières, en résumant les principaux points d'un mémoire de M. Steele, qu'une position élevée dans les hôpitaux de Londres a mis à même de s'occuper de cette importante question.

I. « On a pris récemment des mesures pour augmenter le nombre des gardes, pour leur assurer une rémunération plus large et une retraite quand l'âge les rend inhabiles à continuer leurs soins, c'est ce qui prouve leur importance dans les services hospitaliers ; depuis vingt ans on a fait de grands progrès sous tous ces rapports ; ils sont dus en grande partie aux réclamations des médecins, mais aussi à ce sentiment profond de la masse qui l'a poussée, dans ces dernières années, à s'occuper des malades, à les assister soit à l'hôpital, soit chez eux. Si, quelquefois, ce sentiment charitable est venu d'une source religieuse, plus souvent il doit être considéré comme le fruit de l'éducation, plus répandue, plus libérale. Aussi nous avons vu de nombreuses associations s'établir pour former un certain nombre de gardes capable ; pourtant il en faut encore, on en réclame de toutes parts, c'est que l'offre a créé la demande, c'est qu'on commence, dans les familles, à s'apercevoir qu'outre les soins et le dévouement, il faut un certain savoir pour soigner les malades. La première personne qui eut l'idée de créer une maison de garde-malades fut, en 1840, la célèbre madame Fry; elle avait en vue d'assurer des soins aux malades, qu'ils fussent riches ou pauvres.

On se servait, avant, de femmes n'ayant que peu l'habitude du malade, ou bien sortant, exceptionnellement, d'un des grands hôpitaux. Madame Fry vit la nécessité de procurer au public des femmes intelligentes et dévouées, de là la fondation de la communauté des *Sœurs garde-malades de Devonshire square*. Ce n'est guère cependant avant l'époque de la guerre de Crimée que l'on eut à s'occuper sérieusement de la question : les efforts de miss Nightingale montrèrent la grande valeur d'une intelligence dévouée appliquée aux soins matériels à donner aux malades, une souscription publique servit à fonder une école de garde-malades, celle de *St-Thomas's Hospital*.

Cet exemple fut suivi par beaucoup d'hôpitaux dont les administrations s'aperçurent que cette branche des services nosocomiaux était trop négligée. Un certain nombre d'esprits, dévoués à l'église nationale, organisèrent des communautés qui, sous différents titres religieux, n'en concoururent pas moins au même but : l'assistance gratuite des malades pauvres. — Un des meilleurs effets de ces fondations fut de permettre à un grand nombre de dames bien placées dans le monde, de s'enrôler à côté de femmes d'origine plus humble et de soigner les malades à leurs côtés : de ces vocations d'enthousiasme quelques-unes ont été durables; mais, par le fait, la base de l'assistance médicale est encore assurée par la classe des garde-malades ordinaires. On a souvent, avec quelque raison, blâmé les gardes payées de leur goût pour le *gin* et la loterie, mais on oublie trop souvent la médiocrité de la position où les laissaient végéter ceux qui les employaient. Beaucoup de ces femmes étaient d'excellentes infirmières, elles consacraient leur vie à des soins dont on ne voyait que le côté répulsif, et elles s'en acquittaient avec un zèle et une persévérance qui n'ont jamais été dépassés. Dans les hopitaux, tout au moins, leur tâche était multiple et pénible. Elles avaient à s'occuper des malades et des mourants, à répondre, vis-à-vis de l'administration, de la nourriture, du fonds de médicaments, et de l'entretien matériel de leur salle ; leur journée se passait moitié à gratter les planchers et à faire la vaisselle, moitié à soigner les malades (1), elles avaient chacune au moins vingt malades à soigner, souvent le double quand elles avaient le service de nuit.

Pour tout cela, on leur donnait 300 à 400 francs par an et la nourriture sous forme de rations non cuites. Aussi la première amélioration réalisée par les administrations hospitalières fut-elle d'augmenter les gages de ces gardes et de leur assurer une nourriture plus confortable. Malgré les sacrifices faits à ce propos par le public, on trouve peu de personnes vraiment capables de s'occuper des malades. Examinons donc à quoi tient cet état de choses.

(1) Nous donnerons comme exemple le règlement intérieur de Guy's hospital il y a un siècle : « Les sœurs entretiendront la propreté des salles, elles laveront, sans se faire payer, le linge des malades ; on les chassera si elles gardent un malade au-delà d'une semaine après l'administration du dernier médicament; chaque sœur fera les lits et nettoyera le côté de la salle où se trouvent les cheminées.

La garde-malade sera prête à administrer les potions selon le mode ordonné par le médecin, elle s'occupera des lavements, des vomitifs ; elle aidera les infirmes à se lever, à se recoucher, elle les tiendra chaudement. Elle fera les lits d'un des côtés de la salle, entretiendra la propreté de ceux de l'autre côté, s'occupera des escaliers, du palier, des latrines, des vases à bière, du panier au pain, des ustensiles de ménage. Au coup de cloche du sommelier, elle fera remplir les pots de bière, empêchera les malades de boire ce qui n'est pas leur part ; elle s'occupera de nettoyer les compresses, les chiffons de toute sorte. . . . . enfin elle tiendra propres les gâteux.

II. On peut admettre que l'instruction d'une infirmière ordinaire n'a pas besoin d'être très-étendue, quand cette femme est dirigée par un médecin, ou obéit aux ordres d'une surveillante, elle n'a qu'à suivre à la lettre ses instructions et, si elle se trouve embarrassée, elle peut toujours recourir aux lumières de ses supérieurs; elle n'a que le rôle passif d'un simple soldat.

Elle a cependant besoin d'un certain apprentissage pour savoir quels sont les besoins d'un malade et pour acquérir la confiance de son petit service, sans laquelle elle ne saurait s'en faire écouter. Pour les gardes destinées aux services de médecine et de chirurgie, on ne saurait trouver de meilleure école que les salles d'un grand hôpital; pour celles destinées aux salles d'accouchement ou aux asiles d'aliénés, il sera nécessaire de faire un stage dans un de ces établissements spéciaux. Toutes les écoles d'infirmières ont donc visé à s'attacher à quelques-uns des grands établissements de charité. Sans cette instruction clinique, il serait bien difficile à une femme de s'occuper d'un grand malade. Il est évident que, dans les ménages, une mère ou une sœur intelligentes peuvent soigner leurs proches, ce serait même usurper sur les fonctions de la mère que de la priver du triste plaisir de veiller son enfant, mais cependant le besoin ne se fait pas moins sentir de quelqu'un habitué aux malades : ce que nous disons de la classe moyenne s'applique surtout à la famille pauvre, où, malgré la bonne volonté, l'entourage des malades est incapable de les soigner. On avait donc besoin d'un intermédiaire entre le médecin et le malade, de là les écoles d'infirmières. Dans les classes riches on a maintenant de bonnes infirmières, et les pauvres commencent à en être pourvus, grâce à plusieurs fondations charitables.

Nous indiquions plus haut la tendance des dames du monde à s'occuper des malades; le plus sérieux résultat obtenu par ce concours dévoué a été d'élever le niveau moral de l'œuvre et de lui valoir de la considération; car on peut se demander si les occupations ordinaires d'une garde sont bien d'accord avec l'éducation et les habitudes des classes supérieures, il y a tant de répugnances à vaincre ! Et quoique quelques dames aient préféré continuer à être infirmières, le plus grand nombre rend de plus grands services, en qualité de surveillantes, etc., en dirigeant la troupe des employées subalternes; elles auraient cependant raison de consacrer un an ou deux à l'emploi le plus infime dont elles se rendraient alors mieux compte. Aussi y a-t-il moins de dames qui s'engagent comme infirmières que de femmes, et les pauvres préfèrent-ils avoir affaire à quelqu'un de leur classe qui connaît leurs besoins et à qui ils accordent leur sympathie. Il est du reste nécessaire de faire entrer dans l'éducation des femmes les notions les plus élémentaires de l'hygiène, de leur montrer à soigner les petits accidents, et surtout de leur indiquer qu'elles ne doivent pas agir seules, mais appeler le médecin, dès que le cas devient grave. Ce sont des connaissances indispensables à toute femme, quelle que soit sa position dans la vie et que l'on doit répandre, ce qui vaudra mieux pour l'hygiène publique que toutes les lois sanitaires. — Faut-il pour cela créer des femmes médecins ? cette question est trop grave pour être résolue à la légère, on pourrait cependant leur donner telles notions qui les mettraient à même d'aider le médecin, en s'occupant du pouls, des températures, des documents d'observation qui nous manquent le plus souvent dans la clientèle de la ville.

Revenons à notre sujet; les établissements d'infirmiers peuvent être divisés en deux groupes, au premier appartiennent les communautés religieuses, du second dépendent les associations laïques. Dans le premier cas, il y a toujours quelques ramifications avec les autres communautés religieuses ; on exige des gardes qu'elles portent un costume, on leur demande de se consacrer aux malades plutôt par vocation que par appât du gain. Parmi les institutions laïques, nous devons signaler avant toutes l'établissement fondé par Madame Fry, quoique son titre indique une tendance religieuse qui n'existe pas, puisque la communauté est régie par une association de dames du monde. Près de cent femmes constituent cette communauté et elles n'y sont admises qu'après un examen sérieux de leur moralité. Pendant deux à trois mois, elles passent la journée à Guy's Hospital, aidant les gardes officielles dans toutes leurs fonctions et changeant souvent de salles pour acquérir des notions tant médicales que chirurgicales. Il n'y a cependant pas là d'enseignement officiel, chaque élève ramasse, à son gré, quelques bribes de savoir médical ; quoique destinées à servir de garde-malade aux personnes de la ville, vingt de ces femmes sont à tour de rôle attachées gratuitement aux différentes paroisses de l'Est-City pour soigner les pauvres à domicile ; elles habitent au centre de leurs occupations et sont sous l'influence immédiate du clergé local qui ne peut cependant les chasser sans délibération du comité de l'association. Leurs fonctions consistent en soins donnés aux malades, en pose de bandages et appareils ; elles doivent engager les grands malades à se faire porter à l'hôpital, elles prêchent d'exemple la propreté et tiennent un registre des malades qu'elles soignent ; ces gardes sont recrutées sur présentation du clergé local qui contribue à payer une partie de leurs gages, (quinze francs soixante centimes par semaine, non nourries). Cet établissement fonctionne grâce à la charité privée.

Quant aux gardes que l'on prend pour la ville, ce sont des femmes seules ou des veuves entre vingt-six et quarante ans ; elles s'engagent pour trois ans sous peine de donner 150 fr. de dédit ; tous les trois ans l'engagement peut être renouvelé. Elles ont pendant la première période triennale 500 fr. par an et pendant la seconde obtiennent 650 fr., somme annuelle que ne dépassent jamais leurs gages. Au bout de quinze ans de services, si elles deviennent infirmes, elles ont droit à une pension de cinq cents francs par an. On leur donne en outre un uniforme évalué à 125 fr. par an. Les garde-malades ne doivent sous aucun prétexte recevoir des gratifications de leurs malades.

Cet établissement est aujourd'hui un peu en souffrance, le recrutement en devient difficile, tant à cause des fondations analogues qui se créent de toutes parts que parce que l'uniforme contrarie trop les goûts de toilette des garde-malades. Il n'y a que 76 femmes aujourd'hui dans la communauté, on n'y trouve pas une dame, on choisit de préférence les veuves de petits boutiquiers, ou les domestiques de mœurs respectables.

On paye à la maison mère 25 fr. par semaine, ce qui est le double de la somme donnée à la garde, mais c'est en vue d'assurer quelques secours aux pauvres que l'on soigne à prix réduits et bien souvent pour rien. Dans le cas de maladies contagieuses il n'y a pas d'augmentation de prix, mais on verse une somme de 15 fr. 75 pour payer les gages de la garde-malade pendant quelques jours ou on la force à subir une sorte de quarantaine. Nous avons donné avec détails l'organisation de l'établissement de miss Fry, car il fonctionne depuis trente ans et a servi de modèle pour les autres institutions dont nous allons maintenant nous occuper. » H. DE B. (*A suivre.*)

Enseignement médical libre.

Hospice des Enfants assistés, 74, rue d'Enfer. — M. le dr PARROT, commencera des conférences cliniques sur la *syphilis héréditaire*, le 6 mai 1877, à 9 h. 1/2, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. — On sera admis sur la présentation de cartes qui seront distribuées à l'hospice.

HOPITAL DU MIDI. — *Clinique des maladies vénériennes.* — M. le dr Charles MAURIAC commencera son cours le samedi, 5 mai, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les samedis suivants, à la même heure. — Le mercredi, conférences au lit des malades, salle VIII, (2e division).

Hôpital Saint-Antoine. — M. le dr DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera à cet hôpital un cours de clinique thérapeutique le jeudi 3 mai 1877, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Analyse des urines. — M. le dr DELEFOSSE a commencé son cours sur l'analyse des urines le 17 avril, à deux heures, amphithéâtre n° 1, à l'Ecole pratique et le continue les jeudis et mardis suivants à la même heure. M. le dr Delefosse continue à recevoir tous les dimanches à dix heures, rue Notre-Dame-de-Lorette, 14, MM. les médecins qui désirent s'exercer gratuitement à l'analyse des urines.

Maladies urinaires. — M. le dr G. DELFAU, ancien interne des hôpitaux, a commencé le 11 avril à l'Ecole pratique (amph. n° 3), son cours sur les maladies de l'appareil génital. Il le continue les lundi et mercredi à 1 h.

Cours pour la préparation au premier examen de fin d'année et au troisième de doctorat. — M. le dr LELORAIN, rue Monge, 16, de 4 à 6 h.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Cours complémentaire des maladies syphilitiques.* — Le dr Alfred FOURNIER, agrégé de la Faculté, commencera ce cours à l'hôpital Saint-Louis le vendredi 27 avril, à 9 h. 1/2, et le continuera les vendredis suivants à la même heure. Visite des malades le mardi à 8 h. 1/2.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Cours d'histoire naturelle médicale.* — M. BAILLON fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 29 avril, à Fontainebleau (recherches des phanérogames précoces et des cryptogames, principalement des lichens). — Rendez-vous à la gare de Lyon. Départ à 7 h. moins 10 minutes. (Renseignements au laboratoire de 2 à 4 h.

— Par décret en date du 18 avril 1877, M. le dr Ball, agrégé, est nommé professeur de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE. — M. CHATIN, professeur, membre de l'Académie des sciences, fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 29 avril, dans les bois du Vésinet et de Saint-Germain. — Rendez-vous gare Saint-Lazare, à 10 h. 1/4 pour le train partant de Paris à 10 heures 1/2 pour la station de Chatou.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours d'anthropologie.* — M. de Quatrefage, membre de l'Institut, professeur, a commencé son cours le jeudi 26 avril 1877 et le continuera les jeudis, samedis et mardis à 3 h. Le professeur commencera cette année l'examen des questions générales de l'anthropologie. Il traitera de l'unité de l'espèce humaine et de la formation des races en éclairant l'histoire de l'homme par celles des animaux et des plantes.

Cours de zoologie. — M. Alphonse MILNE-EDWARDS, professeur, commencera ce cours le lundi 30 avril 1877 à 2 h. et continuera ses leçons les lundis, mercredis et vendredis à 2 h.

Cours de chimie appliquée aux corps organiques. — M. CHEVREUL, membre de l'Institut, ouvrira ce cours le mardi 1er mai, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à 9 h. 3/4 du matin, dans le grand amphithéâtre du Muséum.

HOPITAUX. — *Concours pour trois places de chirurgiens.* — Juges : MM. Desprès, Frémy, Guérin, Guyon, Tillaux, Verneuil ; — ensuite viennent : MM. Bouchut, Cruveilhier, Guéniot, Hillairet, Lannelongue, Maisonneuve, Polaillon, et Trélat.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Charité. — Service de M. TRÉLAT. Salle Saint-Jean (H.): 1, ostéite du fémur; 3, tarsalgie des adolescents; 7, périostite de l'humérus; 8, polype naso-pharyngien; 11, abcès froid de la paroi thoracique; 13, bec de lièvre; 15, rétrécissement de l'urèthre; 20, 21, fracture de jambe. — Salle Ste-

Rose (F.): 1, phlegmon diffus de l'avant-bras; 2, corps fibreux utérin; 5, métrite, endométrite; 8, arthrite chronique traitée par le massage; 9, kératite chronique et xérophthalmie; 10, troubles trophiques chez une hystérique hémianesthésique; 12, anthrax chez une hémiplégique; 15, arthrite suppurée traitée avec succès par le massage.

Service de M. VULPIAN. Salle Saint-Jean-de-Dieu (H.): 1, fièvre typhoïde; 2, insuffisance aortique; 6, leucocythémie splénique; 8, érysipèle de la face; 15, cancer de l'épiploon. — Salle Sainte-Madeleine (F.): 2, rétrécissement mitral; 5, mal de Pott sacré; 7, diabète; 20, tabes spasmodique; 22, ataxie locomotrice. — Salle Saint-Félix : 2, ulcère rond de l'estomac; 7, fièvre typhoïde adynamique; 11, paralysie générale spinale; 21, érysipèle de la face, secondaire, phthisie au 3e degré. — Salle Saint-Vincent : 2, infiltration granuleuse du poumon droit; 9, carcinome de l'estomac; 11, scarlatine; 12, péritonite chronique; 13 *bis*, névralgie trifaciale.

Hôpital Cochin. — Service de M. BUCQUOY. Leçons cliniques tous les mardis et vendredis, à 9 h. Salle Saint-Jean (F.): 5, laryngite syphilitique; 6, gangrène pulmonaire; 8, pneumonie du sommet; 9, insuffisance mitrale; 18, insuffisance tricuspide. — Salle Saint-Philippe (H): 5, 19, fièvre typhoïde; 10, gastrite alcoolique; 12, pyélo-néphrite suppurée; 20, dilatation aortique. — Salle Sainte-Marie (H.): 1, pneumonie caséeuse, néphrite; 6, hypertrophie cardiaque, lésion aortique; 7, rhumatisme articulaire aigu.

Service de M. DESPRÉS. Cliniques et opérations les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2. Baraque I (H.) : 5, phlébite variqueuse; 7, hydrocèle; 29, ostéite du fémur. — Baraque II (H.): 11, carcinome du rachis; 15, nécrose du pubis; 20, tubercules de la prostate; 27, abcès des corps caverneux. — Baraque III (H.): 4, péri-typhlite; 7, tubercules du testicule; 15, fracture du gros orteil. — Salle Saint-Jacques (H.): 5, fracture des deux os de la jambe; 10, granulations de la conjonctive; 13, inflammation de la bourse séreuse rétro-olécrânienne; 20, plaie du cou par instrument tranchant, ouverture du larynx; 23, fracture de cuisse. — Salle Cochin (F): 5, épithélioma du col de l'utérus; 6, prolapsus utérin; 19, hématocèle rétro-utérine; 22, abcès froid; 26, mal de Pott.

Hôpital temporaire. — Service de M. LÉPINE. Salle Sainte-Geneviève (H.): 1, tumeur cérébrale, épilepsie partielle; 7, ulcère de l'estomac; 10, alcoolisme; 12, ulcère de l'estomac; 18, épilepsie; 23, hémiplégie saturnine, insuffisance mitrale, manie; 24, rétrécissement aortique. — Salle Sainte-Marthe (H.): 3, hémiplégie; 11, paralysie saturnine généralisée (paralysie du diaphragme, etc.); 13, pleurésie sèche; 14, ataxie locomotrice (fracture spontanée, arthropathie); 15, myélite chronique; 20, sclérose en plaques. — Salle Saint-Joseph (F.): 2, hydarthrose du genou; 5, épilepsie; 7, insuffisance mitrale; 10, hernie étranglée, anus artificiel; 16, ataxie locomotrice; 20, hémichorée post-hémiplégique; 26, tumeur cérébrale; 25, hystérie.

Service de M. RIGAL. Salle Saint-François (F.): 13, paralysie diphthéritique; 30, accidents viscéraux de la syphilis; 31, contracture hystérique; 32, contracture hystérique et paralysie diphthéritique. — Salle Sainte-Marie (crèche): 5, atrophie musculaire progressive; 16, spasme de la glotte.

Service de M. GRANCHER. Salle St-Philippe (H.): 11, rhumatisme blennorrhagique; 10, arthrite cervicale, insuffisance mitrale; 2, paralysie saturnine; 7 *bis*, ostéo-périostite du fémur. — Salle Saint-Vincent (F.): 8, mal de Pott traumatique; 23, pelvi-péritonite ?

Service de M. D'HEILLY. Salle Sainte-Hélène (H.): 12, 17, 18, 25, 29. néphrites; 11, 16, pleurésie, 14, insuffisance et rétrécissement aortiques. — Salle Saint-Jean (F.): 1, hémiplégie syphilitique, hystérie; 4, 5, 9, rhumatisme articulaire; 7, hémorrhagie cérébrale; 11, carcinome utérin; 15, 18, insuffisance mitrale; 16, 24, phthisie galopante. — Salle Saint-Louis (F.): 2, néphrite intestinale; 4, paraplégie syphilitique; 7, tuberculose, péricardite; 8, 11, insuffisance mitrale; 23, pelvi-péritonite.

Hôpital Beaujon. — *Médecine :* Service de M. MILLARD. Salle Beaujon (H.): 1, fièvre typhoïde, hémorrhagie intestinale; 6, ictère chronique; 8, pleurésie simple, abcès des parois thoraciques; 9, intoxication saturnine par du vin; 10, paralysie diphthéritique; 16, myélite récente. — Salle Sainte-Monique (F.): 6, carcinome intestinal; 8, pneumonie catarrhale à répétition; 10, abcès iléolombaire postpuerpéral; 11, galactorrhée rebelle; 16, abcès périostique consécutif au rhumatisme.

Service de M. MOUTARD-MARTIN. Salle Saint-François (H.): 13, 16, péritonite; 18, vaste épanchement pleural gauche; 28, fièvre typhoïde. —

Salle Sainte-Claire (F.): 15, fièvre typhoïde ; 26, kyste de l'ovaire ; 38, ataxie locomotrice.

Service de M. Gubler. Salle Saint-Louis (H.): 7, 9, 11, 18, pleurésie ; 2, névralgie cubitale; 6, typhlite; 13, choléra nostras; 5, 14, dégénérescence graisseuse du cœur; 28, albuminurie; 16, cancer de l'épiploon. — Salle Sainte-Marthe (F.): 15, lésion mitrale et aortique, anasarque généralisée; 17, ataxie locomotrice au début; 18, insuffisance mitrale.

Service de M. Guyot. Salle Saint-Jean (H.): 7, néphrite interstitielle; 8, rein mobile, 11, endopéricardite rhumatismale; 17, rhumatisme articulaire aigu; 24, pleurésie, thoracentèse. — Salle Sainte-Paule (F.): 5, cysto-sarcome de l'utérus; 8, hydro-pneumothorax; 11, fièvre typhoïde à forme thoracique; 22, pneumonie.

Chirurgie : Service de M. Lefort. Salle Saint-Gabriel (H.): 1, fracture de côtes, déchirure du poumon, emphysème; 7, fracture du col du fémur; 8, plaie et décollement du cuir chevelu; 31, plaie pénétrante de la région précordiale, épanchement pleural; 47, hypopion traumatique; 50, kyste de la queue du sourcil. — Salle Sainte-Agathe (F.): 2 *bis*, polype utérin.

Service de M. Delens : 1, fracture du bassin avec plaie pénétrante; 8, albuminurie traumatique. — Salle Saint-Denis (H.): 17, rétention d'urine, purpura; 25, plaie contuse du genou; 29, abcès épiphysaire du tibia. — Salle Sainte-Clothilde (F.): 3, mastodynie; 10, phlegmon du ligament large; 18, hématocèle rétro-utérine.

Hôpital du Midi. — Clinique des maladies vénériennes (à partir du 5 mai). *Samedi*, M. Mauriac; leçons sur les maladies syphilitiques. *Dimanche*, M. Horteloup, leçons sur les complications de la blennorrhagie. Visite à 9 heures.

Service de M. Simonnet. 1re division. Salle I : 6, orchi-funiculite; 20, chancre infectant; 29, ecthyma profond. — Salle II : 6, blennorrhagie; 19, orchite. — Salle III : 14, psoriasis plantaire et palmaire. — Salle IV : 5, paraphimosis; 12, bubon strumeux. —Salle V : 1, infiltration d'urine; 4, roséole, 7, syphilide tuberculeuse.

Service de M. Mauriac. 2e division. Salle VII : 1, syphilose cérébrale avec hémiplégie gauche et aphasie. — Salle VIII : 3, syphilide ulcéro-crustacée serpigineuse; 10, chancre infectant de la lèvre supérieure; 16, chancres infectants des amygdales et de la lèvre: 20, épispadias avec plaques muqueuses du canal; 31, gomme ulcérée du triceps; 35, chancres simples herpétiformes; 36, syphilide psoriasiforme.

Service de M. Horteloup. 3e division. Salle IX : 1, orchi-funiculite ; 2, fistule urinaire périnéale; 4, roséole syphilitique; 9, chancres du fourreau roséole; 20, abcès péri-uréthral; 25, rétrécissement de l'urètre. — Salle X: 1, chancre infectant, adénites sous-maxillaires; 6, bubons suppurés; 13, syphilide ulcéro-tuberculeuse. — Salle XI : 2, syphilide squameuse; 19, syphilide pustuleuse. — Salle XII : 1, uréthrotomie externe; 16, blennorrhagie, synovite rhumatismale, ophthalmie double

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 18. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 5 MAI 1877.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hopital de la Charité. — M. TRÉLAT.

Diagnostic clinique de l'angiôme caverneux sous-cutané circonscrit.

Leçon recueillie par M. Eug. Marot, interne du service.

Messieurs,

J'ai récemment pratiqué sous vos yeux l'ablation d'une petite tumeur qu'une de nos malades portait à la face postérieure du bras droit, un peu au-dessus de l'olécrâne, c'est-à-dire en arrière du tendon commun aux trois chefs du triceps brachial. La malade racontait qu'étant tombée sur le coude, il y a un an et demi environ, elle avait pour la première fois remarqué l'existence d'un noyau mobile en ce point sous la peau, dès la disparition du gonflement traumatique de la région. La soudaineté de ce début ne parait guère admissible ; toujours est-il que depuis l'époque où son attention a été portée de ce côté, la malade affirme avoir vu sa tumeur prendre un accroissement progressif : la tumeur que nous avons enlevée avait le volume d'une petite noix. Elle était un peu allongée, bleuâtre par transparence à travers la peau en certains points ; à son niveau, le tégument présentait une très-fine vascularisation superficielle : sur un des côtés, on pouvait suivre, en regardant de près, les sinuosités serpentines d'une petite veine, ayant le volume d'un fil tout au plus, et paraissant aborder la tumeur.

Les renseignements fournis par la palpation rendaient compte d'une lobulation manifeste mais superficielle de cette petite masse complétement indépendante, d'ailleurs, des téguments, et mobile sur les plans profonds. Quelques personnes avaient porté des diagnostics divers sur sa nature, pensant les unes à un hématôme en raison du mode de début, les autres à un lipôme ou fibro-lipôme. Il est de fait que cette tumeur avait bien les caractères tactiles du lipôme ; sa lobulation, bien que peu profonde, l'intégrité de la peau, la mobilité profonde et tégumentaire, l'origine traumatique même, justifiaient jusqu'à un certain point la seconde hypothèse ; mais la coloration bleuâtre manifeste en un point surtout, la vascularisation du tégument et surtout la présence de la petite veine que je viens de signaler, auraient pu conduire à une notion plus exacte : le difficile était d'y prendre garde et ces détails échappent facilement si l'on n'est mis en éveil à leur égard. D'après le souvenir de plusieurs faits semblables qui me sont personnels, reconnaissant au premier abord ces caractères qui ont une valeur absolue, je pus affirmer qu'il s'agissait, non d'un lipôme, mais d'un *angiôme sous-cutané circonscrit* probablement *caverneux*.

L'opération ne comportait aucune difficulté : l'énucléation se fit sans grand écoulement de sang et nous recueillîmes une petite tumeur lobulée, rougeâtre, d'une coloration analogue à celle de certains thymus, ou plus exactement du rein enveloppé de sa capsule. A la coupe, on obtint une surface aréolaire ; la tumeur était formée d'un tissu spongieux à mailles très-fines, constituées par de petits vaisseaux dont il était facile de reconnaître la lumière béante sur la surface de section ; le raclage, en vidant ces vacuoles vasculaires, mettait en évidence leurs orifices juxtaposés, séparés à peine par les mailles d'une trame aréolaire grisâtre et fibreuse : c'était de loin l'aspect que présente le parenchyme splénique soumis au lavage. Ces caractères, constatés à l'œil nu, fournissaient déjà la confirmation suffisante du diagnostic clinique d'angiôme caverneux.

Je n'insisterai pas, Messieurs, sur la définition histologique de ce terme d'angiôme. Je vous rappellerai seulement la distinction essentielle que l'on doit faire de l'angiôme, tumeur formée de vaisseaux sanguins, et de l'*hématôme*, poche constituée par l'accumulation, en foyer plus ou moins circonscrit et ancien, du sang extravasé, c'est-à-dire provenant de ruptures vasculaires dans le tissu cellulaire.

La conception anatomique exacte de l'angiôme est de date relativement récente, et il n'y a pas très-longtemps que les chirurgiens confondaient encore ces tumeurs avec d'autres, sous le nom général et bien vague de *loupes charnues;* mais aujourd'hui les progrès accomplis dans l'étude anatomique et clinique de ces tumeurs permettent de les classer d'une façon plus précise et plus satisfaisante.

On rassemble, vous le savez, sous le nom général de *tumeurs vasculaires*, une foule de productions bien différentes les unes des autres : je ne ferai que nommer, par exemple, celles qui résultent de la simple dilatation d'un tronc artériel ou veineux, anévrysmes ou varices, en somme tumeurs cavitaires ; mais l'interprétation est plus délicate d'un autre genre de tumeurs vasculaires, formées au contraire de l'agglomération et de l'entassement sur place de vaisseaux fins et multiples, proliférés en grand nombre, des angiômes en un mot. Dans ce second genre de tumeurs vasculaires, les variétés sont nombreuses, mais rendues connexes par un point commun de leur origine qui est la prolifération vasculaire.

Le classement de ces variétés a présenté longtemps quelques incertitudes, provenant des transformations incessantes que subissent les angiômes aux différentes époques de leur évolution, soit progressive, soit régressive, progressive plutôt, car il est rare que les angiômes proprement dits tendent à disparaître, différents en cela, pour la plupart, d'une de leurs variétés constituée par les nœvi, taches angiomateuses, taches de vin. La fréquence de celles-ci décroit avec l'âge ; vous avez pu remarquer, en effet, combien il est rare d'en observer sur des vieillards. Au contraire, l'angiôme que nous étudierons n'a qu'une bien faible tendance à la régression, régression fibreuse, bien entendu.

L'angiôme, mal interprété d'abord en raison de la multiplicité de ses transformations et de ses stades d'évolution, artificiellement divisé en variétés insignifiantes reposant sur ses divers modes de propagation, sur la présence ou l'absence de tissu cellulo-adipeux dans son parenchyme, etc., ne pouvait être étudié avec fruit que sur des cas-types.

On a trouvé de ces angiômes non-seulement sous la peau, mais encore dans les parenchymes viscéraux, le foie, la rate, dans le cerveau même : partout la structure est la même. La portée clinique est bien différente au contraire, selon les cas. L'angiôme sous-cutané circonscrit, le seul dont je me propose de vous entretenir aujourd'hui, est surtout bien connu depuis l'étude qu'en a faite, à mon instigation, mon ancien élève, aujourd'hui mon collègue et ami, M. Charles Monod, dans sa thèse inaugurale (1872).

Cliniquement, ainsi que vous avez pu le reconnaître, au début de cette leçon, l'angiôme sous-cutané circonscrit ressemble aux lipômes durs, aux fibro-lipômes dont il présente en général l'indolence parfaite ; mais c'est une tumeur à coloration profonde bleuâtre, évidemment vasculaire, rappelant de loin celle des tumeurs érectiles veineuses, accompagnée même quelquefois d'une fine vascularisation du tégument qui les recouvre.

A ce propos, Messieurs, j'insiste pour qu'il soit bien connu de vous, que les termes *angiôme* et *tumeur érectile* ne sont pas équivalents ni synonymes, bien que la distinction paraisse lettre morte pour un certain nombre de cliniciens de grand mérite. Il me suffira de vous rappeler qu'*angiôme* est le terme général, plus compréhensif, tandis qu'*érectile* est qualificatif et sert précisément à carac-

tériser une des variétés comprises sous le terme commun d'angiôme. En d'autres termes, un angiôme peut ajouter à ses autres caractères celui d'être érectile, mais il ne l'est pas nécessairement : angiôme sert à déterminer un genre, érectile qualifie une des espèces de ce genre. Notez, par exemple, que l'angiôme circonscrit n'est en aucune manière érectile.

Cette distinction est importante et trouve son application au point de vue étiologique en particulier ; en effet vous n'ignorez pas que les nœuds sont ordinairement congénitaux, d'où leur nom de *nœvi materni* : au contraire les angiômes proprement dits le sont rarement, bien qu'on ne puisse leur contester la possibilité de cette origine.

L'angiôme sous-cutané circonscrit, en particulier, peut survenir à la suite d'un traumatisme et au niveau précis du point d'application de ce traumatisme : tel était le cas dans le premier exemple qu'il m'a été donné d'observer ; c'était sur un cocher qui portait depuis peu de temps une de ces tumeurs à la face antéro-interne du tiers moyen de la jambe. Une seconde fois l'apparition récente d'un angiôme s'est présentée de même à mon observation ; il s'agissait d'un jeune homme de 22 ans (obs. de Monod) ; enfin je vous rappelle que notre malade actuelle est âgée de 50 ans et affirme nettement l'origine traumatique de son mal.

Les trois faits que je viens de grouper au point de vue étiologique vont nous servir maintenant à établir un fait clinique de la plus haute importance, sur lequel j'ai déjà attiré l'attention des membres du congrès scientifique de Lille en 1874. Je veux parler de la douleur au contact quelquefois très-vive que présentent certains angiômes circonscrits. Personne, que je sache, n'avait avant moi signalé ce phénomène remarquable et mal expliqué jusqu'ici. Le premier angiôme, celui que portait le cocher à la jambe, était très-douloureux : le second ne l'était nullement. En revanche vous avez pu observer sur notre malade actuelle un fait intéressant au point de vue de la douleur : la pression n'éveillait pas la moindre sensibilité tant qu'elle restait bornée aux deux tiers inférieurs de la petite tumeur, tandis que le moindre attouchement de l'extrémité supérieure était intolérable pour la malade. C'est la troisième fois que je constate cette douleur particulière aux angiômes : je vous ai parlé déjà du premier cas : la seconde fois c'était sur une femme qui portait à la fourchette vulvaire un angiômyôme, tumeur angiomateuse contenant des fibres musculaires lisses au sein de son stroma. Aux faits qui me sont personnels je puis en ajouter un quatrième, observé par mon collègue M. Perrier.

Ainsi, Messieurs, il n'est pas permis de douter que l'angiôme soit une tumeur particulièrement et éminemment douloureuse dans certains cas, indolente au contraire dans d'autres cas. Si l'on parcourt à ce sujet, dans la littérature consacrée aux angiômes, la courte partie relative aux angiômes sous-cutanés, si l'on consulte Virchow dont le travail est le plus récent sur la matière, on lit bien qu'Essmarch a trouvé des filets nerveux jusque dans leur enveloppe externe et Schuch jusque dans la tunique interne (1), mais on cherche vainement une caractéristique distinctive des angiômes douloureux et des angiômes indolents.

A ce point de vue le fait que vous avez sous les yeux prend une réelle importance : un premier examen histologique pratiqué par M. Ch. Monod semblait négatif. Même dans sa portion si manifestement douloureuse la tumeur avait paru d'abord complétement dépourvue de nerfs. Force nous était donc d'avouer notre ignorance à cet égard et de nous borner à assimiler de loin les angiômes aux tubercules sous-cutanés, c'est-à-dire aux fibrômes, qui tantôt sont absolument indolents, tantôt au contraire méritent le nom de tubercules sous-cutanés douloureux. Mais un examen ultérieur a permis à M. Monod de découvrir la présence manifeste, dans le point précis où siégeait la douleur limitée, de filets nerveux qui parcourent le lobule graisseux enclavé et s'étendent même dans la coque fibreuse de la tumeur.

(1) Virchow, Path. des tumeurs, trad. Aronnsohn, t. IV 1er fascic. p. 10, Paris 1876.

Dès maintenant, messieurs, vous saurez reconnaître que les angiômes peuvent être pourvus de nerfs et se montrer douloureux au même titre que certains fibrômes sous-cutanés, mais à la différence des lipômes qui ne le sont pour ainsi dire jamais. Pour n'être pas un caractère constant de l'angiôme, la douleur n'en devient pas moins un symptôme auquel on peut s'attendre, loin d'en arguer pour rejeter le diagnostic d'angiôme quand une tumeur sous-cutanée sera douloureuse à la pression. Vous n'ignorez pas qu'il n'en est pas de même pour le lipôme. Ce renseignement clinique n'est pas inutile à ajouter à l'histoire de ces tumeurs angiomateuses dont les symptômes sont loin d'être riches, faute de faits en nombre suffisants.

Cependant, messieurs, gardez-vous de croire que le diagnostic de l'angiôme sous-cutané circonscrit nécessite de votre part au lit du malade un tour de force exceptionnel : si vous avez présents à l'esprit les caractères extérieurs de la petite tumeur que je vous ai décrite et que vous avez pu étudier sur notre malade, vous reconnaîtrez qu'il vous suffira dorénavant de les rechercher et de vérifier leur présence pour affirmer, dans un cas donné ; qu'il s'agit d'un angiôme. Le tout est d'être prévenu : je l'étais ; c'est ce qui m'a permis de rejeter *à priori* le diagnostic des personnes qui pensaient à un lipôme.

Je ne dirai qu'un mot du traitement : la discussion des indications thérapeutiques est très simple. Ces tumeurs ne se généralisent pas à distance, et cependant il faut les extirper. Elles ne menacent pas directement la vie, cependant l'intervention est légitime contre elles ; c'est que, pour être spécial, le danger des tumeurs vasculaires n'en est pas moins réel et redoutable. L'angiôme sous cutané reste souvent circonscrit, c'est-à-dire limité par un feutrage, en forme d'enveloppe, du tissu cellulaire condensé autour de la tumeur ; mais le processus de prolifération vasculaire peut augmenter d'étendue en envahissant de proche en proche les plans et les tissus voisins : l'angiôme devient grave alors parce qu'il devient diffus et progressif.

MALADIES DES ENFANTS

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — **M. ARCHAMBAULT.**

De l'allaitement (1).

Leçons recueillies par M. E. DECAUDIN, interne du service.

Messieurs,

L'allaitement artificiel donne de mauvais résultats en général, mais encore faut-il distinguer entre un enfant vigoureux, venu à terme, né de parents robustes, qui pourra prospérer au biberon, et un enfant chétif, né avant terme, dont les parents eux-mêmes sont débiles, qui ne supportera que difficilement ce genre d'alimentation, si bien qu'il soit conduit, et si bon que soit le lait. C'est probablement pour ces raisons et d'autres, mais non pas seulement parce que le lait y est meilleur, que l'allaitement artificiel réussit mieux dans les campagnes que dans les villes, où les parents et leurs enfants ne sont ni aussi vigoureux, ni aussi résistants. En pratique, vous consentirez sans trop de craintes, à mettre au biberon l'enfant d'un campagnard, si cet enfant est né dans de bonnes conditions de développement ; mais il n'en sera plus de même pour le fils d'un homme fatigué par un long séjour dans une grande ville ; et si cet enfant naît faible, ou seulement délicat, vous pourrez annoncer que le mettre au biberon, dès sa naissance, c'est l'exposer à la mort.

Je vous ai nommé l'allaitement mixte, et vous savez en quoi il consiste, mais je dois vous parler de son application qui, suivant moi, donne des résultats excellents, et permet à presque toutes les mères de nourrir leur enfant. Expliquons-nous, je ne connais guère de femme, à moins

(1) Voir le *Progrès médical*, nos 1, 5, 8.

qu'elle ne soit positivement malade, qu'elle n'ait pas de lait, ou que son sein soit assez mal conformé pour n'être saisissable par la bouche d'un nourrisson, qui ne puisse nourrir son enfant pendant trois mois, avec grand avantage pour celui-ci, et sans grand inconvénient pour elle-même. D'un autre côté, je n'ai pas vu d'enfant qui à trois mois, à moins d'être malade, ne pût prendre, et bien digérer du lait de vache préparé comme nous l'avons indiqué. De telle façon qu'à trois mois et même avant, je ne fais aucune difficulté de soulager la mère en donnant du lait au biberon, pendant la nuit d'abord, et pendant le jour ensuite. Si bien que la mère ne fournit plus que la moitié du lait qui est nécessaire à l'alimentation de l'enfant. On vous objectera les inconvénients qu'on attribue dans le public au mélange des deux laits. Idée fausse! Le mélange du lait n'a point les inconvénients qu'on imagine. L'enfant parvenu à cet âge digère le lait de vache, coupé comme nous l'avons dit, à peu près aussi bien que le lait de la mère.

Il y a même un inconvénient qu'il faut connaître, c'est que le nourrisson trouvant le lait pris au biberon de son goût, et n'ayant aucun travail de succion à faire, dédaigne le sein, et ne veut plus se donner la peine de téter. Dans ce cas, il faut l'y contraindre en l'affamant. En Suisse, on pratique l'allaitement mixte et quelquefois même l'allaitement artificiel avec le lait concentré; préparation faite avec d'excellent lait de vache, dont il existe un dépôt à Paris et qui est vraiment digne d'être recommandé. Il y a une autre préparation à base de lait que j'ai aussi vu rendre de services, c'est la farine lactée dite farine de Nestlé. Après avoir aidé à l'alimentation par le sein avec du lait coupé, suivant l'âge de l'enfant, presque à la moitié, puis au tiers, et au quart suivant la puissance digestive, arrive le moment d'ajouter d'autres aliments au lait. Quels sont ces aliments, et à quel âge convient-il d'y avoir recours? C'est parmi les fécules que doivent être choisis les premiers aliments proprement dits, que l'on donne aux enfants; et l'âge auquel il faut les commencer n'est pas si bien indiqué que les praticiens n'aient varié à cet égard. Trousseau, dont je me rappelle les leçons dans cet amphithéâtre, nous disait que le sein d'une bonne nourrice suffisait à un enfant jusqu'à l'âge de douze mois. C'est vrai, mais il est non moins vrai qu'on peut commencer bien plus tôt à nourrir, et l'expérience vous apprendra qu'il est plus facile de faire accepter un aliment autre que le lait à six mois qu'à douze. Arrivés à cet âge, les enfants ont une connaissance très-complète, ont l'habitude du sein, sont maniaques et ne prennent pas volontiers une panade ou une biscotte pour les premières fois. En général, on reconnaît qu'à six mois on peut commencer à donner les premiers aliments liquides et que les enfants s'en trouvent bien. Parmi ceux-ci, les uns, dès la première fois, les prennent avec goût, les autres se font au contraire prier et paraissent n'en pas vouloir. C'est, le plus souvent, que ces derniers reçoivent du lait en abondance et par conséquent ont l'appétit moins ouvert.

D'ailleurs, il en est des enfants comme des adultes, ils ont plus ou moins d'appétit, sont plus ou moins faciles à nourrir; les uns voraces prennent tout ce qu'on leur donne, les autres délicats n'aiment que certaines choses et refusent les autres. Il faut tenir compte de ces préférences, tout en cherchant avec persévérance à les faire disparaître. Parmi les fécules on a donné la préférence à celles qui sont torréfiées, pour des raisons chimiques qui peuvent avoir leur valeur; ce qui n'empêche pas qu'on obtienne d'aussi bons résultats avec celles qui n'ont point subi cette préparation.

Le tapioca, l'arrow root, la farine de manioc, la farine d'orge ou d'avoine torréfiée, ou la farine de froment, les biscottes de Bruxelles, le pain grillé ou non (etc.), sont employés à préparer pour les jeunes enfants les aliments liquides qui conviennent au premier âge, et les préparations qui varient suivant les espèces de fécule et suivant les pays, se font soit avec de l'eau, soit avec du lait; si on les sucre il faut le faire très-légèrement, et on peut aussi avec avantage y ajouter une très-minime quantité de sel; quand la préparation se fait à l'eau, il est bon d'y ajouter un peu de beurre frais. — Avec les farines et le lait on fait un aliment qui a été trop vanté et trop décrié, c'est la bouillie. Une bouillie bien faite, bien cuite et suffisamment claire pour pouvoir être bue au biberon est généralement bien digérée. Les biscottes, ou le pain bouilli pendant assez long temps pour se fondre, et dans une quantité d'eau suffisante pour qu'il en résulte une sorte de gelée que l'enfant puisse boire au biberon si on le veut, forment un très-bon aliment, dans lequel il y a non-seulement de la fécule mais du gluten et des sels utilisés pour la nutrition. Ils sont, sous ce rapport, préférables au tapioca ou l'arrow root qui sont des fécules pures. Je vous le répète, ces premiers aliments devront être donnés assez liquides, pour que l'enfant puisse les boire avec le biberon si l'on veut ou les recevoir à la cuillère, D'abord vous donnerez une seule panade, soupe ou bouillie par jour, et vous en calculerez la quantité par la connaissance de ce que l'enfant de cet âge prend de lait à chaque tétée, ce que l'on peut évaluer à 150 grammes. Mais comme il s'agit d'un aliment relativement compact par rapport au lait, et, conséquemment, d'une digestion plus difficile, vous n'en donnerez pas tout de suite le même poids. De 5 à 6 cuillerées à soupe est tout ce qu'il convient de faire prendre au début. Ensuite, vous augmentez ou diminuez suivant le goût ou l'appétit de l'enfant et suivant le résultat obtenu, ce dont vous jugerez par le bon ou le mauvais état des garde-robes. — A huit mois, vous pouvez donner à manger deux fois par jour et dans ce cas je vous conseille de donner une des soupes panades au lait, et l'autre à l'eau; c'est le moment ou vous pouvez donner le racahout, composition de fécule et de cacao et comme cet aliment est assez cher vous en ferez préparer un analogue en mélangeant à une bouillie claire, de la poudre de bon chocolat. J'ai presque toujours vu les enfants très-friands de cette préparation culinaire, très facile à faire et qu'ils digèrent fort bien. L'ambition d'une mère, c'est de faire prendre à son enfant du bouillon qu'elle considère comme bien plus nourrissant que le lait, et devant donner à l'enfant beaucoup plus de vigueur. Il n'en est rien; mais, à huit mois vous pouvez autoriser que l'une des soupes soit faite avec du bouillon, mais à la condition d'être bien cuite.

A dix ou douze mois l'enfant peut recevoir, trois fois par jour, une soupe, surtout si le lait de la nourrice cesse d'être aussi abondant. Pourtant je préfère dans ce cas que l'enfant soit tenu à deux soupes et reçoive une ou deux fois une ration de bon lait équivalente à une tétée. A 12 mois on peut donner un œuf soit à la coque, soit brouillé, soit au lait. — Depuis quelque temps déjà, l'enfant de cet âge mâche des croûtes de pain, et à l'occasion, cherche à ronger un os de volaille, ou suce avec plaisir un morceau de viande. Mais survient une nouvelle ambition de la mère qui voudrait voir son enfant plus brillant et plus robuste que tous ceux du même âge, c'est de lui faire boire du vin et de lui faire manger de la viande. Des médecins compétents conseillent, je le sais, de donner de l'eau rougie sucrée. Les enfants l'aiment beaucoup, je le sais, mais je l'ai souvent vu causer des aigreurs d'estomac, et déterminer de la diarrhée; le goût des enfants pour cette boisson sapide est-il un indice qu'elle leur convienne réellement? Les partisans des causes finales et de l'excellence des indications fournies par l'instinct, ne manquent pas de dire : puisque les enfants aiment le vin, c'est qu'il leur est bon, l'instinct ne trompe pas. Je ne suis point convaincu par ce raisonnement. Vous verrez les précoces amateurs du jus de la treille se dégoûter du lait qui cessera de plaire à leur palais blasé et qui, d'ailleurs, sera mal digéré par un estomac où l'eau rougie entretient un état d'acescence permanent. Ils ne tarderont pas à prendre de la diarrhée, surtout si, pour remplacer le lait dont ils ne veulent plus guère, on augmente les soupes grasses, et si on donne de la viande, fût-elle hachée très-mince. Tout ce qu'on peut se permettre outre les aliments que nous venons d'indiquer déjà, c'est un peu de jus de viande rôtie dans lequel on écrase une

pomme de terre ou de la mie de pain. On peut encore donner de la purée de pomme de terre au lait ou une pomme de terre écrasée avec du beurre et les diverses préparations connues sous le nom de crêmes.

Mais pour donner de la viande, à proprement parler, attendez que l'enfant ait au moins seize dents. Plus longtemps le lait dominera dans le régime d'un enfant qui n'a pas fini sa dentition, plus grande seront les chances de voir sa santé rester bonne. Plus vous vous hâterez de le mettre au régime des adultes, c'est-à-dire à l'usage des aliments solides et du vin, plus vous aurez la probabilité de voir se développer les mauvaises digestions, les diarrhés, l'entérite, le gros ventre, le rachitisme, etc. Voilà, en abrégé, les véritables règles du régime que doit suivre un enfant ; vous verrez par vous-même et on vous citera des exemples qui sembleront contredire les préceptes que je vous donne, ne vous hâtez pas de conclure d'après eux et vous verrez que ce sont des faits absolument exceptionnels.

Ce sujet nous amène à traiter de la dentition et du sevrage. A la naissance, l'enfant n'a pas de dents apparentes, tous les germes déjà ossifiés sont recouverts par la gencive et contenus dans leur sac dentaire. — Louis XIV, dit-on, est venu au monde avec une dent; il y a eu d'autres exemples et je crois que c'est le cas d'un des professeurs de notre Faculté. Ces deux faits prouveraient-ils que la précocité dans l'évolution dentaire est le signe d'une vigueur exceptionnelle de corps et d'esprit. Il ne paraît pas en être ainsi, vous trouverez peut-être des enfants ayant une ou plusieurs dents de sorties au moment de la naissance, ne vous en réjouissez pas; cette sortie tient le plus souvent à un mauvais état de la gencive et du sac dentaire qui se sont détruits, ce qui a mis la dent à nu. Si cette, ou ces dents gênaient l'enfant pour téter, ne vous hâtez pas de les arracher, ce qui est facile, vu quelles tiennent peu, mais vous pourriez avoir une hémorragie difficile à arrêter et capable d'être très-préjudiciable.

En général les premières dents sortent vers six mois et demi en moyenne; mais l'écart entre le maximum de précocité et le maximum de retard est très-considérable (de la naissance à 18 mois).

Les dents sortent par groupes et après que chaque groupe est sorti il y a un temps de repos avant que le suivant apparaisse. Voici l'ordre habituel mais qui est souvent interverti, troublé et semble avoir fait place à un véritable désordre.

Le premier groupe se compose de deux incisives inférieures médianes qui apparaissent à six mois et demi et mettent en général dix jours à sortir toutes deux, si bien qu'un enfant de sept mois devrait avoir ces deux dents.

Après leur sortie et avant que la première dent du devant apparaisse, il y a un temps de repos de 2 à 3 mois. C'est donc à 9 ou 10 mois que se montre la première dent du second groupe qui se compose d'abord des deux incisives médianes supérieures et ensuite des deux incisives supérieures latérales, qui sortent toutes les quatre environ en un mois, après quoi il y a 2 mois d'arrêt. A 10 ou 11 mois un enfant doit donc avoir 6 dents incisives, 2 en bas 4 en haut. A 12 ou 13 mois apparaît la première dent du second groupe qui se compose des 2 incisives inférieures latérales, ensuite des 4 premières molaires, l'évolution commence tantôt par une incisive, tantôt par une molaire et s'effectuera en 1 ou 2 mois, de sorte qu'à 14 ou 15 mois un enfant doit avoir 12 dents. Après la sortie de la 4e molaire se fait un temps de repos, le plus long qui existe durant toute la dentition; il est en moyenne de 4 mois de façon que la première des canines qui forment le 4e groupe n'apparaît que le 18e ou 19e mois, et la dernière de ces dents 2 mois plus tard. Si bien, qu'un enfant qui a ses 16 premières dents doit être âgé environ de 20 à 21 mois. Il se passe alors environ 4 mois avant que l'évolution des 4 dernières molaires commence, et, comme elles mettent en général 2 mois à sortir, les vingt premières dents ne garnissent la mâchoire qu'à 26 mois. Ces 20 dents qui sont temporaires forment la première dentition et feront place à des dents permanentes.

Il vous arrivera souvent de voir les choses se passer autrement que je vous l'indique : 1° l'ordre d'apparition sera troublé et vous verrez les incisives médianes supérieures apparaître avant les inférieures, qui dans ce cas suivront de très-près ; ou bien les deux groupes se montreront en même temps. On voit aussi, dans certains cas, un enfant qui n'a que deux dents médianes en haut et en bas faire ses premières molaires avant les incisives latérales. Plus souvent encore, vous verrez les deux premières molaires apparaître avant les incisives latérales inférieures. Quant aux époques d'apparition, elles seront fréquemment différentes de celles que je vous ai indiquées, chez des enfants également bien portants. L'évolution des dents qui composent un groupe, au lieu de se faire dans l'espace de temps que j'ai indiqué, peut-être beaucoup plus lente, au détriment du temps de repos qui devient par ce fait plus court, si le groupe suivant vient bien à son époque. Ceci a une grande importance, parce que le travail de sortie des dents est presque permanent dans ce cas, et que s'il y a des accidents, l'enfant n'a pas le temps de s'en remettre. Il en est souvent de même quand l'enfant commence très tard à percer ses premières dents; il arrive quelquefois, alors, que les autres sortent successivement sans que l'on puisse reconnaître la division par groupes, et les temps de repos. Quand les enfants sont mal nourris, allaités artificiellement, ou ne trouvent pas dans le sein une quantité suffisante de lait, on voit souvent que la dentition est retardée, et ce retard peut se montrer à partir du moment où a commencé l'alimentation. Il n'y a pas de conditions qui retarde plus la sortie des dents que le rachitis; et c'est pour ces raisons que vous verrez dans nos salles, des enfants de 2 1/2 qui n'ont quelquefois que 8, 10 ou 12 dents; ils ont été mal nourris, sont devenus rachitiques et les dents ont subi un retard similaire de celui de l'ossification du squelette. De plus, vous verrez que chez les enfants chétifs, cachectiques, les dents sont malades, comme cariées, surtout à l'union de la couronne et du collet. Cet état des dents, à lui seul, pourrait vous faire dire que l'enfant est dans un mauvais état de santé.

La période de la dentition est très-redoutée des mères ; et jusqu'à un certain point, mérite de l'être, attendu que s'il est des enfants qui la traversent presque sans s'en apercevoir, il en est d'autres pour lesquels elle est une rude épreuve, quelquefois trop rude même. Tous les enfants présentent les mêmes phénomènes locaux du côté de la bouche, à cela près que chez quelques-uns, ils sont vraiment excessifs. Longtemps avant d'avoir sa première dent, l'enfant commence à baver, à mordre tout ce qu'il peut porter à sa bouche, puis le bourrelet gingival se gonfle, devient bombé au point occupé par la dent qui va sortir ; il est sensible, douloureux même ; pourtant, si on le frotte doucement avec le doigt, l'enfant semble soulagé ; ce doit être pour lui la sensation du bien-être qu'on éprouve en grattant une partie qui démange ; puis, soudain, il se retire en criant parce que cette sensation a été jusqu'à la douleur ; il est agité, inquiet, il a pendant son sommeil des soubresauts ; de temps à autres, il est pris d'un véritable accès de fièvre, la peau est chaude, les joues sont congestionnées ; il est criard, grognon, il se fourre les mains ou bien son hochet dans la bouche, et se fait crier de douleur; d'autrefois, il est accablé par cette fièvre et tout somnolent. Mais ni l'agitation, ni l'accablement ne sont persistants, non plus que la fièvre qui est très-fugace, dure de une à quelques heures, et revient sans aucune régularité. Il y aurait là un sujet d'études au thermomètre très-intéressant à faire. Sous l'influence de la douleur, de la fièvre, de l'insomnie, l'enfant, bien que constamment pendu au sein, s'amollit, maigrit et justifie le proverbe : bel enfant jusqu'aux dents. La phlogose dentaire ne reste pas toujours localisée à la gencive, elle s'étend et il en résulte une véritable stomatite. Assez souvent, il survient des ulcérations aphtheuses, du muguet même. Mais, pour que celui-ci apparaisse, il faut qu'il y ait alimentation insuffisante et entérite. Dans le but et dans l'espérance de couper court à ces accidents, on a proposé l'incision de la gencive au niveau

de la dent, et cette pratique a joui d'une grande faveur en Angleterre. Trousseau s'est élevé contre, mais il a, je le crains, été trop loin; il aurait été dans le vrai en disant qu'elle n'avait pas toute l'efficacité qui lui avait été attribuée ; mais il a été non-seulement jusqu'à dire qu'elle était inutile, mais même qu'elle pouvait être nuisible. Je puis vous assurer que j'ai vu les symptômes réactionnels de douleur, de fièvre et d'agitation tomber rapidement après l'incision de la gencive, alors que la tension était portée à un très-haut degré, et je vous engage à la pratiquer en pareil cas. On fait avec la pointe d'un bistouri une incision linéaire ou même cruciale sur la partie saillante qui répond à la dent et on enfonce l'instrument jusqu'à ce qu'il rencontre celle-ci contre laquelle il se choque. Pour pratiquer sûrement cette petite opération on fait renverser et fixer la tête de l'enfant, on saisit comme une plume à écrire la lame du bistouri, enveloppé de linge jusque vers la pointe, et avec la main gauche libre on détermine exactement le point qu'on veut inciser, tout en maintenant la bouche suffisamment entr'ouverte. Contre ces accidents, les bains sont très-utiles et doivent être fréquents, et j'ai eu à me louer, quand rien ne s'y opposait, d'une potion au bromure de potassium de 0,25 à 0,50 en 24 heures, en observant les effets produits, ce qu'il faut toujours faire à cet âge quand on administre un médicament de cette nature.

PATHOLOGIE INTERNE

Mécanisme et physiologie pathologique des modifications des souffles intra-cardiaques organiques.

Par **CUFFER**, interne lauréat des hôpitaux (1).

Les faits cliniques ont montré, je crois, très-nettement que les souffles intra-cardiaques organiques se modifiaient dans les changements de position des malades. Nous avons vu comment, dans l'endocardite aiguë, au moment, où, par suite de la contracture des muscles papillaires, il est impossible aux valves de la mitrale de se mettre en contact pendant la systole ventriculaire et où il se produit par conséquent un souffle d'insuffisance mitrale, nous avons vu comment, dis-je, il peut se faire que le souffle disparaisse, ou tout au moins, diminue lorsque le malade se met dans la position verticale.

Nous pensons que dans cette position, la pointe du cœur, reposant sur le diaphragme. est refoulée en haut, et que de cette façon le ventricule se trouvant raccourci, les muscles papillaires sont par là même relevés; cette ascension des muscles papillaires contracturés contrebalance l'action de la contracture, les valves peuvent se remettre en contact, et l'insuffisance disparaît.

L'insuffisance disparaît également complétement et dans toutes les positions, lorsque l'inflammation aiguë s'est dissipée; car alors la contracture cesse, et tout revient à l'état normal. Lorsque, par suite du passage de l'inflammation à l'état chronique, les lésions organiques des orifices ou des valvules sont devenues permanentes, nous avons montré que la position verticale diminuait également l'intensité des bruits de souffle.

L'explication que nous avons proposée ne diffère pas de la précédente. C'est toujours par le refoulement de la pointe du cœur que l'effet de l'insuffisance valvulaire est contrebalancé; nous ne reviendrons pas sur ce fait dont nous avons donné des preuves nombreuses à la suite des observations. Nous avons montré aussi des faits à l'appui de notre manière de voir sur l'augmentation des souffles d'insuffisance tricuspide dans la position horizontale. Dans cette position, avons-nous dit, le cœur droit se trouvant couché sur le diaphragme, s'aplatit; en s'aplatissant, il s'allonge et cet allongement, beaucoup plus marqué lorsque le malade a une ascite qui refoule davantage le diaphragme, éloigne le point d'insertion fixe des muscles papillaires et produit le même effet que la contracture de ces muscles, c'est-à-dire augmente l'insuffisance des valvules tricuspidiennes. L'insuffisance est alors beaucoup plus marquée, puisque à l'insuffisance déterminée par la dilatation du cœur droit vient encore s'ajouter l'effet produit par l'allongement opéré par l'aplatissement du ventricule droit.

(1) Voir les nos 12, 16.

Nous ferons remarquer ici encore que ces effets qui ne pourraient être obtenus dans les cas où le cœur est bien musclé, se produisent au contraire facilement dans les circonstances où cet organe a subi un certain degré de dégénérescence graisseuse, ce qui est le fait habituel lorsqu'une lésion d'orifice existe depuis assez longtemps.

Si nous rappelons maintenant que l'inspiration en déterminant une dilatation du cœur, augmente encore le souffle d'insuffisance tricuspide et le souffle d'insuffisance mitrale. dans la position horizontale, ou le fait reparaître dans la position verticale dans des cas où cette situation l'a fait disparaître, nous aurons résumé ce que nous avons dit et expliqué avec détails à propos de chacune de nos observations.

Mais il y a toute une série d'explications des modifications des souffles intra-cardiaques, dont nous n'avons pas encore parlé et qu'il nous reste à examiner.

C'est l'*influence que la position du malade peut avoir sur la tension sanguine intra-cardiaque, sur la force et le nombre des battements du cœur*, influence qui doit nécessairement retentir sur les bruits de souffle et les modifier dans une certaine mesure.

Le mécanisme, tel que nous l'avons étudié jusqu'ici, n'en subsiste pas moins ; mais nous pensons que les modifications de la circulation dans les diverses positions contribuent pour leur part et dans le même sens que celles qui dépendent du changement de forme du cœur et de l'action de la respiration, à modifier les bruits du souffle.

Nous n'avons pas besoin de prouver que la position influe sur la circulation. C'est un fait bien connu surtout depuis les expériences de M. le professeur Marey. Cependant pour bien comprendre le mécanisme des modifications des bruits de souffle sous l'influence des changements opérés dans la circulation par la position, nous résumerons les idées de M. Marey relatives à ces points.

Dans un chapitre consacré à l'étude de la *fréquence du pouls et des battements du cœur dans les diverses positions*, l'éminent professeur du Collége de France montre que la position verticale ou assise augmente le nombre des pulsations.

L'influence de l'attitude est d'autant plus grande que le sujet a le pouls plus fréquent au moment de l'expérience. Il ajoute : cette influence est très-marquée surtout chez les convalescents.

Ces faits peuvent se vérifier parfaitement sur soi-même, Du reste, s'il était besoin d'une preuve à l'appui de ces idées nous pourrions dire que, chez tous les malades que nous avons observés, nous avons constaté l'augmentation du nombre des pulsations au moment du passage de la position couchée à la position assise. Il se produit certainement à ce moment une modification de la circulation dans le sens indiqué plus haut. Nous avons constaté aussi que c'est pendant que le malade s'assied que le pouls est le plus fréquent. Si l'on a soin d'ausculter le malade pendant que s'effectue le changement de position, on observe facilement que le cœur est pris à ce moment de palpitations ; les battements sont irréguliers, c'est déjà un indice d'un changement brusque de la circulation.

Puis au bout de quelques instants, les battements du cœur redeviennent réguliers, mais plus fréquents. Le pouls participe à ces changements. La différence entre le nombre des pulsations dans les deux positions est très-notable: Ainsi on peut voir les pulsations de 87 dans la position horizontale monter à 94 dans la position verticale. La différence est donc notable.

La contre-partie de l'expérience est facile à faire en faisant repasser le malade à la position horizontale. On voit

(1) *Marey*, p. 211 et 212.

alors les pulsations diminuer ; mais avant de redevenir régulières, on constate que le cœur a passé par une période de palpitations pendant le changement de position, c'est-à-dire au moment où la circulation est troublée. *Stokes* fait bien ressortir (p. 543) l'influence de la position du corps sur la fréquence et l'énergie des contractions du cœur.

Pourquoi donc la position verticale détermine-t-elle ces modifications ? C'est en vertu de cette loi : *que le cœur bat d'autant plus vite qu'il éprouve moins de résistance à se vider*. C'est ce qui arrive précisément dans la position verticale, où la pesanteur agit plus favorablement que la position horizontale sur le cours du sang artériel.

Il est inutile de prouver ce fait : Les expériences de Guy, de Graves, de Marey l'ont mis en évidence : Il suffit en effet de mettre le bras dans une position élevée et verticale pour diminuer le nombre des pulsations du pouls ; ces pulsations augmentent sitôt que l'on abaisse le bras.

Il ressort donc des faits et des expériences, que la position verticale accélère la circulation artérielle ; cette accélération du sang artériel amène nécessairement une diminution de la tension intra-cardiaque d'une part, et une facilité plus grande pour le cœur à se vider, Le cœur alors accélère ses mouvements. Il envoie à chaque systole une ondée sanguine moins abondante que dans la position horizontale où les battements du cœur sont moins fréquents à cause de la résistance plus grande qu'il a à se débarrasser de son contenu. Cette résistance résulte de l'augmentation de la tension intra-cardiaque dépendant de la gêne de la circulation artérielle.

Quels sont donc les rapports qui existent entre la tension intra-cardiaque et l'intensité du souffle ? Nous croyons que le bruit de souffle est plus marqué lorsque la quantité de sang contenu dans le cœur est plus grande et que le cœur se contracte plus violemment. Nous pensons qu'un souffle d'insuffisance mitrale, par exemple, est plus fort lorsque, au moment de la systole, le ventricule repousse dans l'oreillette gauche une grande quantité de sang. C'est ce qui se passe dans la position horizontale.

Dans la position verticale au contraire, le souffle est moins fort parce que, (étant données les considérations physiologiques énoncées plus haut) la quantité de sang contenu dans le cœur est moins grande, et les contractions cardiaques moins fortes tout en étant plus fréquentes.

La diminution de l'ondée sanguine qui reflue vers l'oreillette et qui est chassée moins énergiquement par le ventricule, explique pourquoi le souffle est moins fort dans cette attitude.

A l'appui de notre manière de voir, nous signalerons l'opinion d'un auteur dont on ne peut nier la compétence, *Sidney-Ringer* (1). Il admet d'abord que les bruits qui se produisent dans le cœur sont plus nets, plus rudes et plus profonds dans la station couchée que dans la station debout ou assise. L'auteur attribue ce changement à l'énergie plus grande du courant sanguin dans la station horizontale. L'augmentation de fréquence du pouls dans la station verticale est une preuve, pour lui, de l'affaiblissement des contractions du cœur.

Ce qui prouve que tel doit être le mécanisme de ces modifications des souffles, c'est que, chez une femme atteinte de lésion mitrale et d'insuffisance aortique, la fréquence du pouls ne se modifiait pas par le changement de position et la force du souffle non plus. Il en est ainsi toutes les fois que le changement de position ne change pas la fréquence du pouls. Il résulte encore des faits observés que, quand la circulation est excitée par des efforts musculaires de telle façon que les changements de situation ne modifient plus la fréquence du pouls, ils ne modifient pas non plus l'intensité du souffle.

Les malades que l'examen excite, surtout les enfants, ne présentent plus de changements d'intensité du souffle sous l'influence du changement de position. Enfin les modifications des bruits de souffle comme celles du pouls sous l'influence des changements de position se produisent progressivement.

Nous donnons ces diverses propositions comme conclusions de nos idées et comme preuves à l'appui de notre manière de voir. Mais si telle est notre opinion, nous devons cependant indiquer et discuter les idées de certains auteurs qui peuvent paraître en contradiction avec les nôtres.

Nous avons fait observer que *Growers* prétend, à propos du souffle présystolique du rétrécissement mitral, que les modifications du souffle dans la position verticale ne coïncident pas avec quelques altérations spéciales des contractions cardiaques puisque on les observe dans des cas où le changement de position rend le pouls plus fréquent, dans d'autres où il le rend plus lent, ou bien encore où il le laisse avec le même rhythme.

Bien que nous n'ayons jamais observé le ralentissement du pouls dans la position verticale, ce qui nous paraît contraire aux faits bien contrôlés par les expériences de Marey, Guy, Graves, nous ne prétendons pas cependant qu'il n'existe pas quelques exceptions. Mais nous croyons que pour le souffle présystolique, la diminution du souffle reconnaît une autre cause. D'après nous, le souffle présystolique diminue dans la position verticale, parce que la pesanteur agit puissamment par elle-même pour faire passer le sang de l'oreillette dans le ventricule et que par conséquent la contraction auriculaire en ayant moins à chasser éprouve moins de résistance.

D'autre part, nous pensons volontiers avec certains auteurs, que le souffle est plus fort dans la position horizontale parce que le cœur reposant sur le poumon et se trouvant au moment de la *systole auriculaire* dans le relâchement, la lumière de l'orifice mitral déjà rétrécie peut encore être diminuée.

Dans d'autres cas, un tel changement de forme peut amener une surface rugueuse en contact plus intime avec le courant sanguin. On peut donc, ainsi que nous venons de le voir, comprendre le mécanisme de l'augmentation ou de la diminution du souffle présystolique dans les changements de position sans faire intervenir la tension sanguine intra-cardiaque.

Il en est tout autrement pour l'insuffisance mitrale, mais nous nous trouvons, pour ce dernier cas, en contradiction avec quelques auteurs. Nous avons vu que c'était précisément l'abaissement de la tension dans la station verticale, qui permettait d'expliquer la diminution du bruit du souffle ; nous avons donné nos raisons.

Or, nous lisons dans Marey (p. 480), que cette diminution de tension est la cause de l'apparition de bruits de souffle chez des individus qui n'en avaient pas lorsque la tension était plus forte. La position verticale fait baisser la tension sanguine d'après Marey ; il est donc naturel de penser que suivant ce physiologiste cette position détermine l'apparition de bruits de souffle. C'est le contraire qu'il nous a été donné d'observer.

Comment donc concilier ces faits en apparence contradictoires ? C'est que, dans les cas signalés par Marey, l'anémie joue un grand rôle dans la production du souffle. D'autre part, les considérations du professeur du collége de France ont trait au souffle se passant à l'orifice aortique, ce qui change les conditions.

Nous citons le passage de Marey pour que l'on se rende compte de la différence de sa manière de voir et de la nôtre :

« L'orifice aortique présente un rétrécissement à travers lequel une veine fluide peut se former pour pénétrer dans l'aorte. A l'état normal, la tension artérielle est trop forte pour que ce courant de liquide ait la vitesse suffisante pour vibrer. Mais si, par une cause quelconque (hémorrhagie, position verticale), la tension artérielle baisse, il arrivera un moment où l'ondée sanguine se précipitera avec assez de vitesse à travers l'orifice aortique pour que le bruit de souffle se produise. »

(1) *Sidney-Ringer*. — *On the influence of change of posture on the caracters of endo-cardial murmur.* (*Edinburgh Medic. Journal*, 1861 p. 689.)

On comprend maintenant pourquoi M. Marey admet que dans certains cas la position verticale amène l'augmentation d'un souffle aortique.

Nous devons avouer que nous avons toujours constaté, au contraire, la diminution de tous les souffles, même aortiques, dans la position verticale.

Nous avons terminé notre étude sur les modifications des souffles intra-cardiaques organiques, il nous reste à présenter nos conclusions. La seconde partie de notre travail sera consacrée à l'examen des modifications des souffles extra-cardiaques.

CONCLUSIONS : 1° Tous les souffles intra-cardiaques, quels qu'ils soient, se modifient lorsque le malade passe de la position horizontale à la position verticale. — 2° Ils diminuent tous dans l'attitude verticale. — 3° La position verticale diminue les souffles en faisant, d'une part, varier la forme du cœur, d'autre part en déterminant dans la tension artérielle des variations par suite desquelles le nombre et la force des contractions cardiaques peuvent changer. — 4° Tous les souffles augmentent dans la position horizontale ; certains souffles même ne se produisent que dans cette attitude. — 5° L'inspiration détermine une augmentation des souffles cardiaques.

BULLETIN DU *PROGRÈS MEDICAL.*

L'Association générale.

L'assemblée générale de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, s'est tenue les dimanche et lundi, 8 et 9 avril, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. H. Roger.

Ouverte par un discours du président, la première séance s'est close après la lecture du rapport du secrétaire général, M. Amédée Latour. L'auditoire a vivement goûté la forme agréable et littéraire de ces allocutions et applaudi aux bons sentiments qu'elles exprimaient ; cependant quelques assistants ont, après la cérémonie, formulé une légère critique. « Sans rien regretter de nos applaudissements, en maintenant tout entier notre assentiment aux congratulations mutuelles de deux orateurs, en croyant que les louanges par eux distribuées à tous et à chacun sont méritées et au-delà, nous regrettons, disaient-ils, de voir s'implanter et s'enraciner dans nos réunions des usages et des traditions ne convenant qu'aux solennités académiques. On lit le compte-rendu de nos séances en dehors du corps médical, et il ne faut pas prêter le collet aux gens, trop nombreux, disposés à nous être hostiles. Evitons que ceux-là qui, ailleurs, nous trouvent envahissants, puissent nous accuser de nous être constitués en société d'admiration mutuelle. » Il y a bien quelque chose de fondé dans ces réflexions, et nous croyons qu'en effet, les deux honorables dignitaires de l'Association générale se sont trop souvenus qu'ils étaient académiciens. Mais ce n'est là qu'une vétille ne touchant en rien le fond de ce qui s'est dit à la séance du 8 avril.

Revenons donc aux choses sérieuses. Dans les quelques paroles de M. H. Roger, on trouve à louer deux choses : une bonne action, une heureuse idée. La bonne action, c'est de se faire inscrire dans toutes les sociétés locales « non pas comme membre *honoraire*, mais comme membre titulaire et *honorant* » c'est-à-dire payant sa cotisation ; l'inventeur de cette gracieuse forme de donation n'a d'ailleurs pas pour cela renoncé au vieux procédé direct. L'heureuse idée, c'est de proposer, lorsque le capital d'une somme léguée à l'Association serait assez fort pour constituer une pension viagère, d'attacher à cette pension spéciale le nom du donateur.

« Ne serait-ce pas aussi un encouragement et une récompense pour les legs exceptionnels, qui méritent de ne pas se perdre innominés dans la masse commune de nos contributions ordinaires ? Ainsi se perpétuerait la mémoire du premier bienfaiteur et pareillement la reconnaissance de ses héritiers successifs ; ainsi, dans la famille médicale, les descendants conserveraient éternellement la souvenance des aïeux. »

L'appel à la vanité est peu voilé, mais le fût-il moins encore, nous n'aurions pas le courage de le blâmer, les vaniteux se prenant mieux aux plus grosses amorces, et le but dans ce cas justifiant le moyen. — Il y a malheureusement un autre point sur lequel nous ne pouvons être de l'avis de M. Roger, c'est quand, parlant du lien mutuel des sociétés locales, il dit :

« Ce lien, nous le voulons tellement indissoluble, que naguère nous plaidions contre les séparatistes de Tarn-et-Garonne, et grâce à Me Guerrier, notre habile avocat, grâce aussi à la bonté de notre cause, nous avons gagné notre procès en union. »

La cause était bonne, légalement du moins, l'avocat était habile et le procès a été gagné, soit ; il est permis de douter que l'union ait beaucoup profité de ce succès fait pour donner à réfléchir aux sociétés non encore agrégées. M. Roger le dit excellemment : « Toute puissance est faible à moins que d'être unie » ; mais il ne faut pas confondre avec l'union l'annexion forcée.

L'exposé de M. Brun, trésorier, se résume de la façon suivante : l'avoir total de l'Association générale, non compris l'avoir des sociétés locales, est de 544,713 fr. 12 c., savoir :

1° A l'Association générale..........	85,792 fr.	35 c.
2° Au fonds de retraites disponibles..	235,607	77
3° Au compte de dépôt à la caisse de retraites de la vieillesse..............	223,313	»

Si nous comprenons bien, c'est donc du capital de 235,000 fr. environ que l'Association pouvait disposer en 1877 pour créer de nouvelles pensions ; c'est-à-dire qu'elle pouvait répartir un revenu annuel d'environ 12,000 fr., à de nouveaux retraités. C'est un beau denier, et M. Bucquoy, rapporteur de la commission des pensions viagères pour 1877, a grandement raison de se féliciter de ce résultat.

« Rappelez-vous, dit-il, que lors de la création de la caisse, en 1863, toute votre ambition était d'atteindre en quinze années au capital de 300,000 fr., et de commencer seulement alors, c'est-à-dire au 1er janvier 1878, à distribuer des pensions. Or, nous ne sommes qu'en 1877, et c'est la quatrième fois que vous êtes appelés à voter des pensions viagères, par lesquelles vous avez immobilisé un capital supérieur à celui exigé par le règlement pour que la caisse puisse entrer en plein exercice. »

Mais, puisque l'Association depuis quatre ans n'a pas hésité à enfreindre la lettre de son règlement pour mieux obéir à l'esprit de la société qui est de secourir au plus tôt et le plus grand nombre possible d'infortunes, on se demandera pourquoi le conseil, disposant d'un revenu de 12,000 fr., n'a cru devoir accorder que 3,700 fr. ; vingt-six demandes de pension ou d'augmentation de pension ayant été présentées, et les pensions accordées ne pouvant, d'après des décisions antérieures être inférieures à 300 fr.,

on a été obligé d'éliminer la moitié au moins des candidats inscrits.

« Pour réduire autant que possible le nombre de ces éliminations, votre commission a pris une première décision que justifiaient d'ailleurs les titres à peu près égaux des postulants : qu'il ne serait accordé cette année que des pensions de 300 fr., ce qui permet de répartir tout d'abord entre douze pensionnaires une somme de 3,600 fr. »

Pour se résigner ainsi, à contre cœur sans doute, à rayer la moitié des candidats et à restreindre la somme accordée à chacun des impétrants heureux afin d'en augmenter le nombre, le Conseil général a dû avoir d'excellentes raisons. M. Bucquoy parle en effet de l'obligation d'assurer l'avenir et de garantir le fonctionnement de la caisse des pensions contre toute éventualité. Personne ne blâmera cette prévoyante sagesse, si fort qu'on en regrette l'indispensable nécessité ; pourtant on ne peut s'empêcher de se dire que les pauvres évincés, ajournés à l'année prochaine, feront preuve d'une grande philosophie si, dans leur misère, ils peuvent penser sans amertume aux 8,000 fr. de revenu restés immobiles et sans emploi dans la caisse des pensions pour mieux en assurer le fonctionnement. Et s'ils faisaient entendre quelques plaintes, ne seraient-ils pas excusables?

Au contraire, il nous semble qu'aucun n'aurait le droit de se plaindre, en principe, de la décision qui lui en a fait préférer un autre. Nous ne parlons pas, bien entendu, des appréciations particulières, auxquelles a dû se livrer la Commission avant d'admettre celui-ci, d'écarter celui-là ; elle est composée d'hommes trop intelligents pour qu'on ne soit pas assuré qu'elle pèse exactement les raisons militant en faveur de chaque candidat ; les erreurs de fait sont infiniment peu probables et l'impartialité des juges est hors de cause. Nous aurions le moyen de vérifier l'équité de chaque jugement que nous ne le ferions pas, tant nous avons confiance dans les lumières et l'intégrité des commissaires. Mais il nous appartient d'examiner les principes qu'ils ont établis comme bases de leurs décisions, il est de notre devoir de reconnaître que les règles de conduite, suivies par la Commission, sont les meilleures qu'elle ait pu prendre pour guide.

« Deux ordres de considérations ont servi de base pour apprécier les titres qui nous étaient soumis : les unes sont relatives aux candidats eux-mêmes, les autres aux sociétés qui les présentent et auxquelles ils appartiennent. — Les conditions individuelles de chacun des candidats ont été, comme toujours, l'élément principal qui a dicté notre choix pour inscrire les noms sur la liste de présentation. Ces conditions sont l'âge du postulant, son titre professionnel, l'état de sa santé, les ressources dont il dispose et les charges qui lui incombent, la manière dont il a rempli ses devoirs de sociétaire, ses présentations antérieures, etc..... La commission a cru devoir prendre aussi en considération des circonstances extrinsèques en quelque sorte aux sujets, mais qui lui ont semblé, cependant, de nature à peser sur ces décisions (ressources financières des sociétés relativement aux charges qui leur incombent, efforts faits par ces sociétés pour concourir à l'œuvre commune, part qu'elles ont eue aux libéralités antérieures de la caisse des pensions). »

Dans la dernière assemblée on avait demandé que les propositions fussent uniquement basées sur le degré des infortunes individuelles ; le conseil n'a pas cru devoir accepter cette doctrine et nous pensons qu'il a eu raison. La thèse soutenue l'année dernière ne conviendrait qu'à une société unitaire, et la manière dont la Commission a compris son mandat s'accorde beaucoup mieux avec la constitution fédérale de l'Association.

On ne peut donc qu'approuver absolument l'ensemble des règles qu'elle s'est imposée. Cependant une observation de détail nous paraît nécessaire. Dans l'appréciation des titres individuels, la Commission a dû éliminer, le règlement l'y obligeant, des candidats dont les cotisations n'avaient pas été régulièrement payées. Il semble que le règlement est bien sévère et bien rigide, la même cause qui fait qu'un sociétaire demande des secours ayant pu l'empêcher de verser sa cotisation des années précédentes, il est dur d'opposer sa gêne passée à sa pauvreté présente ; sans doute des précautions sont nécessaires pour que l'Association ne soit pas exploitée par de pseudo-sociétaires, mais la mesure n'est-elle pas dépassée? C'est une question qui nous paraît mériter examen.

La première partie du discours de M. Amédée Latour ne nous arrêtera pas longtemps. Elle est consacrée à rendre hommage aux dignitaires vivants, aux sociétaires décédés, à rappeler les changements survenus dans les sociétés locales et à l'exposé de l'ensemble de la situation financière de l'Association, enfin à remercier les donateurs. C'est là en quelque sorte le côté matériel de l'Association que M. Latour ne pouvait passer sous silence, au risque de répéter un peu ce qu'avaient dit les précédents orateurs ; il a d'ailleurs assez bien réussi à échapper à cet inconvénient en faisant connaître de nouveaux et intéressants détails. Mais il a seul traité du côté moral de l'Association qui entend protéger, non-seulement les médecins malheureux, mais encore défendre la profession médicale tout entière, et soutenir les droits de tout le corps médical. De ce côté, les résultats obtenus jusqu'à présent ne sont pas brillants. Le grand effort des sociétés locales aidées de l'Association, paraît s'être porté sur la répression de l'exercice illégal. Le charlatanisme est un grand mal, sans aucun doute, mais nous ne croyons pas que les poursuites judiciaires soient faites pour le détruire. Les condamnations de rebouteurs n'y feront rien, tant que l'opinion publique suspectera les médecins de combattre le concurrent plutôt que le malfaiteur. Tous les charlatans d'ailleurs ne sont pas dépourvus de diplôme et l'ignorance de certains médecins n'est peut-être pas étrangère à la faveur dont jouissent les médicastres interlopes. M. H. Roger l'a dit : « Croissons en science et en dignité professionnelle ; forçons l'estime et la reconnaissance du public. » Cela vaudra mieux que de s'épuiser à intenter des procès pour arriver, comme la société du Rhône, à en constater la vanité.

Cela vaudra mieux surtout que de demander, avec la société des Landes, que les médecins ne soient pas compris sur la liste des jurés ; il ne faut pas que le médecin cherche à se soustraire en principe à un devoir qu'il est plus que d'autres apte à bien remplir; c'est assez qu'en pratique, il y ait des tempéraments suivant les circonstances, et nous ne croyons pas que ce soit difficile à obtenir. La société de la Savoie voudrait que l'Association générale s'occupât de la révision des lois de l'an XI, et M. Latour croit avec le Conseil général, que l'Association peut et doit intervenir dans la question de l'organisation médicale. C'est aussi notre avis ; mais nous avons bien peur que M. Latour n'entende pas diriger son action dans le sens où nous le voudrions. « L'organisation médicale, dit-il, peut être comparée à l'organisme humain, où toutes les parties convergent vers un consensus général, où la plus petite

fibrille ébranlée, produit un retentissement sympathique ou réflexe sur l'économie entière. » M. Latour rêve de faire de la corporation médicale un corps constitué, un organisme, comme il dit. Nous connaissons ces corps constitués, et nous savons la place qu'y tiennent les individus chargés des fonctions de cet organisme. Quant aux noms, l'organisme s'appelle une administration et l'organe un fonctionnaire. Ce titre nous parait peu enviable pour le médecin, et nous repousserions toute refonte des lois de l'an XI qui tendrait à l'en couvrir. — Comme M. Latour, nous pensons qu'il faut une réforme d'ensemble, sans pourtant partager son dédain pour les projets de loi partiels ; mais nous craignons qu'il ne pousse à la constitution d'une corporation fermée que l'Etat s'assujettirait un jour ou l'autre, qu'elle le veuille ou non. Si jamais l'Association générale le suivait dans cette voie, elle aurait inconsciemment porté le dernier coup à ce qui est le grand honneur du médecin : son indépendance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 *avril* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. POUCHET présente à la Société une série de monstres de poulets, obtenus par des moyens artificiels : Ce sont des faits particuliers, non susceptibles encore de généralisation. Un de ces monstres était exclusivement formé par deux vésicules ayant la constitution de cœurs embryonnaires et présentant des battements, sans qu'il y eut à proprement parler de circulation et sans que l'on pût trouver trace de système nerveux.

M. BOCHEFONTAINE a trouvé dans le rein d'un chien un long filament qui lui parut provenir d'un strongle géant mort.

M. MAYOR a examiné les nerfs intra-musculaires chez un malade du service de M. Ollivier. Après avoir travaillé quinze ans dans le plomb, il eut à plusieurs reprises des coliques, puis de la paralysie saturnine, et succomba aux suites d'une néphrite interstitielle. Les nerfs intra-musculaires au niveau des parties paralysées étaient très-altérés : dans quelques tubes on ne trouvait que la fragmentation de la myéline: d'autres étaient réduits à la gaine de Schwann avec quelques noyaux. Les fibres musculaires présentaient une altération granulo-graisseuse très-nette, et une multiplication prononcée des noyaux.

MM. COUTY et CHARPENTIER ont étudié l'influence des excitations sensorielles ou émotionnelles sur le cœur et les vaisseaux. Dans toutes leurs expériences il y a eu des modifications vasculocardiaques, mais elles ne se sont pas toujours faites dans le même sens. On nota tantôt de l'accélération, tantôt du ralentissement cardiaque avec l'élévation ou l'abaissement de tension artérielle. Il n'existait donc ici aucun lien entre les phénomènes vasculaires et cardiaques.

MM. JOLYET et LAFONT ont déterminé la quantité d'hémoglobine que renferme le sang avant et après son entrée dans le muscle : le sang artériel est toujours un peu plus riche que le sang veineux: après section des nerfs, cette différence n'existe plus ; elle augmente au contraire après excitation des nerfs.

M. FRANCK indique un nouveau procédé pour mesurer les changements de volume du cœur chez l'homme. Il consiste à mettre la cavité buccale en rapport par un tube avec un tambour à levier enregistreur. Lorsqu'on a soin de tenir la glotte ouverte, les changements de volume du cœur peuvent être appréciés d'après l'état d'ampliation des organes respiratoires.

M. CADIAT, dans le but d'élucider les questions relatives à l'anatomie du foie des animaux supérieurs, a fait des recherches sur le foie plus simple des invertébrés : chez l'hydrophile, les tubes de Malpighi, qui représentent le foie des vertébrés, renferment des cellules pleines de matières vertes et séparées par des conduits inter-cellulaires. Le foie de l'escargot est une glande exclusivement biliaire, formée de conduits ramifiés. Les injections démontrent que le canal biliaire avec ses divisions intercellulaires occupe le centre du lobule et les vaisseaux sangains la périphérie. Dans certains cas anatomo-pathologiques, le foie humain semble par places être revenu à la structure de l'organe hépatique chez le mollusque. Quant aux matières colorantes de la bile des invertébrés, elles ne réagissent pas comme la bilirubine ou la biliverdine des mammifères. Il en est de même de la matière verte du placenta des chiennes, considérée jusqu'ici comme un dérivé de l'hématoïdine.

M. TROUVÉ présente un appareil qui permet de déterminer les intermittences d'un courant électrique. Le principe en est assez simple pour qu'il puisse servir aux besoins cliniques.

L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er mai 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. Henri Guéneau de Mussy présente quelques considérations sur l'emploi de l'isolement comme moyen prophylactique des maladies contagieuses. Ces considérations ont été en grande partie inspirées par l'expérience qui en est faite dans quelques pays étrangers, particulièrement en Angleterre.

Suite de la discussion sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

M. CHAUFFARD reprend les diverses opinions émises sur ce problème obscur et difficile, et, dans un préambule saisissant de clarté, où il rappelle les travaux entrepris sur ce chapitre de la pathologie interne, notamment les théories de MM. Bouillaud, Pasteur, Bouchardat, Noël Guéneau de Mussy, Jules Guérin et Jaccoud, il déclare qu'il lui eût été doux de s'abandonner au courant sans regarder en arrière. — Ma situation d'esprit, ajoute M. Chauffard, est malheureusement tout autre, et je me vois en face d'un vaste ensemble d'interprétations fausses, d'une suite d'assertions que je considère comme contraires aux faits, à la clinique, aux vérités fondamentales de la science et de l'art.

L'heure avancée de la séance contraint M. Chauffard à remettre à une époque ultérieure la deuxième partie de son travail.

M. COLIN présente à l'Académie les pièces pathologiques d'une jument, à l'autopsie de laquelle, on a constaté les lésions de la morve, c'est-à-dire, les poumons farcis de tubercules et des ulcérations siégeant sur les muqueuses du larynx, de la trachée et du vagin.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 février 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Tumeur du sein ; par BRUN, interne des hôpitaux.

Cette tumeur a été enlevée par M. DESPRÈS à une femme de 69 ans. La malade fait remonter le début de son affection, à 6 semaines seulement ; elle n'en a été avertie que par l'augmentation de volume de son sein, et jamais depuis cette époque elle n'a éprouvé la moindre douleur. Au moment de l'opération, la tumeur présente à peu près le volume du poing. Elle est dure, bosselée, mobile sur les parties profondes. La peau adhérente en tous les points a conservé sa coloration normale, sauf à la partie externe du mammelon, où elle est amincie et violacée. Il n'existe pas trace d'engorgement ganglionnaire et la pression ne fait sortir aucun liquide par le mammelon.

Sur une coupe médiane, verticale et antéro-postérieure, on voit que cette tumeur se compose de deux parties. En arrière, vaste cavité kystique contenant un liquide absolument atrin ; en avant, masse solide, peu consistante, criblée de petits orifices desquels la pression fait sortir un liquide visqueux, jaunâtre, semblable à du pus. Tout-à-fait à

la partie postérieure de la tumeur, entourant la cavité kystique, se trouvent des petites masses, dures, bosselées; enfin, à la partie antérieure, au niveau du point où la peau est violacée et amincie, existe une petite cavité remplie de liquide absolument semblable à celui contenu dans le kyste principal. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un carcinome kystique.

Infarctus calcifié du poumon; par A. Pitres.

Taill... Louise, âgée de 41 ans, est entrée à la Salpêtrière, (service de M. Charcot), le 16 novembre 1875, pour un cancer de l'utérus. Elle ne peut dire au juste à quelle époque remonte le début de sa maladie. En 1862, trois mois après sa dernière couche, elle eut une métrorrhagie très-abondante. A partir de ce moment, elle n'a pas cessé d'avoir des pertes blanches souvent colorées en rouge. En 1867, elle eut une seconde métrorrhagie, et trois ans plus tard une troisième.

Dans les premiers mois de 1875, ses règles ont cessé de paraître, et depuis cette époque, elle a toujours eu des pertes blanches très-abondantes et très-fétides. En même temps apparaissaient de vives douleurs dans le bas-ventre, le pli de l'aine et la région sacrée.

En janvier 1876, la malade est très-anémique. Pâleur des téguments. Faiblesse extrême; elle peut à peine s'asseoir sur son lit. Le toucher vaginal est très-douloureux; il permet de constater une vaste ulcération fongueuse, occupant la paroi supérieure du vagin dans presque toute son étendue et ayant détruit le col. Incontinence d'urines. Douleurs spontanées, violentes dans les régions lombaire et inguinale. Pas d'œdème des membres inférieurs. Dans les premiers jours du mois de février, on constate un peu d'œdème du pied et de la jambe du côté droit. Appétit nul. Teinte cachectique. Vomissements fréquents. Mort le 27 février 1876.

Autopsie. *Encéphale* sain. *Cœur* non hypertrophié. Myocarde mou, jaunâtre, un peu friable.

Les valvules sigmoïde et tricuspide sont saines: sur la valvule mitrale, on trouve plusieurs végétations grisâtres en forme de choux-fleurs: l'une d'elle est grosse comme une petite noisette, les autres ont le volume d'un pois. Sur la rate, on aperçoit une dépression qui correspond à un gros infarctus triangulaire, d'une coloration jaunâtre.

Le foie, un peu augmenté de volume, est jaune et gras. Pas de péritonite. Les parois vaginales sont détruites dans presque toute leur étendue par une ulcération ichoreuse irrégulière à fond induré qui s'étend jusqu'au col de l'utérus (1). Les ganglions lombaires et pelviens sont peu altérés. Pas de péritonite.

Les *reins* sont pâles, très-anémiques. Pas d'abcès. Les uretères ne sont pas dilatés.

Poumon gauche. Le lobe supérieur est sain. Le lobe inférieur a une coloration gris pâle, il ne crépite pas sous le doigt, son élasticité est diminuée, car si on presse avec le doigt sur sa face externe, il se forme au point comprimé un creux qui persiste après que l'on a retiré le doigt. La coupe est sèche, pâle, et on distingue les orifices des bronches et des vaisseaux sectionnés.

Si l'on passe le doigt sur la surface de section, on éprouve la sensation que donnerait une éponge fine non lavée et contenant encore dans son tissu de nombreux grains de sable. Les fragments de ce point du poumon ne sont pas friables, et plongés dans l'eau ils surnagent sans hésitation.

Les lobes supérieur et moyen du *poumon droit* sont sains. Dans le lobe inférieur se trouve une masse triangulaire dont la base amincie occupe le bord tranchant de l'organe, et dont le sommet est dirigé vers le hile, à bords parfaitement nets et d'une consistance très-ferme. A son niveau, la plèvre ne présente aucune différence de coloration ni de structure.

Cette masse a une consistance tout-à-fait pierreuse. Elle est très-difficile à couper; la surface de section est sèche, grise, non élastique, et donne tout-à-fait au doigt la sensation que donne une pierre calcaire. Des fragments de ce tissu plongé dans l'eau vont au fond du vase.

(1) L'examen microscopique a montré que le tissu induré sur lequel reposait l'ulcération était du tissu carcinomateux.

A l'extrémité inférieure de la veine cave inférieure existe un caillot pariétal, gris-jaunâtre, du volume d'une plume à écrire se prolongeant un peu dans les veines iliaques internes, fortement adhérent aux parois veineuses. Quand on passe le doigt sur ce caillot, on éprouve la même sensation qu'en le passant sur le lobe inférieur du poumon gauche. On dirait que sa surface a été saupoudrée de sable.

Examen microscopique. — Des fragments des portions altérées des poumons et du caillot de la veine cave ont été plongés dans une solution d'acide picrique jusqu'à ce que la décalcification ait été suffisante pour permettre de pratiquer des coupes. Ces coupes, colorées au picrocarminate et montées dans la glycérine, ont permis de constater ce qui suit:

Dans le lobe inférieur du poumon gauche, la seule altération qu'on ait pu constater est la présence de granulations calcaires irrégulièrement disséminées dans l'épaisseur des parois alvéolaires.

Dans la masse calcifiée qui se trouvait au centre du lobe inférieur du poumon droit, les altérations sont plus complexes: les cavités alvéolaires y sont remplies par un tissu de nouvelle formation, constitué par une substance intermédiaire transparente non colorée par le carmin et par des cellules fusiformes ou ramifiées, plongées au sein de la substance intermédiaire, ce qui donne à ce tissu l'apparence du tissu muqueux.

Les limites des alvéoles sont parfaitement indiquées; elles sont formées par de nombreux vaisseaux, la plupart gorgés de sang, par des cellules du tissu conjonctif et par des fibres élastiques. Au milieu de tous ces éléments se trouvent accumulées un grand nombre de granulations calcaires. Ces granulations n'existent absolument que dans les parois alvéolaires; on n'en trouve pas dans le néo-tissu qui occupe la cavité des alvéoles.

Le caillot de la veine cave est formé par une accumulation énorme de leucocytes au milieu desquels on reconnaît de loin en loin quelques travées fibrineuses. Au sein de cette masse se trouvent plongées sans ordre apparent de nombreuses granulations calcaires.

En résumé, il existait chez cette femme une infiltration calcaire du caillot, et des parois alvéolaires dans le lobe inférieur du poumon gauche. Quant à la lésion singulière du lobe inférieur du poumon droit, son siége, sa forme, la coexistence d'un infarctus ancien dans la rate, et la présence de saillies bourgeonnantes et molles sur les valvules mitrales d'une part, et d'autre part, la nature des altérations révélées par le microscope me font penser qu'elle est le résultat d'un infarctus dans lequel le sang épanché dans les alvéoles a subi des transformations analogues à celles que subissent les caillots intra-vasculaires qui s'organisent, tandis que les parois alvéolaires se sont infiltrées de granulations calcaires.

5. Fracture des os du genou avec pénétration de l'air entre les fragments et dans la cavité articulaire. — Oblitération des artères situées en aval par la formation d'un caillot au niveau d'un point de la poplitée où la tunique interne a été rompue; par M. Chuquet, interne des hôpitaux.

Le 26 février, à trois heures de l'après-midi, on apporte salle Saint-Louis, n° 26, hôpital de la Pitié, (service de M. Verneuil), un cantonnier, B..., âgé de 65 ans, qui vient d'être renversé par un tramway. La roue a passé sur l'extrémité du genou gauche qu'elle a fracassée. L'interne de garde fait un pansement à l'acide phénique. Aucune artère ne donnait et il n'existait même qu'un suintement sanguin insignifiant.

A cinq heures du soir, voici quel est l'état de la partie blessée. La jambe est fortement portée en dedans, la rotule est déviée dans le même sens. Deux grandes plaies existent, une à la face interne et postérieure du genou, de 12 à 14 centimètres de longueur, l'autre à la partie externe et postérieure bien moins étendue.

Elles ont l'une et l'autre leurs bords fortement contus. Un liquide séro-sanguinolent présentant à sa surface des taches huileuses, suinte par la plaie interne. La jambe, ramenée dans sa situation normale, donne la sensation d'une grosse crépitation se produisant dans les os. Il s'agit évidemment de frac-

tures multiples avec ouverture du foyer et de l'articulation.

La jambe présente une particularité qui ajoute encore à la gravité du pronostic. Elle est d'une teinte blanc mat, absolument froide, malgré les tentatives faites pour la réchauffer. On ne sent de battements, ni dans la pédieuse, ni dans l'artère tibiale postérieure. La sensibilité n'est pas entièrement abolie : le blessé sent bien les piqûres faites avec une épingle.

L'état général est d'ailleurs satisfaisant.

Le pouls est normal. T. A. 37°,4.

L'intelligence est entière et le blessé donne lui-même des détails sur son accident. Il nous apprend qu'il a perdu connaissance au moment de la chute, mais qu'il est bientôt revenu à lui, que quelques jours auparavant il a fait une autre chute dans laquelle il s'est fracturé une côte et il porte depuis lors un bandage de corps. La raison de ces malheurs si fréquents est facile à deviner : notre homme est un alcoolique et fréquemment on le rencontrait travaillant sur la voie publique dans un état d'ébriété non douteux. — *Soir*. T. 37°,6.

27 *février*. La nuit s'est passée sans accidents. L'état général est satisfaisant. T. 38°,6. La langue est seulement un peu sèche. L'état local au contraire laisse à désirer. La plaie n'a laissé écouler que de la sérosité teintée de sang, mais les bords ont mauvais aspect. Dans la partie supérieure, il s'est déjà développé une certaine quantité de gaz qui donne à la percussion le son caractéristique de l'emphysème. Le pied semble s'être réchauffé un peu, mais il est loin d'avoir le degré de température de l'autre. La circulation ne s'est pas rétablie dans la pédieuse et la tibiale postérieure. La sensibilité sans être entièrement abolie est toujours très-obtuse. Les viscères paraissent sains. L'urine ne contient ni sucre, ni albumine. L'amputation est décidée sur le champ par M. Verneuil. Elle est faite au tiers inférieur de la cuisse après chloroformisation par le procédé circulaire. Pendant l'opération, notons une particularité. La compression digitale très-bien faite n'empêcha pas le sang de couler avec une certaine abondance et il fallut lier un grand nombre d'artères. L'athérôme généralisé du système artériel de l'individu fut regardé comme étant cause de cette hémorrhagie. — Pansement ouaté. T. à 2 heures 37°,4.

Le soir, l'état de l'amputé paraît satisfaisant. Il ne souffre pas, n'a pas saigné. La langue est toujours sèche et la soif vive. — *Soir*: T. 37°,4.

28 *février*. La ouate a été traversée par une grande quantité de liquide qui répand une odeur fétide. La fièvre est peu considérable: 37°,6, mais l'état général semble s'aggraver tout-à-coup. La langue est dure et fendillée, les lèvres sont noirâtres et écailleuses, le ventre est météorisé, la respiration est rapide De plus, tandis que le thermomètre est relativement bas, le pouls, au contraire donne 130 à 140 pulsations.

2 heures. T. 38°,4. — 4 heures, 38°,6. — 5 heures, 38°,5.

1er *mars*. Au moment de la visite le malade est à l'agonie.

Autopsie. — Le genou amputé présente des lésions multiples. L'articulation est ouverte en plusieurs endroits, très-largement à la partie interne. La partie postérieure du condyle interne du fémur est fracturée, et repoussée en arrière de façon à former un plan incliné en dedans sur lequel a glissé la rotule. L'extrémité interne du plateau du tibia est également fracturée ; il ne reste du fragment que des parcelles osseuses qui sont disséminées en partie dans l'articulation tandis que d'autres restent adhérentes aux lambeaux du ligament latéral interne qui a été déchiré. Sur la face antérieure du fémur, au-dessus des condyles, il existe une éraillure superficielle de l'os de la forme et de l'étendue d'une pièce de vingt sous. Le ligament latéral externe est intact.

L'artère poplitée, la veine et le nerf sont plongés dans du tissu cellulo graisseux ecchymosé en deux points principalement, tout en haut du creux poplité et au niveau de l'anneau du soléaire. Aucun des trois organes ne paraissait extérieurement avoir été fortement contus. La veine était absolument intacte. L'artère le paraissait également ; aucune des nombreuses branches du creux poplité n'a été rompue. Séparée des parties molles voisines, l'artère nous présente l'aspect suivant. D'une manière générale, elle est athéromateuse, son calibre est nettement dessiné, en un point qui correspond à la partie supérieure du creux poplité, les parois résistent au doigt qui veut les déprimer. En deux points on constate une coloration ecchymotique de l'artère au milieu de sa portion poplitée, et au point où elle se divise en tibiale antérieure et tronc tibio-péronier. Si on comprime en ces différents points on sent une résistance qui ne peut être due qu'à l'existence des caillots dans la cavité. L'artère ouverte avec précaution montre en effet en ces deux points des caillots qui ont l'aspect suivant. Au niveau du point supérieur, il existe un caillot blanchâtre, fibrineux, fortement adhérent à la paroi, de la longueur de un centimètre environ. A celui-ci fait suite un caillot d'un autre aspect, noirâtre, non adhérent, d'une longueur de quatre centimètres. Plus loin, à cheval sur la bifurcation artérielle et détachée sans nul doute du précédent, cruorique comme lui, de même âge et de même forme, existe un autre caillot qui se prolonge, mais peu avant, dans la tibiale et le tronc tibio-péronier. Quelle était la cause du caillot adhérent ? En examinant la paroi artérielle à ce niveau, on voit que la tunique interne, probablement seule, a été rompue dans une étendue de 7 à 8 millimètres, formant une zone presque complète sur la paroi interne du vaisseau. Le lambeau n'est guère plus épais qu'une feuille de baudruche et c'est ce qui fait dire que la tunique interne seule a probablement été déchirée. Il reste adhérent par son extrémité au reste de la tunique non lésée. Il était absolument insuffisant pour arrêter l'ondée sanguine et son recroquevillement n'a pas pu être cause de l'arrêt subit du sang dans l'artère. Il est plus probable que le caillot s'est fait par des dépôts successifs de fibrine au niveau du point où manquait la tunique interne.

Le moignon exhale l'odeur de gangrène. Les extrémités de la manchette cutanée, et les extrémités musculaires sont sphacélées.

L'examen des viscères a révélé la cause de la mort. Voici à ce sujet la note qui m'a été remise par M. Nepveu après examen microscopique.

Le foie, à une coupe générale de l'organe, présente des marbrures blanc jaunâtre qui semblent au premier abord une altération graisseuse disséminée dans l'organe. La consistance est normale, peut-être même un peu supérieure à la consistance normale, fait qui éloigne de l'hypothèse de lésions d'origine septique. Cependant sur des coupes faites en différents points de l'organe on trouve :

1° Sur les marbrures blanches, que la lésion consiste non en un amas de cellules blanches, mais dans une lésion graisseuse très-étendue occupant tout le lobule, centre et périphérie ; 2° Dans les autres points du foie, là ou l'aspect paraît normal, les lésions granuleuses et la tuméfaction, troubles caractéristiques de l'empoisonnement septique.

La rate était cirrhosée, criait sous le scalpel, on avait peine à y retrouver les éléments cellulaires et voilà ce qui explique comment cet organe atrophié chez un homme d'âge avancé n'a pas pu prendre le développement ordinaire de la septicémie.

Les reins sont petits, cependant la substance glandulaire est relativement augmentée de volume. La substance corticale est très-épaissie, blanc jaunâtre sur une coupe générale de l'organe. Si on vient à décortiquer le rein, on ne trouve pas d'adhérences anormales, sauf en quelques points isolés. Les deux organes sont atteints d'une congestion extrêmement vive. Sur des coupes microscopiques, on retrouve très-nettement la tuméfaction trouble des épithéliums, un état finement granuleux qui résiste à l'acide acétique. Ces épithéliums augmentés de volume diminuent la lumière des canalicules.

En résumé : 1° état sénile antérieur de la plupart des viscères importants, prédominance légère du tissu conjonctif comparé aux éléments cellulaires caractéristiques de l'organe; 2° Altération généralisée, état granuleux, tuméfaction trouble de la plupart des éléments épithéliaux caractéristiques des principaux viscères. Ce sont les lésions de la septicémie.

Réflexions. — Le point important de cette observation est dans l'altération de la tunique interne de l'artère à la suite d'une contusion, et dans l'oblitération qui n'a pas tardé à

suivre cette lésion. Le fait est assez rare pour que des chirurgiens fort au courant des découvertes anatomo-pathologiques. (Séance de la Société de chirurgie du 5 octobre 1876), tout en admettant sa possibilité, déclarent n'en avoir pas vu d'exemple.

Cependant MM. Verneuil, Tillaux et Terrier en ont observé chacun un cas. Hâtons-nous d'ajouter aussi que les auteurs classiques sont tous d'accord à ce sujet : la contusion d'une artère peut déterminer la déchirure des tuniques interne et moyenne et l'oblitération consécutive. Deux mécanismes sont invoqués pour expliquer l'oblitération ; elle survient tantôt par le recroquevillement des tuniques rompues qui se détachent de la tunique externe et provoquent la formation d'un caillot obturateur prenant un point d'appui sur elles, tantôt par le retroussement des tuniques interne et moyenne chassées par le courant sanguin vers la partie inférieure de l'artère. Ici c'est le premier mécanisme qu'il faut invoquer.

La contusion artérielle ne produit pas toujours des lésions aussi considérables. Les expériences de Béclard semblent démontrer que la contusion simple produit chez les animaux un épaississement des parois de l'artère et augmente leur solidité (Nélaton, Dict. de médecine et de chirurgie pratiques). Chez un individu dont les artères sont saines, il doit en être de même. Mais s'agit-il d'un vaisseau athéromateux, alors il se passe ce que nous venons de voir, les tuniques déjà malades se rompent et l'oblitération se fait.

6. Hémiplégie faciale déterminée par une tumeur kystique de la base du cerveau. — Tumeur du lobe du cervelet ; par M. Gendron, externe.

Louise D..., entre le 9 février, à l'Hôtel-Dieu, (service de M. G. Sée). C'est une femme de 40 ans, veuve, encore réglée. Une interruption de deux mois vient de se produire dans l'apparition des pertes menstruelles qui sont revenues ces jours derniers seulement. Elle n'a pas eu d'enfants. Pendant sa jeunesse elle était sujette aux attaques de nerfs qui survenaient fréquemment sous l'influence de la moindre contrariété.

La malade a habité autrefois l'Algérie et vers 1861 contracta dans ce pays des fièvres intermittentes ; depuis cette époque elle éprouve encore fréquemment des accès fébriles débutant par un frisson et revenant à la même heure pendant deux ou trois jours consécutifs. Ces accès, nous dit-elle, surviennent surtout sous l'influence des changements de température. Elle a été soumise au sulfate de quinine. Depuis longtemps aussi elle a des palpitations de cœur. Elle vit dans la privation et est obligée de s'astreindre à une alimentation souvent insuffisante.

Durant ces dernières années cette femme éprouvait assez souvent des éblouissements subits et momentanés, sans vertige, sans défaillance, sans autres phénomènes qu'un trouble passager de la vue.

Elle nous raconte que cinq jours avant d'entrer à l'hôpital, ayant éprouvé le besoin de se lever pendant la nuit, elle fut prise de vertige et tomba par terre ; mais elle ne perdit pas connaissance, elle chercha à regagner son lit et n'y monta qu'avec une grande difficulté. Le lendemain matin elle ne put se lever, la station debout lui était devenue presque impossible à cause des vertiges qu'elle éprouvait dès qu'elle voulait marcher ; en outre, elle remarquait elle-même qu'elle avait une déformation de la bouche et ressentit en même temps un peu de gêne pour la prononciation des mots.

En examinant la malade, on constate en effet qu'elle présente une hémiplégie faciale du côté droit, affectant surtout les muscles de la commissure labiale, l'orbiculaire des lèvres et le buccinateur. Le sillon naso-labial droit est presque effacé, la commissure labiale est portée en dedans : au contraire du côté gauche la commissure est tirée en dehors. Si on prie la malade de souffler en fermant la bouche, de manière à gonfler les joues, elle ne peut retenir l'air qui s'échappe par les lèvres entr'ouvertes du côté droit. La parole, légèrement nasonnée, n'est pas indistincte, mais seulement beaucoup moins nette qu'à l'état normal. La mastication est gênée, les aliments qui tombent entre l'arcade alvéolaire droite et la joue, ne peuvent être que difficilement expulsés par suite de l'inertie du muscle buccinateur. Le nez ne présente qu'une déformation peu sensible ; l'aile est légèrement tirée en bas.

Le facial supérieur est indemne ; l'occlusion des paupières s'exécute complétement. Le globe de l'œil jouit de sa mobilité normale ; le sens de la vue n'est pas altéré. Les rides du front sont égales de chaque côté. Ni la langue, ni la luette ne sont déviées et la déglutition n'est nullement entravée. L'ouïe n'a subi aucun trouble. Le sens du goût est devenu très-obtus. La sensibilité générale est intacte.

Depuis l'accident nocturne qui a marqué le début de cette paralysie, la malade est fréquemment prise d'accès de hoquet ; elle se plaint d'une céphalalgie continuelle ; sa langue blanchâtre reste constamment sèche, et elle éprouve sans cesse une soif très-vive. L'appétit lui fait défaut : déjà depuis un mois elle avait presque chaque matin des vomissements glaireux et amers ; elle continue à vomir le matin et rejette souvent les aliments qu'elle prend dans la journée. Elle accuse aussi de la constipation.

Le pouls est normal. L'auscultation ne révèle aucune altération des bruits du cœur. La rate ne présente pas d'augmentation de volume. La malade a conservé toute sa mémoire. Elle ressent une grande faiblesse générale, mais, à part cet affaiblissement, il n'existe aucune autre paralysie que celle qui a été signalée pour les muscles de la face et pour le groupe labial en particulier.

Les membres exécutent parfaitement les mouvements et les contractions sont également énergiques des deux côtés. Lorsqu'on fait lever la malade on constate l'existence des vertiges mais il n'existe aucun mouvement de propulsion ni de rétropulsion. La description que nous venons de faire de l'état général de la malade et des divers signes physiques et fonctionnels se rattachant à la paralysie faciale, reste encore l'expression exacte de ce qu'on observe pendant les jours suivants.

17 *février*. L'état général s'aggrave, l'habitus de la malade dénote les progrès de l'épuisement ; le facies toujours caractéristique est empreint de stupeur. La prononciation devient plus incorrecte. Elle vomit les quelques aliments qu'on lui fait prendre.

19 *février*. L'aggravation est encore plus accentuée, elle est surtout caractérisée par une prostration considérable. La malade, dans le décubitus dorsal, immobile, la bouche ouverte ne répond plus aux questions qu'on lui adresse ; elle ne produit presque aucun son articulé. Les déformations de la face sont toujours les mêmes. La paralysie s'est un peu étendue : la paupière gauche reste plus abaissée que la droite et lorsque la malade ferme les yeux on constate que les contractions de l'orbiculaire gauche sont plus énergiques que du côté opposé. La langue desséchée, reste immobile derrière l'arcade dentaire dans les mouvements très-limités que la malade lui imprime elle paraît un peu déviée à droite, du côté paralysé. Le voile du palais n'est pas déformé.

L'alimentation devient de plus en plus insuffisante, la déglutition ne se fait pas et la malade rejette presque tout ce qu'on lui introduit dans la bouche. Les évacuations sont involontaires ; la miction ne se fait plus que par regorgement, on est obligé d'évacuer la vessie avec la sonde.

La température axillaire atteint à peine 37°, même le soir. Le pouls marque 58. Le cœur n'offre rien d'anormal, ses contractions sont régulières et n'ont pas diminué d'énergie. La respiration n'est pas gênée ; l'auscultation du poumon ne révèle aucun râle ; des séries d'inspirations superficielles ou profondes se succèdent alternativement. Bien qu'aucun antécédent syphilitique n'existe à notre connaissance on prescrit un gramme d'iodure de potassium.

23 *février*. La parole devient manifestement de plus en plus indistincte. La déviation de la langue à droite est bien sensible ; la luette présente aussi une inclinaison marquée du côté paralysé, si on exerce une titillation à sa surface on ne provoque pas de contractions réflexes. Les rides du front sont beaucoup plus marquées à gauche qu'à droite. Tous ces derniers signes n'existaient pas au début. A la face la sensibilité est toujours restée intacte ; aussi bien que du côté des membres qui ne présentent aucun trouble de motilité.

27 *février*. La dysphagie persistante et l'intolérance de l'estomac pour le peu d'aliments qu'on parvient à faire avaler à la malade, expliquent suffisamment les progrès incessants de l'inanition. En même temps que les sons articulés deviennent de plus en plus rares, la voix s'éteint; les inspirations sont très superficielles et le murmure respiratoire très-affaibli ; les battements du cœur sont précipités; la malade est tombée dans l'état comateux. On constate comme phénomène nouveau un tremblement de la tête, qu'on observe aussi dans tout le bras droit lorsqu'il n'est pas complétement appuyé sur le lit. La malade meurt dans la matinée du 28.

AUTOPSIE. — La portion osseuse de la base du crâne qui répond au lobe moyen droit du cerveau est notablement augmentée de volume, l'apophyse basilaire présente des marques d'ostéite. En examinant les hémisphères cérébraux, on découvre au sommet du lobe sphénoïdal gauche une petite excavation en forme de segment d'ovoïde et à fond uni ; la substance nerveuse qui en occupe le pourtour n'est pas ramollie. Cette cavité logeait sans doute une partie d'une tumeur kystique qui a été ouverte en pratiquant l'autopsie et dont les débris d'enveloppe adhèrent encore à la protubérance. L'examen microscopique a montré qu'il ne s'agissait pas ici d'un kyste à cysticerques. Si on compare la corne d'Ammon du côté gauche à celle du côté opposé, on constate qu'elle offre une diminution notable de son volume.

Le tissu des hémisphères a gardé sa consistance. En faisant des coupes verticales et transversales, on observe au milieu de la substance blanche du lobe postérieur de l'hémisphère droit, plusieurs foyers d'un rouge violacé au niveau desquels le tissu est moins consistant. La *protubérance* et le *bulbe*, considérés dans leur ensemble, son très-sensiblement déjetés du côté droit. La face latérale gauche de la protubérance est déprimée ; sur cette face on trouve, adhérant à la pie-mère, les débris de la poche kystique qui est comme rétractée et s'étendait probablement plus bas jusque sur la partie supérieure du bulbe. Celle-ci est, en effet, refoulée du côté droit et présente un aplatissement notable dans sa moitié gauche.

Le *cervelet* n'est pas modifié dans sa conformation extérieure Une coupe horizontale, faite transversalement, découvre dans son lobe droit un foyer assez étendu, rempli par une substance jaune, de consistance semi-molle, se détachant facilement des parois limitantes qui sont formées par une zône de tissu rouge-violacé et ramolli. Cette lésion occupe la substance blanche, elle est située entre la substance grise périphérique et l'olive cérébelleuse, son volume égale à peu près celui d'une noix, sa forme est allongée en avant et en dedans, l'olive comprimée de dehors en dedans par cette tumeur, est notablement aplatie dans le sens transversal. Il n'y a à signaler aucune lésion viscérale, le cœur est sain et il n'existe pas d'athérôme des artères.

Examen microscopique de la lésion cérébelleuse. La tumeur du cervelet est un *gliôme* dont les éléments ont été brusquement dilacérés par une hémorrhagie. Il est résulté de cette hémorrhagie une cavité, dont les parois sont formées par le tissu du gliôme, et dont le contenu est un simple caillot qui a subi toutes les altérations que l'on observe habituellement dans les épanchements de sang au milieu de la substance cérébrale.

Entorse. Mort subite. Dilatation aortique, par A. BOURSIER, interne des hôpitaux.

L... Louis, âgé de 53 ans, journalier, entre le 8 janvier 1877, à l'hôpital Cochin (service de M. DESPRÈS), atteint d'une entorse de l'articulation tibio-tarsienne gauche datant du 6 janvier. La jambe est placée dans un appareil silicaté remontant jusqu'à la partie moyenne du mollet. Elle y reste jusqu'au 27 février. Comme le malade ne souffrait plus et pouvait marcher facilement avec son appareil, M. Desprès ordonna un bain pour pouvoir plus aisément enlever l'appareil silicaté.

En sortant du bain, L.... est pris subitement d'une dyspnée intense, avec sensation d'oppression, douleur précordiale et une grande pâleur de la face. La sensation d'étouffements augmente rapidement, et le malade meurt en deux ou trois minutes avec quelques mouvements convulsifs.

AUTOPSIE. — La mort subite a pu être expliquée par la présence d'une dilatation très-considérable de la crosse aortique. comprenant la partie ascendante et horizontale de l'artère, Cette vaste poche, tapissée presque entièrement de plaques calcaires cassant sous le doigt, ne contenait aucun caillot. Le cœur était volumineux, notablement hypertrophié, principalement le ventricule gauche. De plus, la dilatation avait amené mécaniquement une insuffisance des valvules aortiques qui suffisait à rendre compte de la mort subite.

L'attention a été aussi attirée du côté de l'articulation tibio tarsienne qui avait été le siége de l'entorse. Mais l'accident remontant à deux mois, les seules lésions qu'on a pu rencontrer sont de légers épanchements sanguins ou synoviaux au niveau des ligaments antérieurs et postérieurs de l'articulation et de plus des cicatrices rougeâtres, traces d'arrachements au niveau de l'insertion péronière des ligaments péronéo-astragaliens antérieurs et postérieurs. Les ligaments latéraux internes étaient absolument sains et la cavité articulaire ne contenant pas de liquide. Il n'y avait aucune déchirure des gaînes tendineuses entourant l'article, et les surfaces articulaires étaient intactes.

Fœtus anencéphale ; par V. BELLOUARD, interne des hôpitaux.

Ce monstre, recueilli par M. le Dr Fouqueau (de Boignes, Loiret), qui l'a envoyé à M. J. Lucas-Championnière, est le produit d'une fille idiote, morte en le mettant au monde. C'est un fœtus femelle, arrivé environ au huitième mois de la vie intra-utérine. Bien qu'il n'ait été observé qu'assez longtemps après l'accouchement, on peut affirmer qu'il n'a pas vécu, car ses poumons n'ont pas respiré. Comme déformation extérieure, il ne présente, en outre de celles qui caractérisent sa monstruosité, que le développement d'une phalangette accessoire au pouce de la main gauche.

Grâce au défaut apparent de la colonne cervicale, la face semble se continuer immédiatement avec le thorax. Les cheveux apparaissent immédiatement au-dessus des arcades sourcilières et descendent en arrière, jusqu'à l'angle inférieur des omoplates. Sur la face postérieure, on voit depuis le sommet de la tête jusqu'au bas de la région dorsale du rachis, les débris d'une vaste poche, sur les limites de laquelle la peau perd entièrement ses qualités, pour se continuer, avec les parois membraneuses qui constituaient le spina bifida. Une incision médiane, verticale, pratiquée dans toute cette étendue, met à nu la face postérieure du rachis, et permet de constater que le canal vertébral existe seulement au niveau des régions sacrée et lombaire. Au-dessus, l'écartement des lames vertébrales constitue une surface plane qui se termine en haut au-dessus du cornet supérieur des fosses nasales.

La moelle épinière existe au niveau de la région lombaire, et cesse au point où le canal vertébral n'existe pas : là, elle n'est plus représentée que par une membrane, étalée à la face postérieure des vertèbres, et correspondant aux méninges spinales. C'est à cette membrane que l'on voit aboutir tous les nerfs dont le développement est parfait, pour les branches antérieurs des paires rachidiennes : ainsi les nerfs intercostaux, ceux du plexus brachial et du plexus cervical sont au complet. Tout-à-fait en haut, au point où cette membrane se termine, au-dessus du cornet supérieur, on voit aboutir comme à un centre, les nerfs crâniens (pneumo-gastrique, spinal, optique, etc.), et même le grand sympathique

C'est encore à ce même endroit que vient se terminer apparemment le développement du système artériel de la carotide interne, l'injection n'ayant pas dessiné de traces des vaisseaux de la base du crâne, soit que ceux-ci manquent réellement, soit que leur resserrement ou leur crispation par le liquide conservateur n'ait pas permis à la matière colorante d'aller plus loin.

Outre l'étalement des lames vertébrales, dans la région dorsale et au-dessus, le squelette du rachis présente encore deux particularités : 1° une incurvation de la colonne cervicale, suivant le plan antéro-postérieur, et à concavité antérieure. C'est à cette incurvation qu'est due l'absence apparente du cou et la continuation directe de la face avec le thorax. Les deux premières vertèbres cervicales offrent un dévelop-

pement latéral considérable, et ce sont elles qui constituent ainsi la paroi osseuse, destinée à fermer, en arrière, les cavités de la face. 2° On voit, vers la partie inférieure de la région dorsale, un pont osseux, jeté d'un bord à l'autre de la colonne, à la manière d'un arc vertébral postérieur très-développé; mais au lieu de correspondre à la même vertèbre, il s'étend de la 10e dorsale à la 11e; et, d'ailleurs, il offre un développement beaucoup plus prononcé que les arcs véritables qui existent dans la partie lombaire. J. Geoffroy Saint-Hilaire rapporte un seul fait de ce genre.

Sur chacun des bords de la colonne vertébrale, dans les régions où celle-ci est ouverte en arrière, on voit la série des trous de conjugaison, à travers lesquels les branches antérieures des paires rachidiennes se mettent en contact avec les vestiges des méninges spinales.

Ce monstre, caractérisé par l'absence de l'encéphale et de la partie supérieure de la moelle rachidienne, appartient à la variété que J. Geoffroy Saint-Hilaire a désignée sous le nom de *dérencéphale*.

Note sur plusieurs cas d'hémorrhagies cérébrales, accompagnées de lésions étendues des méninges ou de la paroi ventriculaire; par H. de Boyer, interne des hôpitaux.

Obs. I. — Le 12 février 1877, entre salle Saint-André, 15 (Bicêtre, service de M. Bouchard), le nommé M..., âgé de 40 ans.

Cet homme est dans un demi-coma; il a déjà été traité pour une hémiplégie droite dont il ne lui reste pas de contracture; sorti la veille, il s'est enivré et a été ramené dans le coma. T. R. 37° 4. Le lendemain, il commence à présenter un peu de déviation conjuguée des yeux et de la tête vers le côté droit et un peu de paralysie faciale et d'hémiplégie gauche; en même temps survient une contracture précoce de ce côté. T. R. 40°; le soir, cette contracture est très-prononcée, il n'y a pas eu de mouvements convulsifs, le coma s'accentue, T. R. 40° 2.

Le 15 *février*, mort: le coma était très-profond, la contracture très-forte à gauche, la déviation conjuguée très-marquée à droite. On avait donné 6 gr. de KBr. par jour. Le diagnostic probable était: hémorrhagie étendue à droite, foyer ancien à gauche, probablement hémorrhagie méningée en plus. (Les habitudes alcooliques du malade étaient notoires.)

Autopsie. — Ancien foyer linéaire dans la capsule externe; à gauche, cicatrice ocreuse. Foyer récent dans la capsule externe à droite, ayant énuclé les ganglions cérébraux, rompu la paroi ventriculaire. Un gros caillot, formé de plusieurs couches, occupe le ventricule qu'il distend au point d'avoir aplati les circonvolutions spheno-occipitales. L'épanchement sanguin occupe aussi les autres ventricules cérébraux, et est venu former une nappe autour de la face externe des hémisphères. Pas de pachyméningite, pas de lésions des artères de la base si ce n'est un peu d'athérome.

Obs. II. — Le 2 mars 1877, entre salle Sainte-Foy, n° 14, (Bicêtre, service de M. Bouchard), le nommé Ch..., âgé de 52 ans.

Ce malade était comme le précédent un alcoolique invétéré; la veille aussi, il s'était enivré; on l'a trouvé ce matin sans connaissance au milieu de matières vomies; actuellement encore il est dans le coma et dans un état de contracture tétanique très-prononcée. Les membres sont dans l'extension, les deux avant-bras dans la pronation forcée. Pas de déviation de la tête ou des yeux; pas d'inégalité dans la température des deux côtés: la vessie est vide, le malade a uriné au lit. T. R. 39°,3. R. 38; P. 120. On prescrit lavement purgatif et bromure de potasse, 10 gr. Le soir, le malade est toujours plongé dans le coma, les membres sont en résolution complète. T. R. 40°.

Autopsie. — Congestion pulmonaire. Cœur normal, valvules saines.

En ouvrant la cavité crânienne on constate que la dure mère est fortement tendue, principalement à gauche; une grande quantité de sang et de caillots s'écoule, quand on en tire l'encéphale. Les circonvolutions sont aplaties, déformées, creusées en godets au niveau de la région pariétale; le sang est dans la cavité arachnoïdienne: on retrouve le même épanchement du côté droit, mais il est moins prononcé; le sang a fusé aussi dans la cavité rachidienne. Les circonvolutions frontales de la face externe du cerveau sont complétement altérées dans leurs 2/3 antérieurs à gauche, cette lésion empiète aussi sur la frontale interne 1re, mais les 2 marginales sylviennes et les 2 pariétales ascendantes ne sont pas lésées, non plus que les régions d'origine apparente des nerfs crâniens. Rien à droite à la coupe, rien dans les capsules ni dans les noyaux gris. Rien dans les ventricules latéraux, le lobe gauche du cervelet est beaucoup plus prononcé que le droit. Pas d'anévrysmes miliaires; athérôme excessif des sylviennes, surtout de la gauche mais pas de lésions de l'hexagone.

Réflexions. — Nous avons pensé que ces cas étaient intéressants: d'abord par leur gravité, ensuite par la cause étiologique commune, l'ivresse. Il est fort probable que les ruptures d'artères malades déjà ont été causées par la congestion alcoolique. En outre, dans ces deux cas, nous avons eu des lésions étendues, des méninges, ou de la paroi ventriculaire ne s'étant accompagné que de contractures, à peine notait-on, dans la seconde observation, un tremblement intermittent, ce qui dominait c'était l'état tonique. Dans un cas que nous avons observé précédemment, il en était de même, le malade auquel nous faisons allusion était porté à l'infirmerie dans un coma absolu, accompagné de résolution des 4 membres; il mourait presque aussitôt et à l'autopsie nous trouvions un énorme épanchement intra et extra ventriculaire, avec une rupture de la corne sphénoïdale d'un côté: dans d'autres cas, au contraire, où le foyer ancien atteint un point limité de la surface ventriculaire ou méningée, on a toujours noté des convulsions cloniques; en serait-il de même pour les séreuses cérébrales que pour celle du péritoine, et un traumatisme localisé aurait-il des effets réactionnels différents que ceux qui suivent une plaie étendue?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 *mai* 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Verneuil communique à la Société de nouveaux faits relatifs à la question des rapports de traumatisme avec la grossesse.

M. Guyon présente deux malades auxquels il a pratiqué l'amputation sus-malléolaire suivant le procédé qu'il a préconisé en 1868.

M. Lefort est élu, sur sa demande, membre honoraire de la Société. E. B.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE.

I. Remarques sur le traitement de l'inversion chronique de l'utérus; par J. Matthews Duncan. (*The obstetrical journal. Avril* 1877, p. 48.)

II. Etude sur la phlébectasie superficielle chez la femme enceinte; par le Dr P. Richard. Thèse de Paris, 1876.

III. Traitement des abcès chauds post-puerpéraux du sein; par le Dr O. Herpin. Thèse de Paris, 1876.

IV. Etude sur une forme insolite que peut prendre l'utérus pendant la grossesse; par M. le professeur Depaul (*Archives de Tocologie*, 1876 et 1877).

V. Des paralysies traumatiques des membres inférieurs consécutives à l'accouchement laborieux; par le Dr L. Lefebvre. Broch. chez A. Delahaye, 1876.

VI. Le spondylizème ou affaissement vertébral; par M. le professeur Herrgott. (*Annales de Gynécologie et Archives de Tocologie*, février-mars 1877.)

VII. Nouvel embryotome; par M. le Dr Tarnier. (*Annales de Gynécologie*, mars 1877).

VIII. Centralblatt fur Gynaekologie; par Fehling et H. Fritsch.

I. M. J. Matthews Duncan qui a déjà écrit un mémoire remarquable sur l'inversion utérine (1) vient de présenter à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, cinq observations

(1) Voyez, *Mécanisme de l'accouchement*, etc. p. 294. Paris, chez O. Doin, 1876.

personnelles de cet accident qui est heureusement fort rare. Pour lui, le col de l'utérus ne joue pas, dans ces cas, le rôle important de constricteur qui lui a été attribué par la plupart des auteurs, et les incisions qui sont faites sur cette partie de l'organe pour en faciliter la réduction n'ont aucune action directement efficace. Il reconnaît trois principales méthodes de réduction : 1° la pression douce, longtemps continuée ; 2° le taxis ; 3° l'opération. Cette dernière, qui a pour but de permettre la réduction lorsque le taxis forcé lui-même a échoué, est pratiquée de la façon suivante : on fait avec le bistouri une incision qui porte sur la surface antérieure de l'utérus ; elle commence un peu au-dessus de l'orifice interne du col et va jusqu'au milieu du corps de l'utérus, elle est assez profonde, mais ne s'étend pas jusqu'au péritoine. On fait sur la surface postérieure de l'utérus une incision semblable, puis on opère la réduction. Dans une discussion intéressante qui a suivi la lecture des observations de M. J. Matthews Duncan, le Dr Keiller a aussi rapporté plusieurs exemples d'inversion de l'utérus.

II. M. P. Richard a fait une étude intéressante des modifications que subissent chez la femme les veines superficielles pendant la grossesse. Sous le nom de phlebectasie il range trois phénomènes distincts qui se succèdent : 1° la dilatation simple des veines sous-muqueuses et sous-cutanées ; 2° l'état variqueux de ces vaisseaux, et 3° la coagulation spontanée du sang et l'inflammation consécutives qui peuvent survenir dans ces veines à un moment donné. Après avoir combattu les causes invoquées par les auteurs : pression de l'utérus sur les vaisseaux hypogastriques, — profession, — polyémie séreuse, — influence nerveuse, et après avoir montré en quoi les explications données sont défectueuses, M. Richard en propose une autre qui a pour point de départ l'exagération de l'afflux sanguin dans les artères utérines par le fait même de la grossesse, et comme point d'arrivée l'augmentation de la pression et le ralentissement du sang dans les veines afférentes à la veine cave inférieure. Les veines saphènes, les veines sous-cutanées abdominales, les veines du vagin et de la vulve, sont surtout le siége de ces dilatations que l'auteur étudie en détail, ainsi que la phlébite consécutive, phlébite le plus souvent adhésive et par conséquent curative. Le mémoire de M. Richard est agréable à lire, grâce à la simplicité, à la correction de son style, et à la clarté de ses déductions.

III. M. le Dr O. Herpin a étudié dans le service de son maître, M. Gosselin, quel pouvait être le meilleur traitement des abcès post-puerpéraux du sein. Après avoir exposé le traitement préventif, il décrit en détail les différentes méthodes de traitement : les incisions ; les ponctions avec une lancette, ponctions suivies de lavage et de compression ; le drainage ; l'ouverture spontanée etc. : il arrive à étudier plus particulièrement : 1° la ponction aspiratrice suivie de compression ouatée et 2° la compression ouatée après l'ouverture spontanée, deux méthodes que M. Gosselin met plus particulièrement en usage en ce moment. De ses observations, M. le Dr Herpin arrive à conclure que : si l'abcès est bien circonscrit et la peau intacte, il faut faire une *ponction aspiratrice* et tenter le recollement immédiat des parois de la cavité purulente à l'aide du pansement compressif ouaté. Il ne faut pas perdre de vue cependant que la ponction aspiratrice peut s'accompagner d'érysipèle. Si l'abcès n'est pas bien circonscrit, s'il s'agit d'une mammite phlegmoneuse plus ou moins généralisée, si la peau n'est pas intacte, il faut attendre l'*ouverture spontanée ;* puis quand l'inflammation est suffisamment tombée, il faut établir la compression ouatée par dessus un pansement glycériné ou phéniqué.

Si cependant il y avait une extrême douleur, si elle contribuait à prolonger un mauvais état général, il pourrait être utile, dans un cas défavorable, de faire, pour la calmer une ponction aspiratrice. Si elle ne réussissait pas, si on ne pouvait obtenir le recollement des parois, la piqûre s'agrandirait un peu d'elle-même et pourrait permettre à l'abcès de se vider.

IV. M. le professeur Depaul vient de publier une série d'articles sur la dilatation sacciforme ou la rétroversion partielle de l'utérus gravide. Il démontre que certains auteurs ont eu tort de donner à cette disposition le nom d'obliquité postérieure de l'utérus. Il y a, non pas un changement de direction dans la totalité de l'organe ainsi que pourrait le faire croire la situation du col de l'utérus au-dessus de la symphyse pubienne, mais simplement un changement de forme qui porte sur le segment postérieur et inférieur du corps de l'utérus. Ce segment se dilate, tandis que la paroi antérieure de l'organe reste peu étendue et beaucoup moins longue. De là résulte l'élévation considérable du col qui est reporté en avant et en haut, et qui, parfois même, est inaccessible au toucher. Cette disposition particulière de l'utérus est excessivement rare. M. Depaul a réuni tous les faits qui avaient été publiés jusqu'à ce jour. Il a montré ensuite combien il était important de faire un diagnostic précis, car une erreur peut conduire à un traitement funeste, ainsi que le prouve une des observations qu'il rapporte. C'est surtout avec l'oblitération du col, les tumeurs pelviennes et les tumeurs fibreuses du corps de l'utérus qu'on peut confondre la rétroversion partielle. L'écoulement du liquide amniotique, la déformation presque caractéristique de la paroi postérieure du vagin comparée à la paroi antérieure, la situation du col lorsqu'il peut être atteint, tels sont les principaux signes qui mettront sur la voie du diagnostic.

V. La thèse de M. le Dr Lefebvre contient quatre observations nouvelles de paralysies traumatiques des membres inférieurs consécutives à l'accouchement laborieux. Ces paralysies étaient limitées, et après les avoir étudiées avec soin, on a vu qu'elles portaient uniquement sur la sphère du nerf sciatique poplité externe. Il en résultait une disposition spéciale de la jambe et surtout du pied qui restait constamment dans l'extension, les orteils demeurant immobiles. La région antéro-externe inférieure de la peau de la jambe et la face dorsale du pied étaient insensibles ; les muscles jambier antérieur, long extenseur commun des orteils et extenseur du gros orteil, les péroniers latéraux, le pédieux et les interrosseux étaient paralysés. Cherchant la cause de cette localisation, l'auteur croit la trouver dans la compression du nerf lombo-sacré qui se rend dans le bassin et contribue à former le plexus sacré et le nerf sciatique ; cette explication, séduisante au premier abord, n'est cependant jusqu'ici fondée sur aucune preuve absolument indiscutable. M. Lefebvre résume assez bien en quelques pages, à la fin de sa thèse, les symptômes, le pronostic et le traitement de ces paralysies traumatiques.

VI. M. le professer Herrgott (de Nancy) dans un travail qu'il a présenté à l'Académie de médecine vient d'étudier d'une manière très-approfondie certaines altérations de la colonne vertébrale, altérations qui portent sur la colonne lombaire et le sacrum, et qui souvent mettent obstacle à l'accouchement en produisant l'obstruction partielle du détroit supérieur du bassin. M. Herrgott montre que, si la carie atteint le *corps* ou l'*arc* des vertèbres elle peut entraîner deux déformations essentiellement différentes qui jusqu'ici avaient été confondues. Voici les conclusions du mémoire fort bien fait qu'il a publié. — *A.* Dans la première déformation, où est détruit le corps de la vertèbre qui est le soutien de la colonne, celle-ci s'affaisse sur elle-même et s'incline : cette inclinaison peut entraîner une projection en avant de la colonne si considérable qu'elle *couvre* le détroit supérieur et empêche l'engagement fœtal dans le canal ; c'est cette lésion que nous avons appelée spondylizème (affaissement vertébral).

B. Dans la seconde, où est altéré l'arc vertébral qui maintient la colonne moyennant les articulations inter-vertébrales et les apophyses, qui donnent attache aux ligaments et aux muscles de la région : la colonne obéissant aux lois de la pesanteur glisse en avant dans la cavité pelvienne et l'obstrue. C'est cette lésion à laquelle Kilian a donné le nom de *spondylolisthésis,* glissement vertébral.

C. Dans le *spondylizème*, le diamètre sacro-pubien conserve sa longueur normale, il peut même être augmenté en raison de la diminution de la hauteur de la base du sacrum, mais le détroit à franchir par le fœtus est reporté plus haut ; il est constitué par une ligne qui, du pubis, s'étend au corps d'une des vertèbres lombaire ou dorsale rapprochées du pubis par l'inclinaison en avant de la colonne.

D. Dans le *spondylolisthésis*, le diamètre sacro-pubien est rétréci par l'interposition du corps des vertèbres lombaires entre le sacrum et le pubis, par suite de leur glissement dans

le canal pelvien au-devant du sacrum. Les conséquences de ce dernier mode de lésion sont pour le bassin plus graves que celles du premier, mais les deux peuvent conduire aux nécessités les plus douloureuses de la médecine opératoire obstétricale.

VII. M. le Dr Tarnier a présenté à la société de chirurgie un instrument destiné à pratiquer l'embryotomie. Dans certains cas de présentation de l'épaule il est parfois impossible de faire la version, soit parce que la partie fœtale est trop profondément engagée, soit parce que l'utérus est contracté d'une façon tétanique. Il faut alors diviser le fœtus en deux parties ; cette opération pour être exécutée avec les ciseaux de Paul Dubois exige une grande habileté et elle est parfois excessivement pénible. Une ficelle (Pajot) ou une scie à chaînes passées en arrière du fœtus peuvent en permettre la section ; mais cette introduction de la ficelle ou de la scie derrière le fœtus est, dans un grand nombre de cas impossible. L'instrument imaginé par M. le Dr Tarnier permet de réaliser la division du cou ou du tronc non pas d'arrière en avant, mais au contraire d'avant en arrière. Son embryotome imite le mécanisme du forceps-scie de Van Huevel : il se compose de deux branches, une courbe qui passe en arrière du fœtus, au niveau d'une symphyse sacro-iliaque ; l'autre droite qui passe en avant, derrière la symphyse pubienne. Ces deux branches articulées, puis rapprochées viennent se mettre au contact au niveau de leur extrémité libre. Chacune d'elles sert de conducteur à une tige souple d'acier, tige qui, à l'aide d'une crémaillière porte d'avant en arrière la scie à chaînes avec laquelle on pratique la section de l'enfant. Une fois l'instrument mis en place, l'embryotomie est exécutée, en quelques secondes, avec la plus grande facilité. Il ne reste plus alors, pour terminer l'accouchement, qu'à extraire successivement chacune des deux parties du fœtus.

VIII. Un nouveau journal intéressant les accoucheurs et beaucoup de médecins et de chirurgiens vient de paraître en Allemagne. Le premier numéro est daté du 1er avril : il est bimensuel et a pour titre « *Centralblatt für Gynaekologie* » Il contiendra un résumé des travaux les plus importants publiés sur l'obstétrique et la gynécologie dans toutes langues. Les noms de Fehling (Stuttgard) de Fritsch (Halle) Liebmann (Trieste), Ingerslev (Copenhague), Léopold (Leipzig), Underhill (Edimbourg), etc., qui signent les analyses nous semblent garantir à l'avance le succès de ce recueil.

Nous venons aussi de recevoir les *Transactions of the obstetrical society of London* » (1876) qui renferment un certain nombre d'observations et de mémoires intéressants, nous nous proposons d'en rendre compte prochainement. P. Budin.

BIBLIOGRAPHIE

Du diabète sucré chez l'enfant ; par le dr J. E. Redon.

M. le dr Redon, interne en pharmacie des hôpitaux, vient de consacrer sa thèse inaugurale à l'étude du diabète chez l'enfant. Jusqu'ici, cette maladie semblait être le triste apanage de l'adulte ; quelques observations isolées existaient cependant, mais presque à titre de curiosités. Aussi n'avions nous sur la glycosurie infantile que des idées incomplètes, et même des notions erronées, au dire de l'auteur dont nous exposons les idées. Sur les trente-deux observations qui servent de base à ce travail, six sont inédites et dues à l'obligeance de divers médecins des hôpitaux.

L'étiologie, terrain délicat où l'auteur a eu soin de ne pas s'engager, semble être la même chez l'enfant et chez l'adulte, mais la parenté du diabète et des grandes diathèses semble plus manifeste dans les premiers âges de la vie. Des parents atteints de goutte, d'arthritisme, de scrofule, de folie, etc., procréent des enfants diabétiques en proportion plus ou moins grande. L'hérédité paraît aussi jouer un rôle important ; un enfant meurt à 15 ans du diabète, sa mère, son grand frères, ses tantes étaient atteintes de la même affection.

Dans plus de la moitié des cas, la glycosurie paraît de 9 à 12 ans : le diabète est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense dans l'enfance, on doit donc toujours rechercher le sucre dans les urines ; souvent, en effet, on a découvert des diabètes, comme par hasard, en examinant les urines d'enfants dont on ne pouvait s'expliquer l'état cachectique. M. Redon est d'avis que souvent on a pu avoir des diabètes méconnues, surtout dans les premières périodes, les seules où l'affection puisse être facilement guérie. La maladie a paru aussi fréquente chez les filles que chez les garçons ; le nombre des cas relatés n'est cependant pas, croyons-nous, assez considérable pour qu'on puisse se faire une opinion à cet égard.

Plusieurs des symptômes diffèrent notablement de ce qu'ils sont chez l'adulte. La polyurie est constante, elle est plus marquée que chez l'adulte. La quantité de sucre rapportée au poids du corps est aussi plus considérable ; dans les 4/5 des cas on a noté de la polyphagie et cependant les pertes sont mal réparées puisque l'autophagie paraît être plus précoce que chez l'adulte ; chez l'enfant on aurait bien rarement observé le diabète gras.

La marche de la maladie semble aussi revêtir un aspect différent chez l'enfant. Tout d'abord, le caractèe change, le petit malade est inquiet, agacé, devient sombre, réservé, souffreteux ; il survient un peu de dyspnée, un amaigrissement rapide, une constipation opiniâtre, de la faiblesse sans cause ; le pouls peut être un peu plus fréquent, ne s'accompagne d'aucune élévation de la température, la peau est sèche, rapeuse, les yeux s'excavent. C'est alors qu'on peut observer par les moyens ordinaires le sucre dans les urines et qu'on s'explique ainsi et la soif et la faim insatiables que l'on constate bientôt chez l'enfant ; bien plus rarement on voit survenir un état aigu du diabète conduisant rapidement à la mort.

Il est bien évident que toutes les complications ordinaires du diabète peuvent s'observer chez l'enfant, mais cependant la phthisie diabétique serait plus rare que chez l'adulte.

La durée de la maladie est assez courte, elle est d'autant moins longue que l'enfant est plus jeune ; elle n'a jamais dépassé 3 ans 1/2 à 15 ans et n'a été que de quelques jours chez un enfant d'un an.

Le pronostic du diabète est moins grave chez l'enfant ; sur trente-deux cas, M. Redon note dix guérisons Quand on cherche comment elles se sont effectuées, on est frappé de voir que le traitement a été appliqué de très-bonne heure. Dans une des observations, la mère diabétique attendait avec anxiété l'apparition du sucre chez son enfant, dont elle s'était exercée à examiner l'urine ; traitée dès le premier jour, la fillette fut guérie en un mois. Il se dégage donc du travail de M. Redon cette indication de la plus haute importance, qu'il faut méthodiquement chercher le sucre dans les urines de ses petits malades, c'est là le salut pour ceux qui sont diabétiques au début, car alors on appliquera à temps un traitement curatif, celui qu'emploie M. Bouchardat chez l'adulte.

En terminant cette rapide analyse d'un travail intéressant, nous ne pouvons que féliciter M. Redon d'avoir ainsi éclairci un point controuvé de la pathologie infantile, il nous semble acquis désormais : 1° Que le diabète sucré existe chez l'enfant, trop souvent à l'état latent ; 2° Que pris au début on peut souvent le guérir, et qu'on doit, par conséquent, toujours avoir soin de le rechercher. H. de Boyer.

VARIA

Liste des prix de la Faculté de médecine de Paris pour l'année 1876-1877.

Dans les séances des 23, 30 novembre et 21 décembre, l'Assemblée de la Faculté, après avoir entendu les rapports des commissions chargées d'examiner les titres de chacun des candidats, a dressé la liste des lauréats. Cette liste a été approuvée par M. le ministre de l'Instruction publique par décisions des 13, 15 et 16 décembre 1876, 22 et 30 janvier 1877.

1° Prix Trémont (1,000 fr.). — Ce prix a été partagé en parties égales entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

2° Prix Barbier (2,000 fr.). — M. le docteur Paquelin, auteur d'un appareil dit *thermo-cautère*.

3° Prix Chateauvillard (2,000 fr.). — M. le docteur Topinard, pour son *Manuel d'anthropologie*.

4° Prix Corvisart (médaille et 400 fr.). — Partagé, par portions égales entre MM. Hirtz (Lucien), externe à la clinique médicale de la Pitié, et Butruille (Hippolyte-Vincent), externe à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

5° Prix Lacaze (10,000 fr.). — M. le docteur Villemin, professeur à l'école militaire du Val-de-Grâce, pour ses travaux sur la phthisie, savoir : 1° *Traité sur la tuberculose ;* 2° *de la virulence et de la spécificité de la tuberculose ;* 3° *de la propagation de la phthisie.*

6° Prix Monthyon (médaille de vermeil et 300 fr.). — M. Manouvriez (Anatole-Hippolyte), médecin adjoint des épidémies, à Valenciennes (Nord).

7° Thèses récompensées :

1° *Médailles d'argent.*

MM. Armaignac (Henri). De la greffe animale et de ses applications à la chirurgie. — Budin (René-Constantin). De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. — Hanot (Victor). Etude sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie (cirrhose hypertrophique avec ictère chronique). — Landouzy (Louis). Contributions à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales. — Magnin (Antoine). Recherches géologiques, botaniques et statistiques sur l'impaludisme dans les dombes et les miasmes paludéens. — Peyrot (Jean-Joseph). Etude expérimentale et clinique sur la pleurotomie. — Raymond (Fulgence). Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémianesthésie, l'hémichorée et les tremblements symptomatiques. — Reclus (Paul). Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse. — Pierret (Antoine). Essai sur les symptômes céphaliques du tabes dorsalis.

2° *Médailles de bronze.*

Augier (Adolphe). Recherches sur le développement des pariétaux à la région sagittale. — Bétous (Isidore). Etude sur le tabes dorsal spasmodique. Cartaz (Adolphe). Des névralgies envisagées au point de vue de la sensibilité récurrente. — Couty (Louis). Etude expérimentale sur l'entrée de l'air dans les veines (les gaz intra-vasculaires). — Drouin (Alphonse), De la pupille, anatomie, physiologie, séméiologie. — Dubourg (Pierre). Recherches physiologiques sur les intermittences du cœur. — Empereur (Constantin). Essai sur la nutrition dans l'hystérie. — Féa (Charles). Etude sur la transmission des bruits respiratoires dans les grands épanchements pleurétiques. — Guillaumet (Paul). Du traitement des ulcérations chroniques (syphilis, scrofule, etc.) et des plaies anatomiques par le sulfure de carbone. — Ledouble (Anatole). Du kleisis général et principalement de l'occlusion vaginale et vulvaire dans les fistules uro-génitales. — Pichot (François). Etude chronique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus. — Pierron (Arthur). Considérations sur le système artériel du bras et de l'avant-bras. — Pietkiewicz (Valérien). De la périostite alvéolo-dentaire. — Stoïcesco (G.-J.). Du frisson (pathogénie et nature), sa valeur séméiologique pendant l'état puerpéral. — Vincent (Eugène). De l'ablation du calcanéum en général et spécialement de l'ablation sous-périostée de cet os.

3° *Mentions honorables.*

Andral (Léon). Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des eaux sulfureuses d'Eaux-Bonnes. — Bellom (Pierre). Considérations sur la pathologie du ténia et de son traitement par la graine de courge. — Bellencontre (Paracelse-Elie-Désiré). Contribution à l'étude des kystes hydatiques comprimant la moelle épinière. — Bonne (Henri). Variation du nombre des globules blancs du sang dans quelques maladies. — Courmont (Frédéric). Des opérations applicables au bec-de-lièvre compliqué. — Daremberg (Georges). De l'expectoration dans la phthisie pulmonaire. — Desbrosses (F.). De l'anesthésie dans l'hémiplégie hystérique. — Dutrait (Eugène). Traitement de l'ostéo-arthrite du pied (carie du pied), par la cautérisation intra-articulaire. — Fiouppe (Jacques). Lymphatiques utérins et parallèle entre la lymphangite et la phlébite utérines (suites de couches). — Fouassier (Jean-Jacques). De la numération des globules du sang dans les suites de couches physiologiques et dans la lymphangite utérine. — Foucart (Eugène). De la mort subite ou rapide après la thoracentèse. — Fouque (Louis). Une épidémie de fièvre dengue en mer. — Foulhouse (Paul de la). Recherches sur les rapports anatomiques du cerveau avec la voûte du crâne chez les enfants. — Gauderon (Eugène). De la péritonite idiopathique aiguë des enfants, de sa terminaison par suppuration et par évacuation du pus par l'ombilic. — Gènevoix (François). Essai sur les variations de l'urée et de l'acide urique dans les maladies du foie. — Guilland (Jean). Contribution à l'étude des manifestations du rhumatisme sur l'urèthre et la vessie. — Hagenmuller (Paul). De la cholécystite dans la fièvre typhoïde. — Hermann (Jules). De la paralysie saturnine chez l'adulte. — Lucas-Championnière (Paul-Eugène). De la bronchite pseudo-membraneuse chronique. — Marty (Joseph-Emile). Des accidents gravido-cardiaques. — Moignot (Gabriel). Essai de pneumographie pour servir à l'étude des maladies des enfants. — Moriez (Robert-Joseph). De l'empoisonnement dans ses rapports avec les lésions traumatiques. — Muselier (Paul). Etude sur la valeur séméiotique de l'ecthyma. — Petit (Charles-Henri). Recherches sur l'albuminurie des femmes enceintes. — Planteau (Henri). Contribution à l'étude des tumeurs de la parotide. — Remy (Albert). De l'atrophie choroïdienne. — Roche (Pierre). Contribution à l'étude du mouvement de désarticulation chez les vieillards. — Savy (Claude). Contribution à l'étude des éruptions de la conjonctive. — Valdivieso (Adolphe). De l'exstrophie de la vessie envisagée spécialement au point de vue du traitement chirurgical. — Viault (F.-G.). Etude clinique sur la transfusion du sang et sur quelques injections intra-veineuses. — Violet (Louis). Du pain. — Voisin (Jules). Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. — Torio (Albert). Etude comparative des températures centrale et périphérique dans la pleurésie et la pneumonie. — Ziembicki (G.). Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire. — Cazeneuve (Paul). Recherches de chimie médicale sur l'hématine (étude médico-légale).

LISTE DES PRIX DE LA FACULTÉ POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 1876-1877.

Nous ne croyons pas devoir reproduire les dispositions relatives à l'institution de chacun de ces prix et aux conditions du concours : elles sont les mêmes chaque année et l'on peut s'en enquérir auprès de la Faculté. Nous ferons connaître seulement les questions proposées pour certains concours, qui doivent porter sur des sujets déterminés. Ainsi pour le *prix Corvisart* (concours de 1877), la question proposée est : Des cirrhoses du foie. Pour le *prix Lacaze* (bi-annuel), qui porte alternativement sur la phthisie et sur la fièvre typhoïde, le prix, pour le concours de 1878, sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur cette dernière maladie.

Organisation de la Faculté de médecine de Lyon.

Le président de la République française, Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, Vu la loi du 8 décembre 1874, portant création d'une faculté mixte de médecine et de pharmacie à Lyon ; Vu la délibération du conseil municipal de Lyon, en date du 16 janvier 1877, portant confirmation des offres précédemment faites par la ville et acceptées par la loi précitée ;

Vu la délibération du conseil d'administration des hospices civils de Lyon, en date du 14 mars 1877, et la délibération du conseil municipal, en date du 5 avril suivant, déterminant les services hospitaliers attribués à la Faculté pour les cliniques des chaires et des cours complémentaires, Décrète :

Art. 1er. — L'enseignement de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est constituée comme il suit :

1° *Vingt-cinq chaires.*

Anatomie.	1
Physiologie.	1
Anatomie générale et histologie.	1
Anatomie pathologique.	1
Médecine expérimentale et comparée.	1
Chimie médicale et pharmaceutique.	1
Physique médicale.	1
Histoire naturelle.	1
Pharmacie.	1
Pathologie interne.	1
Pathologie externe.	1
Pathologie et thérapeutique générales.	1
Hygiène.	1
Thérapeutique.	1
Matière médicale.	1
Médecine légale et toxicologie.	1
Médecine opératoire.	1
Clinique médicale.	2
— chirurgicale.	2
— obstétricale.	1
— opthalmologique.	1
— des maladies cutanées et syphilitiques.	1
— des maladies mentales.	1

2° *Deux cours cliniques et complémentaires.*

Maladies des femmes.	1
Maladies des enfants.	1

Art. 2. — Le nombre des agrégés attachés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est fixé à vingt-deux. En outre des chaires magistrales et des cliniques complémentaires mentionnées à l'article 1er, il peut être institué des cours annexes ou des conférences. Ces enseignements seront confiés soit à des agrégés, soit à des docteurs.

Art. 3. — Le chiffre des traitements des professeurs et agrégés, et le chiffre des allocations spéciales qui seront attribuées à ces fonctionnaires en leur qualité de directeurs ou chefs de laboratoire, seront déterminés par le ministre dans les limites prévues par les conventions passées entre le ministre de l'instruction publique et la ville de Lyon. Le ministre de l'instruction publique fixera, dans ces limites et suivant les besoins du service, le nombre et le traitement des agents auxiliaires de l'enseignement ou de l'ordre administratif.

Art. 4. — Les dispositions financières édictées aux articles 2, 3, 4 et 5 du décret du 29 octobre 1875 concernant la Faculté de droit de Lyon, seront appliquées à la faculté mixte de médecine et de pharmacie.

Dispositions transitoires.

Art. 5. — Les professeurs et agrégés n'entreront en possession de leur traitement et notamment de l'indemnité attachée à la fonction de directeur ou de chef de laboratoire qu'après installation complète de ces services.

Art. 6. — Les ministres des finances et de l'instruction publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 24 avril 1877.

Maréchal de Mac-Mahon, duc de Magenta.

Par le Président de la République :

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, Waddington.

Par décret en date du 24 avril 1877, sont nommés professeurs titulaires à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon les docteurs en médecine dont les noms suivent, savoir :

Anatomie générale et histologie, M. Renaut, directeur du laboratoire d'anatomie pathologique de la Charité de Paris.

Physique médicale, M. Monoyer, agrégé près la faculté de médecine de Nancy.

Chimie médicale et pharmaceutique, M. Glénard, professeur de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

Médecine expérimentale et comparée, M. Chauveau, directeur de l'école vétérinaire de Lyon, correspondant de l'Institut, membre associé de l'Académie de médecine.

Clinique médicale, M. Teissier, professeur titulaire à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

Clinique médicale, M. Lépine, agrégé de la faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris.

Clinique chirurgicale, M. Ollier, ancien chirurgien en chef des hôpitaux de Lyon, correspondant de l'Institut, membre de l'Académie de médecine.

Clinique chirurgicale, M. Desgranges, professeur adjoint à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

Clinique obstétricale, M. Bouchacourt, professeur titulaire à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

Clinique ophthalmologique, M. Gayet, professeur suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, M. Gailleton, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon.

Hygiène, M. Rollet, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon, membre du conseil d'hygiène du Rhône.

Médecine légale et toxicologie, M. Gromier, professeur titulaire à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

Par décret en date du 24 avril 1877, sont nommés à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon :

Professeur d'anatomie, M. Paulet, médecin principal de l'armée, professeur à l'école d'application du Val-de-Grâce.

Professeur de matière médicale, M. Cauvet, pharmacien principal de l'armée, ancien professeur titulaire à l'école supérieure de pharmacie de Nancy

Par décret en date du 24 avril 1877, M. Loret, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie et à la faculté des sciences de Lyon, est nommé professeur d'histoire naturelle à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Par arrêté du 24 avril 1877, sont nommés chargés de cours à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon dans les chaires ci-après désignés :

Physiologie, M. le docteur Picard.

Anatomie pathologique, M. le docteur Pierret.

Pathologie et thérapeutique générales, M. Mayet, chef de service à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Pathologie interne, M. Boudet, professeur suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Pathologie externe, M. Berne, professeur titulaire à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, ex-chirurgien en chef de la Charité.

Médecine opératoire, M. Léon Tripier, professeur d'anatomie à l'école des beaux-arts de Lyon.

Clinique des maladies mentales, M. Arthaud, directeur de l'asile des aliénés de Brou.

Thérapeutique, M. Soulier, médecin de l'hôpital de la Croix-Rousse.

Pharmacie, M. Crolas, professeur adjoint à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

Par arrêté en date du 24 avril 1877, M. Letiévant, chirurgien en chef à l'hôtel-Dieu, professeur adjoint à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur adjoint de pathologie externe à la faculté de médecine et de pharmacie instituée dans cette même ville.

M. Rambaud, professeur adjoint de clinique médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est continué dans ces mêmes fonctions à la faculté de médecine et de pharmacie de cette ville.

Par arrêté en date du 24 avril 1877, M. Lortet, docteur en médecine, docteur ès-sciences, professeur d'histoire naturelle à la faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé, pour trois ans, doyen de ladite faculté.

Par arrêté en date du 24 avril 1877, sont chargés des cliniques complémentaires instituées à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon :

Clinique des maladies des femmes, M. Laroyenne, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité de Lyon.

Clinique des maladies des enfants, M. Perroud, chef de service à l'hôpital de la Charité de Lyon.

Par arrêté en date du 24 avril 1877, sont chargés, près la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, des cours complémentaires ci-après désignés :

Pathologie interne. M. Raymond Tripier, médecin des hôpitaux de Lyon.

Clinique de chirurgie des enfants, M. Fochier, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon.

Accouchements, M. Delore, ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

Maladies cutanées et syphilitiques, M. Dron, chirurgien en chef titulaire de l'Antiquaille de Lyon.

Par arrêté en date du 24 avril 1877, sont chargés des fonctions d'agrégé près la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon :

1° SECTION DE MÉDECINE.

Clinique et pathologie internes ; MM. Lucin Meynet, médecin des hôpitaux; Raymond Tripier, id. ; Clément, id.

Médecine légale : M. Français, médecin des hôpitaux:

Thérapeutique : M. Bergeon, suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

Maladies mentales : MM. Carrier, médecin des hôpitaux; Colrat, id.

2° SECTION DE CHIRURGIE.

Clinique et pathologie externes : MM. Delore, suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon; Dron, major de l'Antiquaille; Daniel Mollière, major désigné de l'Hotel-Dieu; Fochier, major désigné de la Charité; Aubert, chirurgien-major de l'Antiquaille; Marduel, chef de clinique d'accouchement, à l'école préparatoire.

3° SECTION DES SCIENCES AUXILIAIRES ET PHARMACEUTIQUES.

Anatomie et physiologie : M. Charpy, chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

Histoire naturelle et pharmacie : M. Duchamp, chef du laboratoire d'histoire naturelle et des travaux pratiques de pharmacie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

Les fonctionnaires ci-dessus désignés entreront immédiatement en exercice ; une moitié d'entre eux, désignée par le sort, sera renouvelée après trois ans, l'autre moitié après six ans. Avant la fin de la seconde année scolaire, la nomination du premier tiers des agrégés titulaires sera faite au concours, dans les formes prévues par le statut du 16 novembre 1874.

Instruction publique en Saxe.

Dans les établissements d'instruction supérieure, le nombre des professeurs est de 251 dont 131 titulaires et 120 supplémentaires et agrégés (Privart docenten). Ces établissements sont, outre l'Université de Leipzig, le Polytechnicum de Dresde, l'Académie des beaux-arts de la même ville, celle de Leipzig, l'Académie des mines à Freiberg et l'Académie forestière à Tharaud. Quant au nombre d'étudiants il est de 3,724. La Saxe compte ensuite 13 gymnases ayant 280 professeurs et 3,368 élèves, ce qui fait une proportion de 1 à 12. Les écoles élémentaires publiques y sont au nombre de 2,116, dont 2,073 évangéliques et 43 catholiques. Celui des instituteurs est de 5,015, dont 3,975 fixes et 1,020 provisoires. Les écoliers étant au nombre de 441,393, c'est en moyenne 88 élèves par instituteur.

Population de l'Autriche.

D'après l'Annuaire de statistique pour l'année 1876, publié à Vienne (Autriche-Hongrie), en 1877 et qui emprunte les chiffres aux relevés de la commission impériale et royale de statistique autrichienne, les pays et les provinces représentées au Reichsrath renfermaient, à la fin de l'année 1876, une population de 21,565,435 habitants. En 1869 le recensement avait constaté un chiffre de 20,394,980 âmes ; ce qui fait une augmentation en sept ans, de plus de 1,170,000 habitants.

Enseignement médical libre.

Faculté de médecine de Paris. — Cours complémentaire de maladies des yeux. M. le dr Panas, agrégé, commencera ses leçons théoriques d'ophthalmologie le lundi 7 mai, à 5 h., dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Les leçons cliniques et les opérations ont lieu à l'hôpital Lariboisière, les lundi et jeudi de chaque semaine, à 9 heures du matin.

Hospice de la Salpétrière. — Cours public de pathologie mentale. M. le dr Luys reprendra ses leçons sur la structure du cerveau et la pathologie mentale, le dimanche 13 mai, à 9 h. 1/2, salle des consultations, à l'infirmerie générale, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Hopital du Midi. — Leçons sur les maladies spécifiques des organes génitaux urinaires. M. le dr Charles Mauriac, commencera ses leçons cliniques le samedi 5 mai, à 9 h. 1/2 du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Le mercredi conférences au lit des malades.

Chaque leçon sera suivie d'instructions pratiques sur le traitement des maladies vénériennes.

Concours pour le bureau central. — (*Médecine*). — La seconde série d'épreuves s'est terminée mercredi ; les candidats ont eu à traiter les questions suivantes : Paralysie diphthérique ; accidents convulsifs dans l'albuminurie ; phlegmon péri-utérin ; accidents de la vaccine ; causes et diagnostic des perforations pulmonaires ; causes et diagnostic de l'hémiplégie faciale.

Les candidats admis à subir la 3e épreuve (consultation) sont MM. Danlos, Debove, Gingeot, Gouguenheim, Gouraud, Hallopeau, Hanot, Ho-

molle, Huchard, Joffroy, Landrieux, Legroux, Quinquand, Rathery, Rendu et Sevestre.

La première séance a eu lieu vendredi 4 mai. — Un nouveau concours pour trois places commencera le 4 juin.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Excursion géologique. M. DAUBRÉE, membre de l'Institut, professeur. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera une excursion géologique, le dimanche 6 mai 1877, aux environs de Montereau.

On se réunira à la gare de Lyon pour prendre, à 6 h. 50 du matin, le train pour Montereau. (On sera de retour à Paris, à 8 h. 20 du soir.)

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Cours de botanique. Herborisation. — M. Maxime CORNU, chargé du cours, fera sa prochaine excursion pour la récolte et l'étude des plantes cryptogames, le dimanche 6 mai 1877, dans les bois de Meudon.

Rendez-vous à Bellevue, à l'arrivée du train partant de Paris, gare Montparnasse, à 10 h. 1/2.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE. — Botanique rurale. M. CHATIN, professeur, membre de l'Académie des sciences, fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 6 mai, dans les bois de Saint-Cloud et Ville-d'Avray.

Rendez-vous aux gares de Montparnasse et de Saint-Lazarre, à 10 h. 1/4 par le train partant de Paris à 10 h. 1/2 pour la station de Saint-Cloud (rive droite) ; Bellevue (rive gauche).

On pourra prendre à 10 h. 1/2, quai du Louvre, le bateau pour Saint-Cloud.

Rendez-vous de départ dans le parc de Saint-Cloud près des cascades à 4 h. 3/4.

MÉDECINE DE LA MARINE. — Par décret du Président de la République en date du 17 avril 1877, rendu sur le rapport du Ministre de la marine et des colonies, M. Richaud (André-Adolphe-Xavier), médecin en chef de la marine, a été élevé au grade de directeur du service de santé dans le corps de santé de la marine. — (*Journal officiel.*)

NÉCROLOGIE. — Le *Temps* annonce la mort à Montpellier, de M. le dr MALLET, préparateur à la Faculté des sciences et chargé du cours de sériculture à l'Ecole d'agriculture de la Gaillarde. Il aurait succombé à une fièvre typhoïde.

Librairie Adolf. BONS et Cie, à Stuttgard (Wurtemberg).

KLINISCHE Vorträge über Krankheiten des Nervensystems von J.-M. CHARCOT, nach der Redaction von Dr BOURNEVILLE, traduit en allemand par le Dr BERTHOLD-FETZER. — 2e volume, 2e fascicule. — Volume in-8 de 156 pages.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

RAUBAUD. Pougues, ses eaux minérales, ses environs. 4e édition, revue et corrigée. 1 vol. in-18 de 300 pag. 3 fr.

NOUVEAU DICTIONNAIRE de médecine et de chirurgie pratiques, publié sous la direction du docteur Jaccoud. Tome 23e MON-NEW, illustré de 100 fig. intercalées dans le texte. 1 vol. in-8 de 850 p. 10 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. GALLARD. Visite à 9 h. Leçons cliniques mardi, samedi. Salle du Rosaire (F.): 10, pneumonie; 18, phlegmon péri-utérin, propagat. de la fosse iliaque droite; 20, allongement hypertrophique du col de l'utérus, opération; 23, corps fibreux de l'utérus; 27, pyélo-néphrite calculeuse; 38, carcinome de l'estomac. — Salle Saint-Athanase (H.): 11, néphrite interstitielle; 12, pneumonie; 13, périostites multiples, paralysie faciale, syphilis probable; 27, 39, carcinome de l'estomac; 42, pleurésie aiguë; 43, décubitus aigu, guérison; 54, pleurésie tuberculeuse.

Service de M. LABBÉ. Visite à 9 h. 1/4. Opération le mardi. Salle Saint-Gabriel (H.): 1, tumeur du voile du palais; 4, épithélioma de la langue; 6, rupture du tendon du triceps; 9, fistule uréthro-périnéale; 11, glaucome aigu; 12, abcès de la synoviale des extenseurs du pouce; 18, carie de l'astragale; 19, spina ventosa; 29, iritis syphilitique; 33, abcès par congestion; 38, enchondrome du 4e métacarpien.

Service de M. GOMBAULT. Visite à 8 h. 1/2. Salle Saint-Michel (H.): 1, phthisie laryngée; 2, scrofulose sénile, affection cardiaque; 7, phthisie, anasarque; 8, compression médullaire; 9, hypertrophie cardiaque, souffle extra-cardiaque; 14, fièvre typhoïde; 17, oreillons. — Salle Notre-Dame (F.) : 5, anémie, albuminurie; 29, chorée hystérique, vomissements; 30, fièvre typhoïde, accouchement prématuré; 32, péricardite sèche, insuffisance mitrale; 39, typhlite; 40, hématocèle rétro-utérine.

Service de M. VERNEUIL. Visite à 8 h. 1/2. Opérations et clinique lundi, mercredi et vendredi. Spéculum samedi. Salle Saint-Augustin (F.): 2, abcès péri-trochantérien; 16, 20, fistule vésico-vaginale; 17, irido-choroïdite; 18, fracture du col du fémur; 24, épithélioma du sein; 28, fracture de jambe, fracture du radius; 30, exostose sous-onguénale du gros orteil. — Salle Saint-Louis (H.): 3, fracture de la clavicule; 4, luxation de la clavicule; 6, abcès du sein; 7, écrasement des doigts; 17, abcès froid du grand trochanter; 21, hémorrhoïdes; 23, rétrécissement de l'urèthre; 31, abcès ossifluent du dos; 33, rétrécissement de l'œsophage; 57, écrasement du bras, amputation; 58, hémorrhoïdes.

Hôpital des cliniques. — *Lundi :* Clinique, opérations.
Mardi : Spéculum, consultation.
Mercredi : Cours de petite chirurgie, par M. Planteau, aide de clinique.
Jeudi : Consultation.
Vendredi : Clinique, opération.
Samedi : Consultation, ophthalmoscopie, otoscopie.

(H.): 2, pneumatose vésicale, hernie inguinale; 7, arthrite fongueuse de l'articulation médio-tarsienne; 10, luxation de l'épaule; 24, sarcome du gros orteil; 30, commotion cérébrale. — (F.): 8, plaie contuse, épanchement de graisse, 12, mal de Pott, abcès par congestion; 22, coxalgie, myotomie.

Hôpital Saint-Louis. — Cliniques dermatologiques et syphilographiques. Service de M. HILLAIRET. Visite à 9 h. Consultation externe le mardi. Jeudi conférences cliniques sur les maladies de la peau. Salle Henri IV, à 9 h. Pavillon Gabrielle : 16, lèpre tuberculeuse. — Salle Henri IV : 2, syphilide ulcéreuse de l'aile du nez; 16, syphilide populo-squammaire emfluente; 27, acné molluscoïde. Salle Saint-Louis : mycosis fungoïde.

Service de M. LAILLER. Visite à 8 h. 1/2. — Consultation externe le mercredi. Vendredi, conférences cliniques sur les affections cutanées, leur traitement. Salles Sainte-Foy et Saint-Mathieu à 8 h. 1/2. Lundi spéculum. Salle Saint-Foy : 7, syphilide de la main; 10, ulcération syphilitique de la voûte palatine; 11, eczéma lichenoïde. — Salle Saint-Mathieu : 28, pemphigus des muqueuses; 40, syphilis et psoriasis; 48, purpura rhumatismal; 80, lupus érythémateux.

Service de M. GUIBOUT. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le vendredi. Lundi, leçon clinique sur les maladies des femmes. Salle Henri IV, à 9 h. Samedi et lundi conférences cliniques sur les maladies de la peau.

Salles Henri IV et Saint-Charles, à 8 h. 1/2. Salle Henri IV : 27, corps fibreux sous-peritonéaux de l'utérus; 38, lupus érythémateux. — Salle Saint-Charles : 11, cancroïde; 43, paraplégie.

Service de M. Vidal. Visite à 9 heures. Consultation externe le jeudi. Lundi, leçons sur l'étiologie, le diagnostic et la thérapeutique des affections cutanées, salle Saint-Jean, 10 heures. Vendredi, conférence clinique au lit des malades, même salle, 9 heures. Mercredi, traitement du lupus par les scarifications. Samedi, spéculum. — Salle Saint-Ferdinand : accouchements. — Salle Saint-Jean 19 bis : molluscum fibrosum généralisé ; 20 adémie ; 22 syphilide molique chez un vieillard ; 25 acné varioliforme ; 29 glossite syphilitique tertiaire ; 33 lupus syphilitique du nez et de la lèvre inférieure ; 35 mélanose de la lèvre inférieure ; 50 lupus acnéique ; 50 épithélioma papillomateux de la lièvre inférieure ; 59 épithélioma du nez ; 68 pemphigus ; 71 pityriasis rosea.

Service de M. Besnier. Visite à 8 heures 1/2. Consultation externe le lundi. Mercredi conférence clinique, salles Saint-Thomas et Saint-Léon, 9 heures. Samedi, cours élémentaire de pathologie cutanée (laboratoire de la salle Saint-Léon, 9 heures.) Vendredi, spéculum. — Salle Saint-Thomas, 45 syphilide populo-tuberculeuse des lèvres ; 48 lupus vorax du nez ; 49 érythème noueux strumeux ; 50 syphilide érythémato ulcéreuse du nez ; 60 favus ; 62 syphilose pharyngo-nasale ; 65 psoriasis aigue inveterata. — Salle Saint-Léon : 7, 11 pélade ; 17 lupus érythémateux acnéique ; 22 pélade généralisée , 23 eczéma vésico pustuleux du dos des mains ; 45 acné strumeuse aiguë du nez ; 50 lupus tuberculeux de l'avant-bras et de la main ; 57 psoriasis confluent.

Service de M. Fournier. — Visite à 9 h. Consultation externe le samedi ; mardi, conférences cliniques pour les maladies syphilitiques, salles St-Thomas et St-Jean, à 8 h. 1/2. Vendredis cours complémentaires de la Faculté sur les maladies syphilitiques, à l'amphithéâtre d'opérations, à 9 h. 1/2. — Salle St-Thomas : 7, syphilis cérébrale; 15, chancre du nez; 20, palpitations cardiaques essentielles; 21, nécrose du crâne; 39, syphilome anorectal. — Salle St-Louis : 19, rupia syphilitique; 21, ataxie syphilitique, 58, scorbut; 45, adémie.

Cliniques chirurgicales. *Service de M. Péan.* — Visite à 9 heures ; consultation externe lundi, mercredi et vendredi; samedi, opérations et clinique chirurgicale à l'amphithéâtre; mardi, spéculum. — Salle Ste-Marthe : 18, hypertrophie congénitale du pied; 32, kyste spermatique; 23, ulcération tuberculeuse de l'anus; 41, épithélium du sein chez un homme. — Salle St-Augustin : rétrécissement syphilitique du rectum.

Service de M. Duplay. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe mardi, jeudi et samedi. Jeudi, opérations et clinique chirurgicale à l'amphithéâtre, à 9 heures. Lundi, examen des yeux et des oreilles. Samedi, spéculum. — Salle St-Augustin : 14, calcul vésical; 16, calcul de l'urèthre; 22, mal perforant; 31, épithélioma sous-onguéal; 50, urèthrotomie externe; 54, plaie pénétrante de l'articulation cuboïdo astragalienne; 58, gangrène de la rage; 60, valgus pied plat. — Salle Ste-Marthe : 74, genu valgus pied bot, varus.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 19. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 12 MAI 1877.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

Note sur un signe permettant de reconnaître une hémorrhagie des parois du vagin après l'accouchement (1);

Par le Dr **P. BUDIN.**

Les hémorrhagies qui surviennent au moment de la délivrance ont vivement, de tout temps, préoccupé les accoucheurs. S'il est inutile d'insister sur leur gravité, il ne l'est peut-être pas de rappeler les erreurs de diagnostic auxquelles elles peuvent donner lieu. « Une hémorrhagie » considérable et même mortelle, dit J. Matthews Duncan, » peut être prise à tort pour une hémorrhagie *post-partum*, quand elle vient d'une source qui n'est nullement » soupçonnée. J'ai vu une artère du périnée saigner abon- » damment douze heures après la délivrance. Parmi ces » hémorrhagies qu'on ne soupçonne pas sont les lésions du » col, du vagin, du périnée, des lèvres, etc.. (2). » Dans ces cas, la thérapeutique s'égare, et les malades, si elles ne succombent pas, peuvent être en grand danger. Un certain nombre d'auteurs Klaproth, Winkel, Poppel, Muller, Schrœder et Laroyenne ont appelé l'attention sur les hémorrhagies clitoridiennes. Ces hémorrhagies sont en général faciles à reconnaître, mais des varices développées au niveau de la moitié antérieure du vagin peuvent aussi se rompre ; si la muqueuse reste intacte, un thrombus se formera probablement, si, au contraire, elle se déchire en même temps que le vaisseau, il surviendra une hémorrhagie abondante dont le point de départ sera parfois méconnu. La relation des faits qui suivent pourra peut-être dans quelques cas mettre à l'avenir sur la voie du diagnostic.

Observation I. — Le 22 octobre 1875, dans le service de mon excellent maître, M. le Dr Tarnier, accouchait à la Maternité de Paris, à 2 heures 1/2 de l'après-midi la nommée Marguerite R... primipare, âgée de 22 ans. L'enfant présentait le sommet en O.I.G.A. A peine la tête était-elle sortie que l'occiput s'inclina légèrement du côté gauche, et nous vîmes alors s'écouler à droite et à gauche du cou de l'enfant une certaine quantité de sang rutilant. Ce sang ne pouvait venir de l'utérus, puisque les épaules et le tronc remplissaient la cavité vaginale. Ces parties furent expulsées à leur tour, et au fur à mesure qu'elles se dégageaient on voyait sortir couvert de sang tout le côté latéral droit de l'enfant, côté qui était dirigé en haut. Nous pensâmes immédiatement à une hémorrhagie clitoridienne, dont M. Laroyenne (de Lyon) avait, quelques mois auparavant, rapporté plusieurs cas. Après l'expulsion de l'enfant, le sang continua à couler en abondance, il était rutilant et venait de la branche droite du clitoris. A plusieurs reprises, on fit des lavages à l'eau froide, l'écoulement diminua beaucoup : quelques minutes après, la délivrance fut faite par expression. Le placenta sortit en présentant son bord : sa face utérine n'était pas recouverte par les membranes. L'écoulement du sang continuant par la plaie clitoridienne, quelques nouveaux lavages à l'eau froide, puis la compression faite sur la plaie pendant dix minutes amenèrent la cessation de l'hémorrhagie. L'enfant était du sexe masculin, volumineux ; sa longueur était de 49 centimètres et son poids de 3,790 grammes.

Observation II. — Deux mois plus tard, le 16 décembre, j'assistai à la Maternité à l'accouchement de la nommée Barr.. primipare. L'enfant présentait le sommet en O.I.G.A. La tête étant sortie, lorsque le corps se dégagea, je remarquai sur l'épaule droite une large tache de sang qui se continuait sur toute la partie latérale du tronc et sur le siége du même côté. Pendant qu'on essuyait l'enfant et qu'on attendait la cessation des battements du cordon pour en faire la ligature, me rappelant le fait qui précède, je me demandai si une hémorrhagie n'allait pas avoir lieu, hémorrhagie dont la source serait non pas au niveau du clitoris, mais un peu en arrière, puisque du sang n'avait pas glissé sur le cou de l'enfant. En surveillant attentivement la vulve, je vis après quelques minutes du sang rouge couler abondamment. Je signalai cette hémorrhagie à l'aide sage-femme qui s'occupait de l'enfant et je lui en indiquai la source probable.

Elle mit immédiatement la main sur le fond de l'utérus, comprima et déprima cet organe. Une certaine quantité de caillots sortit par la vulve, elle crut alors à une hémorrhagie utérine et donna l'ordre de préparer du seigle ergoté. Je lui fis remarquer que l'utérus, sous sa main, était dur, contracté, et que cependant un écoulement abondant persistait. Après avoir placé la femme devant une fenêtre dans une situation qui permettait à la lumière d'arriver directement sur les parties génitales, j'écartai les lèvres et les parois du vagin et je vis, du côté droit, ruisseler du sang très-rouge dont la couleur contrastait avec la coloration foncée et noirâtre des caillots.

Il y avait là des varices nombreuses et volumineuses qui s'étaient rompues en un point qu'on put voir exactement après avoir essuyé la muqueuse avec un linge. De même sur la paroi gauche du vagin, il existait des varices énormes qui présentaient également une déchirure par laquelle s'écoula it une certaine quantité de sang.

Ce qui s'était passé, est facile à comprendre. Aussitôt après la sortie du corps, le sang avait coulé et s'était accumulé dans le vagin. Ce canal s'était laissé distendre, puis enfin le sang avait coulé au dehors. En comprimant l'utérus on avait abaissé cet organe et du même coup chassé une partie des caillots contenus dans la cavité du vagin. L'expression faite à ce moment par l'aide-sage-femme avait suffi pour faire sortir le placenta. On introduisit un linge dans le vagin et on fit la compression des deux côtés. L'hémorrhagie s'arrêta, au bout de dix minutes, on cessa la compression : sur la paroi latérale droite, le sang ne coulait plus, mais l'écoulement reparut sur la paroi latérale gauche. On fit de nouveau la compression : après un quart d'heure toute hémorrhagie avait cessé.

Observation III. — Quinze jours ne s'étaient pas passés, que, par une coïncidence bizarre, j'eus occasion de voir un nouveau fait analogue au précédent. Il s'agissait encore d'une primipare : lorsque le tronc sortit, l'épaule et tout le côté qui était dirigé en haut se trouvaient être le siége d'une large tache de sang. Je pus, au grand étonnement des élèves, prédire une hémorrhagie des parois du vagin. Après quelques minutes, en effet, le sang coulait en abondance. Les caillots contenus dans la cavité vaginale furent enlevés et les lèvres écartées : on vit alors qu'une varice des parois s'était rompue et était la source d'une hémorrhagie que des lavages à l'eau froide, puis la compression, permirent d'arrêter.

Tels sont les faits que nous avons observés.

Sans vouloir leur donner une importance trop grande, nous ferons les remarques suivantes. Si le sang vient du clitoris, il s'écoule, on l'a vu, immédiatement à l'extérieur, aussitôt après la sortie de la tête, avant même l'expulsion du tronc de l'enfant. S'il venait, au contraire, de la rupture du col de l'utérus, rupture qui est habituelle, il serait sans doute effacé par le frottement du corps du fœtus contre les parois du canal vaginal qui sont si considérablement distendues. Nous nous demandons donc s'il ne serait pas rationnel de conclure, de l'apparition d'une large tache

(1) Communication faite à la Société de Biologie, le 21 avril 1877.

(2) J. Matthews Duncan.— Mécanisme de l'accouchement, etc., 1 vol. O. Doin. Paris 1876.

de sang s'étendant sur l'épaule et sur le tronc, à la rupture d'un vaisseau occupant la partie antérieure du vagin. Des observations ultérieures, faites par d'autres, décideront si, joint à l'état de dureté et de contraction de l'utérus, ce signe possède véritablement tout l'importance que nous sommes tenté de lui attribuer : en tous cas, nous avons cru les faits qui précèdent dignes d'être signalés brièvement.

MALADIES DES PAYS CHAUDS

De la fièvre du Bengale ;

Par le Dr **VIGUIER**, ancien interne des hôpitaux.

La plus redoutable des maladies de l'Inde est sans contredit la fièvre du Bengale, mieux nommée fièvre des jungles (*jungle's fever*), car bien loin d'être particulière au Bengale, elle présente dans d'autres provinces une fréquence et une gravité encore plus grandes. C'est la fièvre palustre sous toutes ses formes et avec son plus haut caractère de gravité. Européens et Indiens payent le même tribut au fléau, et il n'y a pas ici d'indemnité de race comme pour le choléra. Au Bengale et à Calcutta surtout, la fièvre frappe le plus souvent les gens qui vivent en partie sur la rivière, les marins, les bateliers, les coolies employés au chargement et au déchargement des navires, et les douaniers de la marine qui sont continuellement à bord. Après cette première catégorie, les plus éprouvés sont ceux qui passent souvent la nuit dans les champs ou sur les arroyos, comme les chasseurs et les inspecteurs ou directeurs de plantations. En ville, on observe un certain nombre de cas chez des gens que leur genre de vie n'expose pas à ces causes probables de maladie. C'est surtout au mois de septembre alors que les pluies viennent de cesser et que le soleil, qui n'a encore rien perdu de ses ardeurs, échauffe l'immense marais que forme alors le Bengale, que l'on observe le plus grand nombre des cas de fièvre, surtout chez les sujets qui n'en avaient pas encore été atteints; mais, du reste, il n'y a rien d'absolu, on peut en observer à toutes les époques de l'année et chez les personnes ayant subi une première attaque, les récidives ont lieu en tout temps indistinctement. La province la plus éprouvée est l'Assam; la mortalité y est effrayante et dépasse tout ce que l'on peut imaginer. J'ai donné des soins, dans les derniers temps de sa vie, à un malade, qui mourut dans le dernier degré de la cachexie palustre.

Il était *manager* d'une plantation de thé dans l'Assam et y avait contracté son mal. Quatre managers européens l'avaient successivement précédé dans cette plantation, et tous y étaient morts, trois d'entre eux étaient mariés et leurs femmes y étaient mortes, Madame L..., la femme de mon malade, qui l'avait accompagné dans l'Assam, a résisté, et elle est aujourd'hui la seule survivante des neuf Européens qui ont habité cette plantation. Mais ce n'est pas tout, la même plantation reçut, il y a quatre ans, un convoi de douze cents coolies de Madras ; à la mort de L..., il y a un an, il n'y avait plus que trois hommes survivants de ces douze cents. Ces faits ne sont pas très-connus et le gouvernement anglais qui voit avec répugnance ses sujets indiens engagés comme coolies pour les mines d'or de la Guyane, fait taire son humanité quand il s'agit d'engagements pour l'Assam, bien que les défrichements nécessaires à l'établissement des nouveaux *tea gardens* du nord-est soient infiniment plus meurtriers que les bords, hélas! trop malsains, d'Oyapock et du Maroni.

Les formes malignes et presque foudroyantes s'observent quelquefois, mais elles sont assez rares. Le plus ordinairement les premiers accès sont coupés rapidement par le sulfate de quinine, et le malade paraît guéri ; mais le plus souvent d'autres accès surviennent, le sulfate de quinine devient de moins en moins efficace, on a beau en élever la dose et traiter le malade par les solutions arsénicales, s'il ne quitte pas le pays et ne s'éloigne pas, ne fût-ce que pour passer quelques jours en mer ou dans les montagnes, il tombera presque fatalement dans la cachexie palustre, et alors tous les traitements et même le changement d'air n'empêcheront pas le résultat fatal. Certains malades résistent fort longtemps avant de tomber dans la cachexie; pendant un an, deux ans et plus, ils sont repris par la fièvre tous les deux ou trois mois, parfois tous les mois, et le sulfate de quinine qu'ils prennent alors à doses très-fortes (jusqu'à 2 gr. et 2 gr. 50) arrive à faire en quelque sorte partie de leur alimentation.

A cette période, et tant que dans les intervalles de fièvre la santé paraît assez bonne ; il n'est pas trop tard pour guérir, et le plus souvent un voyage en mer ou un séjour dans les montagnes rétabliront complétement la santé. Il est évident, du reste, que l'absence du foyer morbide devra être d'autant plus longue que la maladie sera plus ancienne.

Malheureusement, il est rare que les malades acceptent alors ce moyen de traitement ; ils ne consentent trop souvent à quitter leurs affaires que quand il est trop tard, quand la cachexie est commencée et que l'albuminurie permanente qui s'établit ordinairement à cette période est venue compliquer la situation. Ils partent alors et vont mourir en Europe ou en Egypte, si toutefois ils n'ont pas succombé pendant la traversée.

Telle est la forme ordinaire, et elle est tellement connue qu'il n'y a plus rien à dire à ce sujet; mais la fièvre des jungles ne se présente pas toujours avec ces caractères, et l'on rencontre souvent les formes dites larvées. Je ne dirai rien de la forme névralgique si bien connue aujourd'hui, mais je veux appeler l'attention sur une forme colliquative et apyrétique qu'il est souvent difficile de distinguer d'avec l'intoxication par le plomb ou la colique sèche.

Cette forme s'observe quelquefois sur des sujets ayant eu précédemment quelques accès de fièvre, et les antécédants peuvent faire soupçonner l'impaludisme ; mais elle peut aussi en être la première manifestation, et alors le diagnostic est plus difficile. Voici les symptômes de cette affection : le malade se plaint d'anorexie et de constipation habituelle, la tête est souvent lourde, mais la céphalalgie n'est pas un symptôme constant ; il se plaint surtout de douleurs abdominales très-vives, revenant par accès et tout-à-fait analogues aux coliques saturnines, douleurs atroces, surtout périombilicales, s'irradiant dans tout le ventre et semblant plutôt diminuées par une assez forte pression sur l'abdomen. Pendant l'accès, le malade est sans fièvre, les urines sont normales. Les accès reviennent sans régularité apparente et sont ordinairement précédés et suivis d'un état de malaise assez prononcé. Au début de la maladie, le patient, sans être absolument bien portant dans les intervalles des accès, peut cependant vaquer assez facilement à ses affaires. A une période plus avancée, les coliques se rapprochent, le malade s'affaiblit et maigrit considérablement, la percussion ne révèle pas d'augmentation de volume de la rate ni du foie, et la pression sur ces organes n'est pas très-douloureuse, bien que le ventre soit toujours plus sensible que dans l'état normal; pas de liseré des gencives. Les purgatifs répétés n'amènent aucun soulagement. En observant avec soin l'heure des accès et du malaise qui précède les coliques, on finit par reconnaître une certaine périodicité qui, sans être absolue, est cependant habituellement assez manifeste.

Par exemple, dans les cas où les coliques reviennent tous les jours ou deux ou trois fois par jour, il y a à peu près constamment tous les jours ou tous les deux jours, et assez sensiblement à la même heure, une crise plus forte que l'on peut considérer comme le véritable accès. Enfin, l'action du sulfate de quinine vient trancher la difficulté et mettre en lumière la nature palustre de la maladie ; cette action est, en effet, merveilleuse et amène des guérisons aussi rapides que complètes, d'autant plus que les malades n'étant pas habitués à ce médicament, il agit sur eux avec toute sa puissance.

Il est clair que, quand le sujet est très-amaigri et affaibli, on ne doit pas compter sur un rétablissement immédiat, mais ordinairement la marche de la convalescence est très-rapide.

J'ai vu un cas dans lequel il me fut impossible de noter aucune périodicité, et où je fus cependant amené à donner le sulfate de quinine, l'échec du traitement purgatif m'ayant fait supposer que j'avais probablement à faire à un de ces cas de fièvre larvée. Le résultat fut excellent, et le malade guérit complétement en très-peu de jours.

Ne pourrait-on pas considérer cette forme comme caractérisée par une véritable névralgie du plexus solaire?

La fréquence de la fièvre paludéenne ne doit pas faire perdre de vue la fièvre typhoïde qui, bien que rare dans l'Inde, existe pourtant et pourrait au début être confondue avec elle. J'ai vu un cas de ce genre, je croyais à une fièvre typhoïde ; un médecin expérimenté à qui je montrai le malade crut plutôt à une fièvre du Bengale; je maintins mon diagnostic et le malade étant mort de perforation, je pus faire l'autopsie et je trouvai de nombreuses plaques de Peyer ulcérées.

MALADIES DES YEUX

École pratique. — Cours de M. le Dr **E. LANDOLT.**

Du diagnostic des maladies des yeux.

Leçon recueillie par A. Charpentier.

IXe Leçon. — **Influence de l'âge sur l'Amplitude d'accommodation ; — de la Presbyopie. Acuité visuelle.**

Messieurs,

On confond assez souvent l'*acuité visuelle* et la *réfraction* de l'œil. Ce sont là deux choses très-différentes et qu'il faut bien distinguer l'une de l'autre, quoiqu'en pratique on ait coutume, et avec raison, de les déterminer ensemble.

La *réfraction* est simplement la fonction de l'*appareil dioptrique*, l'*acuité visuelle* est surtout une fonction de l'*appareil nerveux* de l'œil. La réfraction peut être absolument normale sans que l'œil voie, si son appareil nerveux ne fonctionne plus ; tandis que l'acuité visuelle peut être entière malgré de grandes anomalies de la réfraction, si ces dernières sont corrigibles.

On peut déterminer la réfraction sur tout œil, même sur l'œil mort; l'acuité visuelle, par contre, ne peut être déterminée que sur le vivant, et encore faut-il que ce vivant puisse s'expliquer nettement sur les impressions lumineuses qu'il reçoit.

L'acuité visuelle est pour la rétine ce qu'est la sensibilité tactile pour la peau. Aussi détermine-t-on les deux fonctions d'une façon analogue : on cherche pour l'une et pour l'autre *le plus petit écartement sous lequel deux points puissent être perçus séparément*. Pour la peau, on se sert de la pression mécanique des deux pointes d'un compas ; pour la rétine, de l'impression produite par *l'image rétinienne de deux points lumineux*.

La détermination de l'acuité visuelle consiste donc dans la détermination de la plus petite image rétinienne qui soit encore reconnue avec sa forme.

Je vous prie de remarquer, Messieurs, la restriction que je donne au mot d'image rétinienne : Ce n'est pas simplement « *la plus petite image rétinienne* » qui donne la mesure de l'acuité visuelle ; la plus petite image rétinienne, en effet, est un point dont la perceptibilité dépend uniquement de son intensité lumineuse. Un point lumineux donne, par conséquent, non pas l'acuité visuelle (la mesure de la distinction des formes) mais la perception lumineuse, la faculté que possède la rétine de distinguer les différences de clarté.

L'acuité visuelle correspondant à la faculté de la rétine de percevoir les formes, dépend de plusieurs facteurs :
1° avant tout *de la sensibilité rétinienne* ;
2° de l'*adaptation de la rétine* ;
3° de l'*éclairage général* ;
4° de la *netteté de l'image rétinienne* ;
5° de *son intensité lumineuse* ;

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876 ; n° 6 de 1877.

L'*adaptation* de l'œil à l'éclairage de l'espace dans lequel on opère est une condition dont il faut tenir compte dans toute expérience relative à la sensibilité rétinienne (distinction des formes, des différences de clarté, de la perception des couleurs). En passant d'un espace moins éclairé dans un espace plus éclairé, ou inversement, il faut un certain temps (vingt-cinq minutes environ) pour que la rétine se soit habituée à l'éclairage ambiant et soit en harmonie avec lui.

Quant à l'éclairage général, on sait que l'acuité visuelle varie avec lui; jusqu'à un certain degré d'éclairage, comme celui d'une belle journée de soleil, les deux termes varient dans le même sens, et, pour la lumière du jour, on peut dire suivant le même rapport ; mais l'éclairage vient-il à dépasser une certaine limite, l'acuité visuelle, au lieu d'augmenter, diminue.

La netteté de l'image rétinienne dépend essentiellement de la transparence des milieux dioptriques, de la régularité de leurs surfaces et de l'ajustement de l'œil à la distance de l'objet.

L'intensité lumineuse de l'image rétinienne dépend également de la transparence des milieux dioptriques. Elle est, en outre, proportionnelle à l'intensité lumineuse de l'objet et à la différence de clarté qui existe entre celui-ci et son fond.

Avant de commencer l'exploration des fonctions de rétine, il faut donc se rendre compte de l'intensité de l'éclairage général, il faut la mesurer. Le plus simple photomètre est l'acuité visuelle d'un œil normal que nous pouvons, dans ces cas, considérer comme proportionnelle à l'éclairage.

Avant d'entreprendre l'examen de l'acuité visuelle d'un autre, nous déterminerons celle de notre œil et si, par exemple, elle est seulement 4/5 de la normale, nous aurions à multiplier par 5/4 le chiffre de l'acuité visuelle du sujet examiné pour avoir son acuité visuelle réelle.

On laissera de plus l'œil à examiner s'adapter à l'éclairege général, et on l'ajustera à la distance de l'objet témoin. On mettra enfin ce dernier dans les conditions les plus simples et les plus favorables pour être distingués, en le choisissant noir sur fond blanc, ou blanc sur fond noir.

Les expériences de plusieurs auteurs ont prouvé qu'il faut, à deux points d'une image rétinienne, une distance d'environ 0,00436 mm. pour être distingués l'un de l'autre par la rétine. Cette image rétinienne correspond pour l'œil emmétrope type à un angle visuel de 1'.

C'est basé sur cette donnée que Snellen a construit ses échelles typographiques pour la détermination de l'acuité visuelle. Il a choisi comme objets témoins des lettres latines : des lettres, parce que ce sont les figures les plus répandues et que, malgré la variété de leurs formes, elles sont faciles à décrire ; des lettres latines, parce que ce sont les plus simples et les plus communes.

Ces caractères sont tous dessinés de manière à ce que, pour être reconnus, ils exigent que l'œil puisse distinguer deux points séparés l'un de l'autre par un angle de 1'; la largeur des traits noirs qui forment la lettre, de même que celle des interlignes blancs, est juste $\frac{1}{5}$ du diamètre de la lettre entière.

Chaque série de lettres porte un numéro qui indique en mètres (autrefois en pieds de Paris) la distance à laquelle la lettre apparait sous un angle de 5'. Or, pour que l'œil reconnaisse la lettre, il faut qu'il en distingue les interlignes ; ainsi pour distinguer le G de l'O il faut que l'œil distingue le blanc qui interrompt le cercle dans le G, il en est de même pour les lettres F et P, K et R, etc. Or, les interlignes correspondant au cinquième de la hauteur de la lettre tout entière, la distinction de la lettre exige donc, en effet, la perception d'une image rétinienne de 0,00436 mm.

Les échelles de Snellen contiennent un grand nombre de séries de lettres, correspondant à des distances de 32 cm. jusqu'à 60 mètres. Il résulte de ce que nous avons dit que l'œil qui distingue le n° 7 à 7 m. distingue le n° 10 à 10 m., le n° 60 à 60 m., etc. Il s'agit seulement de savoir

quelle est la distance la plus convenable pour déterminer l'acuité visuelle.

Nous avons vu, dans la leçon sur la réfraction, quel grand avantage il y a, à déterminer l'acuité visuelle et la réfraction tout ensemble.

Or, nous déterminons la réfraction à distance pour exclure l'accommodation autant que possible. Pour cela, il faut une distance d'au moins 5 à 6 mètres. Nous plaçons donc notre échelle à 6 m. et nous cherchons (successivement pour l'un et pour l'autre œil) quels sont les plus petits caractères qui sont distingués.

Pour voir à cette distance sans accommodation, il faut que l'œil soit emmétrope. S'il ne l'est pas, nous le rendrons emmétrope à l'aide d'une lentille correctrice. La lentille correctrice indique alors le degré de *l'amétropie*, la série des caractères distingués *l'acuité visuelle*.

Ainsi un emmétrope doit distinguer à 6 m. toutes les lettres du nº 6. S'il distingue seulement le nº 12, série qui devrait être lue à une distance de 12 m., parce que les caractères en sont deux fois plus grands, son acuité visuelle est seulement la moitié de la normale $(\frac{6}{12})$. Pour que le même œil reconnaisse les lettres nº 6, il faudrait les rapprocher jusqu'à 3 m.—S'il distingue le nº 7 à 6 m., son acuité visuelle est $\frac{6}{7}$; mais s'il voit non-seulement le nº 6, mais même le nº 4 à 6 m., numéro qu'il aurait le droit de rapprocher jusqu'à 4 m., son acuité visuelle est évidemment plus que normale, elle est de $\frac{6}{4}$.

Ce cas n'est pas rare. Vous trouverez beaucoup de jeunes gens qui jouissent d'une vue supérieure à celle que Snellen a admise comme normale. En effet, cette dernière n'est pas l'acuité visuelle *maxima*, elle est la *moyenne* de l'acuité visuelle des différents âges. L'acuité visuelle maxima, s'il était possible de la trouver, ne pourrait du reste pas même servir en pratique où il nous faut la limite au-delà de laquelle un œil doit être considéré comme anormal, en d'autres termes, l'acuité visuelle moyenne, et non pas maxima.

Vous avez pu voir, Messieurs, que l'acuité visuelle est toujours représentée par une fraction dont le dénominateur est égal à la distance à laquelle les caractères devaient être distingués, le numérateur à celle où les caractères sont lus dans le cas examiné. Appelons la première D, la deuxième d et l'acuité visuelle V, et nous pouvons écrire : $V = \frac{d}{D}$

Lorsque l'acuité visuelle n'est pas suffisante à l'œil nu, nous pensons d'abord à une anomalie de la réfraction et nous tâchons de la corriger.

Un individu qui, avec le verre convexe 2, lit à 6 m. le nº 8, a une hypermétropie de 2 D et une $V = \frac{6}{8}$.

Un autre qui, à la même distance, lit avec − 6 le nº 10 aura une myopie 6 D et une $V = \frac{6}{10}$.

Pour les personnes qui ne savent pas lire, Snellen a donné des figures ressemblant à des E et qui sont dessinées d'après le même principe que ces lettres. Ce sont des carrés dont un côté manque. Le sujet doit alors nous indiquer de quel côté la figure est ouverte. De cette façon on peut examiner facilement l'acuité visuelle des enfants ou des gens dont l'intelligence est moins développée, même des muets qui indiquent alors, avec la main, de quel côté la figure est ouverte.

Il est évident, qu'au lieu d'examiner l'acuité visuelle à l'aide de figures de grandeurs différentes, placées à une distance constante, on pourrait laisser constante la grandeur de l'objet témoin et varier la distance. Ainsi une seule série de lettres suffirait pour la détermination de V. Prenons, par exemple, le nº 6 des échelles de Snellen. L'individu qui le lit à 6 m. a une acuité visuelle normale. Si nous devons nous rapprocher jusqu'à 4 m. pour que les caractères soient distingués, V sera $= \frac{4}{6}$, etc., selon notre formule $V = \frac{d}{D}$.

Une seule figure des E de Snellen suffirait pour déterminer la vision. Au lieu de varier sa grandeur, on varierait la distance, et pour avoir des formes différentes, on changerait la direction de la figure. Ce procédé est commode dans les cas où l'on n'a pas toute l'échelle typographique sous la main, mais il est inférieur à l'autre dans tous les cas où il faut rapprocher la figure en deçà de 4 m. parce qu'alors l'accommodation vient troubler l'expérience.

Mais la combinaison des deux procédés, variation de la grandeur des objets témoins et variation de leur distance à l'œil, augmente considérablement l'exactitude de l'examen de l'acuité visuelle. Si nous avons trouvé la série Si des lettres qui est encore nettement distinguée à une distance donnée, nous pouvons essayer si en éloignant le tableau de quelques centimètres, l'œil continue à les distinguer. par exemple, un œil voit le nº 5 à 6 m., mais qu'il le distingue encore à 30 cent. plus loin V, sera non-seulement de $\frac{5}{6}$ mais de $\frac{53}{60}$.

Les échelles de Snellen, bien qu'étant les plus répandues, ne sont cependant pas les seules qui aient été construites pour la détermination de l'acuité visuelle à distance.

En effet, le principe de l'acuité visuelle donné, il était facile de faire imprimer des lettres-témoins latines et gothiques, noires et coloriées, etc. Malgré tout, les échelles de Snellen sont restées les plus répandues et les meilleures, et il serait vraiment à désirer qu'on n'augmentât pas inutilement le nombre des échelles-témoins, pour avoir une *unité* de comparaison dans tous les pays du monde, de sorte que les expériences faites à différents endroits soient toutes comparables entre elles.

Les seules lettres-témoins qui nous paraissent avoir une valeur à côté de celles de Snellen sont celles de Monoyer. Ces dernières s'appuient sur le même principe que celles de Snellen, mais elles sont construites de manière à ce que les différents numéros des lettres, reconnues à une distance de 5 mètres, correspondent à des différences de 1/10 dans l'acuité visuelle. Celle-ci alors, au lieu de s'exprimer en fractions quelconques, comme 5/6, 3/8, etc., s'exprime en fractions *décimales* : 0, 1, — 0,2, — 0,3, — 0,4, — etc., jusqu'à 1 ; ce qui facilite beaucoup la comparaison. Il serait seulement à désirer qu'elles eussent encore des caractères plus petits que ceux qui correspondent à l'acuité visuelle moyenne. Nous en avons vu plus haut les raisons.

Vous avez remarqué, Messieurs, que la méthode de déterminer l'acuité visuelle en même temps que la réfraction et à distance est très-simple et très-pratique. Mais elle est non-seulement pratique et simple, elle est aussi éminemment *rationnelle*. En effet, elle exclut, au moins pour la plus grande part, l'accommodation et, comme nous verrons, elle permet de rendre égales les images rétiniennes des amétropes et celles des emmétropes.

Ce dernier avantage est capital, et pour vous le faire apprécier, je dois vous dire quelques mots de l'influence des verres correcteurs sur l'acuité visuelle. C'est un fait d'observation vulgaire que les verres convexes grossissent et que les verres concaves rapetissent. On pourrait donc supposer que les hypermétropes, à l'aide de leurs verres correcteurs obtiennent des images rétiniennes plus grandes que les emmétropes et les myopes, et que ces derniers, au contraire, reçoivent des images plus petites. Les verres correcteurs viendraient donc troubler complétement les résultats de nos déterminations de l'acuité visuelle, en en changeant la condition fondamentale, l'égalité des images rétiniennes provenant des mêmes objets.

Mais, d'autre part, il est facile de concevoir qu'un œil court doit, toutes choses égales d'ailleurs, recevoir des images plus petites qu'un œil long. La petitesse de l'œil hypermétrope a donc sur l'acuité visuelle l'effet inverse de celui qu'a sa lentille correctrice, et la longueur de l'axe de l'œil myope, l'effet inverse de celui des lentilles concaves dont il a besoin. Il s'agit seulement de déterminer laquelle des deux influences l'emporte sur l'autre.

C'est une question très-importante en pratique, que celle de savoir si nous sommes en droit de demander à l'hypermétrope une acuité visuelle supérieure à celle de l'emmétrope parce qu'il se sert de lentilles grossissantes tandis

que l'autre voit à l'œil nu, ou si, au contraire, une acuité visuelle inférieure de la part de l'hypermétrope correspond néanmoins à une perception rétienne normale parce que l'hypermétrope obtient des images rétiniennes plus petites à cause de la brièveté de son œil.

Au contraire, un myope qui, après la correction de son amétropie, lit exactement les mêmes lettres que l'emmétrope à la même distance, a-t-il une acuité visuelle supérieure à celle de ce dernier parce qu'il les distingue *malgré* l'effet rapetissant de sa lentille, ou bien faut-il considérer son acuité visuelle comme défectueuse et chercher une affection du fond de l'œil, parce qu'en raison de la longueur du globe oculaire myope les images rétiniennes sont plus grandes et devraient donner une acuité visuelle supérieure à celle de l'emmétrope?

Cette question ne peut être résolue qu'à l'aide du calcul; mais le but essentiellement pratique de nos conférences m'obligeant à m'abstenir autant que possible de déductions mathématiques, je ne puis ici que vous donner les résultats des recherches qui ont été faites par Knapp, Donders, Woinow, Mauthner et nous-même, résultats qui concordent parfaitement entre eux. Voici les conclusions auxquelles nous sommes arrivés :

Vous vous rappelez, d'après notre première leçon sur la réfraction, que l'on peut corriger l'amétropie par différentes lentilles, suivant qu'on les place à une distance plus ou moins grande de l'œil. Or, dès que la lentille correctrice d'une amétropie axile se trouve *dans le foyer antérieur de l'œil, à 13 millimètres en avant de la cornée*, là où sont généralement placés les verres de lunettes, l'image rétinienne de l'amétrope devient égale à celle de l'emmétrope. Par contre, si on corrige l'hypermétropie par un verre convexe plus fort placé plus près de la cornée, l'image rétinienne devient plus petite ; elle devient plus grande si l'on emploie un verre plus faible que l'on éloigne du point indiqué. Un effet analogue se produit pour la myopie : ici, l'influence rapetissante de la lentille correctrice se fait sentir à mesure qu'elle dépasse le foyer antérieur de l'œil, tandis que l'influence grossissante de la longueur de l'œil l'emporte quand la lentille correctrice se trouve plus rapprochée de ce dernier.

J'ai pu vérifier ce fait de la façon la plus concluante, d'abord à l'aide de mon œil artificiel (1), d'autre part avec mes propres yeux, dont l'un est emmétrope et l'autre hypermétrope; de cette façon je suis à même de comparer directement la grandeur des images rétiniennes que reçoit l'œil hypermétrope par différentes corrections, avec celles de l'œil emmétrope. (*A suivre.*)

(1) *L'introduction du système métrique dans l'ophthalmologie*, p. 24, Paris.

Naissances et décès en Angleterre. — Le *Registrar* général vient de publier son sommaire annuel sur les naissances et les décès dans la capitale et quelques autres grandes villes de l'Angleterre pendant l'année 1876. Ce rapport contient quelques curieux calculs de statistique. Londres occupe une surface de 31,597 hectares ou 316 kilomètres carrés. Les routes et rues de cette immense cité ont une longueur d'environ 1,500 milles ; ces égouts en ont une de 2,000 milles.

Le recensement de 1871 comptait, sur cette vaste surface 417,767 maisons habitées contenant une moyenne de 7 et 8/10 personnes par maison ; la proportion était exactement la même en 1861. On continue toujours à bâtir dans toutes les directions. La propriété imposable a une valeur de plus de 581 millions de francs; cela signifie que les édifices sur la valeur locative desquels les contributions locales sont levées sont calculées à ce total.

La population s'est accrue dans la période décennale 1851-1861, de 1.73 pour 100; dans celle de 1861-1871 de 1.50 p. 100. En 1876, cette population était de 3,489,428 âmes, dont 1,633,221 mâles et 1,856,207 du sexe féminin. Le chiffre des naissances était de 127,015, dont 64,920 garçons et 62,095 filles. Le taux des naissances annuelles était de 36.5 par 1,000 habitants. Il y a eu 77,411 morts, dont 40,001 d'hommes et 37,410 de femmes. C'est une proportion de 22.3 par 1,000 habitants. Les naissances ont dépassé les décès de 49,604. Enfin l'accroissement de la population fut de 44,164 âmes. — (*Journal officiel.*)

Herborisation. — M. Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 13 mai 1877, dans la forêt de Montmorency. Rendez-vous à la gare du Nord. Départ à 7 h. 55 du matin.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Clinique des maladies du premier âge : M. Parrot.

Dimanche dernier, à neuf heures et demie, à l'hospice des Enfants-Assistés, devant un nombreux auditoire, M. Parrot a commencé la série des conférences cliniques sur les maladies du premier âge, qu'il avait si heureusement inaugurées en 1874 et qu'il compte, désormais, poursuivre chaque année à pareille époque.

Suivant le programme qu'il s'est tracé d'étudier, successivement, chez le nouveau-né, chacune des maladies d'*évolution*, l'athrepsie, la syphilis héréditaire, le rachitisme, l'œdème, etc., etc., le professeur aborde aujourd'hui l'histoire de la syphilis héréditaire. Celle-ci est bien une maladie d'évolution, puisque le virus syphilitique venant, au moment de la fécondation, s'insérer sur un organisme *en projet*, englue toute sa substance avant qu'elle ait pris forme, ou saisissant le fœtus dans l'utérus, imprègne le nouvel être en plein travail d'organisation.

L'intérêt de la syphilis héréditaire est encore ailleurs que dans l'évolution subie par l'organisme au moment même de la contamination, il est dans ce fait, qu'il arrive exceptionnellement au pathologiste de pouvoir étudier une maladie dont il connaisse la cause et qu'il puisse suivre de sa racine à ses rameaux, qu'il puisse suivre de son origine à ses nombreuses terminaisons.

Avant de pénétrer au cœur de son sujet, M. Parrot, tenant à bien délimiter le terrain sur lequel il allait s'engager, a pris soin de définir ce qu'on devait entendre par l'expression de syphilis héréditaire, qui n'est nullement synonyme des mots syphilis congénitale, syphilis infantile ou syphilis des nouveau-nés. La syphilis héréditaire est celle qu'un enfant hérite, prend, directement *du* père ou *de la* mère, qui sont les agents personnels, directs, de la contamination, soit au moment de la conception, soit pendant l'évolution fœtale. C'est la syphilis héréditaire seule que se propose d'étudier M. Parrot au point de vue clinique comme au point de vue théorique, et cela en mettant sous les yeux de ses auditeurs les petits malades de son service.

Un prélude intéressant à la description complète de la syphilis héréditaire, était l'historique de la question dont M. Parrot a nettement indiqué les deux périodes distinctes : dans une première, qui date du XVIe siècle, Gaspard Torella et Mathiol constatent la syphilis chez les nouveau-nés ; dans la seconde, qui commence avec Paracelse, l'hérédité est entrevue, puis acceptée et décrite par Augier Ferrier, par Fallope, Rondelet, Amb. Paré, Rosen et enfin, plus près de nous, par Mahon et Bertin.

La seconde partie de la leçon a été consacrée à l'examen (dans la salle même du cours) d'enfants intéressants à des titres divers : Le premier, était atteint d'athrepsie chronique, comme l'attestaient sa maigreur extrême, l'état sec de la peau, l'aspect sinueux de la face, le chevauchement des os du crâne et la faiblesse de ses cris, — un second, âgé de 13 jours seulement, présentait une affection très-grave chez les enfants du premier âge, une diphthérie labio-linguale, — un troisième, affecté d'un pemphigus non syphilitique, portait, sur la voûte palatine, une ulcération médiane consécutive à la rupture de kystes épidermiques, — un quatrième était atteint d'érythème des fesses de na-

ture d'autant plus douteuse que l'enfant portait un coryza pour lequel le diagnostic et le pronostic ne sauraient être trop réservés, — un cinquième présentait une malformation du cœur (probablement une communication interventriculaire) avec atrésie de l'artère pulmonaire, comme permettent de l'affirmer la cyanose et un souffle systolique assez rude perçu près de la fourchette sternale.

Après avoir donné en quelques mots l'histoire de chacun de ses petits malades, le professeur a terminé la leçon par la description de pièces provenant d'une de ses dernières autopsies dans laquelle il avait trouvé la confirmation de ce fait absolument constant qu'il n'y a pas, chez l'enfant, d'adénopathie tuberculeuse bronchique ou trachéale sans lésion tuberculeuse pulmonaire, ou, en d'autres termes, que l'adénopathie reflète toujours fidèlement l'état pathologique du poumon, opinion, comme on le voit, contraire à celle de la majorité des auteurs qui, croyant à l'existence d'une adénopathie tuberculeuse *primitive*, ne font pas, comme M. Parrot, des ganglions trachéo-bronchiques *le miroir du poumon*.

L'ordre suivi dans ce premier cours sera celui des autres conférences : les études théoriques seront, chaque fois, éclairées et complétées par l'examen des malades, puis, par la démonstration de pièces anatomiques ayant trait à la syphilis héréditaire principalement, mais non exclusivement, le professeur se proposant de faire profiter son auditoire de tous les éléments d'instruction qu'il pourra trouver dans son service : c'est assez dire que les auditeurs de M. Parrot sont assurés de voir beaucoup et de beaucoup apprendre.

L. Landouzy.

Les localisations cérébrales et le trépan à l'Académie de médecine. — Rapport de M. le professeur Gosselin.

Dans un Bulletin de ce journal (octobre 1876), nous signalions l'influence que pourrait avoir, un jour, la connaissance des *localisations cérébrales* sur le diagnostic et le traitement des traumatismes du crâne et du cerveau. Cette importante question vient d'être l'objet d'un rapport, aussi savant que judicieux, de M. le Professeur Gosselin, à l'Académie de médecine. Deux remarquables observations, l'une de MM. Proust et Terrillon, l'autre de M. Lucas-Championnière en ont été l'occasion.

Le malade de M. Proust était un jeune homme, qui, dans une rixe, reçut un coup de sabre-baïonnette, à la partie gauche de la tête. Vingt-un jours après l'accident, apparurent trois symptômes cérébraux importants : une difficulté pour trouver les mots (*aphasie*) ; une faiblesse notable du membre supérieur droit ; et une paralysie presque complète de tous les muscles animés par la portion du nerf facial droit qui se distribue au-dessous de l'orbiculaire palpébral.

M. Terrillon, attribuant ces symptômes, à une compression cérébrale, appliqua une couronne de trépan au niveau de la lésion crânienne, et enleva trois fragments osseux qui comprimaient la dure-mère. Quelques jours après cette opération, tous les accidents que nous venons de signaler avaient disparu. MM. Proust et Terrillon apportent leurs observations, comme un fait confirmant la doctrine des localisations cérébrales. Ils ont établi, en effet, que, d'après les recherches de MM. Broca, Féré et autres, sur les rapports du crâne et du cerveau, la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante et la partie attenante de la 3e circonvolution, étaient les parties lésées.

En prenant sur trois sujets des têtes de dimensions semblables à celles de leurs malades, et, en enfonçant plusieurs clous dans l'intérieur de la boîte crânienne, au niveau de la région où, sur leur blessé, avait eu lieu la fracture avec enfoncement, ils ont ainsi, par une démonstration indirecte, reconnu les circonvolutions atteintes.

M. Gosselin, à ce propos, rapporte une observation personnelle, qui, elle aussi, paraît favorable à la doctrine des localisations. Chez un jeune homme de son service à la Charité, à la suite d'une plaie de tête, produite par une tuile tombée d'un toit, plaie qui était accompagnée d'une fracture avec enfoncement du pariétal droit, survint une paralysie du membre supérieur et du membre inférieur gauches. M. Gosselin pratiqua le trépan immédiatement, et enleva trois pièces osseuses dont une, au moins, avait ouvert la dure-mère et blessé directement le cerveau. Le malade succomba rapidement ; à l'autopsie, on put constater que la lésion occupait les extrémités supérieures des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes.

Dans le cas de MM. Proust et Terrillon, les symptômes observés consistèrent exclusivement dans des phénomènes paralytiques. Quelle était donc la cause de ces paralysies ? Etait-ce une compression ou une irritation ? « Or, fait observer M. Gosselin, une compression aurait dû produire son effet paralysant de suite, et non pas douze jours plus tard ; d'autre part, pourquoi, si l'irritation était en cause, a-t-elle occasionné une paralysie et non pas des contractures et des convulsions, comme dans les expériences de Ferrier, Carville et Duret, et dans les faits cliniques de MM. Charcot, Landouzy et autres ? Il y a donc là une certaine obscurité, et, nos auteurs ne savent pas à quoi ils ont remédié ; et, ils ne peuvent pas être certains que la lésion du cerveau, qui produisait la paralysie, n'aurait pas pu, à la rigueur, disparaître spontanément et sans l'opération. »

Il est certain qu'on a observé des cas de paralysies consécutives à des traumatismes, qui ont guéri d'elles-mêmes ; mais, il n'en est pas toujours ainsi, comme le prouve une observation récente que vient de publier notre distingué collègue, M. le Dr Langlet, dans l'*Union Médicale du Nord-Est*. Un nommé R..., âgé de 40 ans, chantait dans les rues, en exhibant aux yeux de tous, une infirmité, siégeant du côté gauche du corps, et consistant en une paralysie avec atrophie du membre supérieur droit, et du membre inférieur du même côté. Le mouvement n'avait cependant jamais été complètement aboli dans ces membres ; car cet infirme pouvait marcher en boîtant ; la station au lieu de se faire sur la plante des pieds se faisait sur les orteils ; de même pour le bras, il y avait quelques mouvements possibles, mais des mouvements d'ensemble plutôt que des mouvements de détails. Ces paralysies atrophiques étaient survenues à la suite d'un coup de croc, que cet homme avait reçu à l'âge de 9 ans, sur la région pariétale moyenne. Notons, en faveur des doctrines localisatrices, que cet homme, ayant succombé à une affection intercurrente à l'hôpital de Reims, M. le Dr Langlet pût reconnaître que le

point du cerveau qui avait été blessé par l'instrument piquant, se trouvait, à la jonction des deux tiers inférieurs, avec le tiers supérieur, de la circonvolution pariétale ascendante. De plus, l'atrophie du bulbe et de la moelle, la dégénérescence descendante étaient manifestes (1).

Il résulte clairement de ce fait que, dans l'appréciation des nécessités de l'intervention chirurgicale, il faudra donc tenir compte non-seulement des accidents immédiats, mais, peut-être aussi, des lésions secondaires. Si, nous avons cité ce fait en ce lieu, c'est que le traumatisme présente la plus grande analogie avec celui qu'a subi le blessé de MM. Proust et Terrillon. Il faut, en effet, reconnaître avec M. Gosselin, que, dans ce cas, l'intervention chirurgicale a été irréprochable. Le succès obtenu vient à l'appui de l'opinion généralement adoptée aujourd'hui que ; « dans les accidents cérébraux consécutifs à une fracture avec plaie et enfoncement, il peut y avoir utilité à relever, en s'aidant du trépan, les pièces osseuses, et qu'il n'y a aucun inconvénient à le faire, parce que le crâne étant déjà ouvert par l'accident, l'opération n'ajoute rien aux dangers qu'une telle ouverture pourrait par elle-même faire courir au malade. »

M. Lucas-Championnière, en communiquant l'observation de son malade à l'Académie de médecine, a eu pour but de mettre en relief non-seulement un fait confirmatif de la théorie des localisations, mais encore de montrer *les indications qu'on pouvait tirer de la connaissance de cette doctrine pour la trépanation du crâne.* Voici, en abrégé, le fait sur lequel il prend appui : Un jeune homme de vingt ans, à la suite de violences indéterminées, est apporté à l'hôpital Lariboisière, où il reste pendant cinq jours dans la stupeur, avec une paralysie du membre supérieur droit et une aphasie. Il ne tarde pas à présenter des accès épileptiformes occupant le membre supérieur et le membre inférieur. Cet ensemble de symptômes cérébraux graves conduisit M. Lucas-Championnière, à pratiquer l'opération du trépan, le premier jour, au niveau d'une plaie, en partie cicatrisée, qui se trouvait dans la région pariétale gauche. Une esquille de 1 cent. 1/2, fichée dans la dure-mère fut relevée. A partir de ce jour, les accès épileptiformes cessèrent ; la paralysie du bras disparut le 4e jour, et l'aphasie fut complétement guérie le 16e jour.

S'appuyant sur le succès obtenu dans cette circonstance, M. Lucas-Championnière pense que, dès qu'un blessé aura, après une lésion traumatique de la tête, une monoplégie localisée à l'un des membres, à la face, ou aux muscles de la langue et des lèvres *(aphasie)*, ou des contractures limitées ; en un mot, dès qu'on pourra soupçonner une lésion des centres moteurs de la substance grise de l'écorce cérébrale, on devra trépaner (n'existât-il aucune plaie au cuir chevelu, aucun enfoncement au crâne) pour enlever la cause de ces troubles moteurs. On se guidera, pour le choix du lieu d'application du trépan, sur les mensurations formulées par M. Broca, qui permettront de reconnaître la ligne *Rolandique*, et partant, le siége des circonvolutions malades. Pour l'auteur, en un mot, les opinions nouvelles vont éclairer grandement les questions relatives à l'opportunité du trépan et au choix du lieu où il doit être fait.

Telle n'est pas l'opinion de M. le professeur Gosselin. « Sur ces deux points, dit-il, je ne partage pas la manière de voir de M. Lucas-Championnière, et je crois que les travaux de Ferrier ne sont pas appelés à changer beaucoup le courant actuel des idées en thérapeutique chirurgicale. Je l'ai déjà dit plus haut, ce qui nous guide pour l'indication du trépan, pour celle du trépan préventif aussi bien que pour celle du trépan curatif, c'est l'existence d'une plaie avec fracture et enfoncement. A la voûte du crâne, sans doute, si cette blessure existe au niveau du pariétal, et si avec elle coïncident les troubles fonctionnels qu'il est permis d'attribuer à une lésion des centres corticaux, c'est une raison de plus pour se décider. Mais si la fracture existant encore au pariétal, ces symptômes paralytiques ou convulsifs n'existent pas, et que le malade ait tout simplement une perte de connaissance prolongée, ou quelques contractures du délire, la présence de la plaie ou de la fracture enfoncée sont des indications formelles et suffisantes. Il en est de même si la blessure se trouvant au niveau du frontal ou de l'occipital, nous constatons encore l'enfoncement à travers la plaie. »

M. Gosselin examine ensuite les indications qui pourraient être fournies par d'autres variétés de lésions traumatiques du crâne. Si quelques jours après un coup ou une chute sur la tête, un blessé présentait une paralysie ou une contracture localisée, et qu'on ne pût trouver ni plaie ni fracture avec enfoncement du crâne, devrait-on, *en se guidant sur les symptômes*, appliquer une couronne de trépan? M. Gosselin ne l'admet pas ; parce que, d'après lui, il n'y a pas que les lésions de l'écorce qui puissent donner lieu à des symptômes localisés, parce que la guérison est possible sans opération, comme il en possède plusieurs exemples, et enfin, parce qu'on ne saurait exposer le malade aux dangers d'une plaie pénétrante du crâne, c'est-à-dire à la méningo-encéphalite aggravée par l'exposition à l'air, ou à la septicémie consécutive.

Dans les fractures par armes à feu avec plaie du cuir chevelu, dénudations de l'os et *fracture de la table interne avec enfoncement*, lésions qui viennent d'être l'objet d'une étude spéciale dans une mémoire de M. Sedillot à l'Académie des sciences, M. Gosselin rejette le trépan préventif, conseillé par ce chirurgien. Cette opération, d'après lui, ne pourrait être indiquée que consécutivement, si la lésion était au niveau du pariétal, s'il survenait des symptômes dépendant des centres corticaux, et, plus tard, un ensemble de signes, tels que la céphalalgie rebelle et la fièvre, pouvant faire croire à une accumulation de pus entre les os et la dure-mère.

Si, enfin, il n'existe pas de plaie et qu'on soupçonne seulement un enfoncement de la table interne, le trépan, d'après le savant professeur de clinique de la Charité, n'est indiqué consécutivement, que si on voit survenir les symptômes de la paralysie ou ceux de la suppuration intracrânienne.

Telle est, à propos de la question que nous soulevions il y a huit mois dans ce journal, l'opinion d'un maître expérimenté, et qui, dans le cas présent, a pris la peine de ne formuler son jugement, qu'après avoir fait une étude aussi complète que possible des recherches les plus récentes sur les localisations cérébrales. Il est évident que, à l'heure

(1) Dr Langlet. *Union Médicale du Nord-Est*, n° 3, 3 mars 1877, Reims. Le même numéro contient de plus une observation du Dr H. Henrot, confirmative des localisations cérébrales, analogue à celles qui ont été rapportées dans la thèse de notre ami et collaborateur L. Landouzy.

*

actuelle, en raison des obscurités qui règnent encore sur le diagnostic des lésions traumatiques du crâne et du cerveau, il est impossible à un chirurgien prudent de tenir une autre conduite que celle que vient de nous tracer M. Gosselin. Mais, qu'il nous soit permis d'espérer qu'il n'en sera pas toujours ainsi, et que peut-être, un jour, la doctrine des localisations rendra des services plus directs, à la thérapeutique de ces traumatismes. H. DURET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 *mai* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

MM. BOCHEFONTAINE et HARDY ont fait sur les animaux des expériences qui prouvent que les graines d'aconit napel renferment une proportion considérable d'aconitine.

M. LEVEN montre à la société l'estomac d'un homme mort dans son service : on y constate une dilatation considérable avec congestion de la muqueuse sans ulcération, ni production cancéreuse. M. Leven avait diagnostiqué : dilatation consécutive à la dyspepsie, bien que le malade eût présenté des vomissements noirs et que l'état cachectique permît de croire à l'existence d'un cancer. Ce fait prouve que, contrairement à l'opinion généralement admise, il peut y avoir dilatation énorme de l'estomac sous l'influence d'une dyspepsie rebelle sans qu'il y ait des ulcérations. Dans ces cas, il se produit une sécrétion abondante de liquide dans la cavité stomacale, c'est cet état que Chomel appelait : dyspepsie des liquides.

M. MOREAU rend compte de ses recherches nouvelles sur la physiologie de la vessie natatoire. C'est pour les poissons un organe d'équilibration ainsi que l'ont établi les nombreuses expériences de M. Moreau sur ce sujet.

M. GALIPPE a pu s'assurer que l'emploi des conserves alimentaires préparées au moyen des sels de cuivre ne présente aucun inconvénient pour la santé. De ses analyses il résulte, en effet, que la quantité de sel cuivrique renfermée dans des petits pois ainsi conservés s'élève seulement à quelques milligrammes : aussi M. Galippe a-t-il pu en faire son alimentation presque exclusive sans ressentir aucun malaise.

M. NOEL indique un procédé nouveau pour le dosage des solutions acides ou alcalines.

M. GELLÉ présente quelques considérations sur la circulation de l'air dans l'oreille. Elle se fait en deux temps : dans le premier, il y a aspiration de la membrane du tympan vers la caisse : l'air entre dans l'oreille moyenne, puis par son élasticité la membrane revient à sa position première. C'est ce second temps qui ne se fait plus quand la membrane est altérée dans sa structure.

M. COUTY communique l'observation d'un homme chez qui on constata la destruction du pédoncule cérébelleux inférieur gauche par une tumeur probablement tuberculeuse. Pendant quelque temps des vomissements furent les seuls symptômes observés; puis, on nota une ataxie toute spéciale des mouvements devenus brusques et saccadés et une hémiplégie incomplète, sans troubles de la sensibilité ; enfin, l'individu succomba à une méningite tuberculeuse.

M. FRANCK donne la description d'un appareil qui lui a permis de noter à la fin les changements de volume du cœur, les variations de la pression artérielle et du débit sanguin.

L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 *mai* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. POGGIALE présente, au nom de M. Riche, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris, une note sur la présence de l'acétate de cuivre dans les vinaigres commerciaux et sur le dosage de ce métal.

M. METZQUER lit un mémoire sur la non-inoculabilité des phthisies. — La phthisie se développe-t-elle par l'ingestion de substances tuberculeuses? Tel est le problème que s'est proposé de résoudre M. Metzquer. Les animaux sur lesquels il a expérimenté sont des chats auxquels il a fait manger du tubercule cuit, du tubercule cru et des matières putrides. De ses expériences, M. Metzquer croit pouvoir conclure: 1° Que les matières tuberculeuses ingérées déterminent, après un certain temps, des phénomènes d'irritation et de phlogose du canal intestinal, aux points où ces matières séjournent le plus longtemps ; que ce fait initial et constant se traduit par de la diarrhée et de l'amaigrissement. —

2° Que l'on remarque des thromboses intestinales résultant de l'hypérémie et de la gène de la circulation. Ces thromboses peuvent donner lieu à des embolies. 3° Que l'inflammation peut être ulcérative et qu'alors une voie est ouverte, et c'est la seule, à l'infection et à toutes ses conséquences. 4° Que la pneumonie vermineuse, que certains expérimentateurs prétendent différencier facilement du tubercule, ne peut, à un certain moment, en être distinguée, et a dû, au dire des micrographes les plus habiles, être une cause d'erreur fréquente dans la question qui nous occupe ; et, qu'en aucun cas, l'ingestion d'aliments tuberculeux ne peut être considérée comme une voie d'inoculation de la phthisie.

M. BUIGNET lit un rapport officiel sur les épidémies de 1875.

Suite de la discussion sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. CHAUFFARD traite aujourd'hui la question étiologique se réservant d'aborder à une époque ultérieure le problème pathogénique : La cause des maladies spécifiques est-elle nécessairement une, est-elle toujours un agent spécifique, microzoaire, ferment figuré ou ferment liquide? L'étiologie de la fièvre typhoïde répond-elle à cette loi prétendue de l'étiologie des maladies spécifiques? Dans l'étude pathogénique viendra l'examen d'un second point, à savoir s'il est contraire à la logique d'admettre pour la genèse des maladies spécifiques, d'autres causes que les spécifiques. — La question de fait, ajoute M. Chauffard, est singulièrement réduite et comme refoulée au deuxième rang par la déclaration préalable que font tous les partisans de la nécessité d'un agent causal spécifique. Sans méconnaître la valeur de ces considérations, M. Chauffard ne la croit pas absolue et fait remarquer qu'il est des cas où la génération spontanée de la maladie spécifique se présente comme un fait inéluctable.

A l'appui de son observation, M. Chauffard, rappelle qu'il y a des maladies essentiellement spécifiques, dont l'éclosion spontanée est cependant manifeste ou s'accomplit dans des conditions communes; qu'il y a de ces maladies que l'on fait naître expérimentalement et à volonté, loin de toute provocation spécifique. L'infection purulente des blessés et la fièvre puerpérale des accouchées en sont le plus formel témoignage.

M. Chauffard passe ensuite en revue diverses maladies spécifiques et contagieuses, telles que l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, la méningite cérébro-spinale épidémique, les affections diphthéritiques, etc,.. où la spontanéïté est saisissante. Loin de contester la transmission contagieuse de la fièvre typhoïde, il se demande si cette génèse de la fièvre typhoïde existe seule, si l'on n'observe pas des cas de développement de cette maladie où la cause manifeste est tout autre que la contagion. S'adressant alors à l'un des partisans de la contagion comme cause unique de la maladie, M. Guéneau de Mussy, auquel il emprunte la trentième observation de son mémoire, relative à une petite épidémie de fièvre typhoïde rapportée par M. Gauthier, de Genève, M. Chauffard trouve la preuve expérimentale que la fièvre typhoïde peut se développer en dehors de toute provocation contagieuse et montre l'action puissante des émanations putrides, quelle que soit la voie par laquelle ces émanations pénètrent dans l'organisme. Les émanations putrides et la contagion, voilà deux causes avérées, suivant M. Chauffard, de la fièvre typhoïde; ce ne sont pas les seules ; il faut y joindre l'encombrement, les fatigues extrêmes, une alimentation mauvaise, le surmenage, les influences saisonnières. Quant aux épidémies persistantes et étendues, elles reconnaissent des causes qui nous échappent et qui peuvent souvent n'être pas soupçonnées ; la réceptivité elle-même qu'on ne saurait nier, est un fait entouré de mystères. M. Chauffard termine sa communication en déclarant qu'une étiologie exclusive est d'avance condamnée à l'erreur.

L'Académie se forme en comité secret à 5 heures. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 9 mars 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

9. Rétraction de l'aponévrose palmaire; par P. RICHER, interne des hôpitaux.

Les deux mains qui font l'objet de la description qui va suivre ont été prises sur le cadavre d'un vieillard, destiné à la dissection, dans l'amphithéâtre des hôpitaux. La lésion est symétrique et portée de chaque côté à un degré presqu'égal. La déformation n'a guère atteint que l'annulaire qui est rétracté et fléchi dans la paume de la main; son extension complète est impossible. Les autres doigts, quand on abandonne la main à elle-même, demeurent dans un léger degré de flexion, d'autant moins accusé que le doigt est plus éloigné de l'annulaire. Les articulations ne sont pas déformées, il n'y a pas d'atrophie des muscles et il n'existe en aucun endroit de la peau des traces de cicatrices.

Main gauche. — Les deux éminences thénar et hypothénar ont leur relief normal et la peau qui les recouvre est saine. L'altération porte sur le *creux de la main* et sur la saillie transversale qui le limite inférieurement et qui répond aux articulations métacarpo-phalangiennes. Le creux de la main est traversé obliquement par un relief analogue à celui que fait sous la peau le tendon d'un muscle contracté, et qui, partant de la racine de l'annulaire, vient mourir vers le talon de la main. Le pli palmaire inférieur, ou pli de la flexion des doigts, est fortement accusé, surtout de chaque côté de la saillie longitudinale que je viens d'indiquer. Il occupe sa place habituelle, peut-être est-il, vers son milieu, un peu attiré en haut. Mais il n'en est pas de même du pli digito-palmaire, qui, au niveau de l'annulaire, se rapproche du pli palmaire inférieur, au point que l'espace qui sépare ces deux plis en est, à cet endroit, rétréci de plus de moitié! Il en résulte que le doigt annulaire vu par sa face palmaire, paraît remonté et semble engagé dans la paume de la main. La peau soulevée par la corde de l'annulaire est adhérente, calleuse et sillonnée de plusieurs plis transversaux peu profonds.

La peau de l'*annulaire* n'est le siége d'aucune induration. La flexion forcée de ce doigt porte uniquement sur l'articulation métacarpo-phalangienne. La phalange forme avec le métacarpien un angle presque droit. Quand on cherche à l'étendre, on fait saillir davantage la corde qui la relie au creux de la main. La phalangine est également fléchie sur la phalange, la phalangette dans une situation indifférente, intermédiaire entre la flexion et l'extension; mais ces deux derniers segments du doigt se laissent facilement étendre et ont conservé toute la liberté et l'intégrité des mouvements communiqués.

L'*auriculaire* ne peut être étendu complétement. A son niveau, la saillie transversale inférieure de la paume de la main est sillonnée de plis obliques et profonds. Elle est le siége d'une légère induration, d'où part une corde sensible seulement au toucher et dans l'extension forcée du doigt, et qui va rejoindre obliquement la corde de l'annulaire.

Le *médius*, comme l'auriculaire ne peut être ramené à l'extension complète; mais le mouvement dans ce sens paraît être limité par la seule lésion de l'annulaire. Dans ce mouvement, en effet, la traction s'opère, par l'intermédiaire de la commissure interdigitale qui est très-tendue, sur la corde de l'annulaire, un peu attiré alors vers le médius. Cependant à son niveau, on trouve un peu au-dessous du pli palmaire inférieur, quelques dépressions linéaires, peu accusées, dessinant plusieurs petits quadrilatères irréguliers, où la peau adhère aux parties profondes et paraît être le siége d'induration.

L'extrémité externe du pli palmaire inférieur qui répond à l'*index*, présente quelque chose d'analogue dans l'extension forcée de ces deux derniers doigts; les dépressions cutanées que je viens de signaler s'accentuent.

Le *pouce* est entièrement sain.

Dissection. — En détachant la *peau*, on remarque qu'elle adhère très-intimement à l'aponévrose palmaire, au niveau de la corde de l'annulaire et des indurations qui correspondent aux autres doigts. En ces points, le tissu graisseux interposé entre le derme et les tissus fibreux de l'aponévrose n'existe plus; il est comme refoulé sur les côtés, où il soulève la peau et contribue à former les saillies qui limitent les enfoncements. La peau ainsi séparée a conservé son extensibilité, elle garde l'empreinte des parties profondes, mais elle n'est pas épaissie et ne paraît pas altérée dans sa structure.

On retrouve facilement les divers faisceaux de fibres qui constituent à l'état normal l'*aponévrose palmaire*, mais ils sont diversement modifiés.

Le petit palmaire fait défaut. Le faisceau longitudinal qui répond à l'annulaire, présente au-dessus du point qui correspondait au pli palmaire inférieur un renflement fusiforme, d'aspect dépoli, de consistance très-dure. De la partie inférieure de ce renflement part une corde ligamenteuse, qui va se rendre à la base du doigt rétracté et dont les fibres se comportent d'une façon différente dans leur mode de terminaison. Celles du milieu se rendent à la face profonde de la peau de la première phalange. Elles répondent aux bandelettes cutanées qui ne descendent pas habituellement aussi bas et se terminent dans la peau de la paume de la main au niveau du pli palmaire inférieur et un peu au-dessous. Sur les côtés, les fibres s'écartent un peu pour gagner les bords de la phalange, où elles semblent se confondre avec le tendon des interosseux et des extenseurs. Ces fibres latérales représentent les fibres digitales de l'aponévrose palmaire qui, le plus souvent, sont peu développées. Ici, elles ont l'aspect d'un petit ligament falciforme, à bord antérieur libre, légèrement concave, et à bord postérieur adhérent à l'os et aux tendons extenseurs. L'angle inférieur est comme prolongé par un faisceau plus grêle, qui descend jusqu'au niveau de la phalangine, où ses fibres se terminent en éventail, dans le tissu fibro-graisseux de la région. Ce dernier faisceau se trouve situé plus près de la face palmaire que de la face dorsale et sa tradition amène la flexion de la phalangine.

Les trois autres faisceaux longitudinaux paraissent un peu épaissis à leur partie inférieure au niveau du pli palmaire inférieur et un peu au-dessous, où leurs adhérences à la peau sont plus étendues qu'à l'état normal. Ils sont tendus, formés de fibres resplendissantes et qui ne présentent pas d'épaississement comparable à celui que nous avons décrit sur le faisceau de l'annulaire.

La bandelette transversale inférieure qui limite par en haut les espaces destinés aux nerfs et aux vaisseaux est très-apparente. Elle adhère étroitement à la corde de l'annulaire à 5 ou 6 millimètres au-dessous du renflement décrit.

Quant aux fibres interdigitales de Gerdy, qui sous-tendent les commissures des doigts, on les retrouve normales entre l'index et le médius, mais elles apparaissent beaucoup plus nombreuses et tendues dans les deux autres commissures qui vont du doigt rétracté au médius et à l'auriculaire. Elles correspondent au pli digito-palmaire, que nous avons vu reporté sur l'annulaire plus haut que de coutume, de façon qu'à ce niveau, elles ne sont pas éloignées de la bandelette transversale inférieure. Elles adhèrent au cordon rétracté et y relient le médius, qu'elles attirent légèrement. Enfin, les adhérences qui existent entre l'aponévrose palmaire et la gaine des tendons, au niveau des têtes métacarpiennes, sont ici très-accusées.

Au-dessous de l'aponévrose, tous les tissus sont sains. Les *tendons*, celui de l'annulaire, comme les autres, jouent librement dans leurs gaines. Ils ne sont ni rétractés, ni adhérents. Les articulations des doigts sont normales; toutefois, les surfaces cartilagineuses sont un peu érodées.

Main droite. — La main droite est atteinte de la même façon que la main gauche, à un degré un peu moindre. A part les indurations et dépressions légères qui, sur la main gauche, répondent aux doigts non rétractés, et qui semblent être le commencement de l'extension du mal aux autres doigts, la déformation de la main droite est identique: Flexion semblable de l'annulaire avec saillie sous forme de corde qui le rattache au creux de la main; mêmes irrégularités et indurations de la peau.

Quant aux altérations pathologiques, elles rappellent exactement celles de la main gauche et l'aponévrose palmaire activée seulement sur le trajet des fibres qui vont à l'annulaire, présente le même noyau induré et une terminaison semblable de ses fibres à la peau de la phalange et sur les côtés du doigt. J'ajouterai que les deux articulations du coude du même sujet offraient les lésions de l'arthrite sèche, ostéophytes dans les ligaments latéraux et usures des cartilages. Pas de lésions goutteuses.

Examen histologique. — Des coupes ont été faites dans le sens transversal et longitudinal, sur la portion rétractée et épaissie de l'aponévrose, sur le faisceau longitudinal de la même aponévrose et sur le même faisceau d'une aponévrose palmaire complétement saine.

Elles ont été préparées de la même façon, colorées par le picro-carminate et la purpurine, et montées dans la glycérine. Leur examen comparatif a montré partout la même structure des faisceaux tendineux. Ils sont seulement plus serrés et bien plus nombreux dans le cordon rétracté. Les fibres élastiques qui se rencontrent sur les préparations de l'aponévrose normale entre les faisceaux tendineux, sont peut-être un peu plus nombreuses et plus volumineuses sur le faisceau rétracté.

J'ai fait également des coupes de la peau aux points où elle adhérait aux parties fibreuses et paraissait indurée; sa structure n'est nullement modifiée.

Résumé. — 1° L'aponévrose palmaire seule est altérée ; 2° l'altération a envahi les deux aponévroses palmaires et est symétrique ; 3° Elle coïncide avec les lésions du rhumatisme articulaire chronique ; 4° L'examen histologique ne révèle aucune trace d'inflammation dans les parties rétractées.

M. Pozzi, après avoir rappelé que M. Sevestre a publié un cas semblable avec examen anatomique très-complet, insiste sur la coïncidence fréquente de lésions rhumatismales ou goutteuses sur les cadavres des sujets qui sont atteints de rétraction de l'aponévrose palmaire. La fréquence de cette coïncidence semble démontrer que la lésion de l'aponévrose palmaire est une détermination locale d'un état diathésique antérieur. Quant à la structure histologique de l'aponévrose palmaire, les zoologistes la considèrent comme un organe tendineux et non pas comme une vraie aponévrose.

M. Houel ne pense pas que la coïncidence des manifestations arthritiques avec la rétraction de l'aponévrose palmaire soit aussi fréquente que l'a avancé M. Pozzi. Sur une vingtaine de cas qu'il a eu l'occasion d'observer, il n'a pas trouvé de signes de lésions articulaires, ni de dépôts tophacés. Il est vrai que dans ces cas, l'autopsie n'a pas été pratiquée.

M. Desprès croit que la rétraction de l'aponévrose palmaire est le résultat de cicatrices sous-cutanées ou d'inflammation traumatique de cette aponévrose. On la rencontre souvent chez des menuisiers, qui, comme on sait, ont l'habitude de manier le ciseau en appuyant la paume de la main sur le manche de l'instrument, et en exerçant une pression dont l'effet se transmet nécessairement à l'aponévrose palmaire.

M. Charcot, sans contester absolument les conditions étiologiques invoquées par M. Després, fait remarquer que le plus souvent la rétraction de l'aponévrose palmaire survient spontanément, qu'elle est, dès le début, bilatérale et symétrique et que toute opération pratiquée dans les cas de ce genre est suivie d'insuccès. M. Charcot a eu l'occasion de voir récemment une personne qui occupe une très-haute position dans la société, qui n'a jamais manié le ciseau ni exécuté aucun travail manuel et qui cependant est affectée de cette forme de rétraction symétrique et spontanée de l'aponévrose palmaire ; que quelques médecins avaient prise pour une atrophie musculaire.

M. Berger a vu un cas dans lequel la rétraction était bilatérale mais non symétrique. D'un côté, elle portait surtout sur le médius et l'index, et de l'autre, sur l'annulaire et le petit doigt.

M. Houel croit qu'il existe, en effet, des cas de rétraction traumatique de l'aponévrose palmaire, mais ils ont une marche toute différente de celle des cas spontanés. Il y a là deux formes distinctes, et la forme la plus commune est celle qui survient spontanément.

M. Desprès pense au contraire que les cas spontanés sont de beaucoup plus rares que les autres.

10. Lipome arborescent de l'articulation du genou; par H. de Boyer, interne des hôpitaux (1).

Le 1er mars 1877, entre à l'infirmerie de Bicêtre (service de M. Bouchard), salle Saint-André, n° 21, le nommé D... âgé de 81 ans. Ce malade est atteint de pneumonie gauche, dont il meurt le 6 mars. Nous avions constaté pendant la vie, des nodosités d'Heberden aux doigts indicateurs des deux mains, des craquements dans les deux genoux et de l'hydarthrose. Antécédents rhumatismaux, rien au cœur.

Autopsie. Pneumonie au troisième degré. Le genou gauche présente une hydarthrose prononcée et quelques franges synoviales; le genou droit est le siége d'un épanchement synovial considérable et toute la surface de la séreuse est tapissée par un vaste lipome arborescent dont la masse principale occupe le cul-de-sac sous-tricipital. Cette pièce est remarquable par les épaississements conjonctifs et cartilagineux que l'on observe sur certaines de ces franges; à la coupe, on y retrouve les éléments du tissu adipeux entourés d'une coque conjonctive où, par place, paraissent des éléments cartilagineux fusiformes, pressés les uns contre les autres, et entourés par une capsule de texture hyaline ; quelques-uns de ces corpuscules sont environnés d'amas calcaires. Plusieurs de ces franges sont retenues par un pédicule excessivement grêle, d'autres sont libres dans l'intérieur de la cavité articulaire et sont devenues de véritables corps étrangers intra-articulaires.

Le cartilage de revêtement des condyles fémoraux a presque complétement disparu et le tissu osseux sous-jacent, éburné, a érodé les masses tibiales profondément excavées et dégarnies aussi de revêtement cartilagineux ; il en est de même pour la rotule dont la forme est modifiée par de nombreux ostéophytes existant aussi sur le fémur. Les ménisques intra-articulaires ont disparu et les ligaments croisés sont aussi altérés. Pendant la vie, le malade marchait cependant, mais sans plier le genou, et à l'aide d'une canne. Rien d'anormal aux autres articulations.

11. Rétrécissement épithélial de l'œsophage.— Epithélioma de la langue. — Tubercules pulmonaires ; par Charles Leroux, interne des hôpitaux.

Malacourt Joseph, employé, âgé de 58 ans, entre le 26 janvier 1877 (service de M. Dumontpallier), à l'hôpital de la Pitié.

Jusqu'à l'âge de 28 ans, cet homme aurait toujours été d'une bonne santé ; à cette époque, il aurait contracté un chancre(?); mais sans que l'on puisse retrouver ni à ce moment ni actuellement aucune manifestation syphilitique. Jamais, il n'a ressenti les atteintes du rhumatisme. Du côté de ses parents, aucun antécédent important à noter. Ce n'est que depuis un an environ qu'il voit sa santé s'altérer ; il commence à manger avec moins d'appétit, à se dégoûter des aliments, enfin à *sentir* les aliments solides traverser son œsophage. Quelque temps après, ce n'est plus une sensation, mais une gêne qu'il éprouve dans la déglutition, et rapporte l'obstacle au passage des aliments au creux de l'estomac ; il indique l'appendice xyphoïde. Jamais jusqu'alors il n'eut de vomissements ; il raconte seulement que, depuis 8 à 10 mois, il salive plus abondamment, et à certains jours régurgite des matières glaireuses. Depuis deux mois, son état s'aggrave singulièrement ; il perd ses forces, maigrit. Les aliments solides ne peuvent plus passer, les liquides seuls arrivent dans la cavité stomacale. Un fait important à noter, c'est qu'il n'a pas éprouvé jusqu'alors de grandes douleurs dans la poitrine, mais des élancements plus ou moins vifs dans la langue. Ne pouvant continuer son travail, il se décide à entrer à l'hôpital, et on le trouve dans l'état suivant :

Cet homme est maigre, les traits tirés, les joues creuses et les pommettes saillantes. Il n'offre pas toutefois de teinte jaunâtre, ni cet aspect si souvent caractéristique de la cachexie

(1) Pièce déposée au musée Dupuytren.

cancéreuse. Il éprouve de grandes difficultés pour avaler, des élancements, des cuissons dans la bouche et une abondante salivation.

Lorsqu'on lui fait ouvrir la bouche, on remarque que la langue est affaissée derrière les arcades dentaires, et c'est avec peine qu'il arrive à la placer entre les dents. Le côté droit de la langue est atrophié, et si l'on en soulève la pointe, on découvre une ulcération grisâtre profonde, irrégulière, légèrement indurée à sa périphérie et à sa base, saignant au moindre contact. Cette ulcération, qui n'est autre qu'une ulcération épithéliale, a envahi la moitié droite de la face inférieure de la langue, la partie correspondante du plancher de la bouche, et se prolonge en arrière jusqu'à la base de la langue. Sur la luette, on voit une saillie végétante, irrégulière, papilliforme, du volume d'un gros pois, et au niveau du bord alvéolaire inférieur du côté droit, en arrière de la dernière grosse molaire, une ulcération analogue à celle de la langue, mais encore peu étendue. Les ganglions sous-maxillaires sont peu volumineux et peu douloureux à la pression.

Cette difficulté dans la déglutition conduit à pratiquer le cathétérisme de l'œsophage. On introduit successivement des olives de diverses grosseurs, mais toujours on se sent arrêté en un même point que l'on rapporte au cardia.

Ce malade n'a jamais eu de fièvre, tousse à peine, et l'examen des divers organes ne permet pas de trouver de lésions appréciables autres que celles que nous venons de rapporter. Les symptômes et l'impossibilité de pénétrer dans l'estomac au moyen du cathétérisme permettent d'affirmer l'existence d'un rétrécissement siégeant au cardia ; l'examen des diverses variétés de rétrécissement de l'œsophage peut également conduire au diagnostic de la nature. On ne peut ici songer ni à un rétrécissement spasmodique, ni à un rétrécissement cicatriciel, rien dans les antécédants ne se rapportant à cette variété. Quant au rétrécissement de nature syphilitique, bien que le malade affirme avoir eu un chancre dans sa jeunesse, on ne trouve aucune manifestation de cette diathèse, et on ne peut supposer que la seule et unique manifestation ait été se localiser sur l'œsophage. Cette variété est, de plus, extrêmement rare. Reste le rétrécissement cancéreux qui de tous est le plus fréquent, et qui s'accorde ici le mieux avec la marche rapide de la maladie et avec l'état général ; le malade est arrivé à l'âge où se manifeste ordinairement la diathèse cancéreuse. Mais étant admise, la nature cancéreuse du rétrécissement, a-t-on affaire à un cancer ordinaire, un encéphaloïde par exemple, ou à un épithélioma, variété voisine du cancer quant à sa marche et à ses manifestations. En rapprochant la nature des lésions buccales, l'absence de cette teinte particulière si fréquente, sinon caractéristique dans le cancer ordinaire arrivé à une période aussi avancée, et la marche de l'affection, on est conduit à diagnostiquer : Rétrécissement de nature épithéliale siégeant au niveau du cardia et coïncidant avec un épithélioma de la langue. On met ce malade au traitement lacté, et malgré le diagnostic, on lui prescrit le traitement antisyphilitique.

5 *février*. Le malade se trouve légèrement amélioré ; il peut absorber des bouillons et des potages qu'il ne régurgite qu'en partie ; il maigrit néanmoins davantage. Pas de diarrhée.

12 *février*. Les élancements au niveau de la langue sont plus intenses ; il rejette toujours des mucosités en abondance ; les bouillons passent assez bien, mais le malade maigrit et s'affaiblit.

16 *février*. Depuis deux jours, il délire aussitôt qu'il sommeille un peu ; la nuit, il cherche à se lever, léger mouvement fébrile. Vers le 20, hémorrhagie au niveau de l'épithélioma lingual ; affaiblissement, délire continuel.

21 *février*. Mort sans phénomènes particuliers.

AUTOPSIE. — L'*estomac* ne présente ni dilatation ni rétraction notable. La muqueuse est plutôt pâle qu'injectée. Au niveau du *cardia*, extérieurement, on constate une masse molle, élastique, du volume d'un œuf, se déchirant facilement, assez adhérente aux parties voisines, aorte et surtout plèvre médiastine. Le cardia étant ouvert, on trouve un rétrécissement notable formé par une masse fongueuse, irrégulièrement bourgeonnante, grisâtre, pointillée blanc et rouge par places ; ces végétations se détachent facilement. Cette masse se termine en bas au niveau du cardia d'une manière assez régulière, festonnée en quelque sorte, et remonte à trois travers de doigt le long de l'œsophage. Le rétrécissement admet facilement une sonde cannelée. Au-dessus du rétrécissement l'œsophage est à peine dilaté. Les parois sont épaissies, hypertrophiées, la muqueuse est rouge, injectée, mais sans ulcération ; on trouve vers sa partie moyenne une large ecchymose. Rien au pharynx.

Langue. Sur la partie latérale droite vaste ulcération qui, partant d'un centimètre environ de la pointe de la langue, se prolonge sur sa base jusque vers l'épiglotte dont elle reste éloignée d'un travers de doigt environ. Elle est fongueuse, irrégulière, anfractueuse, recouverte d'une sanie gris noirâtre, ayant une odeur infecte ; elle ne dépasse pas la ligne médiane de la langue.

Poumons. — Léger emphysème. Tubercules disséminés dans les deux sommets, confluents en certains points. Dans le poumon droit, on trouve un foyer de pneumonie caséeuse du volume d'un œuf, entouré de quelques tubercules confluents. Quelques adhérences pleurales à gauche et au sommet. La tumeur adhérait assez intimement à la plèvre médiastine, aussi, en enlevant les poumons, on déchire un peu le néoplasme. Les autres organes ne présentent pas de lésions importantes à noter.

Examen histologique fait par M. HUTINEL. *Cardia*. — Sur une coupe transversale comprenant la limite de la lésion et une partie de la région ulcérée, on trouve les altérations caractéristiques de l'*épithélioma lobulé*. Au voisinage de l'ulcération, le revêtement épithélial a pris une épaisseur considérable ; les cellules sont larges et nettement dentelées, régulières ; plus loin, il existe une accumulation de cellules embryonnaires disposées en îlots d'autant plus confluents qu'on se rapproche davantage de la partie ulcérée. Au niveau de l'ulcération, l'épithélium de revêtement a disparu, mais on trouve infiltré au milieu du tissu conjonctif des éléments épithéliaux très-nets dont quelques-uns semblent en voie de formation. De plus, on trouve de distance en distance des globes épithéliaux assez nombreux, et tout-à-fait caractéristiques. Le néoplasme s'étend en profondeur jusque dans la couche musculaire.

Langue. Epithélioma de même forme que dans l'œsophage. La lésion s'étend jusque dans les éléments musculaires profonds de la langue.

RÉFLEXIONS. — Bien que les rétrécissements épithéliaux de l'œsophage ne soient pas extrêmement rares, cette observation nous a paru intéressante en raison de la coïncidence de l'épithélioma du cardia avec un épithélioma de la langue ; mais faut-il voir un rapport entre ces deux affections identiques, au point de vue du développement de la lésion du cardia consécutivement à celle de la langue, cette dernière ayant provoquée l'autre ? Mieux vaut s'arrêter à une simple coïncidence. Cette observation démontre une fois de plus que l'on peut être à la fois cancéreux et tuberculeux, ou tout au moins qu'un cancéreux peut devenir tuberculeux. En est-il de même pour un tuberculeux ?

12. Pelvi-péritonite; par M. Alfred BULTEAU, interne des hôpitaux.

Le 28 décembre 1875 entrait à l'hôpital Beaujon (service de M. GUYOT), la nommée F... âgée de 58 ans ; les renseignements qu'elle donne sont les suivants : elle a cessé d'être réglée il y a 12 ans, et depuis cette époque sa santé a toujours été bonne ; elle n'est malade que depuis 18 jours. Presque subitement elle a éprouvé des douleurs très-vives dans le ventre, suivies bientôt de nausées et de vomissements abondants qui persistèrent pendant 8 jours. La malade fut obligée de garder le lit, la fièvre s'alluma ; une diarrhée colliquative ne tarda pas à l'affaiblir considérablement, et c'est ce qui la décida à entrer à l'hôpital.

28 *novembre*. — *Etat à l'entrée*. La malade est pâle, amaigrie ; les traits sont tirés ; son facies exprime la souffrance, et tout dans son extérieur témoigne d'un organisme très-débilité. Elle se plaint de douleur dans le bas-ventre, et attire immédiatement notre attention de ce côté. A la palpation abdominale, pas de tumeur dans le ventre, pas d'empâtement

appréciables dans les fosses iliaques; douleur assez vive à la pression dans le petit bassin. Au toucher vaginal, on constate que l'utérus est refoulé en avant contre le pubis; dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une tumeur volumineuse, très-douloureuse, légèrement rénitente, et s'étendant sur les parties latérales des ligaments larges; on la perçoit très-nettement par le toucher rectal, mais il est impossible d'en apprécier la limite supérieure; l'ampoule rectale est considérablement dilatée et fait saillie dans le vagin bien qu'elle soit complétement vide de matières fécales (paralysie des fibres musculaires du rectum dans les inflammations utérines). Rien dans les autres organes.

29. — Diarrhée abondante; fièvre modérée.

Traitement: Cataplasmes laudanisés sur le ventre. — Bismuth et diascordium.

1er *janvier.* — La malade évacue par ses selles une quantité assez considérable de pus. Au toucher vaginal, la tumeur située dans le cul-de-sac postérieur s'est affaissée en grande partie. Induration douloureuse des parois du vagin en avant et sur les côtés; l'utérus est complétement immobilisé.

10. — Diarrhée abondante; la fièvre a cessé. *Traitement:* 1 gr. extrait de ratanhia en 8 pilules.

17. — Un verre d'eau de Pullna.

28. — Le toucher vaginal ne fait plus reconnaître qu'un peu d'induration des culs-de-sac; les phénomènes fébriles ont disparu; la diarrhée seule persiste avec une ténacité qui fait craindre une terminaison funeste.

Traitement: 2 pilules { extrait thébaïque / nitrate d'argent } à 0,01.

1er *février.* — Viande crue. — Lavement de ratanhia.

5 *fév.* — Régime lacté. — Eau de chaux, vésicatoire sur le ventre.

8 *fév.* — Diarrhée; vomissements.

Thé au rhum avec X gouttes noires.

10. — Facies altéré; diarrhée cholériforme.

20. — La diarrhée et les vomissements persistent; hoquet; la malade meurt le 21.

Autopsie. — Rien aux poumons, ni au cœur. Foie volumineux; dégénérescence graisseuse complète de cet organe. Rien à l'estomac; rien dans l'intestin grêle, ni dans le gros intestin jusqu'à l'S iliaque.

Le petit bassin présente les traces de pelvi-péritonite. Légère adhérence d'une anse de l'intestin grêle à la partie supérieure du rectum. Celui-ci, en partant de la fosse iliaque gauche, se dirige à droite en décrivant une courbe à concavité inférieure, adhérente à la partie supérieure de l'utérus, de manière à fermer comme un couvercle le cul-de-sac recto-utérin. L'utérus et le rectum ne sont unis entre eux qu'en certains points par des adhérences d'origine récente; de nombreuses fausses membranes limitent de petites cavités indépendantes les unes des autres et communiquant toutes avec le rectum. Cet organe est, en effet, le siége de perforations multiples, lésion qui explique et l'issue du pus par les selles et la persistance de la diarrhée.

Le cul-de-sac vésico-utérin présente des traces de pelvi-péritonite. L'ovaire et la trompe ne sont plus flottants dans le petit bassin, mais immobilisés par des adhérences péritonéales; ils sont sains. Les ligaments larges ont été disséqués avec soin; le tissu cellulaire compris entre les deux feuillets du péritoine est induré, sans trace de suppuration; on y trouve quelques petits ganglions rougeâtres, mais non dégénérés. Sur les parties latérales de l'utérus, immédiatement sous le péritoine, on trouve une petite cavité à parois tomenteuses et remplie de pus; est-ce une véritable caverne vestige d'un ganglion suppuré, ou bien plutôt une petite poche purulente limitée par des fausses membranes?

Réflexions. — Cette observation nous semble digne d'intérêt à plus d'un titre. Signalons d'abord cette pelvi-péritonite survenant brusquement, sans cause connue, chez une femme âgée. Cette pelvi-péritonite se termine par la suppuration, ce qui n'est pas fréquent, et le pus se fait jour par le rectum en plusieurs endroits. La diarrhée enfin s'est montrée dès les premiers jours de la maladie; elle est restée rebelle à toutes les médications et a déterminé la mort qui est survenue au milieu du marasme le plus complet.

13. Cancer du sein et de la capsule surrénale du côté droit. — Cancer infiltré du foie. — Absence complète d'hématurie; par M. Champetier de Ribes, interne des hôpitaux.

Colliny, Isidore, âgé de 67 ans, menuisier, entré à l'hôpital (service de M. Moutard-Martin), le 2 février 1877.

Le 2 février, le malade affirme qu'il n'y a pas plus de trois mois qu'il a commencé à souffrir : à cette époque, il a éprouvé de violents points de côté: les douleurs étaient persistantes et bien localisées sous les deux mamelons, au niveau du rebord des cartilages costaux: il avait toujours joui auparavant d'une santé excellente. Peu à peu les douleurs se calmèrent et il se croyait près de guérir lorsqu'il y a quinze jours, il éprouva de nouveaux symptômes. C'est alors en effet que survinrent des douleurs vives entre les deux épaules et la sensation d'une barre étreignant la poitrine et passant sous les deux mamelons. Depuis quinze jours, il ne peut se débarrasser de ces douleurs et c'est pour cela qu'il entre à l'hôpital. Jamais, il n'a eu d'hématuries; à aucun moment, il n'a eu ni fièvre, ni vomissements. L'appétit est conservé, mais le bouche est mauvaise et la soif continuelle.

On constate les signes d'un épanchement peu abondant dans le côté droit de la poitrine. Des deux côtés, nombreux râles de bronchite et frottements pleuraux. On ne trouve au cœur aucun bruit anormal. L'hypochondre droit est considérablement déformé : les fausses côtes sont soulevées, les espaces qui les séparent sont élargis. On sent très-nettement le bord antérieur du foie qui descend jusqu'à trois centimètres au-dessus de la cicatrice ombilicale et déborde la ligne blanche à gauche de 6 centimètres en décrivant une courbe régulière, pour remonter sous les fausses côtes gauches. La percussion dénote une matité absolue dans une étendue considérable de l'abdomen : elle a pour limites en haut une ligne circulaire passant à deux centimètres au-dessous du mamelon, en bas une circulaire passant par l'ombilic. Le foie ne présente pas actuellement de bosselures appréciables à la palpation. Le malade n'est pas amaigri : la teinte de la peau est cireuse; pas de coloration des conjonctives. Pas d'ascite. Le diagnostic hésite entre un *kyste hydatique* et un *cancer du foie.*

4 *février.* Une ponction faite en avant avec un trocart capillaire n'amène que quelques gouttes de sang.

8 *février.* On constate dans la poitrine l'existence d'un double épanchement peu abondant et de nombreux frottements pleuraux.

15 *février.* La pâleur des téguments s'est beaucoup accentuée: elle est générale à toute la surface du corps. Le malade a beaucoup maigri : il ne signale rien de particulier du côté des urines et celle-ci examinées à plusieurs reprises ne contiennent ni pus ni albumine. Douleurs violentes dans le côté gauche principalement. Il nous semble entendre des frottements péritonéaux dans l'hypochondre droit.

24 *février.* Le malade perd complétement l'appétit : il n'a plus de goût pour aucun aliment et a encore beaucoup maigri depuis quelques jours. Le teint devient ictérique : douleurs très-vives dans les deux épaules. De plus, depuis quelques jours le ventre a augmenté de volume, il s'est formé de l'ascite : sonorité très-grande dans la fosse iliaque droite.

1er *mars.* L'ascite a beaucoup augmenté : la teinte ictérique s'est de plus en plus prononcée. Douleurs très-vives aujourd'hui dans le côté droit. Amaigrissement progressif.

5 *mars.* Depuis quelques jours, les douleurs étaient vives surtout dans le côté gauche. On constate encore aujourd'hui l'existence d'un double épanchement pleural peu abondant. L'ascite a augmenté et une couche liquide de plusieurs centimètres d'épaisseur s'est interposée entre la paroi abdominale et la surface du foie. On sent très-nettement au travers le bord du foie dur, inégal et bosselé.

6 *mars.* Dans la journée du 5 mars et dans la nuit du 5 au 6 le malade est pris d'une diarrhée considérable : il a des garde-robes liquides incessantes. Il meurt épuisé, dans un état d'émaciation extrême, le 6 mars à deux heures après midi.

Autopsie. — Le 8 mars, à 10 heures du matin. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule plusieurs litres de liquide citrin. Le cœcum, considérablement dilaté et plein de gaz, occupe la fosse iliaque droite, où il est retenu par quelques

adhérences molles. Au-dessus, le foie apparait énorme : sa surface sans être lisse ne présente pas à proprement parler des marrons que l'on eût pu sentir à travers la paroi de l'abdomen : le bord antérieur est très-irrégulier et dur comme du bois. Vers la ligne médiane, entre le bord du foie et l'ombilic, l'épiploon enroulé forme une masse qui aurait fort bien pu en imposer pour une tumeur dépendant du pylore; plus à gauche se trouve une portion de l'S du côlon très-dilatée. La masse de l'intestin grêle, extrêmement ratatinée, forme un paquet relativement très-petit situé au-devant de la colonne vertébrale. L'estomac présente à peine le quart de son volume normal.

On trouve, sur le péritoine pariétal, des amas de granulations cancéreuses du volume d'un grain de semoule : quelques-unes un peu plus volumineuses répondent à la partie du péritoine qui recouvrait le foie au-dessous des fausses côtes : d'autres très-petites, mais très-abondantes, sont situées dans le petit bassin, du côté droit sur la face latérale de la vessie. Pas d'adhérences du foie avec le diaphragme. On enlève très-difficilement le foie qui adhère intimement au tissu qui entoure le rein droit. Ce tissu et les organes qu'il entoure forment une masse considérable, irrégulière, de consistance lardacée : c'est avec peine qu'on extrait le rein surmonté d'un capsule surrénale énorme, grosse à elle seule comme la moitié du rein et ayant la résistance du squirrhe.

Le rein droit a conservé sa forme, il a son volume normal, il est blanc, sa coupe ne présente plus rien de l'aspect normal : c'est dans toute l'épaisseur un tissu lardacé blanc, grisâtre : on ne distingue plus rien. La coupe de la capsule surrénale offre la même apparence : c'est celle d'une masse cancéreuse ayant envahi et détruit tous les éléments anatomiques. Le *foie*, énorme, pèse 2,800 grammes. La coupe de cet organe fait voir qu'il est infiltré, dans tous ses points, d'une matière blanchâtre interposée par très-petits ilôts aux éléments normaux de la glande. Le canal cholédoque et la veine cave étaient comprimés dans le tissu cellulaire altéré qui les englobait. Le rein gauche est un peu plus volumineux qu'à l'état normal, il est légèrement congestionné. La capsule surrénale de ce côté est intacte. La *vessie* ne présente aucune altération, l'urine qu'elle contient est parfaitement claire. Les uretères n'offrent rien de particulier.

Les *plèvres* contiennent chacune une quantité peu considérable de liquide citrin. Des deux côtés, on trouve quelques adhérences molles et un grand nombre de granulations cancéreuses : quelques-unes grosses comme de gros pois sont aplaties et ressemblent à des boutons de guêtres; la plupart sont beaucoup plus petites et siégent sur l'un et l'autre feuillet de la séreuse.

Les ganglions, qui entourent la naissance des grosses bronches de chaque côté, sont volumineux et durs. Le tissu pulmonaire est sain. Le *cœur* est petit ; le ventricule gauche a une capacité normale; les oreillettes ne présentent rien de particulier. Mais le ventricule droit est extrêmement petit, ses parois sont épaisses, comme tassées, sa capacité est considérablement diminuée.

L'*examen microscopique* a porté sur la tumeur qui occupait la place de la capsule surrénale, sur le foie et sur le rein. La tumeur présentait tous les caractères d'un carcinome à stroma fibreux et épais. Le rein était dans toute son étendue infiltré par un nombre considérable d'éléments embryonnaires, tassés autour des éléments normaux de l'organe qui étaient encore assez facilement reconnaissables. De loin en loin existaient quelques ilots cancéreux formés par des amas de cellules aplaties ou déformées, plus volumineuses que des cellules embryonnaires infiltrées dans le tissu du rein, et séparées par un stroma fibreux. Les petites taches grisâtres du tissu hépatique étaient formées par de petites masses franchement carcinomateuses. Ces masses occupaient pour la plus part les espaces périlobulaires, mais quelques-unes paraissaient avoir pris naissance au centre des lobules, autour de la veine sus-hépatique intralobulaire.

14. Rapport sur la candidature de M. Lebec, au titre de membre adjoint; par Maurice LONGUET, membre titulaire de la Société.

Messieurs,

M. Lebec, interne distingué des hôpitaux, pose sa candidature au titre de membre adjoint de la Société anatomique.

Le nombre des présentations qu'il a faites à la Société s'élève au chiffre de 9, qui ont offert un intérêt assez remarquable.

Plusieurs d'entr'elles ont été déposées au musée Dupuytren, ce qui est une des meilleures preuves de leur importance scientifique. Voici la liste de ces présentations : 1° Insuffisance du péricarde ; arrêt de développement, juin 1874, — La pièce est déposée au musée Dupuytren. — 2° Embolies de l'artère rénale. Endocardite végétante ancienne, décembre 1874. — 3° Fracture ancienne du col du fémur non consolidée, mars 1875. — 4° Myôme de la prostate. Calcul prostatique, mars 1875. — 5° Abcès lymphatique du bassin. Adénite suppurée, suite de lésions profondes du col utérin, novembre 1875. — 6° Tumeur calcaire du cordon spermatique formée par une hernie de l'appendice cœcal. Pièce déposée au musée Dupuytren. — 7° Un cas d'arrêt de développement des doigts aux deux mains. Pieds-bots. Sillons cutanés, janvier 1877. — 8° Nécrose du calcanéum. Lymphangite gangréneuse. Foie gras, janvier 1877. — 9° Infiltration d'urine consécutive à un rétrécissement uréthral. Néphrite suppurée. Vessie bilobée, février 1877.

Parmi les présentations de M. Lebec, deux méritent plus particulièrement de fixer un instant votre attention. La première porte le n° 1 sur la liste précédente, la seconde porte le n° 7.

1° *Insuffisance de péricarde par arrêt de développement.* Cette pièce fut présentée à la Société au mois de juin 1874. Un dessin qui la représente fidèlement, est déposé dans l'Album de la Société; la pièce elle-même a été donnée cette année au musée Dupuytren.

Le médiastin antérieur a la forme d'une cloison allongée et mince, à gauche du sternum. Le cœur est couché sur le poumon gauche et à nu. La cloison médiastine sépare complétement les deux plèvres. La loge péricardique est seulement représentée par un petit cul-de-sac situé sur le diaphragme en bas et à gauche, largement ouvert en haut et en avant ; et pouvant admettre la pointe du cœur. Du bord de cette petite loge part une simple bride fibreuse qui ne porte sur la face pleurale gauche du diaphagme, où elle adhère après un trajet de 4 centimètres.

En haut les restes du péricarde remontent sur l'aorte sur une longueur de 2 centimètres. Le tronc de l'aorte et de l'artère pulmonaire sont séparés l'un de l'autre par un diverticule de la séreuse. D'autres culs-de-sac se remarquent : L'un passe derrière les oreillettes, un autre derrière les veines caves. En somme, on constate l'absence complète de la paroi antérieure et de la paroi latérale gauche du sac péricardique. La paroi postérieure déformée est constituée par des culs-de-sac. Le cœur était en rapport direct avec le poumon gauche sur lequel il devait déposer dans le décubitus dorsal.

Le nerf phrénique suivait la cloison médiastine, contournait la pointe du cœur et se jettait sur le diaphragme.

Les faits d'absence aussi complète du péricarde sont rares. Breschet en a déposé un exemple au musée Dupuytren, qui peut se comparer à celui que M. Lebec vous a présenté.

M. Paul Bert en a également rencontré un chez un chien. L'observation en a été présentée à la Société de Biologie en 1874. Quant aux causes étiologiques, ces sortes de lésions sont trop peu étudiées, pour qu'il soit permis de donner une idée même approximative de leur nature et de leur développement.

La septième observation de M. Lebec a pour titre : *Un cas de malformation des mains et des pieds avec sillons cutanés ; lésions congénitales.* Il s'agit d'un enfant de 8 mois dont la tête, le tronc et le premier segment des membres sont parfaitement conservés. Dans les antécédents de famille, nous notons qu'un oncle de l'enfant est porteur d'un pied-bot; le père âgé de 23 ans est un alcoolique ; la mère primipare âgée de 25 ans a eu une grossesse pénible. Quant à l'enfant, voici en quelques mots le résumé des anomalies qu'il présente.

Les deux pieds offrent les malformations qui caractérisent le varus ordinaire. Le gros orteil du pied droit, ainsi que le second orteil du même pied sont privés de leur seconde pha-

lange et de l'ongle. La jambe gauche présente un sillon profond, situé au-dessus des malléoles, parfaitement circulaire, et comme produit par un lien circulaire. Les mains sont frappées d'arrêts de développement en quelque sorte symétriques.

Les deux pouces sont normaux : des deux index, le droit a deux phalanges, le gauche n'en a qu'une, il n'existe pas d'ongle. Les deux médius, ont trois phalanges raccourcies et un ongle. Les doigts annulaires sont réduits à l'état de tubercules, sans ongle et ne possédant qu'une phalange. Les petits doigts ont leurs phalanges complètes, mais ils n'ont que la trace des matrices onguéales.

De plus, nous remarquons un sillon assez marqué sur le côté radial des deux index, mais aucun du côté cubital. Les mouvements de préhension se font voir dans la seule opposition des pouces et des petits doigts. Plusieurs choses sont à remarquer dans ce cas, mais avant de les signaler, nous croyons utile de les rapprocher d'une observation analogue, que nous avons présenté à la *Société de biologie*, au mois d'août 1876.

Il s'agissait d'un enfant de 22 mois, présentant un sillon complet et oblique sur la cuisse droite, un autre sur le quatrième orteil du pied gauche. Les deux pieds étaient mal formés ; l'un était un varus équin, l'autre un valgus.

Aux mains, le médius manquait à partir de la première phalange à droite ; à gauche, les trois doigts du milieu étaient en partie soudés.

Dans ces deux observations, plusieurs choses peuvent être rapprochées : l'existence de deux pieds bots, des sillons circulaires aux membres inférieurs, des arrêts de développement des mains.

Que doit-on penser de l'étiologie de ces malformations ? Deux causes sont à invoquer : D'une part, un trouble survenu dans l'évolution normale des organes ; d'autre part, l'action d'un agent constricteur pouvant aller jusqu'à la section. L'existence de deux pieds bots symétriques, dans le cas de M. Lebec, fait penser, comme l'ont signalé MM. J. Guérin et Thorens, à des lésions médullaires symétriques, ou tout au moins à des lésions des centres présidant au développement de ces extrémités.

La même raison peut être invoquée en faveur des lésions symétriques des mains que nous remarquons dans la première observation. Leur mécanisme est facile à saisir. Les doigts se formant par des sillons qui viennent séparer l'extrémité du moignon primordial du fœtus, si les sillons sont incomplets dans un des points, les doigts restent soudés précisément en cet endroit.

Mais de plus, il existe un autre élément à mettre en relief, c'est l'absence de quelques phalanges, tenant aussi à un arrêt de développement. Ce fait se remarque dans l'observation de M. Lebec et dans la mienne.

L'existence des sillons demande une autre explication. C'est que les auteurs ont invoqué des causes d'un autre ordre, des causes purement mécaniques. On a admis que le cordon pouvait s'enrouler autour d'un membre, on a même vu des cordons arrêtés dans les sillons. D'autres fois, on rencontre des brides placentaires, produisant le même effet.

Dans les deux observations auxquelles je fais allusion, cette cause peut être admise pour le sillon de la cuisse et de la jambe des deux petits malades. Mais nous pensons qu'il doit en être autrement pour les doigts manquants.

Dans l'observation de M. Lebec, en effet, les doigts sont symétriquement atteints, et, dans leur ensemble, ils ont la forme de deux pyramides aplaties dont le milieu est constitué par l'index à peu près intact. Or, il est évident qu'il aurait dû être sectionné avec les autres doigts.

Un arrêt de développement semble donc dans ce cas plus admissible.

Le petit malade de M. Lebec est encore bien portant, on n'a donc pas pu connaître la lésion nerveuse correspondant à la lésion des membres. On ne peut dès lors affirmer catégoriquement qu'il existe entre ces deux lésions des relations évidentes de cause à effet. Cependant, cette corrélation cadre assez bien avec tout ce que nous savons de l'influence du système nerveux sur le développement des tissus et appareils pour nous autoriser à ne pas la classer parmi les faits hypothétiques.

Séance du 5 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Cancer primitif de la colonne vertébrale ; par M. GALLAND, interne provisoire.

M... Julie, 50 ans, est entrée à l'hôpital Cochin, le 14 octobre 1876 (service de M. BUCQUOY). Elle avait été prise tout-à-coup, depuis quelques jours, d'une douleur si vive dans la hanche gauche que l'on crut à une chute et une fracture, mais la malade ayant pu marcher cette idée fut abandonnée. Cependant après quelques semaines de séjour dans le service de médecine, M. Bucquoy, croyant à une fracture lente, c'est-à-dire spontanée, fit passer la malade dans le service de M. DESPRÈS. Celui-ci ne constatant aucun gonflement, aucune déformation, et constatant la liberté relative des mouvements articulaires, diagnostiqua une arthrite sèche douloureuse, des pointes de feu furent appliquées et des préparations opiacées furent administrées à l'intérieur.

La malade était faible et fatiguée pour son âge, mais elle n'avait aucun antécédent capable de faire soupçonner une diathèse quelconque. A la fin de novembre, elle eut une névralgie intercostale très-douloureuse du côté droit qui fut traitée par les vésicatoires. Au commencement de novembre la névralgie reparut et alternait cette fois avec une douleur vive dans tout le membre inférieur droit.

15 *décembre.* La malade est prise de fièvre ; en même temps elle éprouve par tout le corps des douleurs extrêmement vives, on ne peut la toucher sans qu'elle pousse des cris. — Des injections de morphine sont renouvelées plusieurs fois par jour.

20 *décembre.* Les douleurs arrivent à leur paroxysme ; il y a des étouffements et des douleurs dans les membres supérieurs qui inspirent aux internes l'idée que la malade a de l'angine de poitrine. Les battements du cœur sont tumultueux.

M. Desprès se fondant sur la marche du mal et sur le caractère des douleurs et surtout sur l'aspect général de la malade qui rappelle les derniers moments des cancéreux, soupçonne un cancer de la colonne vertébrale.

25 *décembre.* L'agonie commence, la malade a la tête fortement renversée en arrière, elle ne cesse de gémir nuit et jour, la langue et les lèvres sont sèches, néanmoins l'hyperesthésie générale persiste, les plaintes augmentent au moindre attouchement. M. Desprès croit que ces symptômes sont en relation avec une méningite spinale causée par la présence du cancer dans les vertèbres. La malade meurt le 3 janvier, après être restée dans le même état, sauf que pendant les derniers jours elle se tournait un peu sur le côté droit. Le pouls avait oscillé entre 120 et 130 et la température restait entre 39 et 40, 2.

AUTOPSIE. Nous avons cherché d'abord dans la colonne vertébrale et nous avons trouvé de nombreux *noyaux du cancer* dans les vertèbres dorsale et lombaire, gros comme des noix ou des noisettes ; l'examen histologique sera fait, mais à première vue ce mal parait être un carcinome encéphaloïde.

La moelle présente, au niveau de ses racines, des petits kystes qui sont formés par l'arachnoïde ; il n'y a pas de ramollissement, mais la moelle est plus diffluente qu'à l'état normal.

Tous les autres organes ont été examinés ; il n'y avait nulle part trace de cancer. L'utérus renfermait des corps fibreux et il sortait du col un petit polype utéro-folliculaire, du volume d'une noisette. Les reins renfermaient quelques kystes urinaires. Le foie est absolument sain.

L'articulation de la *hanche*, examinée, présente les caractères de l'arthrite sèche commençante ou de l'arthrite des ataxiques signalée par M. Charcot. Seulement à la face postérieure du col il y a une petite nodosité dure formée par le périoste qui pourrait bien être un petit cancer (ce point sera examiné), mais le volume très-petit de cette nodosité qui n'a pas plus d'étendue qu'une grosse lentille, rend impossible de voir là le cancer primitif qui aurait causé la métastase dans les vertèbres. En résumé, il s'agit d'un *cancer primitif de la colonne vertébrale.*

2. Arrêt de développement des doigts des deux mains. — Pieds bots varus. — Sillons cutanés ; par M. LEBEC, interne.

Dail... Henry, venant de la province, entre à l'Hôtel-Dieu porteur de vices de conformation curieux à étudier. Voici les renseignements que nous avons obtenus sur sa famille. Le

père, âgé de 23 ans, bien constitué, est alcoolique ; il y a un grand'oncle de l'enfant qui boite depuis son enfance ; quant à lui-même, il est bien constitué. La mère, primipare, a eu cet enfant à l'âge de 25 ans ; à la suite d'une grossesse pénible. L'enfant est âgé de 8 mois. La tête et le corps sont bien conformés. Les membres seuls présentent des altérations. La santé générale est excellente.

Les *deux pieds* sont fortement tournés en pieds bots varus, avec tous ses caractères ordinaires. Au pied *droit*, on remarque que le premier et le second orteils n'ont que la première phalange. Le reste est remplacé par un tubercule charnu, privé d'ongle. Les autres doigts sont normaux. Au pied *gauche*, à un travers de doigt au-dessus des malléoles, on observe sur la jambe un étranglement exactement circulaire et profond de la peau, comme produit par un lien constricteur. Ce sillon est profond de 2 millimètres, en écartant ses bords on voit au fond la peau blanche et brillante, comme un tissu de cicatrice. Ce sillon est dans la peau, et nullement adhérent aux parties profondes.

Les mains offrent des déformations plus curieuses. Main *droite* : Carpe et métacarpe normaux. Le pouce est bien conformé, dépourvu d'ongle. L'index n'a que deux phalanges et pas d'ongle. Il y a 6 mois, on l'a détaché du médius, auquel il adhérait, et du même coup, on a supprimé un petit tubercule charnu à la face palmaire du médius, et qui correspond à l'extrémité de l'index. Le médius a trois phalanges, mais très courtes, il a un ongle normal. Il adhère à l'annulaire. A sa base, on remarque un sillon du côté radial de la main. L'annulaire n'a qu'une seule phalange fort longue ; le reste est un bourgeon charnu sans ongle, adhérant au médium par son extrémité, et séparé de lui à sa base. Le petit doigt a ses 3 phalanges, mais pas d'ongle, la matrice seule est exprimée. Pris d'ensemble, les doigts ont tous à peu près la même longueur. Ils sont habituellement fléchis. L'enfant se sert surtout du pouce qu'il oppose facilement au petit doigt, et applique le moignon des autres doigts sur l'objet saisi. A la *paume de la main*, on remarque une modification dans les plis d'opposition.

Le premier pli du pouce se dirige verticalement, selon l'axe du troisième métacarpien, à cause des mouvements constants du pouce vers le petit doigt. Le deuxième pli est normal et coupé par le premier. Le troisième pli, au lieu de se terminer entre les têtes du deuxième et du troisième métacarpien, se porte jusque sur le côté interne du premier, et comprend les têtes des quatre métacarpiens. Ce qui s'explique par le mouvement d'ensemble des trois doigts du milieu.

Main gauche. Comme à l'autre main, les doigts seuls sont atteints. Le pouce est normal. Le petit doigt a ses trois phalanges et un ongle, mais il est très-volumineux. L'index, le médius et l'annulaire sont réunis dans la hauteur de leurs premières phalanges. L'index est représenté par un bourgeon charnu, court et sans ongle. Le médius a trois phalanges rudimentaires et un ongle. L'annulaire est représenté par un ensemble de trois bourrelets, couchés contre le médius, et contenant un rudiment de phalange. Ces trois doigts réunis ont la forme d'une sorte de pyramide. A sa base, et du côté cubital, existe un sillon profond, qui ne se voit pas de l'autre côté. Les plis de la *paume*, et les mouvements se font comme à l'autre main.

En résumé, on peut voir une sorte de symétrie dans ces arrêts de développement. Deux pieds bots rares, les trois doigts médians des mains atrophiés, l'annulaire seul ayant un ongle aux deux mains. A la base du médius droit, un sillon et un autre à la base de l'annulaire gauche. Ceci combat la théorie du sillon produit par le cordon, puisque ces sillons existent d'un côté des doigts et pas de l'autre.

M. Longuet a vu un cas analogue en 1875 dans le service de M. Verneuil. Il existait des sillons symétriques semblables à ceux que signale M. Lebec et des amputations des doigts. Il suppose que l'autopsie pourrait, dans des cas semblables, révéler l'existence de lésions médullaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 mai 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Houel lit un rapport sur une pièce de spina bifida, présentée par M. Verneuil. La tumeur, du volume d'un petit œuf de poule, siégeait dans la région lombo-sacrée, et renfermait, comme cela a lieu la plupart du temps, une certaine quantité de filaments nerveux. Mais elle présentait une particularité très-remarquable : à la face postérieure du corps des 3e et 4e vertèbres lombaires se trouvait une exostose de forme triangulaire, large de 12 millimètres, longue de 11 millim. Cette exostose proéminait dans le canal vertébral, et divisait la moelle en deux parties : au-dessous, les deux segments de la moelle se réunissaient de nouveau, avant la formation de la queue de cheval.

M. de Saint-Germain communique l'observation d'un enfant mort à la suite d'une opération de trachéotomie pratiqué en un seul temps. M. de Saint-Germain rappelle qu'il a fait 96 fois cette opération, et qu'il n'a eu que trois cas d'hémorrhagies, dont une secondaire. L'enfant dont il s'agit ici était âgé de 4 ans ; il avait le cou gros, gras et court. Les points de repère étaient difficiles à trouver. La canule fut introduite avec peine après deux tentatives infructueuses, et il était impossible de se rendre compte de l'obstacle qui s'opposait à sa pénétration. D'ailleurs, il n'y avait eu aucune perte de sang. Quatre jours après l'opération, l'enfant mourait du fait de la diphthérie. A l'autopsie, on trouva l'œsophage parfaitement intact ; mais, sur la paroi postérieure de la trachée, on constatait une incision verticale qu'avait produite le bistouri trop profondément enfoncé.

M. Després reproche au procédé de trachéotomie en un seul temps, deux choses principales : 1° il est difficile de faire l'incision exactement sur la ligne médiane ; 2° on s'expose à couper l'isthme du corps thyroïde. M. Després pense que si, dans le cas de M. de Saint-Germain, on a eu tant de peine à introduire la canule, c'est que l'incision n'était pas sur la ligne médiane.

M. de Saint-Germain. L'autopsie a été faite, et l'incision était bien sur la ligne médiane. Pour les hémorrhagies, qu'elles soient dues ou non à la section de l'isthme du corps thyroïde, elles se produisent aussi bien dans l'opération de Trousseau que dans l'opération en un temps. Si l'on choisit ce dernier procédé et qu'une hémorrhagie ait lieu, on ne peut pas se décider à faire des ligatures. Peut-être faut-il tenter encore de se servir du thermocautère. Quant à la pénétration trop profonde du bistouri dans la trachée, on l'évitera en ayant la précaution de ne pas enfoncer l'instrument à plus d'un centimètre et demi.

M. Trélat. Le thermocautère est un instrument qu'on ne peut pas mener à une haute température. Il y a un grand écart entre le pouvoir destructeur du thermo-cautère et celui d'autres agents, le galvano-cautère en particulier.

M. Pinard lit à la Société une observation ainsi intitulée : Insertion vicieuse du placenta, variété marginale ; présentations successives du siége et de l'épaule ; version par manœuvres externes ; application de la ceinture ; accouchement en position occipito-iliaque gauche antérieure. E. B.

REVUE D'HYDROLOGIE

I. Médication alcaline : analyse des brochures de MM. Tamin-Despalles et Debout Destrées.

II. Médication sulfureuse : analyse des brochures de MM. Senac-Lagrange, Andral et Duhoureau.

Les alcalins jouent un grand rôle en thérapeutique à cause de la multiplicité des maladies auxquelles ils s'adressent. Aussi, chaque année, les thèses de doctorat ou les travaux originaux viennent-ils élucider quelque point délicat de ce sujet si vaste.

Dans son opuscule sur les eaux de Contrexeville et du Pavillon en particulier, le Dr Tamin Despalles passe en revue les différentes maladies auxquelles cette source s'adapte de

préférence. Nous allons les énumérer, ce sont : la gravelle, la goutte, les dyspepsies, les calculs biliaires, la constipation habituelle, les engorgements du foie, de la rate et des intestins, le catarrhe vésical, l'albuminurie, la chloro-anémie.

En parcourant cette longue liste sur la couverture de l'ouvrage, j'étais en droit de m'attendre à une description quelconque de ces affections dans le corps de la brochure. Grande a été ma déception, lorsque, malgré un examen attentif, je n'ai rien pu découvrir de semblable ; il est vrai qu'en revanche, l'auteur se livre à une petite attaque contre les eaux bicarbonatées sodiques dont elles ne se relèveront jamais. — Citons un exemple : « L'eau de Contrexéville modifie le tempérament acide sans produire l'anémie et l'épuisement, redoutable conséquence des eaux alcalines proprement dites, de Carlsbad, de Vichy, par exemple, dont les épaves vivantes viennent à Contrexéville demander une double guérison, celle des eaux bicarbonatées et celle de leur maladie primitive, heureux lorsqu'il en est encore temps. » — Arrêtons-nous un instant : je commence par avouer que j'ignore entièrement ce que l'auteur entend par tempérament acide. Serait-ce par hasard un nouvel état morbide que Contrexéville aurait la propriété de guérir. Quant à l'heureux privilége qu'auraient les sources de cette station de remédier à l'anémie engendrée par les bicarbonatées sodiques, c'est une nouveauté hardie. Lorsque cet accident survient, ce qui est rare, c'est aux reconstituants d'un autre ordre qu'on a généralement recours. En terminant, M. Tamin-Despalles énumère les aliments qu'il conseille ou défend aux malades des onze catégories qu'il a constituées ; depuis la morue jusqu'au boudin, depuis les concombres jusqu'aux nèfles, tout est passé en revue et étiquetté. Je n'insiste pas davantage et j'arrive à la brochure de M. Debout - Destrées, également médecin à Contrexéville.

— M. Debout étudie avec détails les causes de la gravelle et de la pierre. Je crains cependant qu'il n'ait accepté avec trop de confiance des théories chimiques et des expériences qu'il n'a pas contrôlées. La chimie joue assurément un très-grand rôle en médecine thermale. Cependant, je crois que l'observation attentive des maladies rend de bien plus grands services encore.

Je signalerai deux points qui me paraissent hasardés dans cette brochure ; ainsi à la page 106, je vois : étude sur les calculs développés autour d'un gravier venu du rein dans la vessie, sous l'influence de l'usage et surtout de l'abus des alcalins. S'appuyant sur l'autorité de M. le professeur Bouchardat, de Leroy d'Etiolles fils, de Thompson, il n'hésite pas à admettre que les eaux bicarbonatées sodiques et celles de Vichy en particulier, sont la cause de calculs vésicaux, ou que tout au moins elles favorisent le développement de la pierre, si elle existe déjà. A l'appui de sa thèse, il rapporte le fait de M. Peyronnet, pharmacien à Saint-Symphorien, que M. Ollier opéra dans le courant d'août 1875, parce que, à la suite d'une saison de Vichy, le calcul vésical avait augmenté dans des proportions considérables (de 11 milimètres de diamètre à 35 milimètres).

Je me permettrai tout d'abord de faire remarquer que les moyens de mensuration de la pierre sont défectueux et que l'accroissement rapide qui a été constaté chez M. Peyronnet ne saurait être regardé comme absolument vrai. Admettons, néanmoins, que l'augmentation ait été réelle, doit-on pour cela l'attribuer à l'abus des alcalins ? Ce serait aller trop loin, du moment que l'on sait que les troubles vésicaux concomitants (inflammations aiguës et chroniques), que la présence de l'ammoniaque dans l'urine suffisent pour donner lieu à une augmentation de volume du calcul. Or, l'hématurie observée chez ce malade était évidemment, quoi qu'en dise M. Debout, occasionnée par de la cystite ou tout au moins par de la congestion de la muqueuse vésicale. Ajoutons que quand les urines alcalines donnent lieu à des dépôts sédimenteux, ils sont formés de phosphate terreux amorphes qui ne forment jamais de couches à la surface des calculs d'acide urique. Cette surface ne se recouvre d'une croûte calcaire que si l'urine est ammoniacale (Vogel). — Ainsi donc, la nature des dépôts qui peuvent se former dans le cours du traitement par les alcalins réduit à néant, dit M. Lecorché, une des principales objections qu'on a dirigées contre cette médication, puisque l'alcalinité non ammoniacale de l'urine obtenue par les médicaments est insuffisante pour donner lieu au dépôt d'un sel susceptible d'accroître le volume du calcul.

Autre point : à la page 109, M. Debout rend compte d'une série d'expériences qui ont été faites par M. Peyronnet, et qui tendraient à prouver que les eaux de Contrexéville dissolvent les graviers d'acides uriques plus rapidement que les eaux de Vichy et de Vals. Citons les propres paroles de l'auteur : « Il prit trois graviers d'acide urique de cinq centigrammes chacun, mit l'un dans 125 gr. d'eau de Contrexéville (source du Pavillon), le second dans 125 gr. d'eau de Vichy (source des Célestins), le troisième dans la même quantité d'eau de Vals (source vivaraise n° 7), et il observa le phénomène suivant : au bout de quatre jours, le gravier placé dans l'eau de Contrexéville avait disparu, celui qui était dans l'eau de Vichy disparut au bout de huit jours, et celui qui était dans l'eau de Vals ne disparut qu'au bout de quinze jours. » Cette action dissolvante des alcalins est connue depuis longtemps. Fourcroy et Vauquelin, Darcet, M. Chevalier avaient signalé depuis longtemps cette remarquable propriété de nos eaux bicarbonatées. Mais c'est à Roberts que la science est redevable d'avoir élucidé cette question encore si obscure. Il entreprit une série d'expériences qui l'amenèrent au résultat suivant : les solutions concentrées de carbonate de potasse (12 gr. par pinte) sont sans effet sur les concrétions d'acide urique, les solutions à 6 gr. en dissolvent 3 0/0, les solutions à 3 gr. en dissolvent 20 0/0, tandis que les solutions faibles (1 gr. 05) n'en dissolvent que 1,2 0/0. On peut conclure de cette série d'expériences que les solutions trop concentrées ou trop faibles sont sans action sur les calculs d'acide urique. Or, dans l'eau de Contrexéville, les carbonates de chaux et de magnésie n'existent qu'à la dose de 1 gr. 24, ils ne doivent donc pas, si les expériences de Roberts sont exactes, désagréger autant de graviers que les eaux à minéralisation plus élevée, telles que celles de Vichy, qui contiennent 4 gr. 85 de sels alcalins.

Nous avons tenu à vérifier par nous-même les résultats obtenus par M. Peyronnet. N'ayant pu trouver de l'eau de Vals (source vivaraise n° 7), nos essais ont porté uniquement sur l'eau des Célestins et sur celle du Pavillon.

Le 14 novembre dernier, je pris deux graviers d'acide urique de 16 centigrammes chacun, l'un fut mis dans deux cents grammes environ d'eau des Célestins, l'autre dans la même quantité d'eau du Pavillon ; tous les cinq jours, jusqu'au 4 décembre, je renouvelai le liquide, en ayant soin d'agiter fréquemment. Celui qui était placé dans l'eau des Célestins disparut entièrement le 8 janvier 1877, tandis qu'à cette époque celui qui était dans l'eau du Pavillon pesait encore dix centigrammes. J'ai répété trois fois cette expérience, et je suis arrivé toujours au même résultat : les graviers étaient entièrement dissous dans l'eau des Célestins, tandis qu'ils étaient à peine entamés par l'eau du Pavillon. Pour éviter la moindre objection de la part de M. Peyronnet et de M. Debout, je fis comme le premier expérimentateur, je pris (le 5 janvier 1877) deux graviers d'acide urique, pesant chacun cinq centigrammes, je mis l'un dans un litre d'eau des Célestins et le second dans la même quantité d'eau du Pavillon. Le premier avait disparu le 4 février suivant, tandis que le second persista jusqu'au 25 du même mois.

Il résulte de mes expériences que l'eau des Célestins a une action dissolvante manifeste, tandis qu'elle est à peine appréciable pour l'eau du Pavillon. Bien que ces deux erreurs capitales se soient glissées dans cette brochure, il est juste de reconnaître qu'elle renferme quelques faits qui rendent sa lecture assez intéressante.

Passons à la médication sulfureuse, et à l'excellent travail de notre collègue, M. Senac-Lagrange, médecin à Cauterets. Les eaux sulfureuses ont un double effet, l'un passager, primitif, c'est l'excitation, l'autre secondaire, plus durable, c'est l'action tonique. Ces deux manifestations sont-elles aussi distinctes qu'on semblerait croire ? La seconde ne serait-elle pas

occasionnée par la première, c'est ce que M. Senac-Lagrange incline à admettre, tout en faisant remarquer que là où l'action excitante est très-accusée, l'action tonique est amoindrie, tandis que cette dernière est d'autant plus prononcée, que l'action excitante est plus douce, plus graduée. Ainsi donc pour que l'action tonique ait lieu plus tard, il faut qu'il y ait eu d'abord excitation telle qu'on l'entend aujourd'hui, c'est-à-dire surcroît d'activité d'un ou de plusieurs organes.

Les eaux sulfureuses produisent trois espèces de stimulation: elles agissent sur le système nerveux, sur certains organes; enfin, elles déterminent parfois une irritation violente, lorsque leur emploi est trop prolongé, ou que les quantités absorbées sont trop fortes. Leur action sur le système nerveux se traduit par un ensemble de phénomènes qui modifient avantageusement la maladie chronique, dans quelques-unes de ces manifestations. Ajoutons que quand les doses sont plus élevées, lorsque la cure est poursuivie, nonobstant l'apparition de ces symptômes, les systèmes vasculaires, musculaires, etc., sont impressionnés, et les malades ressentent de l'agitation, de l'insomnie, des palpitations cardiaques; ils perdent l'appétit et tombent dans l'abattement. Tous ces phénomènes sont passagers, ils ne durent que quelques jours, ou un mois au plus. Dans d'autres stations thermales, à Vichy en particulier, on observe de semblables manifestations, même lorsque les eaux ont été administrées avec prudence et modération. Lorsque l'excitation augmente, il survient de l'irritation, éruptions érythémateuses, productions hémorrhoïdaires, abcès du tissu cellulaire, certaines cicatrices se rouvrent. Il arrive même des hémoptysies chez des phthisiques qui n'avaient pas craché le sang depuis longtemps.

Si les eaux sulfureuses ne jouissaient que de cette propriété excitante, il est probable qu'elles seraient abandonnées aujourd'hui, mais elles possèdent à un haut degré un effet durable, permanent, qui se traduit par une vitalité plus grande des organes par l'état tonique en un mot. C'est là où il faut s'entendre et s'expliquer, car beaucoup de médicaments sont toniques, chacun à sa façon; le mercure et l'iodure de potassium sont toniques dans la syphilis, les alcalins dans l'arthritis, le quinquina dans les empoisonnements paludéens; nous dirons alors que les eaux sulfureuses sont toniques dans la scrofule et le tubercule. Par quel intermédiaire s'opère cette reconstitution? Au moyen du système nerveux, dit M. Senac Lagrange; je ne nie point, assurément, l'action des centres nerveux dans la médication sulfureuse, mais je crois que le système vasculaire joue un grand rôle dans cette résorption de produits caséeux qui sont engendrés par la scrofule et le tubercule.

Dans la brochure de M. Senac-Lagrange, bien que très-complète, il manque l'action des sulfureux sur le pouls et le sang, c'est cette lacune que M. Andral a comblé en partie dans son étude sur les Eaux-Bonnes. Pour arriver à un résultat satisfaisant, il fallait recourir à l'expérimentation chez les animaux, tout en s'aidant des enseignements de la clinique. C'est ce qu'a fait notre excellent collègue, et il est arrivé aux résultats suivants: sous l'influence des Eaux-Bonnes, le pouls s'abaisse dans la proportion de 73 pour cent, et la température dans la proportion de 56 pour cent. Les globules rouges augmentèrent chez deux malades et diminuèrent chez le troisième.

Il est regrettable que les expériences de M. Andral ne soient pas plus nombreuses, parce qu'il est difficile de conclure avec si peu de faits; mais l'auteur se promettant de compléter ses recherches, nous prenons acte de sa déclaration.

Nous ne dirons rien de la brochure de M. Duhourcau sur la sulfuration des eaux de Cauterets, parce que nous ne sommes point compétent pour la juger, cette question étant plutôt du domaine de la chimie que de la médecine.

J. CORNILLON.

HOPITAUX DE LYON. — Le jury des concours pour une place de médecin des hôpitaux qui s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu, lundi 14 mai est ainsi constitué: MM. Boucaud, Chavanne, Chappet, Faivre, Girin, Laure, Mayet, Rambaud, *médecins*. — MM. Horand, Laroyenne, Létiévant, *chirurgiens*, (*Lyon médical*.)

PHARMACOLOGIE

De la médication révulsive.

La médication révulsive possède depuis longtemps des agents d'une puissance très-grande; mais, jusqu'à ces dernières années, leur préparation, souvent grossière, mettait leur efficacité en défaut, ou donnait lieu quelquefois à des accidents fort graves. — Il n'en est plus de même aujourd'hui: le médecin peut à son gré se munir des meilleurs agents rubéfiants, vésicants ou caustiques, suivant les effets qu'il veut produire, et cela sans courir aucun des risques d'autrefois.

Notre intention n'est pas de rappeler ici tous les perfectionnements apportés par la pharmacie dans la médication révulsive ou substitutive, mais de nous occuper seulement d'une préparation vésicante nouvelle, destinée à rendre de grands services aux malades et aux médecins: nous avons nommé l'*emplâtre argocystique*, ou plus simplement *vésicatoire L. Rouvière*, de Nimes.

Ce savant pharmacien-chimiste prépare une pâte débarrassée de tous les principes irritants de la cantharide, qui met, par conséquent, le malade à l'abri des accidents terribles dont la vessie est si fréquemment atteinte, à la suite d'applications multiples ou simples de vésicatoire ordinaire. — Un autre avantage immense du vésicatoire L. Rouvière, est de ne point couler, par conséquent de ne jamais dépasser les limites qu'on lui assigne et de ne provoquer presque aucune douleur. — Ainsi, aucun retentissement fâcheux sur les reins, la vessie et les organes génitaux; de plus, abolition de la douleur. Le praticien est donc désormais en possession d'un emplâtre vésicant que le malade ne pourra plus refuser.

Nous avons vu appliquer et nous avons employé nous-même sur de nombreux malades ce vésicatoire, nous n'hésitons pas à nous prononcer en sa faveur. Aussi, chez des vieillards atteints de bronchite catarrhale, soumis à de fréquents accès de rétention d'urine, nous avons pu nous servir du vésicatoire L. Rouvière et établir une large révulsion sur la poitrine, ce que nous n'aurions pu obtenir sans danger avec les autres vésicants, à cause des phénomènes qui, fatalement, se seraient produits du côté de la vessie. Sur les enfants, il agit avec une rapidité qui le rend très-précieux.

Les avantages du vésicatoire L. Rouvière peuvent se résumer à ceux-ci: vésication prompte et sûre, presque sans douleur et sans aucun retentissement sur les organes génitaux-urinaires. Nous ne connaissions jusqu'à ce jour aucune préparation qui réunît des qualités aussi précieuses et pour le malade et pour le praticien.

Dr NIÉMEN.

VARIA

Assemblée générale de la Société médicale de l'Etat du Kentucky (Etats-Unis).

Dans sa dernière séance (6 avril), l'Assemblée générale de la Société médicale du Kentucky a voté les résolutions suivantes, sur la proposition de M. le dr Baker: 1° Que la Société est en plein accord avec l'Assemblée du Collège médical américain pour réclamer l'élévation du niveau de l'éducation médicale dans le pays; 2° Que les écoles d'été qui rendent capables les étudiants d'être gradués après une étude de 8 à 9 mois, exercent une influence déplorable sur la profession; — 3° Que les cours d'hiver ou d'été par la même école et l'obtention des grades à la fin de chacun d'eux, tendent à diminuer la position élevée que doivent occuper les médecins. — (*The Courier Journal*.)

ALIMENTATION: LE CIDRE. — Il est à noter que, depuis 35 ans la production et la consommation du cidre ont subi des déplacements curieux: il y a eu augmentation dans certaines contrées, diminution dans d'autres, le tout sous l'influence des facilités données par les chemins de fer au transport des vins, bières et cidres. Aujourd'hui, comme en 1874, dit le *Courrier de l'Eure*, les trois départements de la Basse-Normandie: Orne, Manche, Calvados, sont encore à la tête de cette production; mais l'Eure, la Seine-Inférieure et l'Oise, qui venaient après eux, n'occupent plus que les huitième, neuvième et dixième rangs. Les côtes du Nord et la Mayenne, au contraire, ont monté des huitième et neuvième rangs au cinquième et au septième. L'Ile-et-Vilaine est monté du huitième au premier rang en trente-cinq ans. Les départements d'Eure-et-Loir, de la Somme, de l'Aisne et de Seine-et-Marne, sont descendus de quelques rangs; le voisinage des contrées à vin et à bière a fait gagner à ces deux breuvages du terrain sur le cidre. La Sarthe, le Morbihan, le Finistère, Seine-et-Oise, ont au con-

traire accru leur production. Quelques départements où le cidre avait jadis une certaine importance, n'en font presque plus; ce sont : l'Yonne, l'Aube, le Loir-et-Cher, le Loiret et enfin les Basses-Pyrénées. Pas n'est besoin de dire que c'est la vigne qui, dans ces contrées, a peu à peu supplanté le pommier à cidre. — (*Journal officiel*).

28. Tic douloureux de la face. (*Péter*).

Pendant les deux premiers mois, 6 gr. de bromure de potassium par jour.
— le 2e — 4 gr. — —
— le 3e — 2 gr. — —

Trois ou quatre jours après l'emploi du bromure les douleurs disparaissent, mais il faut continuer l'indication comme il est indiqué, pour quelles ne reparaissent pas. (*Moniteur thérapeutique.*)

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Pinard commenceront le mercredi 16 mai, à 3 h. 1/2, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties : 1° Anatomie, physiologie, grossesse; 2° Eutocie; 3° Dystocie; 4° Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Maladies des yeux. — M. le dr Desmarres a commencé ses leçons cliniques le mercredi 9 mai 1877, à son dispensaire, rue Hautefeuille, 8. Il le continuera les vendredis et mercredis suivants, de 1 h. à 2 h. 1/2.

NOUVELLES

Mortalité a Paris.—1,851,792 habitants (recensement de 1872). Pendant la semaine finissant le 3 mai 1877, on a déclaré 985 décès, soit 27.7 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 15; — rougeole, 13; — scarlatine, »; — variole, 1; — croup, 23; — angine couenneuse, 28; — bronchite, 53; — pneumonie, 79; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 7; — choléra nostras, »; — dysentérie, »; — affections puerpérales, 6; — érysipèle, 6; — autres affections aiguës, 224; — affections chroniques, 475, dont 185 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 28; — causes accidentelles, 27.

Londres : Population 3,533,484 habitants. — Décès du 22 au 28 avril 1876, 1.557, soit 22,9 par 1,000 habitants, savoir : coqueluche, 30; scarlatine 14; variole 89; croup 19.

Académie des sciences. — *Prix Alhumbert.* L'académie des sciences remet au concours, pour 1878, l'étude du mode de nutrition des champignons. — *Prix Bordin* (botanique). L'académie des sciences remet au concours la question suivante : « Etudier comparativement la structure des téguments de la graine dans les végétaux angiospermes et gymnospermes. » (*Gazette des hôpitaux.*)

Concours pour le bureau central (*Médecine*). Un nouveau concours pour *trois* places de médecins du Bureau central commencera le *4 juin*. Le registre d'inscription est ouvert du 5 mai au 19 mai. — Nous voyons avec plaisir que l'administration de l'Assistance publique se conforme au vœu exprimé par le Conseil municipal et que, cette année même, elle aura procédé à la nomination de deux nouveaux médecins du Bureau central.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 14 mai 1877, à 3 heures précises, au Palais-de-Justice. Ordre du jour : Sur les nouvelles mesures législatives applicables aux aliénés reconnus dangereux. Rapport par M. Demange; — Communication de M. Devergie, sur les remèdes secrets ; — Suite de la discussion du rapport de M. Charpentier, sur l'avortement.

Botanique rurale. — M. Chatin, professeur, membre de l'Académie des sciences, fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 13 mai 1877, dans la forêt de Montmorency. Rendez-vous à la gare du Nord, à 10 h. 1/2, pour le train partant de Paris à 10 h, 3/4 pour la station de Domont.

M. Bureau, professeur au Muséum, fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 13 mai 1877, à Velizy. Rendez-vous à Chaville, à l'arrivée du train partant de Paris (Montparnasse), à 10 h. 1/2.

Excursion géologique.—M. Daubrée, membre de l'Institut, professeur, ou M. Stanislas Meunier, aide naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche 13 mai 1877, aux environs de Nemours. On se réunira à la gare de Lyon où l'on prendra à 7 h. 55 du matin, le train partant pour Nemours.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'École-de-Médecine.

Abadie (Ch.). Traité des maladies des yeux. Paris, 1877. 2 vol. in-8 de 500 pag. chacun avec 134 fig. dans le texte. 20 fr.

Bourceret (P.). De la dysphagie dans la péricardite et en particulier de la péricardite à forme hydrophobique. Paris, 1877. In-8 de 78 pag. 3 fr.

Emond (Em.) — Le Mont-Dore et ses eaux minérales. Notice médicale. Paris 1877, in-18 de 108 pages. Prix : 1 fr. 50.

Dufresse de Chassaiyne (J.) — Du traitement et de la guérison de l'anévrisme du cœur. Paris 1877 1 vol. in-8° avec figures. Prix broché : 7 fr. cartonné, 8 fr.

Société de pharmacie de Paris. — Rapport sur les médicaments nouveaux par une commission composée de MM. *Baudrimont, Gobley, Marais, Schaeffèle* et *A. Petit,* rapporteur. Paris 1877, in-8° de 68 pages. Broché : 1 fr., cartonné : 1 fr. 25.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Claude Bernard. — Cours de médecine du Collége de France. Leçons sur le diabète et la glycogénie animale. Paris 1877, 1 vol. in-8° de 576 pages. Prix : 7 fr.

Gallard (T.)— Deux faits de médecine légale relatifs à l'exercice de la médecine. Rapports. Paris 1877, in-8 de 40 pages.

Picard (Henri). Traité des maladies de la prostate. Paris, 1877. 1 vol. in-8 de 400 pag. avec 83 fig. 8 fr.

Privat (L.). Etude statistique et médicale sur la Malou-les-Bains (Hérault) et sur l'appréciation des eaux alcalines ferrugineuses et arsénicales de la Malou-l'Ancien, ou traitement du rhumatisme, de la névropathie et de la chloro-anémie. Paris, 1877, in-8 de 120 pag. 3 fr.

Librairie BERGER-LEVRAULT, 5, rue des Beaux-Arts.

Stœber (A.). Description du procédé quasilinéaire simple ou composé, précédé d'une revue historique et iconographique des divers modes et instruments employés dans l'*extraction de la cataracte.* Paris, 1877, 2e tirage, in-8 de 160 pag. avec fig. 5 fr.

Librairie GERMER BAILLIÈRE, 8, place de l'Odéon.

Lebouco (H.). Description anatomique d'un acardiaque humain paracéphalien (Geoffr.). Gand, 1877, imp. Eug. Vanderhægen. In-8 de 26 pag. avec 2 pl.

Nigaise. Le bureau central des hôpitaux; rapport présenté à la Société centrale des chirurgiens des hôpitaux au nom de la commission chargée d'étudier la question de la suppression du bureau central. Paris, 1877, in-8 de 16 pag.

Librairie F. SAVY, 77, boulevard Saint-Germain, près la rue Hautefeuille.

Hoppe-Seygler (F.). Traité d'analyse chimique appliquée à la physiologie et à la pathologie. Guide pratique pour les recherches cliniques, traduit et annoté par F. Schlagdenhauffen. Paris, 1877, 1 vol. gr. in-8 de 560 pag. avec fig. dans le texte. 10 fr.

Crifhton Browne et Herbert, C. Mayor. The West Riding lunatic asylum medical Reports. London, 1876, chez Smith, Elder et Co, de 309 pag.

Seguin (E. C.). Myelitis of the anterior horus or spinal paralysis of the adultaud chied. New-Nork, 1877, chez G. P. Putnam's sous. In-8 de 120 pag.

Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Calvados. — De la situation faite aux médecins par les Sociétés de secours mutuels. Extrait du compte rendu de la séance générale du 5 octobre 1876. Rapport de la commission 1877. Caen, impr. de Leblanc Hardel.— Assemblée générale extraordinaire du 26 janvier 1877. Deux petites brochures de 21 pages chacune.

Geo. Halstead Boyland. — Six months under the red Cross with the french army. U. A. S. Cincinnati, 1873. Robert Clarke et Ce.

Mémoires et bulletins de la société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Fascicules I et II, 1876. 1 vol. in-8.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Cochin. Service de M. Bucquoy. Salle Saint-Jean (F.): 7, albuminurie; 8, rhumatisme articulaire, lésion mitrale et aortique ancienne, 10, insuffisance mitrale; 12, anévrysme de l'aorte; 17, pneumothorax; 20, pelvipéritonite; 21, scarlatine. — Salle Saint-Philippe (H.): 2, néphrite catarrhale; 7, fièvre typhoïde; 13, eczéma de la face; 14, pneumonie chronique; 15, emphysème; 20, dilatation aortique; 17, sciatique. — Salle Sainte-Marie (H.): 6, hypertrophie cardiaque, aortite; 10, péritonite chronique.

Service de M. Després. Baraque I (H.): 28, mal perforant; 33, panaris sous-cutané; 39, fracture de l'humérus. — Baraque II (H.): 10, fistule à l'anus; 13, fracture de la clavicule; 18, fracture de côte; 20, exophthalmie unilatérale, phlébite de la veine ophthalmique; 23, fracture du péroné.—Baraque III (H.): 4, typhlite et pérityphlite, 2, abcès urineux; 12, adénite cervicale suppurée. — Salle Cochin (F.): 2, métrite avec rétroflexion; 5, épithélioma du col de l'utérus; 6, prolapsus utérin vulvorraphie; 7, squirrhe du sein, 2e récidive; 8, abcès froid; 23, cataracte double; 24, phlegmon de l'avant-bras; 26, mal de Pott. — Salle Saint-Jacques : 5, fracture des 2 os de la jambe; 6, rétrécissement du rectum; 9, fracture des côtes, commotion médullaire; 12, fracture du calcanéum; 16, contusion de la hanche.

Hôpital des Enfants-Malades. — Service de M. Archambault. Leçons cliniques le vendredi. Salle Saint-Louis : 1, gangrène à la bouche en voie de guérison; 3, 4, coqueluche; 5, croup chez un enfant syphilitique en traitement; 8, 9, 24, fièvre typhoïde; 11, insuffisance mitrale, rétrécissement et insuffisance aortique; 13, 14, insuffisance mitrale avec hypertrophie cardiaque; 16, mal de Pott, région cervicale, paralysie incomplète des 4 membres; 21, pleurésie ayant été ponctionnée une première fois; 33, rougeole, 27, croup en voie de guérison sans trachéotomie; 28, 32, rougeole. — Salle Sainte-Geneviève : 1 tuberculose au début; 2, pleurésie en voie de guérison; 5, rhumatisme musculaire sub-aigu avec endocardite; 6, angine couenneuse et

croup en voie de guérison; 7, rougeole; 8, fièvre typhoïde; 11, rougeole avec bronchite profonde; 12, 13, catarrhe intestinal et bronchique; 14, rougeole boutonnante; 15, chorée traitée par l'arsenic à haute dose, en voie de guérison; 16, chorée cardiaque, 6e récidive; 17, pemphigus gangréneux consécutif à la rougeole avec broncho-pneumonie; 19, tuberculose consécutive à la rougeole; 22, coqueluche grave; 24, insuffisance mitrale; 24, épanchement dans le péritoine et les deux plèvres d'origine tuberculeuse; 25, coqueluche grave; 27, péritonite tuberculeuse; 9, oreillons; 30, angine herpétique.

Hôpital de la Charité. — Service de M. Trélat. Opérations le jeudi à 10 heures. Salle Saint-Jean (H.): 1, ostéite du fémur; 3, pied plat valgus douloureux; 4, orchite subaiguë, probablement tuberculeuse; 7, périostite suppurée de l'humérus; 8, polype naso-pharyngien; 9, arthrite fongueuse du genou; 10, cataracte traumatique; 11, 21, abcès de la paroi thoracique; 12, phlegmon de la fesse, opéré; 13, bec de lièvre, opéré; 14, hypertrophie ganglionnaire; 20, plaie de la paroi abdominale; 21, panaris. — Salle Sainte-Rose (F.): 21, ascite et kyste de l'ovaire, synovite des gaînes tendineuses des fléchisseurs des doigts; 18, phlébite de la saphène; 15, périnéorrhaphie; 14, endométrite; 12, conjonctivite granuleuse et kératite phlycténulaire; 11, contusion et bosse sanguine de la grande lèvre; 10, contracture hystérique, troubles trophiques de la peau; 3, kératite chronique scrofuleuse; 2, conjonctivite et kératite ulcéreuse; 1, phlegmon des gaînes de l'avant-bras.

Service de M. Gosselin. Leçons de clinique chirurgicale et opérations lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecine.* Service de M. Dujardin-Beaumetz. Leçons de clinique thérapeutique dans l'amphithéâtre de l'hôpital le jeudi à 9 h. 1/2. Consultation le samedi, spéculum, le mardi. — Salle Saint-Lazare (H.) : 1, néphrite tuberculeuse; 6, cancer latent de l'estomac ; 9, anévrysme de l'aorte ; 11, pleurésie gauche avec déplacement énorme du cœur. — Salle Sainte-Marie (nourrices) : 1, rougeole ; 2, double phlegmatia alba dolens ; 5, syphilis congénitale. — Salle Sainte-Agathe (F.) : 1, céphalée syphilitique ; 5, insuffisance mitrale ; 9, hématocèle rétro-utérine ; 11, corps fibreux de l'utérus ; 13, kyste de l'ovaire au début.

Service de M. Brouardel. Consultation le mercredi. — Salle Saint-Augustin (H.) : 2, diabète sucré ; 10, 29, tumeur cérébrale ; 23, hémiplégie, hémianesthésie cutanée et sensorielle ; 39, hémiplégie d'un côté, hémichorée de l'autre ; 52, phthisie laryngée. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 13, tumeur abdominale chez une nouvelle accouchée ; 18, cancer du foie ; 20, néphrite parenchymateuse.

Service de M. Constantin Paul. Consultation le jeudi. Spéculum mercredi et samedi. — Salle Saint-Eloi (H.) : 1, fièvre intermittente ; 2, dilatation aortique, insuffisance mitrale ; 4, paralysie générale ; 16, aphasie ; 17, sciatique ; 33, diabète sucré ; 44, pleurésie tuberculeuse. — Salle Sainte-Jeanne (F.) : 3, insuffisance mitrale ; 7, kyste de l'ovaire (ponctionné) ; 15, chlorose ; 16, névralgie cervico-brachiale ; 23, hystérie, grossesse.

Service de M. Ball. Consultation le vendredi. — Salle Saint-Louis (H.) : 6, cirrhose du foie ; 7, fièvre typhoïde ; 19, paralysie agitante ; 28, insuffisance mitrale ; 33, périsplénite ; 34, hémorrhagie bulbaire. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 7, 8, 11, hystérie ; 6, phlegmatia alba dolens ; 14, 21, 24, métrite hémorrhagique.

Service de M. Mesnet. Consultation le mardi. Spéculum le vendredi. — Salle Saint-Hilaire : 1, granulie ; 3, tumeur cérébrale ; 7, pneumonie caséeuse ;

22, pleurésie tuberculeuse ; 23, cancer de l'estomac ; 29, pleuro-pneumonie tuberculeuse ; 39, pleurésie purulente thoracentèse pyo-pneumothorax ; 43, pneumonie tuberculeuse ; 44, ulcère simple de l'estomac. — Salle Sainte-Cécile : 3, phlegmon périnéphrétique ouvert dans les voies urinaires ; 13, phthisie au début ; 15, mal de Pott dorsal ; 18, broncho-pneumonie ; 25, pleurésie gauche, hémiplégie ; 28, hystérie, grossesse.

Chirurgie. Service de M. Le Dentu. Consultation les mardi, jeudi et samedi. Jours d'opérations, lundi et mercredi. Examen clinique des maladies des yeux et des oreilles, vendredi. Spéculum, jeudi. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 1, hygroma suppuré ; 4, rétraction de l'extenseur commun des orteils et du court péronier latéral ; 10, cancer de l'utérus ; 23, abcès profond du mollet ; 32, épithélioma des petites lèvres ; 34, kyste du maxillaire supérieur. — Salle Saint-Cristophe (H.) : 1, méningo-encéphalite traumatique ; 5, fracture du péroné par divulsion, arrachement de la malléole interne ; 20, fracture de l'omoplate ; 35, 36, 41, fracture de jambe ; 44 *bis*, fracture du radius, rupture du cal.

Leçons sur les Maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, par M. le professeur (J.-M.) Charcot, recueillies et publiées par Bourneville. 4e fascicule : *Tabes dorsal spasmodique ; — Hémichorée post-hémiplégique ; — Paraplégies urinaires ; — Vertige de Ménière ; — Epilepsie partielle d'origine syphilitique ; — Athétose ; — Appendice, etc.* In-8° de 228 pages, avec cinq figures dans le texte et *cinq* planches ; 5 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical*, *4 francs*. — Ce fascicule termine le tome II des *Leçons sur les Maladies du système nerveux*.

On demande un Médecin pour Offranville (Seine-Inférieure) ; position assurée, 8,000 à 10,000 fr. — Pour tous les renseignements, s'adresser à M. Dubuc, 6, rue Mosnier (quartier de l'Europe).

Un jeune étudiant ayant passé ses cinq examens du doctorat, désire un remplacement provisoire dans une station maritime pendant la saison d'été (bains de mer) : S'adresser aux bureaux du *Progrès médical*, de midi à 5 heures, 6, rue des Ecoles.

Union médicale et scientifique du Nord-Est, paraissant tous les mois. In-8°. — Abonnement : prix, 6 fr. pour toute la France. — Publié à Reims, 67, rue de Venise. — Les abonnements et les annonces sont reçues aux bureaux du *Progrès médical*, 6, rue des Ecoles, de une heure à cinq.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie et l'Hystérie, compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, de 1872 à 1875, par Bourneville. — Vol. in-8° de 200 pages, avec 8 figures dans le texte et trois planches. Prix : 4 fr. ; pour les abonnés du *Progrès médical*, 3 fr.

Louise Lateau ou la stigmatisée belge (science et miracle), par Bourneville. — In-8 de 72 pages, avec 2 figures et une eau-forte, dessinées par P. Richer. 2 fr. 50 ; pour les abonnés du *Progrès médical*, 1 fr. 50 (franco).

De l'influence des Maladies du foie sur la marche des traumatismes, par F.-E.-Maurice Longuet. In-8 de 124 pages. Prix : 2 fr. 50.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 20. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 19 MAI 1877.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Du retour de la sensibilité sous l'influence des applications métalliques dans l'hémianesthésie d'origine cérébrale ;

Par le docteur **LANDOLT** et **P. OULMONT**, interne des hôpitaux.

L'action des métaux sur le retour de la sensibilité dans l'hémianesthésie hystérique, découverte depuis longtemps par le docteur Burq, commence à être connue du public depuis les expériences décisives de M. Charcot à la Salpêtrière, et les communications qu'a entendues à ce sujet la Société de biologie. Un fait plus curieux encore, et certes plus inattendu, que le hasard a mis en lumière au cours de ces expériences, c'est l'influence non moins grande qu'exercent les métaux sur l'hémianesthésie de cause cérébrale.

La nommée Ronci... est depuis nombreuses années dans le service de M. Charcot, section des incurables : elle est atteinte depuis environ 12 ans d'hémianesthésie avec hémichorée post-hémiplégique. M. Charcot l'a présentée plusieurs fois à ses cours comme un cas type, et son observation se trouve en détail dans la thèse de M. Raymond. Au mois de janvier 1877, lorsqu'elle a été soumise à l'application des métaux, l'hémianesthésie est aussi complète qu'elle l'a jamais été ; on traverse de part en part avec une forte aiguille le cou, le bras, la jambe du côté droit, sans que la malade paraisse s'en apercevoir. La sensibilité spéciale n'est pas moins atteinte ; la narine droite ne perçoit pas l'éther, la moitié droite de la langue est insensible à la coloquinte ; enfin les yeux ont été explorés à plusieurs reprises par M. Landolt, dont voici en résumé les constatations.

19 *novembre* 1874. Rien d'anormal du côté des nerfs optiques. — Diminution de l'acuité visuelle. Des 2 côtés à gauche V. $\frac{4}{5}$; à droite V. $\frac{4}{5}$. — Rétrécissement concentrique considérable du champ visuel.

Juin 1875. La papille du nerf optique est pâle des deux côtés, surtout à gauche. — A gauche V. 4/5 ; à droite V. 3/10. Le champ visuel presque normal à gauche s'étend à droite à peine jusqu'à 20° dans toutes les directions.

Juin 1876. Papille pâle à gauche, presque atrophique. A gauche V. $\frac{35}{5}$; à droite, la malade compte les doigts à 20 cent. seulement. Pas de nouvel examen des yeux à l'aide des appareils spéciaux, avant les applications métalliques de janvier 1877, mais au dire de la malade, la vue ne s'est pas améliorée. — A gauche, la sensibilité est intacte. — C'est dans ces conditions que le 13 janvier on procède à l'application des métaux.

13 *Janvier. Application au pli du coude d'un bracelet d'or* (pièces de 20 fr. distantes de 2 ou 3 cent. et cousues sur une lanière de cuivre) au jarret, bracelet de fer (rondelles de fer enfilées sur un ruban élastique). L'application se fait à nu sur la peau, sans humecter la peau ni le métal, sans aucune opération préalable. Au bout de 18 minutes, rougeur des piqûres qui se mettent à saigner, puis retour de la sensibilité d'abord au-dessus, puis au-dessous des bracelets. Après 25 minutes, la zone sensible atteint 3 à 4 centimètres au-dessus et au-dessous du métal. On enlève les bracelets.

14 *Janvier*. La sensibilité persiste au jarret et au pli du coude (côté de la flexion) ; en ces endroits, le simple attouchement d'une aiguille est senti. Anesthésie complète partout ailleurs. — *Application sur le front d'une plaque de fer.* Après 15 minutes, retour de la sensibilité au niveau de cette plaque.

21. La sensibilité persiste sans modification dans les points précédents : front, pli du coude et jarret. Ainsi, dans cette première expérience, on constate le retour de la sensibilité, au point d'application des métaux, or et fer, et sa persistance au bout de 7 jours.

Le 21 janvier, voulant essayer l'influence des métaux sur l'anesthésie sensorielle, on procède d'abord à l'exploration du

Novembre 1874.

Fig. 25.

Fig. 26.

Février 1877.

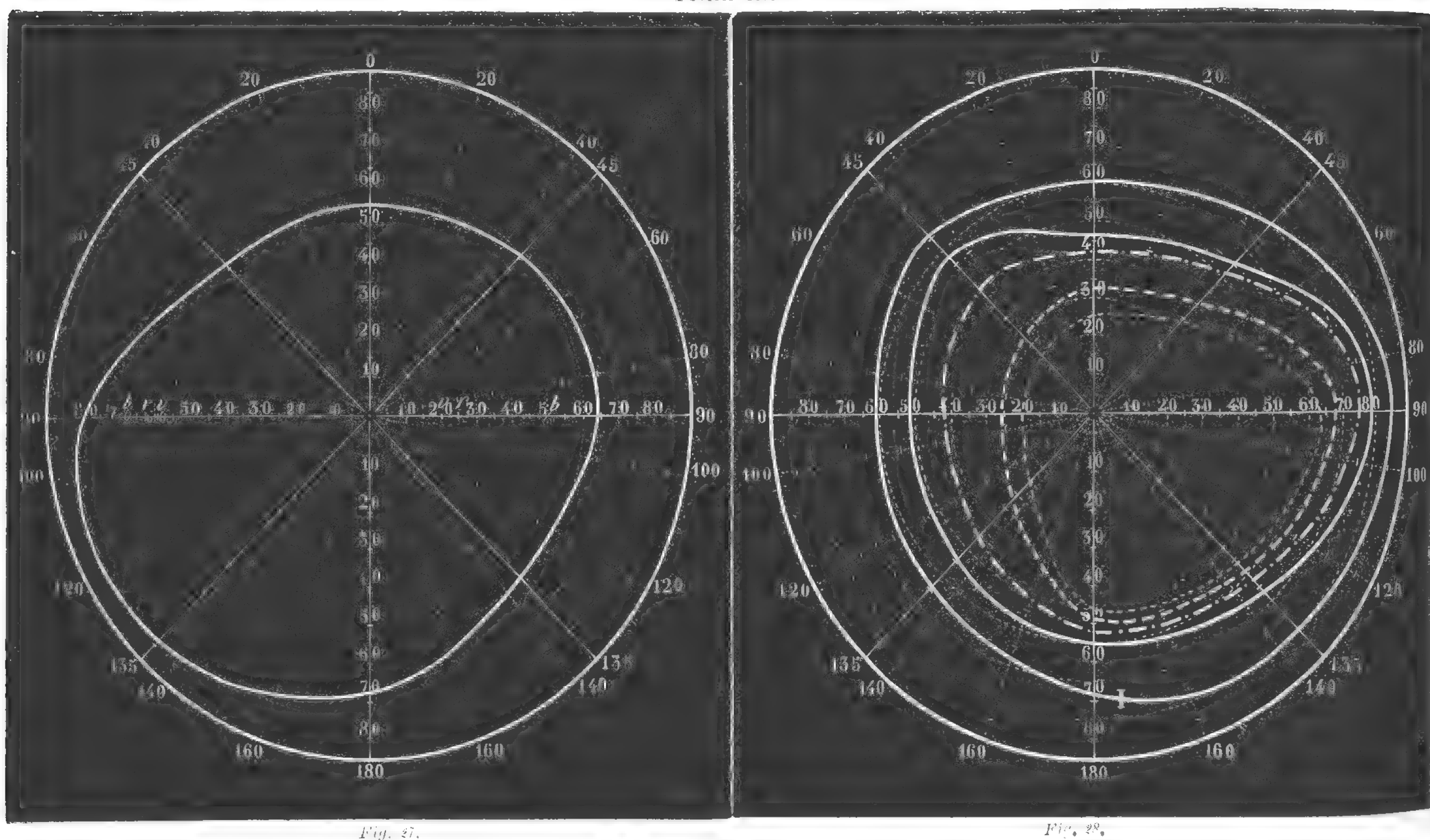


Fig. 27. Fig. 28.

goût et de l'odorat : la narine droite et la moitié droite de la langue sont tout-à-fait insensibles. *Application d'une rondelle de fer sur la moitié droite de la langue ; d'une rondelle du même métal sur chacune des ailes du nez,* ces plaques sont maintenues avec une lanière élastique. Au bout de 10 minutes, début du retour de la sensibilité générale et spéciale. Au bout de 20 minutes, la sensibilité générale est revenue sur toute la moitié droite de la face ; la narine droite sent parfaitement l'éther, la langue est aussi sensible à la coloquinte dans sa moitié droite qu'elle l'est à gauche. La moitié gauche de la face a conservé sa sensibilité, il n'y a pas là cette anesthésie symétrique qui se produit chez les hystériques dans le côté sain, lors du retour de la sensibilité dans les parties primitivement anesthésiées.

Le 22, même état de la face. On explore la sensibilité de tout le côté droit du corps, ce qu'on avait négligé de faire la veille ; la sensibilité n'est plus limitée au pli du coude et au jarret comme avant l'expérience du 21 janvier ; elle est revenue sur le côté droit tout entier ; partout, la malade sent la piqûre la plus légère ; telle sensibilité est plus exquise à la face, au cou, au membre supérieur, et à la partie supérieure du tronc, qu'au membre inférieur.

En même temps, la malade remarque, et l'on peut constater facilement soi-même, une diminution considérable des mouvements choréiques. Cet affaiblissement qui a débuté quelques jours après la première expérience, est bien plus marqué depuis celle du 21. R... peut maintenant prendre un objet, porter la main à son nez, sans autre phénomène que quelques oscillations insignifiantes.

M. le Dr Landolt, examine, le 22 février, les yeux de la malade et constate une amélioration analogue à celle des autres sens. A gauche, le nerf optique est rose ; à droite, il est presque normal.

A gauche V. $\frac{6}{6}$; à droite V. $\frac{5}{6}$. Quant au champ visuel, les deux tableaux ci-dessus (*Fig.* 27 et 28) comparés à ceux de novembre 1874 (*Fig.* 25 et 27) font ressortir toute l'étendue du chemin parcouru.

Actuellement (avril 77), trois mois après l'application des métaux, aucun changement ne s'est manifesté dans l'état de Ronci... ; la sensibilité générale est intacte, ainsi que la sensibilité spéciale ; les mouvements choréiques sont si faibles qu'il faut une observation attentive pour les remarquer.

En résumé, nous trouvons chez Ronci... : 1° le retour de la sensibilité générale et spéciale par le seul fait d'applications métalliques à la surface de la peau ou des muqueuses, et cela, dans une hémianesthésie d'origine cérébrale, qui n'avait pas varié depuis plus de 12 ans ;

2° L'extension de cette sensibilité de retour à toute la moitié du corps anesthésiée, quoique le métal n'ait été appliqué qu'en des points très-limités ;

3° La persistance de cette sensibilité, qui au bout de 3 mois n'a éprouvé aucune diminution ;

4° Enfin, l'affaiblissement simultané de l'hémichorée qui accompagnait l'anesthésie.

Ce sont à peu près là les résultats que produit l'application des métaux dans l'hémianesthésie hystérique, mais toutefois avec des différences essentielles qu'il faut signaler.

1° L'absence d'anesthésie symétrique, à savoir de ces plaques d'anesthésie qui, chez les hystériques, se produisent invariablement sur les points symétriques du côté sain, à mesure que revient la sensibilité dans le côté malade.

2° La persistance de la sensibilité de retour qui, chez les hystériques, au contraire, n'a jamais duré que quelques heures, exceptionnellement 2 ou 3 jours (1).

Comment expliquer ces résultats ? L'anesthésie, on le sait, est un symptôme souvent transitoire dans les hémiplégies d'origine cérébrale. Les voies de la sensibilité sont nombreuses ; dispersées dans la couronne rayonnante, elles ne sont réunies en un faisceau étroit que dans une

(1) M. le professeur Vulpian (*Archives de physiologie*, p. 877, 1875) a, dans un cas semblable, hémiplégie avec hémianesthésie d'origine cérébrale, constaté un phénomène analogue, à savoir le retour de la sensibilité dans tout le côté paralysé, à la suite de l'électrisation localisée de l'avant-bras. La sensibilité persistait, un peu affaiblie, au bout de sept. jours.

portion limitée de leur parcours, vers la partie postérieure de la capsule interne. Et là, soit que vienne à diminuer la compression exercée sur la capsule par un foyer hémorrhagique des ganglions voisins, soit que la lésion de la capsule interne elle-même n'ait atteint qu'en partie les fibres sensibles, on voit souvent l'hémianesthésie la mieux caractérisée disparaître dans les premières semaines ou dans les premiers mois qui suivent l'attaque. Dans le cas actuel, et c'est là une hypothèse qui s'abrite sous le nom de notre maître, M. Charcot, ne peut-on supposer aussi que la lésion en foyer qui a causé, il y a 12 ans, chez Ronci..., l'hémiplégie motrice et sensible, n'a détruit réellement qu'un petit nombre de ces fibres sensibles ; les autres, frappées simplement de stupeur, ont désappris l'activité fonctionnelle, mais sont restées intactes ; il a donc suffi pour secouer leur torpeur, pour leur rendre leur conductibilité, du plus léger ébranlement, de celui que peut causer la simple application d'un métal.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. S. DUPLAY.**

Sarcome du nerf cubital.

Leçon recueillie par Et. GOLAY, interne du service.

Messieurs,

Vous venez de voir au n° 29 de la salle Saint-Augustin un homme âgé de 49 ans, exerçant la profession de cordonnier, et qui est entré dans notre service pour une petite tumeur, qu'il porte à la région postérieure du coude. Ce malade, il y a trois ans, en se heurtant légèrement le coude contre le dossier de sa chaise, ressentit dans la gouttière du cubital, une douleur assez vive, qui lui fit porter instinctivement la main au niveau du point douloureux et constater la présence d'une petite tumeur arrondie, un peu mobile, du volume d'une lentille. La découverte de cette petite tumeur fut pour le malade, comme vous le voyez, toute fortuite ; mais à partir de cette époque, son attention étant attirée de ce côté, il remarqua que toute pression volontaire ou accidentelle, même légère, était l'occasion d'une douleur assez intense, qui, limitée dans les premiers temps à la région occupée par la tumeur, s'accompagna plus tard de quelques phénomènes d'engourdissement du côté du petit doigt. Il y a un an, la tumeur ayant un peu augmenté de volume et les phénomènes douloureux étant devenus plus intenses, le malade vint demander une consultation à l'hôpital. On lui proposa d'enlever cette tumeur; mais il refusa l'opération qu'il réclame aujourd'hui, en raison de l'accroissement continu de ses douleurs.

En examinant le malade, on trouve à la région postérieure du coude droit, dans la gouttière du cubital, mais plus rapprochée de l'épitrochlée que de l'olécrâne, une petite tumeur du volume d'un très gros pois, arrondie, un peu inégale et irrégulière à sa surface. Elle est assez mobile dans le sens transversal, tandis que les mouvements qu'on cherche à lui imprimer dans le sens longitudinal, ne parviennent qu'à la déplacer fort peu. La peau qui la recouvre est intacte et ne présente aucune altération quelconque dans sa mobilité, sa consistance et sa couleur. La petite tumeur paraît dure, douée d'une certaine élasticité et donne une sensation analogue à celle qu'on obtient en palpant une tumeur fibreuse. Mais ce qui constitue son caractère le plus important, c'est la sensibilité particulière dont elle est douée ; dès qu'on la touche même légèrement, le malade éprouve une douleur intense localisée à son niveau ; si on augmente la pression, la douleur locale augmente, mais s'accompagne en outre d'engourdissement douloureux dans la direction connue du nerf cubital et s'étendant jusqu'au petit doigt. Le malade, de son propre mouvement, décrit fort bien le siége et les différentes formes de cette douleur, qu'il compare exactement à ces sensations particulières qu'on éprouve lorsque le cubital se trouve froissé par un choc accidentel sur le coude. Cependant, il est bon de noter que les irradiations douloureuses n'atteignent jamais le côté interne de l'annulaire et restent toujours bornées au petit doigt.

Outre ces douleurs, nées sous l'influence d'une pression accidentelle, le malade, depuis environ un an, ressent parfois des douleurs spontanées au niveau du coude. Elles se montrent généralement à la suite d'un travail prolongé ou d'une extension un peu forcée de l'avant-bras sur le bras, mais, et nous insistons sur ce fait, elles restent locales et n'irradient jamais le long du trajet du nerf cubital.

Lorsque j'ai examiné le malade, j'ai recherché attentivement s'il y avait, du côté de l'avant-bras et de la main, quelque trouble de la sensibilité cutanée, phénomènes si fréquents dans les lésions des nerfs ; je n'ai pu constater aucune trace d'hyperesthésie, ni d'anesthésie. La contractilité musculaire est également intacte ; tous les muscles innervés par le nerf cubital : la moitié interne du fléchisseur profond des doigts, le cubital antérieur, les muscles de l'éminence hypothénar, les muscles interosseux et l'adducteur du pouce paraissent se contracter normalement ; du reste, le malade n'accuse aucune diminution de sa force musculaire dans ce bras. Enfin, disons pour terminer, que nous n'avons pu constater aucune tumeur analogue dans d'autres parties du corps et que la santé générale du malade est excellente.

Sous quelle influence s'est développée cette petite tumeur ? Nous ne pouvons le dire ; elle paraît être née spontanément et n'avoir été la conséquence d'aucune action traumatique ou autre. De même, la profession du malade ne peut nous donner l'explication de son apparition.

Le siége de la tumeur, les symptômes particuliers de sensibilité réveillés par son moindre attouchement, les irradiations douloureuses bornées au trajet du nerf cubital, font immédiatement supposer l'existence d'une tumeur développée sur ce cordon nerveux et songer à l'existence d'un névrôme.

Mais, que doit on entendre par ce terme de névrôme ? Au point de vue purement clinique, on a longtemps désigné et on désigne encore sous ce nom toute tumeur d'un nerf ou en rapport avec un nerf. Mais si le mot névrôme ne veut rien dire de plus que « tumeur d'un nerf », c'est un mot inutile et même malheureux, en ce sens qu'il établit une confusion regrettable entre la nomenclature clinique et la terminologie histologique. L'usage de ce terme en clinique est donc un abus de langage, et il serait utile de réserver le nom de névrôme exclusivement aux tumeurs constituées par des éléments nerveux de formation nouvelle.

Le névrôme vrai est constitué par des éléments nerveux de nouvelle formation, cellules grises ou tubes nerveux. De là, deux espèces distinctes de névrômes vrais : 1° les *névrômes cellulaires*; 2° les *névrômes fasciculés* ou *à tubes*. Les névrômes à cellules ne se rencontrent guère que dans les centres nerveux, encéphale et moelle ; aussi, au point de vue chirurgical, présentent-ils fort peu d'intérêt. Nous n'avons donc à nous occuper que des névrômes fasciculés. On en distingue deux variétés : A) les névrômes renfermant des tubes à moelle ou *névrômes myéliniques*; B) les névrômes ne contenant que des tubes sans moelle ou *névrômes amyéliniques*.

La première variété, celle des névrômes myéliniques, est excessivement rare. Ils ne se rencontrent guère que dans les moignons d'amputation, au niveau des points où les nerfs ont été sectionnés. Il est, en effet, assez fréquent de voir dans ces cas un renflement des nerfs sectionnés dû à la prolifération des éléments fasciculés du nerf. Mais, cette espèce de névrôme, ne se montrant presque jamais sur la continuité d'un nerf, n'a aucun rapport avec les névrômes dont je m'occupe aujourd'hui.

La seconde variété, au contraire, les *névrômes amyéliniques*, c'est-à-dire dans lesquels il n'entre que des fibres de Remak, dépourvues de moelle, sont assez fréquemment rencontrés sur le trajet des nerfs. Leur structure histologique ne paraît pas encore complétement déterminée. Regardés par quelques auteurs comme formés par des élé-

ments nerveux, ils ont été considérés par d'autres comme de simples fibrômes contenant des rudiments de tubes nerveux. A côté des névrômes vrais dont l'histoire laisse encore, comme vous le voyez, bien des obscurités, au moins pour le névrôme amyélinique, le seul qui nous intéresse, je dois vous signaler l'existence d'autres tumeurs développées sur le trajet des nerfs et constituées par des *fibromes*, des *sarcomes*, des *myxomes* et même des *carcinomes*.

Or, il est le plus souvent fort difficile, en clinique, de se prononcer d'avance sur la véritable nature d'une tumeur développée sur un nerf.

Au point de vue du diagnostic, dans le cas qui nous occupe, je ne puis affirmer dès maintenant avec certitude la constitution histologique de la petite tumeur que j'enlèverai dans un instant. Pourtant, il est quelques considérations particulières qui me font supposer que, dans ce cas, nous avons affaire à un fibrôme. Je vais vous en donner les raisons : En premier lieu, les fibrômes sont de toutes les tumeurs des nerfs les plus fréquentes ; en second lieu, il est différents genres de tumeurs que nous pouvons éliminer dès à présent, en raison de la marche qu'a suivie la tumeur. En effet, le malade nous apprend que, à cette époque, elle était grosse comme une petite lentille ; actuellement, vous l'avez vu, elle ne dépasse pas le volume d'un gros pois. Cette marche, essentiellement lente, me permet d'éliminer d'emblée l'idée d'un carcinome et, pour les mêmes raisons, celles d'un myxome ou d'un sarcome. Il ne nous reste donc plus d'hésitation qu'entre un fibrome ou un névrome amyélinique, diagnostic impossible à faire au lit du malade, puisque même histologiquement la distinction, ainsi que je vous l'ai dit, parait extrêmement difficile.

Une autre question doit être soulevée à l'occasion de cette tumeur. Quels sont les rapports qu'elle affecte avec le nerf cubital ? N'a-t-elle avec le nerf que des rapports de contact, lui est-elle périphérique, ou s'est-elle développée au centre du cordon nerveux en dissociant ses fibres ? Cette question est importante à résoudre au point de vue chirurgical, car si la tumeur était développée au centre du nerf, il serait très-difficile d'en opérer l'extraction sans couper le tronc nerveux; si, au contraire, elle était périphérique, on pourrait l'enlever sans presque toucher au nerf.

Autant qu'il est permis de se prononcer sur ce point délicat, j'ai tout lieu de croire qu'elle est périphérique et voici mes raisons : La tumeur, vous vous le rappelez, est très-douloureuse au toucher et la moindre pression détermine immédiatement, outre une douleur intense au niveau du coude, des engourdissements dans la sphère de distribution du nerf cubital. Mais vous avez remarqué aussi que le doigt annulaire échappe à ces irradiations, ce qui semble faire supposer qu'une partie de ce nerf est en dehors de la tumeur et que les filets du cubital qui se rendent à l'annulaire sont épargnés, à moins que l'on admette l'existence d'une anomalie anatomique dans la distribution du nerf cubital.

D'un autre côté, les douleurs spontanées chez notre malade, sont très-rares, peu intenses et ne se montrent guère qu'à la suite d'un travail prolongé, d'une fatigue du membre et quelquefois sous l'influence d'une extension exagérée de l'avant-bras sur le bras. Elles sont toujours restées localisées au coude et ne se sont jamais étendues le long de l'avant-bras et de la main.

Ces raisons, ajoutées à celles que je puis tirer de l'absence de troubles trophiques, de l'absence de troubles de la sensibilité cutanée, et de la persistance de la contractilité musculaire dans tous les muscles innervés par le nerf cubital me font présumer que la tumeur est périphérique, et en quelque sorte simplement accolée au nerf. J'en tire la conclusion que, vraisemblablement, l'opération sera simple et n'entraînera la section que d'un petit nombre de filets nerveux. Le pronostic sera donc bénin. Du reste, à supposer que nous atteignions ce nerf dans quelques-unes de ses parties, les conséquences en seraient bien moins graves que si nous avions affaire à une tumeur développée sur le nerf médian, qui préside à la motilité de presque tous les doigts.

Pour pratiquer l'extirpation de cette tumeur, nous allons endormir le malade et appliquer l'appareil d'Esmarck, de manière à ne pas être gêné par le sang. Si, elle est simplement périphérique au nerf, je n'aurai qu'à l'en séparer délicatement ; si au contraire, ce que je ne pense pas, elle se prolonge dans l'épaisseur du cordon nerveux, je tâcherai de l'énucléer en dissociant les fibres nerveuses, de manière à conserver le plus possible intact le nerf cubital.

Nota.— L'opération faite comme il a été dit a permis de découvrir une petite tumeur grosse comme un gros pois, située au côté antéro-externe du nerf cubital, qu'elle refoulait en arrière et en dedans. Elle n'adhérait au cordon nerveux à sa partie antérieure, que par un petit pont fibreux. Cette petite tumeur était blanchâtre, assez vasculaire à sa surface; à la coupe, elle représentait l'aspect d'un fibrome un peu ramolli ou même d'un sarcome. L'examen histologique, fait au Collége de France, a appris qu'elle était constituée par du tissu sarcomateux, sans mélange d'éléments nerveux.— La plaie du coude s'est cicatrisée rapidement et le malade depuis l'opération, n'a ressenti aucune douleur du côté du coude et du petit doigt.

MALADIES DES PAYS CHAUDS

Affections du foie, des reins, etc.;

Par le **Dr VIGUIER**, ancien interne des hôpitaux.

Les voyages en mer sont trop souvent considérés dans l'Inde, comme un moyen infaillible de guérir toutes sortes de maladies ; mais comme ce moyen de traitement est fort coûteux et nécessite un dérangement considérable, on n'y a guère recours qu'après avoir éprouvé l'inefficacité des autres. Or, il s'en faut bien que tous les malades que l'on envoie faire un voyage de 15 ou 20 jours en mer, en reviennent guéris ou même améliorés ; si les fiévreux en retirent toujours de bons effets à condition toutefois de n'être pas encore tombés dans la cachexie palustre, il n'en est pas de même des personnes atteintes de maladies du foie ou des reins ; bien souvent, au contraire, elles en reviennent dans un état empiré, sinon stationnaire, et elles n'en retirent presque jamais un réel bénéfice.

On peut, à ce point de vue, considérer les affections hépatiques comme appartenant à deux catégories distinctes ; dans la première se trouvent toutes les lésions du foie qui dérivent de l'impaludisme : hypertrophie, congestions, hépatites diverses ; dans le cas où ces lésions sont encore peu prononcées, on est fondé à attendre un heureux effet de l'influence de la mer, bien que le résultat favorable soit infiniment moins sûr que quand il n'y a pas de complications hépatiques. Dans la deuxième catégorie, nous rangerons les maladies du foie qui ne reconnaissent pas pour cause l'intoxication palustre. Or, si l'on considère à bon droit la fièvre du Bengale comme l'une des causes les plus fréquentes des lésions hépatiques, il n'en est pas moins vrai que celles-ci sont souvent primordiales et idiopathiques. Sans parler des hépatites qui peuvent venir compliquer la dyssentérie, mais qui, comme cette maladie, sont assez rares dans l'Inde, l'influence du climat détermine fréquemment un état congestif du foie qui peut dégénérer en hépatite aiguë ou chronique, parfois même en hépatite suppurée; enfin, il ne faut pas oublier dans l'étiologie de cette affection la grande part qui revient à l'alcool dans un pays où tant d'Européens en font un abus journalier.

Quelle que soit sa cause, quand la maladie est avancée (et ce n'est qu'alors que les malades s'embarquent), le régime du bord ne pourra qu'être défavorable au patient qui a besoin de soins et de ménagements qu'il va lui être impossible de se procurer. Outre la difficulté qu'il y a à leur

(1) Voir le *Progrès médical*, n° 19.

donner une alimentation en rapport avec leur état, les malades pour qui les mouvements sont à peu près toujours douloureux et qui sont souvent atteints d'ascite ou même d'anasarque, vont être condamnés à des déplacements continuels. Trop à l'étroit dans la petite couchette d'une cabine où ils étouffent, ils font tous leurs efforts pour s'habiller et monter sur le pont; plusieurs fois par jour, il leur faudra, descendre pour les mictions ou les garde-robes, et le reste du temps, mal étendus dans un fauteuil en rotin ils seront douloureusement secoués par le roulis et le tangage; et encore je n'ai pas parlé du mal de mer qui leur causera des douleurs bien plus intolérables qu'aux personnes valides. Ce traitement ne procure un véritable répit qu'au médecin qui, aux prises avec une maladie trop souvent incurable, n'aura pas à contempler tous les jours l'impuissance de ses efforts. Pendant 18 voyages que j'ai faits dans les mers de l'Inde, j'ai presque toujours eu à bord un ou plusieurs de ces malheureux et si plusieurs revinrent chez eux assez sensiblement dans le même état qu'au départ, le plus grand nombre vit son état aggravé; trois durent être débarqués dans des escales où ils moururent et je n'en ai pas vu de véritablement améliorés. Le seul cas dans lequel je considère qu'il soit permis de conseiller à un malade de prendre la mer, c'est quand on pense qu'il sera en état de supporter la traversée jusqu'en Europe et que l'on veut tenter de le faire profiter du bénéfice du changement de climat et du traitement par les eaux minérales.

Les mêmes considérations à peu près s'appliquent au traitement des néphrites que l'on a aussi très-souvent l'occasion d'observer. Le fait d'être exposé pendant quelques instants à un courant d'air relativement froid ou à la pluie, une chute à l'eau ou même un bain trop froid sont des accidents qui, dans un pays où l'on est continuellement en sueur, ont souvent des conséquences graves et doivent être considérés comme la cause ordinaire de l'albuminurie. L'alcoolisme et l'impaludisme n'y sont pas toujours étrangers mais l'action du froid tient le premier rang. A une période avancée les albuminuriques, déjà atteints d'œdème considérable, essayent souvent l'effet d'un voyage en mer; ils n'en obtiennent pas un meilleur résultat que les malades atteints d'affection du foie.

J'ai observé dans l'Inde deux cas de néphrite catharrale caractérisés par des urines purulentes; ces urines d'un aspect blanc laiteux au moment de l'émission, formaient par le repos un dépôt blanc assez abondant, paraissant constitué par des globules de pus; il est probable qu'il devait y avoir aussi des tubuli du rein, malheureusement l'examen microscopique ne put être fait. Hors cette coloration anormale des urines, les malades ne se plaignent de rien, la santé paraissait excellente, pas de blennorrhagie, ni de cystite, nulle douleur au périnée ni même dans la région lombaire, la miction était facile et non douloureuse. Cet état de choses dura dans les deux cas pendant plusieurs semaines, puis les urines redevinrent normales et chez l'un des malades que j'ai pu suivre pendant plus d'un an, la santé générale ne s'est jamais démentie. Il est probable qu'il s'agissait là de néphrites *à frigore* qui doivent passer souvent inaperçues et se terminer par la guérison, mais qui peuvent aussi devenir le point de départ d'une affection mortelle.

Nécrologie. — L'académie de médecine vient de perdre l'un de ses membres les plus vénérés : M. Joseph-Bienaimé Caventou, professeur honoraire à l'école supérieure de pharmacie, est mort le 5 mai dernier. M. Caventou, né en 1795, était entré à l'académie de médecine en 1821, à l'âge de 26 ans. Outre la découverte de la quinine, qui suffit à rendre impérissable son nom et celui de Pelletier, on lui doit plusieurs travaux importants de chimie et de pharmacie, et un *Traité élémentaire de pharmacie théorique* publié dès l'année 1819. (*Gazette hebdomadaire.*)

On annonce la mort de M. le dr Auguste Durand (de Lunel), ancien médecin principal de première classe, officier de la Légion-d'Honneur, auteur de plusieurs ouvrages, entre autres d'un *Traité dogmatique et pratique des fièvres intermittentes* très-estimé et de plusieurs essais de physiologie et de physique générale. M. Durand (de Lunel) est décédé à Vichy, où il était retiré depuis qu'il avait cessé d'être en service actif. (*Gazette médicale de Paris.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Influence de la compression ovarienne sur la contracture hystérique.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer une jeune malade atteinte d'*hystéro-épilepsie* avec hyperesthésie ovarienne et hémianesthésie du côté droit. Ses attaques, très-intéressantes par elles-mêmes, se compliquent souvent d'accidents particuliers : contracture des membres, des mâchoires, hoquet, etc. Nous détachons de son histoire l'épisode suivant : Le 23 avril dernier, cette malade, nommée Mél... A..., fut prise d'un *hoquet* qui dura de 9 à 10 heures du matin. A ce moment, sans attaques, son corps tout entier fut envahi par une contracture très-intense présentant les caractères suivants :

La tête rectiligne est dans l'extension; — les paupières, entr'ouvertes, laissent apercevoir les globes oculaires convulsés en haut et à droite; les pupilles sont contractées; la bouche est largement ouverte et permet de s'assurer que la langue est normale; le cou est gonflé, violemment tendu; le tronc est rigide.

Les *membres supérieurs* sont très-rigides, les avant-bras fléchis à angle aigu sur les bras; les doigts, à droite, sont infléchis, le pouce appuyé sur l'index; à gauche, ils sont complétement fléchis sur le pouce appliqué contre la paume de la main. Les *membres inférieurs* sont aussi très-rigides, les cuisses sont fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses; de plus, ils sont dans l'adduction de telle sorte que si on écarte les genoux, ils reviennent s'appliquer brusquement l'un contre l'autre.

Cette rigidité persistait depuis une heure et demie environ, lorsque nous fûmes appelé auprès de la malade. Connaissant la nature des accidents, nous résolûmes aussitôt de pratiquer la compression de la région ovarienne droite. Elle était rendue difficile par la contraction des muscles abdominaux. Aussi, ne fût-ce qu'au bout de plusieurs minutes d'un effort continu que nous arrivâmes à vaincre leur résistance et à pouvoir enfoncer nos doigts jusqu'à la profondeur nécessaire. A peine ce résultat était-il obtenu, que des mouvements de déglutition se produisirent, suivis sur-le-champ de la brusque détente des membres inférieurs qui s'allongèrent et devinrent souples; successivement, et en quelques secondes, nous assistâmes à la disparition de la contracture des muscles du cou et des membres supérieurs et au retour complet de la connaissance.

Ce cas nous a suggéré l'opinion que si, dans les cas de ce genre, on était prévenu à temps et si on pouvait intervenir aussi rapidement que nous l'avons fait, on parviendrait peut-être à empêcher l'établissement définitif de la contracture, ou, en d'autres termes, à s'opposer à ce qu'une *contracture temporaire* ne se transforme en une *contracture permanente* (1). Bourneville.

Des bibliothèques dans les hôpitaux.

Nos lecteurs trouveront plus loin (page 397), la reproduction des statuts de la Bibliothèque des internes en médecine de la Salpêtrière, l'une des mieux organisées que

(1) Nous avons observé les mêmes phénomènes une seconde fois chez la même malade (15 mai) et plusieurs fois antérieurement chez quelques malades du service de M. Charcot, en particulier chez Gl...

possèdent les hôpitaux de Paris. En leur donnant une nouvelle publicité, notre but est d'abord d'encourager nos collègues à fonder des bibliothèques dans les établissements hospitaliers qui en sont encore dépourvus et, en second lieu, de montrer combien il est nécessaire que les législateurs modifient les lois qui entravent la liberté d'association puisque, même pour les œuvres les plus utiles, les volontés les plus généreuses se trouvent en quelque sorte paralysées.

Le Conseil municipal de Paris et le Préfet de la Seine, M. F. Duval, sont, à l'heure actuelle, animés des meilleures dispositions à l'égard de ces bibliothèques, dues uniquement, on ne saurait trop le rappeler, à l'initiative privée; et nous avons de bonnes raisons de croire que l'administration de l'Assistance publique elle-même est plus disposée qu'autrefois à favoriser leur développement. Toutes ces circonstances permettent donc d'espérer que, dans un avenir prochain, chaque hôpital aura sa bibliothèque médicale.

Mais, à côté de ces bibliothèques médicales, nous croyons qu'il serait très-bon d'instituer des *bibliothèques pour les malades*. Ce serait un grand honneur pour le corps médical des hôpitaux, s'il consentait à entreprendre une œuvre aussi utile. Et si les occupations quotidiennes, si absorbantes de ses membres, ne leur laissent pas un temps suffisant pour s'en occuper activement, rien ne s'oppose à ce qu'ils y intéressent leurs femmes qui trouveront dans cette collaboration une douce satisfaction à leurs sentiments les plus charitables. Que de livres, chaque jour, sont jetés au panier ou donnés au hasard et qui pourraient contribuer au délassement des malheureux condamnés par la maladie à passer de longues heures sans distraction! Par leurs relations, les médecins des hôpitaux, les anciens internes — et tous les hommes de bonne volonté — arriveraient en peu de temps à fonder ces bibliothèques. Personne, non plus, ne verrait d'inconvénient à ce que chaque médecin, chaque interne, chaque étudiant en médecine, laissât aux malades les journaux qu'ils ont lus en se rendant à leur service: ce serait là un premier pas dans la voie que nous indiquons.

Nous reviendrons plus longuement sur cette question, que nous considérons comme très-importante et, s'il y a lieu, nous insisterons sur les moyens qui nous paraissent les plus pratiques pour aboutir à une exécution rapide.

L'agrégation à la Faculté de médecine de Paris.

Des bruits singuliers se sont répandus durant cette semaine sur des modifications qui se prépareraient à la Faculté de médecine. Les uns disaient que la majorité des professeurs — et nous les en félicitons — étaient décidés à demander que le nombre des agrégés fût augmenté; les autres affirmaient au contraire que, cédant à l'influence de l'inspecteur général des facultés et des écoles de médecine, le ministre diminuerait le nombre des agrégés. Cette dernière opinion semblerait s'accréditer si nous en croyons un article publié par notre ami, M. V. Cornil, dans le dernier numéro du *Journal des connaissances médicales*.

On parlait, dit-il, dans ces derniers jours, à la Faculté de médecine de la suppression du stage de l'agrégation. Rien de mieux, pourvu qu'on ne supprime pas en même temps plusieurs des places d'agrégés qui doivent être mises au concours cette année. Il y aurait injustice à restreindre le nombre de places sur lequel les concurrents comptent. La Faculté d'ailleurs n'a pas trop d'agrégés pour le nombre toujours croissant de ses examens, et il est nécessaire de ne pas restreindre le nombre des agrégés alors qu'il est dans les vues du ministère de les associer directement au professorat.

Malgré le trouble qui règne dans les hautes sphères gouvernementales, nous ne saurions supposer, même un instant que le nombre des étudiants, et surtout le nombre des examens augmentant dans une proportion considérable, il se trouvât un Ministre de l'Instruction publique assez ennemi de l'enseignement supérieur de l'État pour avoir la déplorable idée de diminuer le chiffre des agrégés de la Faculté de Médecine de Paris.

L'hôpital de Ménilmontant.

Nous empruntons au journal *la Réforme du bâtiment* (nº du 13 mai), les renseignements suivants sur l'hôpital de Ménilmontant:

Vers le milieu de l'année 1875, plusieurs habitants de Charonne nous demandaient d'appeler l'attention sur la lenteur avec laquelle s'exécutait la construction de l'hôpital Ménilmontant, sur l'interruption des travaux de maçonnerie, et sur le retard apporté aux ouvrages de tous genres, que, dès cette époque, on était en mesure d'entreprendre.

Quelques jours après, M. Nadaud profitait de la discussion du budget, en conseil municipal, pour interpeller M. le préfet de la Seine relativement à la mauvaise direction donnée à cette vaste entreprise. A la suite des nouveaux ordres donnés par M. Ferdinand Duval, les travaux furent conduits pendant quelques mois avec une certaine activité; mais ils furent interrompus de nouveau, puis repris, puis interrompus, si bien que personne ne saurait dire quand on installera les malades dans le nouvel hôpital.

A quoi tiennent ces retards? De qui viennent-ils? Qui peut avoir intérêt à ajourner l'achèvement d'un édifice, dont les plans sont aussi simples, dont les travaux sont aussi faciles? — Nous prions les membres du Conseil municipal d'examiner ces questions, car il n'en est pas de plus importantes.

Tout un arrondissement, presque entièrement peuplé d'ouvriers, se plaint de l'éloignement des établissements hospitaliers, et l'inauguration de l'hôpital Ménilmontant mettrait fin à ses réclamations. Les représentants de la population parisienne ne voudront pas permettre qu'on la fasse attendre plus longtemps — car on semble vouloir la faire attendre, — et les gens du métier ne comprennent rien à la façon dont les travaux sont conduits. Il nous semble pourtant que M. Billon, l'architecte, aurait dû être fier de terminer son hôpital pour l'ouverture de l'Exposition.

Nos informations personnelles nous ont appris que certaines difficultés imprévues avaient ralenti ces travaux, et qu'il était fort improbable que l'hôpital puisse être ouvert cette année. Que ces retards soient dus à la direction des travaux de la ville ou à la direction de l'Assistance publique, ils n'en sont pas moins regrettables. En effet, la démolition de l'ancien Hôtel-Dieu diminuera le nombre des lits, et, l'hiver prochain, il est à craindre que l'administration se trouve, par la faute même de ses architectes, dans l'impossibilité de faire face aux besoins de la population. En conséquence, nous ne saurions trop nous associer à l'auteur de l'article qui précède, pour inciter l'administration à apporter la plus grande diligence dans l'achèvement de l'hôpital de Ménilmontant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 mai 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. RABUTEAU a entrepris une série de recherches sur les sels métalliques. Tous les sels de chrome, nichel, cobalt sont des poisons musculaires qui, à haute dose, abolissent les mouvements et arrêtent le cœur. Mais il existe dans l'action de ces corps une différence considérable suivant que le métal est à l'état électro-positif ou électro-négatif. Les sels proprement dits sont très-actifs; au contraire, les chromates, les tungstates, molybdates, etc., ne donnent pas lieu à une intoxication, et se comportent à la manière des sulfates, chlorures, etc.

M. HILLAIRET a pu constater dans les fabriques de chromates l'absence, chez les ouvriers, de tout symptôme d'intoxication générale : par contre, les vapeurs d'acide chromique agissent à une grande distance et l'on observe les accidents locaux, (ulcérations des mains, perforations du palais) non-seulement chez les ouvriers, mais encore chez tous les habitants des fabriques. M. Hillairet emploie avec succès une solution d'acide chromique au quart dans le psoriasis lingual, sans jamais avoir d'accidents généraux.

M. LABORDE a également noté l'absence de tout phénomène d'intoxication dans ses expériences sur l'action antiseptique de l'acide chromique.

M. DUMONTPALLIER a vu au contraire survenir dans un cas des accidents très-graves, vomissements, syncope, etc., à la suite des cautérisations par l'acide chromique pour des végétations de la vulve.

M. HILLAIRET a souvent employé ce caustique dans les mêmes conditions, sans avoir rien constaté de pareil. Toutefois les cautérisations dans la région vulvaire et anale, sont trop douloureuses pour pouvoir être préconisées.

M. POUCHET présente à la société une production anormale trouvée dans l'oviducte d'une poule. Le centre est occupé par un œuf, entouré par des couches calcaires concentriques : à la périphérie existe un second œuf superposé au premier.

M. LEVEN a vu se produire une attaque de tétanie chez une femme atteinte de dilatation simple de l'estomac ; les phénomènes convulsifs firent place à un état comateux et la mort survint au bout de 24 heures. Kussmaul a observé des faits semblables qu'il rapproche à tort des crampes cholériques. M. Leven leur trouve une grande analogie avec les phénomènes convulsifs que l'on observe dans diverses affections des viscères abdominaux (diarrhée infantile, etc.).

M. FRANCK expose le résultat de ses expériences sur le débit du cœur dans certaines circonstances données. Ainsi, à la suite de la section des pneumo-gastriques, en même temps que les mouvements cardiaques s'accélèrent, le débit du cœur augmente; à la suite de l'excitation des nerfs accélérateurs, le cœur bat plus vite, sans que le débit s'accroisse.

Lorsqu'on comprime cet organe, en faisant passer de l'air à 1 cent. ou 1 cent. 5 de pression dans le péricarde, la pression artérielle diminue progressivement : cela tient à ce que, les oreillettes s'affaissant, le cœur ne reçoit plus de sang. Pareille chose se passe peut-être, en clinique, dans certains épanchements péricardiques.

M. CL. BERNARD entretient la Société de recherches nouvelles, en voie d'exécution sur la sécrétion du suc gastrique. On ne sait pas encore comment se forme l'acide du suc gastrique. M. Cl. Bernard ne croit pas qu'il se produise dans les glandes de l'estomac : il est probable que celles-ci sécrètent un liquide qui, en se dédoublant ultérieurement donne naissance à l'acide : c'est ce que semble prouver l'expérience suivante : Que l'on injecte dans l'estomac du prussiate de potasse et du lactate de fer, corps qui forment du bleu de Prusse, mais seulement dans un milieu acide, on peut s'assurer qu'il n'existe pas de bleu de Prusse dans les glandules : la réaction ne s'opère qu'à la surface de la muqueuse. Si on prend un estomac de lapin à jeun, et qu'on le lave soigneusement, on voit peu à peu se produire du suc gastrique normal.

Du reste, il n'existe pas de différence fondamentale entre les phénomènes qui se passent pendant la vie et après la mort dans les organes sécréteurs, car les propriétés des tissus sont des propriétés physico-chimiques et les phénomènes dits vitaux ne sont que les propriétés physico-chimiques des tissus organisés. Aussi la théorie célèbre de Pavy sur la glycogénie ne peut être soutenue. Si la quantité de sucre trouvée dans le foie après la mort est plus grande que pendant la vie, cela tient à ce que le sucre n'est plus emporté par le torrent circulatoire. Une expérience fort simple le démontre : que l'on ouvre le ventre d'un animal, en mettant le foie à nu et qu'on mesure la quantité de sucre : ($\frac{1}{1000}$ par exemple), si on lie ensuite une partie du foie, on y voit la quantité de sucre s'élever à 5, 6,8 pour 1000, tandis, que le reste de l'organe, où la circulation continue, reste à 1/1000. De même, le pancréas, l'estomac, etc., sécrètent après la mort un suc identique à celui que ces organes produisent pendant la vie ; c'est un fait précieux pour l'expérimentation. L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 *mai* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. PROUST lit un travail sur la peste. L'auteur insiste sur les épidémies récentes de la Cyrénaïque, de l'Arabie et de la Mésopotamie. La peste s'est développée au milieu de populations dégradées par une profonde misère physique et morale. C'est la condition essentielle qui a engendré la peste en Mésopotamie, comme dans les deux foyers de la Cyrénaïque et de l'Arabie ; mais, son développement a été influencé par des circonstances accessoires dont il est difficile de formuler le mode d'action. La peste, poursuit l'auteur, paraissait éteinte en Orient et n'inspirait aucune crainte à l'Europe. Elle vient de reparaître dans trois foyers distincts et son éclosion coïncide avec des événements politiques graves, avec la guerre dont les conséquences fatales, la misère et la famine, sont surtout redoutables en Orient. L'Europe peut de nouveau être menacée. Les foyers de la Cyrénaïque et de l'Arabie sont éteints ; celui de la Mésopotamie fait de nouveaux ravages.

L'Europe doit provoquer et adopter les mesures les plus énergiques, les plus capables de prévenir ce fléau. Il s'agit d'abord de préserver l'Egypte, non-seulement en établissant une stricte surveillance à Aden, mais aussi et surtout en assujettissant à des précautions efficaces tous les navires infectés ou suspects, à leur arrivée sur le littoral égyptien. Ces craintes sont d'autant plus fondées, que le foyer arabique peut renaître et être une nouvelle menace pour l'Egypte, en raison des communications incessantes de l'Arabie centrale avec la Mésopotamie et le golfe persique. Les gouvernements européens doivent donc s'unir pour soutenir le gouvernement égyptien dans ses efforts, pour se défendre contre l'importation de la peste. M. Proust désigne Alexandrie comme le centre des opérations communes.

M. LASSÈGUE fait une communication sur l'épilepsie humaine. Il montre l'insuffisance de l'expérimentation et de l'anatomie pathologique ; cette insuffisance tient à l'existence d'accès épileptiformes difficile à distinguer des attaques d'épilepsie. Les épilepsies alcooliques, toxiques, s'écartent du type, les traumatiques, au contraire, y rentrent.

M. Lassègue énumère ensuite ses caractères singuliers : pas d'hérédité directe ; pas d'évolution « la première crise égale à la dernière » ; pas d'évolution par l'épilepsie mais par les accessoires cérébraux ; pas de pathogénie de l'accès ; pas de guérison. Après avoir passé en revue les divers degrés de l'épilepsie, il oppose la pathogénie de l'accès, l'évolution, la guérison chez les épileptiformes. L'épilepsie vraie ne se développe pas à tout âge ; elle se produit entre douze et seize ans. L'épilepsie du premier âge est douteuse, quant à ses conséquences ultérieures. L'épilepsie tardive et relativement sénile est variable. L'âge, le mode d'invasion et d'évolution excluent l'idée de maladie et commandent celle d'une infirmité. Cette infirmité immobilisée est due à une malformation ou a un vice de développement. Elle tient à une consolidation vicieuse des os de la base du crâne et de la face. Ce vice de conformation peut se constater cliniquement : *saillie frontale droite, saillie malaire, déviation de la face* et *du voile du palais*.

Il ne faut pas confondre cette malformation avec les déviations musculaires ou strabismes faciaux ; ces indices complets ne se présentent pas toujours, mais, d'après M. Lassègue, lorsqu'on les rencontre, ils ont une signification absolue. Leur existence ne procure pas l'épilepsie, mais elle implique des menaces cérébrales.

M. BROCA fait la lecture de son rapport sur un mémoire de M. Armand Fleury, de Bordeaux, intitulé : De l'inégalité organique des deux hémisphères cérébraux. — Après quelques observations échangées sur le fond du mémoire entre MM. Bouillaud, Bouley et Broca, la séance est levée à cinq heures.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 12 janvier 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Lipôme crétifié sous-musculaire de la cuisse; par M. A. CASTEX, interne des hôpitaux.

Cor... Frédéric (50 ans), interrogé sur ses antécédents morbides, il dit avoir eu, à l'âge de 19 ans, une fièvre typhoïde assez grave. Pendant le siége de Paris, il fut pris de rhumatisme généralisé, et en 1873 fut admis à l'hôpital Beaujon pour une céphalalgie dont il ne peut indiquer la nature. Il en sortit notablement soulagé, six jours après son entrée. Il y a trois mois environ, au sortir d'un bain, il remarqua à la partie antéro-externe de sa cuisse droite une *tumeur* ovalaire qui mesurait à peu près les deux tiers du volume actuel. Deux mois avant, s'étant plusieurs fois baigné dans la Seine, il n'avait encore rien vu à cette même région. Cette tumeur était molle, indolore, ne gênait en rien le fonctionnement du membre. La peau avait sa coloration habituelle. Le malade ne prit, à ce moment, conseil d'aucun médecin, mais la tumeur augmentant progressivement, bien qu'elle ne l'incommodât pas pour son travail, il vint à la Charité (service de M. TRÉLAT), pour être opéré s'il y avait lieu.

Etat actuel. (10 *janvier.*) La tumeur occupe aujourd'hui, comme il y a trois mois, la moitié inférieure de la région externe de la cuisse. Elle mesure à peu près 20 centimètres verticalement et 10 centimètres horizontalement. La cuisse, au niveau de la partie moyenne de la tumeur, présente 45 centimètre de diamètre, le côté sain, au même niveau, n'en mesure que 39. Il faut ajouter que la cuisse du côté malade parait plus volumineuse que l'autre, ce qui peut s'expliquer par le métier du malade. Il se sert habituellement d'un tire-pied pour la soudure des boîtes à conserve. Sa tumeur est absolument indolore. Sa peau est normale, glisse sur la tumeur qui se déplace elle-même sur les tissus sous-jacents pendant le relâchement musculaire. Mais lorsqu'on engage le malade à raidir fortement sa cuisse, la tumeur devient immobile. Sur sa circonférence et principalement en bas, on palpe comme de petits lobes saillants sur la masse totale. — Pas de fluctuation.

Dans l'aine du même côté, deux petits ganglions. Le malade n'a jamais eu dans le membre ni fourmillements, ni œdème.

Il ne se souvient pas d'avoir reçu de coup en ce point. Son tire-pied n'exerce pas de pressions sur cette région; ni syphilis, ni scrofule, pas d'antécédents cancéreux.

Etat général bon, un peu d'anémie cependant.

Opération (11 janvier). Chloroforme;— incision de la peau et de l'aponévrose. M. Trélat a introduit l'index dans la plaie et croit d'abord trouver une tumeur dure sur l'os, peut-être un sarcome; mais explorant sur la face antérieure du fémur, il trouve le lipome qu'il énuclée.— Toilette de la plaie par pressions. Réunion primitive, au moyen de demi-lunes d'amadou superposées. Un peu d'ouate, bandage roulé de tout le membre.

11 *janvier* (*soir*). N'éprouve que des élancements dans sa cuisse. Température : 38°.

Examen de la tumeur. Elle mesure à peu près le volume des deux poings, affecte une forme allongée, et présente, vers les extrémités, deux ou trois lobes proéminant sur l'ensemble du néoplasme. Elle est entourée d'une capsule celluleuse mince, à la surface de laquelle sont accolées des fibres musculaires très-fines. La coupe montre dans cette enveloppe leur masse lipomateuse, de consistance très-molle. Mais, vers l'extrémité supérieure, la coque enveloppante offre, sur une surface de 6 centimètres de diamètre, une crétification résistante qui parait se rattacher à la deuxième variété de crétification des lipomes signalés par Virchow dans sa Pathologie des tumeurs. C'est cette partie crétifiée que le doigt rencontrait en explorant la plaie au début de l'opération. Elle siégeait sur la partie de la tumeur qui regardait le fémur.

REMARQUES. Nous avons recueilli cette observation comme un exemple intéressant de lipome sous-musculaire. Le diagnostic s'était posé *dès le début* entre un lipome, un abcès froid et un sarcome. Enfin, cette partie crétifiée de l'enveloppe méritait surtout d'être signalée.

Adéno-fibrôme de la parotide; par M. JALAGUIER, interne des hôpitaux.

Le 6 janvier 1877 est entrée à l'hôpital des Cliniques (service de M. BROCA), une jeune fille de dix-huit ans, mademoiselle X..., habitant le département de la Meuse, et venue à Paris pour se faire opérer.

Cette personne a toujours vécu à la campagne, elle paraît jouir d'une très-bonne santé; la teinte très-brune de sa peau semble exclure toute idée d'anémie; cependant, en explorant les vaisseaux du cou, on entend un léger bruit de souffle. Les antécédents sont absolument négatifs. La malade n'est pas encore réglée. Elle nous raconte qu'il y a huit ans, elle vit apparaître, un peu au-dessus et en arrière de l'angle de la mâchoire, une tumeur petite, dure, mobile sous la peau, tout-à-fait indolente, qui fut prise alors pour un ganglion engorgé. Cette tumeur est restée stationnaire pendant plus de sept années. Il y a huit mois environ, au dire de la malade, elle était à peine grosse comme une petite noix. Depuis lors sans cause connue, elle a pris un développement très-rapide, sans s'accompagner d'aucun phénomène douloureux, ni d'aucune gêne fonctionnelle.

Etat actuel. — Toute la région parotidienne gauche est envahie par une *tumeur* ovoïde à grand diamètre vertical, du volume d'un gros œuf de dinde ; elle remonte jusqu'à un centimètre au-dessus du sommet de l'apophyse mastoïde et s'étend dans la région cervicale jusqu'à égale distance du maxillaire inférieur et de la clavicule; en arrière, elle repose sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, sur lequel elle empiète un peu ; elle dépasse légèrement en avant la branche montante du maxillaire inférieur. Le lobule de l'oreille est soulevé. La peau, parfaitement saine, est mobile sur la tumeur qui lui est immédiatement sous-jacente; elle est un peu amincie en haut et en arrière; les veines de la région ne présentent aucune dilatation.

La tumeur est de consistance inégale : très-dure à la partie supérieure, elle présente plusieurs lobules séparés par des sillons assez profonds ; la partie inférieure contraste par sa mollesse avec la consistance véritablement pierreuse de la moitié supérieure; on sent à ce niveau comme une fausse fluctuation ; il n'y a pas de transparence. La masse tout entière parait assez mobile sur les parties profondes ; toutefois, si l'on explore attentivement au-dessous du lobule de l'oreille, on sent comme un gros pédicule qui s'enfonce dans la région parotidienne. En explorant par la bouche on constate que la tumeur n'arrive pas jusqu'au pharynx. Du reste, aucune douleur et fort peu de troubles fonctionnels; les mouvements étendus d'abaissement de la mâchoire inférieure sont seuls un peu gênés.

Opération.—Le 12 janvier, M. Broca fait une incision verticale intéressant seulement la peau, l'énucléation de la tumeur se fait facilement à l'aide des doigts et d'une spatule emmanchée. Un pédicule cellulo-vasculaire qui existe à la partie supérieure est lié en masse, puis coupé. Pansement à l'alcool phéniqué ; depuis lors la cicatrisation a marché rapidement.

Examen anatomique, par M. PLANTEAU. La tumeur, du volume d'une petite orange, pèse 145 grammes. La surface externe est divisée par de larges sillons peu profonds en plusieurs lobes du volume d'une noix ou d'une noisette; en outre, elle est parsemée de légères saillies dépassant à peine la surface de la tumeur, perceptibles à la vue, mais surtout au toucher. On sent, à la partie supérieure, de gros noyaux durs, de consistance élastique, cartilagineuse, mobiles les uns sur les autres. La partie inférieure de la tumeur qui, avant l'ablation, donnait la sensation de fluctuation, est très-molle; mais on n'y retrouve plus la fluctuation qui avait pu faire croire à l'existence d'un kyste ou d'une bourse muqueuse. Toute la tumeur est enveloppée d'une mince couche de tissu cellulaire qui l'isolait complétement de la glande saine; à la coupe, on observe deux sortes de tissus bien distincts.

A. — Trois nodules dont le plus gros a le volume d'une noix. Leur coupe est blanche, d'aspect fibreux, blanc-bleuâtre en certains points et rappelle le cartilage ou le fibro-cartilage.

B. — Portion molle, d'aspect mamelonné, analogue à du tissu glandulaire. La partie inférieure, plus molle, contient une grande quantité de graisse.

Examen de la portion dure (alcool, acide picrique, gomme, alcool). Cette partie de la tumeur, qui, à l'œil nu, paraissait à peu près homogène, présente au microscope des différences assez marquées suivant les points que l'on examine :

1° Dans une première partie de la coupe on voit que la tumeur est presqu'en entier constituée par un tissu fibreux très-dense, à faisceaux ondulés, et ne présentant que peu ou point de noyaux. Dans d'autres points voisins de la portion que nous décrirons plus loin, on trouve quelques rares noyaux granuleux, au milieu de faisceaux ondulés ou presque rectilignes. Ajoutons que, dans aucun point des coupes que nous avons pratiquées sur cette portion dure, *nous n'avons rencontré d'éléments cartilagineux.*

A l'élément purement fibreux de la tumeur viennent s'ajouter de nouveaux tissus : tissus dans lesquels il est facile de reconnaître, au premier abord, la structure et la texture glandulaires. Ces productions nouvelles se présentent sous des aspects différents, suivant les points de la préparation.

Tantôt au milieu du stroma fibreux se montrent de larges cavités remplies par une agglomération de culs-de-sac, constituant, par leur ensemble, un petit lobule séparé de ses voisins par de larges travées de tissu fibreux. Les culs-de-sac qui composent ces lobules ont conservé leur forme normale, leur membrane limitante, quoique très mince, est parfaitement visible à un grossissement de 300 diamètres ; sur quelques-uns d'entre eux on aperçoit encore la lumière centrale. Mais pour la plupart, la cavité tout entière du cul-de-sac est remplie de cellules qui ne présentent plus la forme des cellules qui tapissent les culs-de-sac de la glande parotide saine. Ces dernières, comme on le sait, sont pyramidales, rougies contre la paroi, laissant une lumière centrale limitée par leurs sommets convergents ; leur noyau est excentrique. Au contraire, sur la tumeur qui nous occupe, les cellules remplissent complétement la cavité du cul-de-sac, leur noyau est central, elles sont arrondies ou polyedriques par pression réciproque.— En somme, on voit qu'à ce niveau, les culs-de-sac ont subi une irritation qui a amené dans leur intérieur la prolifération des cellules qui les tapissent.

Au voisinage de ces lobules, le tissu fibreux paraît plus jeune et contient, au milieu de ses faisceaux, une quantité très-grande de noyaux.

3° Dans cette dernière partie nous rencontrons aussi des productions glandulaires, mais elles se présentent sous un aspect bien différent. Les culs de-sac, au lieu d'être réunis en lobules comme sur la portion précédente, sont séparés les uns des autres par de larges travées de tissu fibreux; leur forme est normale, mais leur membrane limitante est épaissie, et sur la plupart d'entre eux, au lieu d'avoir conservé la légère coloration rosée du tissu fibreux ambiant, elle est colorée en jaune, soit sur le pourtour entier, soit sur quelques parties seulement de la circonférence de la tumeur. En dedans de cette membrane limitante, ainsi modifiée, se rencontre un revêtement de cellules épithéliales, très-régulièrement rougies contre la paroi. Leur noyau est central, très-nettement coloré en rouge. Sur quelques culs-de-sac, en dedans de cette première zone cellulaire, s'en rencontrent une seconde, une troisième, etc., de sorte que la cavité du cul-de-sac se trouve complétement remplie de cellules. Mais sur beaucoup d'entre eux on voit, en dedans de la première rangée, une cavité quelquefois vide (peut-être accident de préparation), ou bien remplie d'une substance granuleuse et jaunâtre certainement constituée par des débris de cellules qui ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse. — En résumé, dans cette dernière partie de la préparation, la néoformation fibreuse, au lieu d'être simplement interlobulaire, a pénétré dans l'intérieur du lobule et séparé les uns des autres les acini et les culs-de-sac qui le composent. En outre, la coloration jaunâtre des parois des culs-de-sac, la dégénérescence granulo-graisseuse de leurs cellules, indiquent que ces portions glandulaires s'atrophient et tendent à disparaître, étouffées qu'elles sont par la prolifération du tissu conjonctif voisin.

Portion molle de la tumeur. — Quant à cette portion, qui constituait à elle seule plus des trois quarts de la tumeur, portion si différente par la consistance des nodules fibreux que nous venons de décrire, elle présente cependant, vue au microscope, une structure presqu'absolument semblable à celle de la partie de la tumeur précédemment décrite (portion dure, 3°). — Comme dans cette dernière, on y trouve des culs-de-sac agglomérés en lobules ou isolés, ces derniers présentant, pour la plupart, la dégénérescence que nous avons signalée plus haut ; quant au stroma de cette portion molle, il est constitué par un tissu fibreux présentant de nombreux noyaux, et contenant, en certains points, une grande quantité de graisse.

Arthropathie chez une ataxique; luxation du genou droit;
par M. Paul Regnard, interne des hôpitaux.

G..., 39 ans, est couchée au lit n° 12, salle Sainte-Monique, service de M. Hérard, à l'Hôtel-Dieu. — Cette malade nous présente un exemple des plus nets d'arthropathie et de luxation spontanée survenues dans le cours de l'ataxie locomotrice. Dès l'année 1867, cette femme ressentit dans les membres inférieurs des douleurs vives qu'elle compare elle-même à des éclairs qui auraient traversé ses jambes. A cette époque, il n'y eut pas d'autres symptômes, la marche était à peine modifiée, la malade sentait le sol sur lequel elle s'appuyait ; elle pouvait même continuer à vaquer jusqu'à un certain point à ses occupations. Il ne nous a pas été possible de savoir s'il existait alors soit de l'anesthésie, soit de l'hyperesthésie en quelques points du corps. La malade nous a raconté que, la nuit, il lui était impossible de marcher, et que, si elle fermait les yeux, elle perdait l'équilibre et se sentait projetée en avant. Il y eut un léger affaiblissement de la vue, mais, en somme, les troubles oculaires furent très-peu marqués. Il semblerait que pendant longtemps la maladie demeura stationnaire. La malade affirme que, pendant les événements de 1870 1871, elle put encore prendre part à la vie commune et aider sa famille malgré les douleurs vives qu'elle ressentait.

Mais, en 1874, la maladie s'accuse bien plus nettement ; la progression pendant le jour lui-même devient des plus pénibles, les jambes sont involontairement projetées dans tous les sens, la malade marche en frappant la terre du talon. Mais alors encore il y avait la notion du sol et de la nature du terrain.

Pourtant, une fois couchée, notre malade *perdait* ses membres inférieurs, elle n'avait plus la notion exacte de leur position et se trouvait quelquefois obligée de regarder dans quelle situation elle les avait placées pour avoir la conscience de leur état. Le séjour au lit devint rapidement indispensable, la malade s'affaiblit, maigrit et fut bientôt prise de diarrhée.

Au mois d'août 1875, le genou droit se tuméfia subitement et sans cause appréciable. Il n'y avait d'ailleurs ni inflammation, ni douleur; cette tuméfaction dura plusieurs mois et un jour, dans un mouvement un peu plus brusque, la malade vit sa jambe se tordre, de telle sorte que le pied était tourné la pointe en dehors et la rotule placée sur le côté externe. La malade essaya de ramener son genou dans la position normale, elle y parvint sans grande difficulté et sans grande douleur. Mais, peu de temps après, le déplacement se reproduisit. La malade put encore plusieurs fois réduire la luxation; enfin le genou se fixa dans la situation où nous avons pu l'examiner.

Aucune autre jointure ne fut le siége de phénomènes analogues, il n'y eut aucune douleur dans la continuité des os et en particulier aucune fracture spontanée.

Les règles continuèrent à venir, mais la miction était involontaire. Il y a aujourd'hui 17 mois que, pour la première fois, la luxation s'est produite ; depuis trois mois, elle est permanente. La malade est constamment couchée sur le côté gauche. Le tibia est luxé en arrière, et même il a subi une rotation en vertu de laquelle sa tubérosité externe a passé en arrière. La rotule l'a suivi dans ce mouvement, et se trouve placée en dehors de l'articulation. Les deux condyles du fémur proéminent en avant. D'ailleurs, toutes ces pièces sont mobiles l'une sur l'autre, elles peuvent être entraînées dans

tous les sens, mais il est impossible de les remettre en position normale. Il n'y a pas trace d'épanchement.

Pendant que se passaient ces phénomènes locaux, la vue s'affaiblissait, les digestions devenaient difficiles. La peau présente aujourd'hui une teinte pâle, la face est amaigrie et décolorée. Les digestions sont devenues impossibles, la malade vomit tout ce qu'elle prend : elle est prise d'une diarrhée abondante, puis de vomissements poracés.

Une violente broncho-pneumonie se déclare du même coup et le 11 janvier la malade succombe.

L'*Examen anatomique et histologique* sera fait par M. Pitres.

Séance du 19 *janvier* 1877 — Présidence de M. Charcot

Abcès du rocher ouvert par le conduit auditif externe; — Méningite suppurée; par Chenu, interne des hôpitaux.

I..., Eugène, 17 ans, garçon d'office, entre le 29 novembre 1876, salle Saint-Augustin, n° 11 (service de M. Siredey).

Il présentait au moment de son entrée, un malaise général avec courbature, céphalalgie, état gastrique très-prononcé ; ventre sensible, sans ballonnement, sans point douloureux spécial dans l'abdomen, sans taches. Il était dans le même état depuis deux ou trois jours. Faciès hébété. Difficulté de fixer l'attention. Insomnie opiniâtre. Pas d'épistaxis.

Il était à Paris depuis un an seulement et avait eu dans les derniers temps une besogne très-rude ; il était garçon d'office dans un grand restaurant. — Légère accélération du pouls, 88, et élévation de la température, 39, 2, — On diagnostique un embarras gastrique, fébrile ou fièvre typhoïde au début, et on lui administre un ipéca; puis, les jours suivants, deux verres d'eau de Sedlitz à deux reprises à un jour d'intervalle. Ces purgatifs déterminèrent des évacuations assez abondantes, mais sans caractère particulier.

4 janvier, à la visite du matin, il exhale une odeur infecte et nous dit que pendant la nuit il a rendu du pus par l'oreille gauche La céphalalgie est atroce, les pupilles sont inégales, mais il n'existe aucune paralysie de la face ni des membres, ni contractures. Il se tient dans le décubitus latéral droit, se plaint continuellement et nous avons grand'peine à obtenir de lui quelques réponses. Nous apprenons pourtant que depuis deux ans, il a eu de l'écoulement purulent par l'oreille gauche. On pratique d'abord le lavage du conduit auditif avec une injection d'acide salycylique et d'essence de temps, poussée avec précaution, et on lui fait une injection de 20 gouttes d'une solution de morphine au 1/50. — Il meurt à onze heures du matin sans être sorti de l'engourdissement qui a suivi l'injection de morphine.

Autopsie. — Le cœur sain ; les poumons un peu congestionnés à leur partie postérieure, mais parfaitement crépitants dans toute leur étendue. — Un peu d'injection sur quelques anses intestinales, sans épanchement dans le péritoine. Ces anses ouvertes, aucune lésion qui puisse être rapportée à la fièvre typhoïde. Tout le bout inférieur de l'intestin grêle a été examiné.

Méninges encéphaliques. Infiltration purulente généralisée du tissu cellulaire sans arachnoïdes. Il y a notamment du pus en plus grande quantité au niveau du vernis supérieur, à la base du cerveau et au niveau des confluents.

Le *cerveau* coupé par tranches minces n'a présenté aucune altération sensible de sa substance. Un peu de liquide transparent dans les ventricules, mais nulle part de ramollissement.

A la partie postérieure du *rocher* existe un décollement de la dure-mère sur une étendue de plusieurs centimètres dans tous les sens. La portion décollée est doublée sur sa face externe de dépôts fibrineux blanchâtres qui lui donnent un aspect fomenteux. Des fausses membranes existent aussi au même niveau sur sa face interne, mais il n'y a pas de pus entre la dure-mère et l'os qui ne paraît pas altéré dans les points correspondants. Il existe, au contraire, sur la face supérieure de la portion pierreuse une plaque noirâtre irrégulière, mais très-petite, sans érosion superficielle de l'os. — Aucune lésion du côté de l'articulation temporo-maxillaire. Le conduit auditif externe contient encore un peu de pus noirâtre et fétide. Il n'y aucun décollement des plans superficiels au niveau de l'apophyse mastoïde. En sciant le rocher suivant son axe, nous ne rencontrons aucun *foyer purulent;* nous retrouvons les osselets de l'ouïe en place. La membrane du tympan est en partie détruite, mais la préparation ayant été faite après plusieurs jours de macération, et nos coupes ayant été faites par une main peu exercée, nous devons laisser ici une lacune.

Enfin, au niveau des points noirâtres que nous avons mentionnés, nous trouvons à la coupe une destruction assez étendue de l'os, sous forme de cavité irrégulière remplie de pus concret, et d'autres foyers plus petits dans les cellules mastoïdiennes. Le foyer supérieur communique avec le conduit auditif externe en dehors de la membrane du tympan, et par sa partie postéro-supérieure.

Réflexions. — Deux points nous paraissent surtout devoir attirer l'attention. — D'abord, une erreur de diagnostic qui n'a été rectifiée que quelques heures avant la mort. Un fait analogue vient d'être publié dans le *Journal de laryngoscopie*, par M. Roullet, interne du service de M. Bourdon. Dans ce cas comme dans le nôtre, presque tous les signes de la méningite faisaient défaut, alors que les symptômes d'état gastrique dominaient la scène. Dans les deux cas, il y avait de l'otorrhée qui a passé inaperçue.

Nous relèverons, en second lieu, l'existence d'une méningite purulente, sans communication directe entre le foyer osseux et la lésion encéphalique. C'est un fait assez fréquent et démontré par de nombreuses observations. Mais, dans le plus grand nombre des cas que nous avons en vue (Brouardel, *Lésions du rocher*, dans *Bull. de la Soc. Anat.*), ou bien la lésion osseuse siégeait plus profondément (oreille moyenne ou oreille interne), ou bien il y avait des perforations osseuses ou des phlébites des sinus. Dans notre observation, la lésion osseuse occupait uniquement la portion mastoïdienne et le pus s'était fait jour uniquement par l'oreille externe. De plus, notre malade était presque un enfant, 17 ans, et, dans ce cas, le pus se fait ordinairement jour sans entraîner des complications cérébrales. C'est donc une raison de plus de réserver le pronostic dans les cas analogues.

Otite chronique droite; méningite de la base et abcès de tout le lobe correspondant du cervelet; par Hippolyte Martin, interne des hôpitaux.

T... Amédée, âgé de 12 ans, est entré le 9 janvier 1877 à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Jean, n° 8 (service de M. Labric). Cet enfant s'est assez bien porté pendant sa première enfance, mais depuis deux ans au moins, il a eu à plusieurs reprises un écoulement purulent de l'oreille droite. Cet écoulement, qui ne provoquait pas du reste des douleurs fort vives, a reçu chaque fois des soins médicaux consistant surtout en injections, mais il ne tardait pas à reparaître peu de temps après s'être momentanément suspendu. L'année dernière, il se produisit un abcès derrière le pavillon de cette oreille droite, en avant de l'apophyse mastoïde; et il apparut un nouvel abcès au même endroit, il y a un mois à peine, abcès qui a été ouvert par un médecin il y a une vingtaine de jours et dont il ne reste plus de trace au moment de son entrée à l'hôpital. L'enfant était à peu près entièrement sourd de cette oreille ; il avait cependant, avons-nous dit, une bonne santé habituelle et ne se plaignait à peu près jamais de maux de tête. Le *4 janvier*, il fut pris de céphalalgie vive et frontale avec vomissements, fièvre, et fut mis immédiatement au lit. Dans la première nuit après ce début, il eut trois selles diarrhéiques; depuis lors, au contraire, il y a de la tendance à la constipation. Un médecin appelé dans la famille a soupçonné une méningite dès le début et lui a fait prendre un purgatif salin le 4 et le 6. Depuis le 4, il est pris le soir d'un délire calme, sans agitation, poussant de temps en temps des gémissements plaintifs accompagnés d'une expression douloureuse de la physionomie, qui disparaît presque aussitôt. Ne tousse pas du tout.

10 janvier, matin. Il est immobile dans son lit, couché sur le dos, la tête fortement déviée vers l'épaule gauche ; sa physionomie est pâle et sans expression, les pupilles sont très-

dilatées et à peu près immobiles, un peu inégales, celle du côté droit étant légèrement plus dilatée. De temps en temps, gémissement plaintif et sans larmes ; il se plaint amèrement, et les traits de son visage fortement crispé, indiquent une vive souffrance dès qu'on lui remue la tête. Le ventre est rétracté, sans gargouillement, ni taches lenticulaires. Lorsqu'on l'interroge un peu vivement, il accuse simplement des douleurs de tête, évitant avec soin le moindre mouvement volontaire. Il a vomi cette nuit, mais n'a pas eu de selles ; le liquide des vomissements est simplement formé par le liquide qu'il avait ingéré. *Prescription* : cinq sangsues derrière l'oreille droite ; tisane sucrée, bouillons et potages. — Temp.: 39° ; Pouls : 90, régulier.

Soir. Les sangsues ont donné beaucoup de sang, et l'on a eu du mal à arrêter l'hémorrhagie ; l'enfant a vomi tout ce qu'il a pris ; pas de selles dans la journée ; il reste toujours immobile dans son lit, les pupilles dilatées, le regard sans expression ; de temps en temps gémissements. La langue est rouge sur les bords, blanchâtre au milieu. Ventre en bateau, pas de taches, pas de contracture ni de paralysie motrice ; la sensibilité est partout très-obtuse, mais nulle part abolie.—Temp.: 40° ; Pouls : 93, régulier. Rien dans la poitrine.

11 *janvier, matin.* Il vient de mourir quelques instants avant la visite. Les piqûres des sangsues ont encore un peu saigné cette nuit. Il avait eu une petite selle diarrhéique dans la soirée, et a poussé des cris méningitiques toute la nuit. Il a refusé toute boisson et vient enfin de mourir sans secousse, sans convulsions, toujours immobile dans la même position.

Autopsie. D'une façon générale tous les organes des cavités thoracique et abdominale sont sains.

Cerveau. Méninges un peu congestionnées à la convexité, sans adhérences aux circonvolutions. A *la base*, on remarque un épaississement considérable des méninges qui recouvrent la moitié droite du bulbe, de la protubérance et du cervelet ; il ne paraît pas y avoir des adhérences entre les méninges du lobe cérébelleux de ce côté et la portion correspondante de la tente du cervelet, qui n'est nulle part perforée ; mais elle est manifestement épaissie et plus fortement adhérente au rocher. Partout où les méninges sont enflammées, elles ont une teinte verdâtre caractéristique ; il n'y a nulle part de granulations tuberculeuses. Le cervelet étant enlevé, son lobe droit offre une fluctuation des plus évidentes et un simple coup de scalpel en fait sourdre une grande quantité de pus épais, crémeux et jaune verdâtre. Le lobe est alors réduit à une simple coque de 7 à 8 millimètres d'épaisseur, ramollie, avec une cavité centrale à paroi déchiquetée, de couleur brune, pouvant contenir une très-grosse noix et sans communication appréciable avec l'extérieur.

Le *rocher* enlevé et fendu selon son grand axe, nous révèle une otite suppurée de la caisse du tympan, qui est remplie par un magma jaunâtre caséeux. On ne trouve pas de communication directe bien manifeste entre le foyer primitif de suppuration et les méninges enflammées. Cependant l'aspect saineux des méninges qui recouvre la partie antérieure de la base du rocher, permet de supposer que la propagation s'est faite à ce niveau, où, on le sait, la paroi supérieure de la circonférence de la caisse est mince, spongieuse et traversée par de nombreux vaisseaux sanguins. Les cellules mastoïdiennes nous ont paru entièrement saines.

Ramollissement cortical de l'hémisphère gauche; Hémiplégie droite; par M. Sabourin, interne des hôpitaux.

Maug..., Em.-M., âgée de 74 ans, entre à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 1er décembre 1875 (service de M. Luys), pour des accidents cardiaques.

La malade est dans un état asystolique prononcé : teinte bleuâtre généralisée des téguments, infiltration de la moitié inférieure du corps, dyspnée énorme, pouls petit irrégulier, râles fins dans les bases des deux poumons. Grande irrégularité des battements du cœur dont les bruits sont à peine distincts.

4 *décembre, matin.* On trouve la malade paralysée du côté droit, la respiration un peu soufflante ; il n'y a pas eu perte de connaissance.

Décubitus latéral droit ; commissure labiale tirée à gauche, joue droite flasque ; la langue se dévie à droite d'une façon très-nette ; rien d'anormal du côté des paupières et des yeux ; pupilles égales, pas de déviation des globes oculaires, ni de rotation de la tête. Le membre supérieur droit est complétement inerte, sans raideur. La jambe droite remue encore faiblement, à la volonté de la malade.

Sensibilité très-émoussée du côté paralysé, à la face et au bras, mais aussi très-diminuée au côté gauche. La parole est complétement abolie. La malade ne semble pas beaucoup plus abattue que les jours précédents, en dehors du manque de la parole.

5 *décembre.* La jambe droite remue à peu près aussi bien que celle du côté gauche ; le bras droit est remué en masse, mais la malade ne peut serrer avec la main de ce côté ; la langue se dévie un peu moins.

6 *décembre.* La malade a repris le décubitus dorsal ; le mouvement est complétement revenu à la jambe ; le bras droit se remue assez bien, mais la force reste à peu près abolie à la main. Il reste encore de la déviation de la langue et de la bouche ; la malade, qui, la veille, ne poussait que quelques gémissements, prononce quelques mots.

7 *décembre.* L'amélioration est surtout remarquable pour la parole, quoiqu'il reste encore un peu d'hésitation : aucun changement dans l'état des membres supérieurs ; la sensibilité n'est pas plus émoussée à droite qu'à gauche. La malade reste dans cet état quant à sa paralysie, mais l'état général est très-mauvais : la cyanose augmente et la mort arrive le 14 décembre à 5 heures du soir. Le matin, à la visite, on avait encore constaté la faiblesse du bras et de la main droite ; il restait un peu de déviation de la bouche et de la langue, mais la parole était complétement revenue.

Autopsie. *Cerveau :* Rien dans les autres parties de l'encéphale ; rien dans l'hémisphère droit. Après décortication, on trouve sur l'hémisphère gauche, un *foyer* tout récent de ramollissement rouge, large comme une pièce de deux francs, mais dont le centre seulement est complétement désagrégé, sur une largeur de deux centimètres : le centre correspond juste à la partie antérieure du lobule du pli courbe, à moitié à peu près de sa hauteur ; la partie voisine de la pariétale ascendante est atteinte par le foyer ; la zone de ramollissement moins profond qui entoure le foyer central, s'étend surtout sur le lobule du pli courbe ; mais en écartant la pariétale ascendante, on voit que cette zone remonte sur la face adjacente de cette circonvolution, jusqu'à moitié de sa hauteur ; cette partie ramollie de la pariétale est à peine visible quand les circonvolutions sont accolées ; en suivant le foyer jusqu'en bas, on voit qu'il n'atteint pas la scissure de Sylvius elle-même.

Coupe. On pratique une coupe verticale et transversale de l'hémisphère passant juste par le milieu du foyer, pour voir la profondeur qu'atteint le ramollissement : la partie désagrégée dépasse légèrement la limite de la substance grise, vers les parties supérieures du foyer ; mais en bas, elle est reliée par un espace pointillé en rouge, à un petit foyer pisiforme situé dans la substance blanche qui correspond aux parties les plus déclives du lobule du pli courbe.

Enfin, il existe une petite tache rouge, comme hémorrhagique, tout à fait superficielle, sans désagrégation apparente, sur l'insula, sur le prolongement du sillon de Rolando.

Il n'existe aucun foyer, aucune coloration anormale, ni diminution de consistance dans les noyaux centraux de cet hémisphère gauche.

Hypertrophie du foie avec sclérose et dégénérescence graisseuse; par M. J. Langlebert, interne des hôpitaux.

L..., âgé de 29 ans, représentant d'une maison faisant le commerce des vins, est entré le 9 janvier à la Maison de Santé (service de M. Ed. Labbé). Ce malade, dont le père était alcoolique, l'est également lui-même depuis longtemps ; il boit quelquefois jusqu'à 5 et 6 litres de vin dans une journée et, depuis deux ans déjà, il est atteint de tremblement; il a contracté de plus, en 1873, une syphilis grave et l'on voit sur la peau des cicatrices de pustules d'ecthyma.

Nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sur le début et la marche de l'affection, le malade étant entré en état de subdelirium et complétement incapable de répondre à nos questions : les quelques détails que nous avons pu donner sur ses antécédents nous ont été fournis par un parent qui n'avait pas vu cet homme depuis plus de deux ans.

10 *janvier*. En examinant le malade, on remarque d'abord un œdème assez marqué des membres inférieurs ainsi que des parois de l'abdomen sur lesquelles la pression du doigt laisse une empreinte. La face est également bouffie. Les conjonctives ont une teinte jaunâtre et la peau du corps est elle-même colorée en jaune, mais à un très-faible degré. Le malade est en état de subdelirium et on ne peut tirer aucun renseignement de ses réponses, ses mains sont un peu agitées et il y a quelques soubresauts de tendons.

Sur les parois abdominales et en particulier du côté droit existe un développement notable des veines sous-cutanées. En palpant le ventre on sent au-dessous des fausses côtes dans l'hypochondre droit une masse dure, unie, résistante, descendant presque jusqu'à la crête iliaque; on sent également le foie dans la région ombilicale et dans tout l'hypochondre gauche. Ce foie énorme produit une voussure très-marquée de toute la partie droite de l'abdomen; il est aussi très-facile d'en reconnaître le bord antérieur et inférieur qui est net et tranchant. La pression exercée sur la région hépatique est douloureuse; il en est de même quand on appuie fortement sur la région lombaire. La percussion donne des résultats analogues à ceux de la palpation, on constate ainsi que le foie remonte dans le thorax à une certaine hauteur, qu'il y a de la sonorité au-dessous de l'ombilic et dans l'hypochondre gauche, mais sans déplacement de cette sonorité quand on fait coucher le malade sur le côté gauche.

Les fonctions digestives ne présentent rien de particulier, l'auscultation du cœur ne fait percevoir rien d'anormal et l'on n'entend que quelques râles sibilants et de gros râles muqueux à la base des poumons. La langue et la gorge sont sèches, la soif très-vive. — Les urines sont rendues en petite quantité, elles sont d'un rouge foncé et laissent au fond du verre un abondant dépôt de sels terreux.

L'acide nitrique détermine une coloration verte caractéristique, et il y a en même temps une assez vive effervescence Temp. M. 37°,6 ; Temp. S. 38°,2.

11 *janvier*. L'ictère s'accentue davantage, l'état général reste le même, l'embarras de la respiration est plus considérable. Temp. M. 37°,8; Temp. S. 38°.

12 *janvier*. La peau prend une teinte d'un jaune assez foncé, la nuit a été agitée, le subdelirium et la trémulation des membres supérieurs sont plus prononcés. Temp. M. 37°,4; Temp. S. 37°.

13 *janvier*. Le malade meurt dans le coma.

Autopsie. — Le *foie* considérablement hypertrophié refoule le diaphragme dans la cavité thoracique, occupe tout l'hypochondre droit, déborde les fausses cotes de 11 centimètres et, descend jusqu'à la crête iliaque; il remplit également la région ombilicale ainsi que l'hypochondre gauche ; il a quarante centimètres de largeur, le lobe droit mesure trente centimètres de haut, le poids total est de cinq kilog. quatre-vingt-dix gr. La surface est parfaitement lisse et d'une coloration jaunâtre, le péritoine est adhérent par places et présente en ces endroits une teinte laiteuse. Les lobules hépatiques très-hypertrophiés, se dessinent nettement à la superficie de l'organe, ils sont séparés par des tractus blanchâtres de telle sorte que leur ensemble représente une véritable mosaïque. La consistance est assez ferme. Si on déchire la substance hépatique, la surface des parties ainsi séparées est mamelonnée, ces mamelons semblent formés par les lobules hypertrophiés, leur forme est variable mais se rapproche généralement de celle d'une sphère.

Sur une *coupe*, on observe une coloration d'un jaune d'or un peu foncé et les doigts introduits dans l'ouverture sont teints en jaune par la bile qui suinte des parois de la coupe.

La vésicule biliaire est normale et ne renferme pas de calculs; les gros canaux biliaires ne sont nullement altérés.

L'*estomac* est aplati sous le foie, sa muqueuse est le siége d'ecchymoses assez larges. La *rate* est plus que doublée de volume et diffluente. Les *reins* ne sont pas augmentés de volume : on voit sur la substance corticale une coloration jaune rougeâtre disposée par petites plaques très-rapprochées ; les pyramides sont saines et se distinguent très-nettement par leur coloration foncée de la teinte jaunâtre de la substance corticale. La cavité abdominale ne contient que deux verres environ de liquide. — Le *cœur* n'est pas altéré, les poumons sont sains, il existe cependant un petit tubercule dur de la grosseur d'un pois au sommet du poumon droit. Les veines et les artères sont saines.

Examen histologique, par M. Chambard.

1° On constate, *avec un faible grossissement*, que les lobules hépatiques sont en grande partie infiltrées de granulations graisseuses et qu'ils ne sont plus distincts les uns des autres comme à l'état normal.

2° Examinées *avec un plus fort grossissement* les coupes microscopiques présentent les altérations suivantes : *espaces-portes interlobulaires*. Ces espaces sont agrandis, les canaux biliaires sont légèrement dilatés et il existe une sclérose qui, prenant naissance dans ces espaces, se prolonge jusque dans les lobules hépatiques. — *Lobules hépatiques*. Ils sont affectés de stéotose caractérisée par de grosses gouttes de graisse remplissant les lobules hépatiques et occupant la majeure partie de la surface des lobules. On rencontre encore de petits ilots irréguliers formés par des cellules hépatiques ayant subi l'atrophie simple avec pigmentation brune et disparition du noyau ; il existe dans ces ilots de petits grains amorphes de biliverdine isolés ou réunis en chapelets.

En résumé, le foie offre les caractères de la sclérose ou hépatite interstitielle avec dégénérescence graisseuse très-avancée et probablement surajoutée à la sclérose primitive. Il y a également atrophie de certaines parties du lobule comprimées par les parties voisines, ainsi que par la graisse.

Séance du 26 janvier 1877. — Présidence de M. Charcot.

Fièvre typhoïde dans le cours d'une granulie. — Rétrécissement mitral ; par M. Colson, interne des hôpitaux.

Court... Jules, chiffonnier, 19 ans, entre à l'hôpital Cochin (service de M. Bucquoy), le 18 décembre 1876.

Ce malade, atteint de point de côté gauche depuis huit jours, entre à l'hôpital avec un malaise général et une température de 40°. Il tousse depuis huit jours et rejette des crachats filants de consistance gommeuse.

L'auscultation des poumons révèle la présence de râles sibilants et ronflants dans toute l'étendue des poumons, sans souffle;— pas de matité — l'examen des organes abdominaux ne montre rien de particulier, constipation opiniâtre.— Huile de ricin, 30 grammes. On porte le diagnostic de bronchite aiguë généralisée.

Les jours suivants, les symptômes restent à peu près stationnaires. Cependant l'oppression diminue, la fièvre tombe, et la température ne s'élève pas au-dessus de 39° avec rémissions matinales de un degré très-régulières. — On donne successivement du sulfate de quinine, puis du Remier.

21 *décembre*. Le malade est pris de céphalalgie, d'éblouissements, de diarrhée : la pression éveille une légère douleur dans la fosse iliaque droite, et sur le dos on constate deux taches rosées lenticulaires. On éloigne l'idée d'une simple bronchite pour porter le diagnostic de fièvre typhoïde. — A partir de ce moment et jusqu'au 15 janvier, l'affection suit son cours normal, la température est modérée, dépasse à peine 38° le soir, et reste à 37°,8 le matin ; la céphalalgie est peu intense, il n'y a pas de délire ; on entend dans la poitrine quelques râles sibilants. Le ventre n'est pas ballonné, la diarrhée est modérée ; il y a une assez grande quantité de taches rosées, principalement sur le dos. En somme le malade a une fièvre typhoïde légère. On donne tous les deux jours un verre d'eau de sedlitz, tous les soirs un lavement simple.

15 *janvier*. Le malade entre en convalescence, se lève, mange, sans avoir présenté d'autre complication qu'une conjonctivite double avec pustule sur l'œil droit.

Le 17 janvier, la température s'élève à 40°. Le malade tousse

de nouveau, sans point de côté, rejette une quantité considérable de crachats bronchiques aérés, mais légèrement adhérents au fond du vase ; il y a de la submatité aux deux bases, des rôles sous-crépitants dans toute l'étendue des poumons, principalement à droite ; pas de souffle. Les phénomènes de congestion pulmonaire vont sans cesse en augmentant d'intensité, la dyspnée va jusqu'à la suffocation, et le malade succombe le 25 janvier dans un état ospbéasique. — La température était montée à 40°,6, et dans les derniers jours les râles avaient fait place à une respiration faible, étouffée, sans souffle. En avant, il y avait un peu d'exagération de la sonorité.

Indépendamment de ces symptômes qui ont entouré la mort, le malade a présenté dès son entrée à l'hôpital des signes particuliers *du côté du cœur*. — *A la pointe*, et surtout dans la ligne axillaire, on percevait un bruit de souffle sourd, prolongé, commençant exactement avec le deuxième bruit du cœur et empiétant sur le grand silence, rien pendant ni avant le premier bruit. *A la base*, au niveau de l'orifice aortique, il y a un redoublement du deuxième bruit, qu'on ne perçoit plus au niveau de l'orifice pulmonaire, à cause du claquement plus marqué des sygmoïdes de ce côté. Jusqu'à la mort, le souffle du deuxième temps reste le même, son timbre seul a subi quelques variations peu marquées. — Le malade n'a jamais eu d'affection rhumatismale, ses points ne sont pas rhumatisants.

Autopsie. — Rien au cerveau. — Le *péricarde* contient environ 60 gr. de liquide citrin et une plaque laiteuse située à la face postérieure du feuille tpariétal, pas d'adhérence avec le feuillet viscéral.

Le *cœur* n'est pas volumineux. Il n'a pas d'hypertrophie des parois, pas de dilatation des ventricules, l'oreillette gauche est dilatée, mais ses parois ne sont pas augmentées d'épaisseur. L'expérience de l'eau montre que les valvules aortiques sont suffisantes ; elles sont saines ainsi que l'aorte.

Les valves mitrales sont allongées, en forme d'entonnoir s'enfonçant dans le ventricule gauche ; ces valves sont épaissies sans dégénérescence calcaire, elles ne sont pas rigides et s'appliquent parfaitement l'une contre l'autre, ce qui montre qu'elles peuvent s'opposer complétement au retour du sang du ventricule dans l'oreillette au moment de la systole ventriculaire. — Leurs bords sont soudés ensemble et rétrécissent l'orifice au point qu'il ne permet plus l'introduction du petit doigt ; l'ouverture mitrale mesure à peine 1 cm. 1/2, les colonnes qui s'y insèrent ont conservé leur élasticité. Rien au cœur droit.

Les deux *plèvres* contiennent une assez grande quantité de liquide citrin. Pas d'adhérences pleurales. Les *poumons* sont volumineux, lourds, gorgés de sang. Leur surface pleurale est recouverte de granulations grisâtres de la grosseur d'un grain de chenevis. Des coupes pratiquées dans les différents sens, laissent échapper du sang noirâtre en abondance et font découvrir de grandes quantités de granulations grisâtres, analogues à celles qu'on voit sous la plèvre, très-dures, criant sous le scalpel et disséminées dans toute l'étendue des deux poumons. Nulle part il n'y a de tubercules en voie de ramollissement. Le sommet des deux poumons est emphysémateux.

Le *péritoine* contient une petite quantité de liquide ascitique citrin, mais on n'y rencontre nulle part de granulations tuberculeuses, pas de brides péritonéales. Les *ganglions mésentériques* sont tuméfiés, mais non ramollis. L'*intestin* est distendu par des gaz ; au voisinage de la valvule iléo-cœcale, les plaques de Peyer font saillie à la surface de l'intestin ; elles ont une coloration rosée, sont épaissies, indurées, cependant elles ne présentent pas de trace d'ulcération ni de cicatrisation. A la partie inférieure de l'intestin grêle et dans le cœcum il y a de nombreux follicules clos, isolés, saillants à la surface de la muqueuse, quelques-uns obiliquées à leur centre paraissent avoir subi un travail d'ulcération et de cicatrisation. — La *rate* est augmentée de volume, molle, diffluente ; elle présente à sa surface et dans son intérieur de nombreus s granulations grisâtres, qui ont une analogie parfaite avec celles qu'on a trouvées dans les poumons. — Rien dans les autres organes.

Réflexions : 1° Les signes de catarrhe pulmonaire généralisé qu'on a observés à l'entrée du malade à l'hôpital concordent parfaitement avec l'idée d'une poussée granuleuse.

2° La fièvre typhoïde, dont les lésions intestinales prouvent l'existence, a enrayé momentanément la marche de la tuberculose aiguë qui a pris un nouvel essor au moment de la convalescence.

3° Ce malade offre un exemple de rétrécissement mitral, type caractérisé par un bruit de souffle diastolique à la pointe, sans insuffisance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 mai 1877. — Présidence de M. Panas.

M. de Saint-Germain a vu pratiquer hier à M. Krishaber une trachéotomie avec le thermocautère, chez un individu dont le cou était gros et court. Il a été facile d'arriver à la trachée, et quoique le bord interne du corps thyroïde ait été légèrement intéressé dans la section, il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Tout au plus le malade a-t-il perdu quelques gouttes de sang. Aujourd'hui M. de Saint-Germain n'hésiterait pas à pratiquer la trachéotomie chez l'adulte avec le thermocautère.

M. Després. Il faut attendre pour pouvoir considérer l'opération de M. Krishaber comme un succès. Ne se produira-t-il pas d'hémorrhagies secondaires? Quelle étendue présentera l'eschare. Est-on sûr qu'il n'y aura pas plus tard un rétrécissement de la trachée. — Quant au succès de cette trachéotomie, il n'offre rien de bien étonnant. L'opéré de M. Krishaber était un cancéreux, et l'on sait que les cancéreux supportent admirablement les opérations chirurgicales.

M. Verneuil. M. Després ne croit pas qu'on puisse avoir encore une opinion sur la valeur de la trachéotomie par le cautère, sous prétexte que nous ne connaissons pas les conséquences éloignées de cette opération. Cela est tout naturel, puisque l'emploi du thermocautère est de date récente. Mais, nous connaissons les résultats de la trachéotomie par le galvano-cautère : M. Verneuil a vu hier le premier malade qu'il a opéré avec cet instrument, il y a de cela déjà plusieurs années. Cet homme se porte aujourd'hui parfaitement bien. L'année dernière, une femme est morte d'un cancer du sein dans le service de M. Verneuil. Elle avait été opérée de la trachéotomie, dix-huit mois auparavant, par le couteau galvanique. Les suites de cette opération avaient été des plus heureuses.

Quant à l'opinion émise par M. Després, sur la résistance des cancéreux aux opérations chirurgicales, il ne faut l'accepter que sous bénéfice d'inventaire. Il y a des catégories de malades qui supportent incontestablement mieux que d'autres les opérations, les scrofuleux par exemple. Mais Velpeau a parfaitement signalé ce fait, que les ablations des tumeurs malignes du sein présentent une mortalité très-inférieure à ces ablations de tumeurs malignes. Ce qui explique pourquoi la mortalité est plus considérable chez les cancéreux, c'est que bien souvent il existe des lésions viscérales méconnues ou cachées, dont le développement rapide après l'opération entraîne la mort à bref délai.

M. Després, après avoir annoncé qu'il apportera dans la prochaine séance des statistiques à l'appui de sa manière de voir, communique à la société un cas de rhinoplastie pratiquée chez une jeune femme atteinte d'un lupus. Pour les détails de cette intéressante observation nous renvoyon le lecteur aux Bulletins de la Société de chirurgie.

M. Tarnier présente un nouveau forceps à *branches parallèles*, construit d'après les mêmes principes que le nouveau forceps à *branches croisées*.

M. Paulet communique une observation de lymphadénome malin. Il s'agit d'un jeune homme de 18 à 19 ans qui, n'ayant jamais eu d'accidents de scrofule, fut atteint inopinément d'une adénite cervicale indolente au niveau de laquelle on fit appliquer un vésicatoire volant. Huit ou dix jours après, l'adénite paraissait enflammée, la fluctuation semblait bien nette. M. Paulet fit une incision. Il ne s'écoula de la plaie qu'une quantité de pus tout à fait insignifiante. Au bout de quinze jours, le malade fut pris d'accès dyspnéiques tout-à-fait effrayants. Ces accidents ne pouvant s'expliquer que par une compression de la trachée, on pratiqua une incision profonde

sous le sterno-mastoïdien. Cette tentative échoua encore à peu près : il n'y eut pas d'écoulement purulent. M. Paulet se décida alors à inciser la paroi pharyngienne ; même insuccès.

Au bout de trois jours, les plaies d'incision étaient couvertes de vastes bourgeons formant comme des bourrelets, renversés en dehors des trois ouvertures. M. Gosselin, consulté, déclara que le malade était atteint d'un lymphosarcome. L'intervention chirurgicale a donc été nuisible. N'y a-t-il pas un moyen d'éviter de semblables erreurs de diagnostic ?

M. Verneuil demande si les amygdales ne présentaient pas une tuméfaction qu'on pût rattacher à l'existence d'un néoplasme dans ces organes ?

M. Paulet. Les amygdales étaient parfaitement normales.

M. Verneuil. C'est une question de diagnostic différentiel qui est assez difficile. Toutefois, la thèse de M. Bergeron nous fournit quelques renseignements. Ces tumeurs sont unilatérales, elles sont indolentes ; elles se développent chez des hommes vigoureux qui n'ont pas d'antécédents scrofuleux ; elles n'abcèdent jamais, quelquefois seulement elles s'ulcèrent. Enfin, elles sont plus libres sous la peau que les tumeurs adéniques scrofuleuses.

M. Paulet répond à M. Verneuil que ce diagnostic serait, en effet, assez facile, si l'on ne trouvait pas chez les soldats atteints de l'adénite cervicale, si prodigieusement fréquente dans l'armée, tous les signes qui viennent d'être énumérés. Chez les soldats, hommes généralement jeunes, vigoureux, et n'ayant pas d'antécédents de scrofule, on voit très bien se développer des adénites *unilatérales, indolentes*, qui ne constituent qu'une simple cause de gêne, et qui ne s'abcèdent pas.

E. B.

DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Du secret professionnel des médecins, pharmaciens et sages-femmes, mis en regard des obligations imposées par la loi à toute personne citée comme témoin devant la justice; par Maxime Napias, avocat à la cour de Paris, membre de la Société de médecine légale de France.

Il s'est passé tout récemment à la cour d'assises de la Seine un incident assez grave et qui intéresse au plus haut degré ceux que leur profession entraîne à être les dépositaires des confidences les plus intimes, souvent les plus douloureuses de leur clientèle, ceux en un mot auxquels est imposé par la morale, la loi et la jurisprudence le lourd fardeau d'une discrétion toute spéciale qu'on a appelé le secret professionnel et au premier rang desquels la loi a placé les médecins, pharmaciens et sages-femmes. Tout d'abord et pour qu'ensuite nous puissions utilement affirmer notre avis sur la question et dire quelles sont nos raisons de décider, il convient que nous rapportions exactement l'incident auquel se réfère notre article.

La juridiction criminelle du département de la Seine avait à statuer sur le sort de quatre personnes accusées du crime d'avortement et de complicité d'avortement. L'interrogatoire terminé, l'audition de plusieurs témoins ayant déjà eu lieu, l'honorable D[r] Gallard, expert commis par justice ayant reproduit oralement son rapport, l'huissier audiencier appela M. le D[r] Berrut, qui avait été appelé en consultation près d'une dame Azire, laquelle était morte à la suite de manœuvres abortives pratiquées sur elle par l'une des personnes inculpées. C'est ici que commence l'incident et voici en quels termes il est raconté par la *Gazette des Tribunaux* dans ses numéros des 9 et 10 courant.

Audience du 9 avril 1876. — **Incident.** — Le docteur Léopold-Daniel-Théodore Berrut, cinquante ans, est appelé ensuite par l'audiencier.

Le docteur Berrut : J'ai une observation à...

M. le Président : Docteur, veuillez d'abord lever la main et prêter serment. — *Le témoin :* Je ne le puis pas ; je désire précisément expliquer...

M. le Président : Encore une fois, vous expliquerez tout ce que vous jugerez nécessaire, mais commencez par prêter serment et à décliner vos noms prénoms, etc.

Le témoin : S'il faut que je commence par prêter le serment, je ne le prêterai pas, car le serment m'oblige à dire toute la vérité, et à raison de mes devoirs, je ne puis pas.

M. le Président : Vous voulez faire observer que, comme docteur-médecin l'article 378 du Code pénal vous impose le secret professionnel : c'est bien ; vous l'invoquerez, s'il y a lieu, quand vous déposerez sur les faits. Mais tous les citoyens cités régulièrement comme témoins doivent déposer sous la foi du serment. Vous avez déjà été entendu par le juge d'instruction et vous avez prêté serment devant lui. — *Le témoin* : Pardon, c'est une erreur.

M. le Président : Comment! nous avons en mains le procès-verbal de votre déposition, et elle mentionne la prestation de serment. Enfin, persistez-vous dans votre refus ? La Cour devra statuer. — Le témoin persiste.

M. l'avocat général : Je ne voudrais pas requérir l'application de la loi Il y a évidemment ici un malentendu. Si M. le docteur Berrut refuse de déposer sous la foi du serment, c'est parce qu'il pense, sans doute, que cette foi du serment l'obligerait à violer le secret professionnel. Il n'en est rien et sa conscience peut être dès maintenant rassurée. Il doit prêter le serment de dire toute la vérité, rien que la vérité ; la loi l'exige, elle l'exige de tous les témoins ; sans doute, cette même loi qui l'astreint au serment l'oblige au secret professionnel ; eh bien, quand son témoignage sera appelé à porter sur les points intéressants le secret, il se retranchera derrière l'accomplissement de son devoir de médecin ; il invoquera l'article 378 du Code pénal, et c'est sous cette réserve de l'article 378 du Code pénal que son témoignage sera entendu ; c'est certain ; mais à présent, il ne s'agit pas encore de cela. Il peut être appelé à déposer sur des faits complètement étrangers à l'exercice de sa profession, et comme tout témoin il doit prêter serment, dût, ensuite, la vérité de son témoignage se borner à affirmer que le secret professionnel l'empêche d'aller plus loin. Je regretterai vraiment, après ces explications, d'être obligé de requérir. .

Le témoin persiste. — M. l'avocat général requiert l'application de la loi. — La Cour, après en avoir délibéré, surseoit et renvoie le jugement de l'incident à l'audience de demain. — Le docteur Berrut se retire.

Audience du 10 avril 1876. A l'ouverture de l'audience, M. le président demande si le docteur Berrut est présent. A l'appel de son nom, M. Berrut s'avance à la barre des témoins.

M. le Président : Docteur, vous vous êtes refusé, hier, à prêter le serment exigé par la loi, en vous retranchant derrière le secret professionnel. Il vous a été expliqué que le serment ne vous obligerait pas contre votre conscience. Vous avez néanmoins persisté dans votre refus. La Cour a sursis à statuer et vous a autorisé à ne faire votre déposition qu'aujourd'hui. Vous refusez-vous encore à prêter serment? — *M. Berrut :* Oui, monsieur le président, je ne puis prêter serment.

M. l'avocat général Choppin d'Arnouville requiert contre le docteur Berrut l'application de la loi.

Après délibération de la Cour, M. le Président prononce l'arrêt suivant :

« La Cour, Considérant que le docteur Berrut, assigné comme témoin dans l'affaire veuve Ducasse et autres, a refusé de prêter le serment prescrit par l'art. 317 du Code d'instruction criminelle, en se fondant sur ce qu'il ne sait rien de l'affaire que en qualité de médecin, et qu'il ne peut révéler aucun des faits qu'il a connus à ce titre ; mais considérant qu'aucune loi ne dispense les médecins de comparaître comme témoins devant la justice et d'y prêter le serment prescrit ; — Qu'en interdisant la révélation des secrets qui leur ont été confiés dans l'exercice de leur profession, l'article 378 du Code pénal n'a pas dit qu'ils ne seraient point appelés en témoignage ;

« Qu'en effet ils peuvent être invités à s'expliquer sur des faits qui ne sont pas couverts par le secret professionnel, et que c'est seulement quand les questions leur sont posées, qu'il leur appartient de déclarer s'il leur est ou non possible d'y répondre ; Considérant que le témoin qui refuse de prêter serment doit être considéré comme défaillant ;

« Vu l'article 80 du Code d'instruction criminelle, dont lecture a été faite par le président ; Condamne ledit docteur Berrut à 100 francs d'amende. »

M. le docteur Berrut qui est allé s'asseoir sur le banc des témoins, reste à l'audience.

M. le Président : En vertu de mon pouvoir discrétionnaire et à titre de simple renseignement, je vais donner lecture au jury de la déposition faite par le docteur Berrut devant le magistrat instructeur. M. le Président donne lecture de ce procès-verbal, qui est ainsi conçu :

« L'an mil huit cent soixante-dix-sept, le trois janvier, devant nous, A. Guillot, juge d'instruction au Tribunal de première du département de la Seine, en notre cabinet, au Palais de Justice, à Paris, assisté de Bemelmann, commis-greffier, assermenté.

Est comparu le témoin ci-après nommé, auquel nous avons donné connaissance des faits sur lesqels il est appelé à déposer. Appelé hors la présence des inculpés, après avoir représenté la citation à lui donnée, prêté serment de dire toute la vérité, rien que la vérité, et enquis par nous, de ses nom, prénoms, âge, profession et demeure, s'il est domestique, parent ou allié des parties et à quel degré, le témoin nous a répondu et fait sa déposition ainsi qu'il suit :

Berrut : (Léopold-Daniel Théodore), cinquante ans, docteur en médecine, rue de Bellechasse, 29, à Paris, dépose : « J'ai été appelé par mon confrère, M. Courtot, le 31 juillet dernier auprès de la femme Azire. Je l'ai encore vue la veille ou l'avant-veille de sa mort, et le secret professionnel, que je suis obligé de garder, ne me permet pas de répondre aux questions que vous me posez sur les causes de cette mort; Lecture faite, a signé. Signé, Berrut, Bemelmann, greffier, Guillot.

La question se trouve nettement posée par le récit même des faits. Le D[r] Berrut pouvait-il, comme il l'a fait, refuser

de prêter serment et baser son refus sur l'article 378 du Code pénal, qui prescrit le secret professionnel aux médecins et qui punit ceux qui l'auraient violé? Devait-il, au contraire, comme tout autre citoyen, et conformément aux dispositions des articles 80, 317, 355 du Code d'instruction criminelle, prêter serment sauf à se prévaloir ensuite de sa qualité de médecin pour refuser de répondre à celles des questions qui lui auraient semblé dépasser la limite de ce qu'il se croyait permis par l'article 378 précité? Ou bien, enfin, devait-il, une fois le serment prêté, déclarer qu'il ne savait rien autre que ce qu'il avait vu ou appris sous le sceau du secret professionnel et qu'en conséquence il demandait à ne point être interrogé? Avant de dire à laquelle des trois solutions nous nous arrêtons, il nous paraît utile d'exposer les deux thèses juridiques que se trouvent ici en présence, qui semblent même en complète contradiction l'une avec l'autre; mais que suivant nous on peut absolument concilier.

L'article 80 du Code d'instruction criminelle dispose que toute personne citée pour être entendue en témoignage devant le juge d'instruction sera tenue de *comparaître* et de *satisfaire* à la citation sous peine de cent francs d'amende. L'article 355 du même code, se référant à l'article 80, édicte une pénalité semblable contre toute personne qui, citée en témoignage devant la cour d'assises, ne comparaîtra pas ou qui refusera, soit de prêter serment, soit de faire sa déposition.

Les raisons qui ont entraîné le législateur à écrire ces deux dispositions dans nos lois criminelles, sont d'un ordre fort élevé. « Le témoignage, en effet, dit M. Faustin Hélie, le plus » éminent de nos criminalistes, dans son traité d'ins- » truction criminelle, le témoignage est un devoir à la fois » moral et civique. Tout homme a l'obligation de déclarer à » la justice tout ce qu'il a vu et entendu sur les faits qu'elle » poursuit; car ce qu'il a vu et entendu est un élément né- » cesaire des jugements qu'elle va rendre; son refus de *com-* » *paraître* ou de *déposer*, en privant le juge des lumières qui » lui sont indispensables pour juger, aurait pour résultat » d'égarer ses décisions, en leur laissant une base erronée; » il se rendrait complice de ses erreurs en lui déniant son té- » moignage. Il accomplit en même temps un devoir civique; » car, membre de la Société, il lui doit son concours lors- » qu'elle cherche à assurer la répression des crimes et des » délits. Le citoyen aux yeux duquel un fait criminel a été » exécuté revêt accidentellement une sorte de caractère: » appelé à instruire le juge de ce qu'il sait, il n'est pas l'auxi- » liaire de la prévention, il est l'auxiliaire de la justice; il » fournit au jugement ses éléments, il restitue à la Société la » vérité dont un événement quelconque l'a fait dépositaire. » Voilà la première thèse, examinons maintenant la seconde. Cependant une dérogation aux règles que nous venons d'énoncer a été créée en faveur des médecins, pharmaciens et sages-femmes et généralement en faveur de ceux que la loi oblige à garder les secrets qui leur sont confiés, comme les avocats, les avoués, les notaires dans certains cas, et enfin, les ministres des cultes.

Cette dispense de témoignage n'a pas été proclamée par la loi, mais seulement créée et consacrée par la jurisprudence; car l'article 378 du Code pénal qui seul vise le secret professionnel, ne parle pas des révélations qui pourraient être provoquées ou requises par la justice.

Pour faire connaître les raisons puissantes qui ont fait que la jurisprudence est aujourd'hui fixée sur la nécessité d'accorder la dispense de témoignage aux personnes spéciales que nous venons d'énumérer, il nous suffira de citer de l'ouvrage de M. Faustin Hélie, un passage assez long, mais qui certainement perdrait beaucoup à être analysé. Voici donc textuellement ce que dit à ce sujet le savant jurisconsulte.

« Un intérêt non moins élevé que celui de la justice elle- » même, s'oppose, dans certains cas, à ce que le dépositaire » par profession d'un secret, cité comme témoin, le révèle à » la justice. Cet intérêt est celui de l'humanité, lorsqu'il s'agit » d'un médecin qui a donné ses soins à un prévenu; celui de » la religion lorsqu'il s'agit du prêtre qui a reçu sa confes- » sion; celui de la défense même, lorsqu'il s'agit des conseils » auxquels il a confié sa situation. La justice doit respecter le » devoir qui pèse sur le prêtre, le médecin, les conseils du » prévenu, parce que l'accomplissement de ce devoir est un » besoin social, parce qu'il est indispensable de conserver à » des fonctions sur lesquelles la société s'appuie, une indépen- » dance qui peut seule garantir les intérêts qui leur sont » confiés. C'est une nouvelle limite posée au droit du juge, » mais cette limite, ce n'est pas la loi, c'est la nature même » des choses qui l'a faite.

» En effet, il ne s'agit pas d'affranchir telle ou telle personne » de l'obligation de *déposer*, mais seulement telle ou telle pro- » fession; il ne s'agit point d'instituer, mais de reconnaître » un élément nécessaire de la vie civile. Pourquoi le devoir » général de tous les citoyens est-il de révéler les faits qu'ils » connaissent lorsqu'ils sont cités comme témoins? C'est que » toutes les considérations privées qu'ils pourraient opposer » doivent fléchir devant l'intérêt social qui exige leur témoi- » gnage; c'est que n'ayant aucun titre pour recevoir les ré- » vélations qui leur ont été faites, ils n'ont aucun droit de les » retenir; c'est que le dépôt de ces confidences étant volon- » taire et non nécessaire, n'a pas droit à la même protection. » Mais quand les révélations ont été faites à une personne » préposée par la Société elle-même pour les recevoir et pour » porter secours à une souffrance, à un intérêt froissé, à un » droit opprimé, comment lui demander de les trahir? Ne » serait-ce pas supprimer le secours lui-même, l'appui que » toute souffrance, que toute lésion doit trouver près d'elle, » le bénéfice, en un mot, de la vie commune? La Société, qui » a fait ces institutions tutélaires, ne serait-elle pas profondé- » ment troublée si elles étaient ébranlées? Ne sont-elles pas » un des éléments de l'ordre général qui préside à toutes les » relations humaines et qui donne un protecteur commun à » tant d'intérêts opposés. C'est donc la force même des choses » qui fait la dispense toutes les fois qu'elle est la condi- » tion nécessaire des rapports qui sont la vie sociale elle- » même. »

Est-ce à dire, cependant, pour cela que les médecins seront absolument dispensés du devoir de témoigner devant la justice; et, en ce qui les touche, où doit se placer la limite qui sépare le droit commun du privilège attaché à la qualité de médecin? Cette limite a été très-nettement définie par la cour de cassation dans un arrêt du 26 juillet 1845, qui est resté jusqu'à aujourd'hui le monument de jurisprudence capital sur la matière qui nous occupe.

Un certain docteur Saint-Pair, chirurgien de la marine à la Guadeloupe, avait été cité en témoignage au sujet d'un duel qui avait eu pour conséquence des blessures très-graves pour l'un des combattants. D'abord devant le juge d'instruction il refusa de *déposer* et voici comment il formula son refus: « Je » suis appelé en qualité de médecin pour répondre à des ques- » tions posées sur des faits dont je puis avoir eu connaissance » dans l'exercice de ma profession; je ne crois pas devoir ré- » pondre aux questions qui me sont posées, conformément » aux dispositions du Code. » Le juge d'instruction le condamna à l'amende. Devant la Cour d'assises, il persista dans son refus, mais en déclarant, sous la foi du serment, que ce qui s'était passé entre lui et le blessé avait été confidentiel et que même ce n'était que secrètement qu'il avait été introduit près du blessé. Le ministère public requit de la Cour la condamnation du Dr Saint-Pair à une nouvelle amende; mais la Cour, donnant raison au médecin, ordonna qu'il ne serait pas entendu. Mais, il paraît que la chaleur du climat aidant, chacun voulut aller jusqu'au bout. Le médecin se pourvut en cassation contre l'ordonnance du juge d'instruction et le ministère public déféra aux juges suprêmes la décision de la Cour d'assises.

La Cour de Cassation, le 26 juillet 1845, dit enfin le dernier mot de cette affaire, à laquelle s'était spécialement intéressé Me Amable Boulanger, conseil judiciaire de l'association des médecins de Paris et voici en quels termes est conçu son arrêt: « La Cour. — Attendu que tout citoyen doit la vérité à la » justice lorsqu'il est interpellé par elle. Qu'aucune profession » ne dispense de cette obligation d'une manière absolue, pas » même celles qui sont tenues au secret, au nombre des-

» quelles sont rangées, par l'art. 378 du Code pénal, celles de » médecin et de chirurgien. — Qu'il ne suffit donc pas à celui » qui exerce une de ces professions, pour se refuser à *déposer*, » d'alléguer que c'est dans l'exercice de sa profession que le » fait sur lequel la déposition est requise est venu à sa con- » naissance. — Mais qu'il en est autrement lorsque ce fait lui » a été confié sous le sceau du secret auquel il est astreint à » raison de sa profession ;

» Attendu, en ce qui concerne les médecins, chirurgiens et » sages-femmes, que si l'on admettait la dispense de déposer » dans le premier cas, la justice pourrait se trouver privée de » renseignements et de preuves indispensables à son action, » sans aucun motif que le caprice du témoin. — Que si on la » refusait dans le second il en pourrait résulter les inconvé- » nients les plus graves pour l'honneur des familles et pour la » conservation de la vie des citoyens ; que ces intérêts exigent » en effet, dans les cas particuliers où le secret est nécessaire, » que le malade soit assuré de le trouver dans l'homme de » l'art auquel il se confie.

» Attendu que la dispense de *déposer* ainsi restreinte, a tou- » jours été admise dans l'ancienne jurisprudence, à laquelle » n'a dérogé aucune des dispositions de nos codes.

» Et attendu, en fait, que devant le juge d'instruction, le » sieur Saint-Pair s'est borné à déclarer pour justifier son re- » fus de répondre qu'il était appelé en qualité de médecin » pour répondre à des questions posées sur des faits dont il » *pouvait* avoir eu connaissance dans l'exercice de sa profes- » sion. — Que c'est seulement devant la Cour d'assises qu'il a » déclaré *sous la foi du serment* que ce qui s'était passé entre » lui et le blessé était confidentiel, ajoutant que ce n'était que » secrètement qu'il avait été introduit près du blessé. — Que » dans ces positions différentes, d'après les principes ci-dessus » fixés, le juge d'instruction a pu condamner ledit sieur » Saint-Pair à l'amende, comme la Cour a été autorisée à le » dispenser de *déposer*. »

Il reste encore à décider, avant de clore l'exposé de cette seconde thèse que nous avons dû faire long, à raison de son caractère philosophique, à qui incombera le soin d'apprécier dans laquelle des deux situations que vise l'arrêt se trouve le médecin appelé en témoignage.

Pour nous, et nous le proclamons bien haut, notre avis est que le médecin lui-même est seul juge de la question de savoir s'il doit ou non répondre aux interrogations qui lui sont faites, il ne relève pour cela que de sa conscience et la justice ne peut pas le contraindre à rester sourd à la voix de sa conscience. C'est d'ailleurs ainsi que pensaient, si l'on en juge par le compte-rendu qui précède, les magistrats auxquels M. le Dr Berrut a eu à faire.

Il nous est bien facile maintenant de formuler notre opinion sur le cas de M. le Dr Berrut, il a fait juste le contraire de ce qu'a fait le médecin de la Guadeloupe, et nous nous demandons en vérité pourquoi il a refusé de prêter serment devant la Cour d'assises.

Dans le rôle du témoin il y a deux choses bien distinctes qu'il ne faut pas confondre. La comparution et la déposition : c'est à raison de cette distinction que nous avons souligné le mot *déposer* chaque fois qu'il s'est trouvé sous notre plume, et si l'on examine les termes de l'article 317 qui règle pour ainsi dire le cérémonial qui doit, dans l'audition d'un témoin, précéder sa déposition, on verra que le témoin doit prêter serment, qu'ensuite le président le questionne sur ses noms, prénoms, qualités, etc., c'est ce que nous appelons la comparution, ensuite l'article 317 *in fine* ajoute « cela fait les témoins déposeront oralement. »

La comparution est un devoir pour tout le monde et les médecins ne peuvent pas s'y soustraire et, par conséquent, ils doivent prêter serment.

Quant à la déposition qu'il aura ainsi juré de faire vraie, elle se bornera, si le médecin se croit engagé par le secret professionnel, à déclarer que tout ce qu'il sait il le tient sous le sceau du secret qui lui est prescrit par l'article 378 ; ce sera la vérité, toute la vérité et rien que la vérité qu'on lui demande puisque ce sera le cri de sa conscience et l'expression de ses sentiments de devoir, et il n'y aura pas lieu de requérir contre lui une condamnation comme celle qu'a encourue le Dr Berrut. Certainement cet honorable médecin n'a vu que la grande et généreuse idée du secret professionnel, et il a perdu de vue les détails de la loi qui, cependant, ont tous leur importance.

VARIA

Des garde-malades et des écoles destinées à les former; par J. C. Steele, médecin en chef résident de Guy's Hospital. (*The Sanitary Record.*) (1).

III. Nous donnerons comme exemple de ce que peut faire le zèle d'une seule personne en faveur des pauvres, l'histoire de l'œuvre fondée par Madame *Ranyard*, sous le nom de « *Missing Luik mission.* »

Dans cette association qui s'occupait d'œuvres de piété, il a semblé qu'il serait plus profitable pour les pauvres d'avoir quelques femmes dressées tout spécialement à pouvoir servir de garde-malades : c'est que l'on a nommé « *Luik after Luik.* » Cette mission est composée de 60 infirmières. — Chaque garde-malade est attachée à un district séparé dans lequel elle réside, et est surveillée par une dame patronesse, habitant aussi le quartier. — On donne des médicaments et de la nourriture aux pauvres ; les dons sont centralisés dans une maison mère. On s'assure de la moralité et des capacités des infirmières en les essayant pendant trois mois dans les soins à donner aux pauvres, puis leur faisant passer trois mois dans un grand hôpital général et un mois dans une maternité. Leurs services sont consacrés aux seuls pauvres et toujours gratuitement.

On s'accorde à dire que grâce à leur profonde connaissance des mœurs de la classe ouvrière, ces infirmières sont d'une utilité incontestable. Cette fondation pieuse a trouvé quels sont les besoins réels du pauvre quand il est malade ; il faut que la garde vive avec lui ; aussi les infirmières dont il s'agit n'ont-elles pas de résidence à la maison mère, elles n'ont pas de nourriture ni de logement assurés, mais passent de famille en famille, quittant un malade pour en soigner un autre. On tire ces infirmières des femmes du peuple, qu'elles soient filles, mariées ou veuves, peu importe, il suffit qu'elles aient de 25 à 50 ans, soient capables de lire et d'écrire, aient l'esprit vif, joyeux, et du sens pratique. — Les infirmières sont payées 15 schillings par semaine ; mais elles reviennent à l'œuvre à près de 50 livres par an (1.250 fr.), ce qui tient à la quantité des médicaments dépensés. On les laisse libres de se vêtir comme elles veulent et leur moralité est irréprochable.

Ces infirmières sont surveillées par une femme jouissant d'un traitement plus élevé et qui sert d'inspecteur pour dix infirmières ordinaires. — Quand l'âge ou les infirmités les rendent impropres à un service actif, on leur assure des secours, sans que pour cela il y ait un système de retraites nettement organisé. Mme Ranyard ne croit pas que les garde-malades des hôpitaux puissent servir à l'assistance des pauvres de la ville, car, dit-elle : « Les gardes des hôpitaux ont une trop haute « opinion de leurs capacités pour se plier aux exigences d'un « travail fatiguant et souvent repoussant comme celui de nos « infirmières. »

Tout le monde est d'accord pour vanter les heureux résultats de cette œuvre. Elle est gratuite, elle part d'un sentiment religieux, comprenant toutes les sectes (sauf les papistes et les israélites) ; elle recrute des adhérents parmi des femmes honorables, dressées au gros ouvrages et considérant leurs fonctions comme une sorte de vocation : C'est là le chemin à suivre si l'on veut organiser une assistance effective, et cela vaut mieux que de fonder de ces vastes sociétés, de ces comités nombreux de lords et de dames patronesses qui ne servent à une œuvre qu'en ayant leurs noms affichés sur les prospectus.

Nous devons nous occuper maintenant des fondations véritablement religieuses, de celles qui, dépendant de l'Eglise

(1) Voir le n° 17 du *Progrès Médical*.

d'Angleterre, sont en relation avec les orphelinats, les écoles, les asiles d'incurables, etc.

La communauté la plus connue est celle de Saint-John's (Saint-John's House, Norfock Street); elle fut établie en 1848 sous le patronage de l'évêque de Londres pour : « créer dans l'Eglise, grâce aux concours de membres ecclésiastiques et laïques, une œuvre pour des dames de même communion, désireuses de consacrer leur temps à soigner les malades. » Le but de l'institution était aussi de donner une éducation plus convenable aux infirmières.

Actuellement il y a une maison mère, où réside une dame supérieure ayant sous ses ordres 25 sœurs et 112 garde-malades. Les sœurs donnent leurs soins gratuitement et souvent aussi contribuent de leur poche au soulagement des pauvres; elles sont aidées dans leur œuvre charitable par un groupe de dames, *dites associées*, qui s'occupent de trouver des vêtements, de l'argent, et s'efforcent de procurer des postulantes à la maison mère.

L'institution a depuis plusieurs années le privilége des soins intérieurs aux *Kings' College* et *Charing Cross Hospital.* Aussi trouve-t-elle là un vaste champ d'instruction pour ses nouvelles recrues. Celles-ci doivent être de mœurs irréprochables, membres de l'église anglaise, âgées de 25 à 35 ans; elles doivent s'engager à servir l'œuvre pendant 3 ans (l'engagement est renouvable à chaque période triennale). La première année est comptée comme année d'apprentissage, aussi la garde-malade ne touche-t-elle que 15 livres (375 fr.) ; au bout des trois ans les gages s'élèvent à 26 livres (650 fr.), après douze ans de services elles touchent une prime de 250 fr. elles sont en outre logées, nourries, blanchies, on leur fournit non-seulement les vêtements de travail, mais aussi une mise convenable pour leurs jours de sortie. Elles sont sous le contrôle immédiat des dames-sœurs qui cherchent autant que possible à leur faire acquérir de l'instruction. La maison-mère fournit ces infirmières au dehors chez les pauvres et chez les riches, le jour ou la nuit. Elles ont une pension de retraite calculée à raison de 80 0/0 de leurs gages ; sur les 112 infirmières employées, 72 servent aux besoins des deux hôpitaux ou soignent les pauvres, les autres sont à la disposition des familles riches.

Les infirmières de la ville couchent dans la maison-mère, mais nous regrettons de dire que quelques-unes de celles employées dans les hôpitaux sont forcées de rentrer le soir à a communauté faute de place pour les loger à l'hôpital. Il y eut dernièrement quelques discussions entre le comité de King's College et l'œuvre des sœurs de Saint-John's House. On ne pouvait pourtant leur reprocher de ne pas bien soigner les malades, mais on se plaignait avec quelque raison de ce que les infirmières changeaient trop souvent et passaient de la ville à l'hôpital, et réciproquement du jour au lendemain. Cet inconvénient aura toujours lieu quand la même association devra fournir à la fois aux besoins de la ville et à ceux de l'hôpital. On disait aussi que ces garde-malades revenaient trop cher, c'est encore vrai, mais cela tient à ce que ce sont pour la plupart des femmes fort intelligentes et qui trouveraient facilement à se bien placer en dehors de l'œuvre. Il n'est donc que juste de leur accorder des compensations pécuniaires en rapport avec leur mérite. (*A suivre*).

Statuts pour la bibliothèque des internes en médecine de la Salpétrière.

Les internes en médecine de la Salpétrière (1866), soussignés, s'engagent à laisser les journaux qui leur sont envoyés à la salle de garde, de façon à fonder une bibliothèque sur le modèle de celle qui existe déjà à l'hospice de Bicêtre (1). Tous aujourd'hui se regardant comme les seuls propriétaires de cette collection scientifique, se sont entendus pour adopter les statuts suivants, lesquels, d'ailleurs, sont ceux qui ont été consentis par leurs collègues de Bicêtre.

Afin d'assurer le présent et l'avenir de la bibliothèque des internes en médecine de la Salpétrière, ils en donnent la propriété à trois d'entr'eux, qui en deviennent responsables et dans lesquels ils placent assez leur confiance, pour accepter par avance toute décision que ceux-ci croiront devoir prendre à la majorité, concernant le fonctionnement et la continuation de la bibliothèque.

Parmi les engagements d'honneur qu'ils imposent aux propriétaires responsables ci-dessus nommés, existent les deux suivants : 1° Laisser à la salle de garde des internes en médecine de la Salpétrière, la bibliothèque, tant qu'il y aura un nombre suffisant d'internes et provisoires nommés au concours ; c'est-à-dire tant que les conditions seront analogues à celles où se sont trouvés les fondateurs eux-mêmes; 2° en cas contraire ou par des motifs qu'il est impossible de prévoir, mais dont les propriétaires seront seuls juges, disposer de la bibliothèque en totalité pour qu'elle reste un corps unique, non morcelé, au profit d'internes des hôpitaux de Paris, soit sous forme de don provisoire à une autre de salle de garde d'internes nommés au concours, soit sous toute autre forme que l'application la plus pratique indiquera. Ils pourraient à ce moment et pour cet intérêt général, consulter leurs collègues des hôpitaux de Paris. Les possesseurs actuels expriment encore le désir que les propriétaires de la bibliothèque ne choisissent pour les remplacer, s'ils quittent Paris ou pour toutes autres causes, que des internes nommés au concours et pris surtout parmi ceux qui se sont occupés le plus de la collection, comme les bibliothécaires annuels, par exemple.

En cas de partage dans les voix des deux propriétaires pour le remplacement du propriétaire quittant, le bibliothécaire de l'année deviendrait de droit le troisième propriétaire. Ils leur conseillent d'établir au moins trois visites par an, pour s'assurer de l'état des livres et de la tenue du catalogue.

Au 1er janvier les propriétaires responsables viendront offrir aux nouveaux internes de mettre à leur entière disposition la bibliothèque, à la seule condition de s'engager d'honneur à respecter le catalogue et à augmenter le nombre des livres dans une proportion qui est laissée à leur délicatesse.

Ces nouvelles acquisitions, ainsi que les dons futurs qui seront faits successivement à la bibliothèque, entreront dans la propriété et en subiront toutes les conditions. Les internes de chaque année choisiront un bibliothécaire pris parmi eux, et qui sera responsable devant les propriétaires, des disparutions ou des dégâts trop considérables des livres. Ce bibliothécaire, dit bibliothécaire annuel, pourra être réélu plusieurs années de suite, s'il reste attaché à l'hospice.

Si l'un des propriétaires se trouve dans les conditions requises pour être bibliothécaire annuel, il pourra être choisi pour ce fait, mais non de droit. Il faudra qu'il soit agréé par les internes de l'année.

S'il était indispensable pour une action légale quelconque, dont les propriétaires responsables seront, du reste, seuls juges, que la bibliothèque ne fût représentée que par un *seul individu*, cet individu serait naturellement l'un des trois propriétaires responsables et choisi par les deux autres.

En cas de partage des voix, le bibliothécaire annuel aurait droit de voter pour ce choix; mais pour les décisions courantes et les mesures ordinaires à prendre, les fondateurs ont tenu à ce que les trois propriétaires eussent la responsabilité de direction générale et s'inspirassent de leurs intentions, qui tendent toutes à la conservation, à l'agrandissement et *au fonctionnement le plus efficace* de l'œuvre utile qu'ils ont voulu instituer.

Si, au point de vue purement légal, le présent acte ne remplit peut-être pas toutes les minutieuses conditions qu'exige la loi pour ces sortes d'associations, l'intention des possesseurs de la bibliothèque ressort suffisamment, ils l'espèrent, pour qu'on ne puisse jamais la méconnaître en détournant la fondation du but qu'ils ont voulu atteindre.

C'est dans cette assurance qu'ils ont signé les trois articles suivants : 1° La bibliothèque des internes en médecine de la Salpétrière, œuvre de leur seule initiative, est donnée à trois propriétaires responsables, dans les conditions ci-dessus énoncées ; 2° Sont nommés propriétaires responsables : Ch. Bouchard, Bourneville et C. Carville ; 3° La bibliothèque comme l'exécution du présent acte est placée moralement sous la direction des internes des hôpitaux de Paris, nommés au concours.

La Salpétrière, octobre 1868.

Ont signé : Les internes de 1866 : Ch. Bouchard, Bourneville, Bouchereau, C. Carville, Duprat, Habran, Raymond.

Ont adhéré : Les internes de 1867 : Behier, Berger, Hayem, Lépine, Magnan, Quinquaud.

Les internes de 1868 : Bassereau, Bourneville, Boyron, Cornillon, Frémy, Guignard, Huchard, H. Liouville, Peltier, Rigaud, Villard, etc.

(1) Voir pour les statuts de la bibliothèque de Bicêtre, n° 1 de l'*Ancien Mouvement médical*, 3 janvier 1869.

Sociétés d'hygiène.

Nous donnons ci-après quelques indications sur les deux *Sociétés d'hygiène publique* qui viennent de se créer. On verra que le désidératum que nous avons signalé à diverses reprises, et plus particulièrement dans le n° 23 de 1875, va se trouver doublement réalisé.

Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. — Nous apprenons qu'un groupe de médecins vient d'avoir l'heureuse idée de fonder à Paris une Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. Cette Société est instituée pour l'étude approfondie et la vulgarisation de toutes les questions d'hygiène et de salubrité, de médecine et de police sanitaire nationales et internationales, d'épidémiologie, de climatologie, de statistique médicale et particulièrement d'hygiène des professions; en un mot, de toutes les questions afférentes à la médecine sociale.

Essentiellement scientifique, la Société, dont le siége central à Paris, est ouvert à tout savant qui, par ses titres, ses études et sa compétence spéciale, est capable d'apporter un concours efficace aux travaux de la Société; ainsi, médecins, vétérinaires, chimistes, physiciens, météorologistes, ingénieurs, architectes, sont appelés à en faire partie. — Le bureau, constitué d'office, est actuellement composé de :

M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, président. — Vice-présidents : MM. Léon Colin, professeur d'épidémiologie au Val-de-Grâce; Gubler, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine; Laussedat, député à l'Assemblée nationale; de Freycinet, ingénieur des mines, sénateur.

Secrétaire général : M. Lacassagne, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
Secrétaire général adjoint : M. le dr Napias, membre de la commission des logements insalubres. — Trésorier : M. le dr Thévenot.— Archiviste : M. le dr du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes. — Secrétaires des séances : MM. les drs Bordier, Coudereau, Collineau, Gellé.

En attendant la réunion destinée à adopter définitivement les statuts de la Société, et dont le jour et le lieu seront ultérieurement annoncés, les adhésions sont reçues par M. le dr Lacassagne, rue d'Ulm, 30, et par M. le dr Napias, rue du Rocher, 40. (*France médicale.*)

Société française d'hygiène. — Composition du bureau : Président : M. A. Chevalier, de l'Académie de médecine; vice-présidents : MM. Marié-Davy, directeur de l'Observatoire de Mont-Souris ; Moutard-Martin, de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon ; Müller, professeur à l'Ecole centrale des Arts et Métiers. ; secrétaires : MM. le docteur Ch. Saffray, rédacteur scientifique du *Bien public* ; le docteur de Pietra-Santa, rédacteur en chef du *Journal d'hygiène* ; A. Joltrain, secrétaire de la rédaction dudit journal ; bibliothécaire : M. le docteur Chassagne, médecin-major ; trésorier : M. Tréhyou, pharmacien-chimiste.

Société de thérapeutique.

Séance des 11 et 23 avril. — Présidence de M. Bucquoy.

A la demande de M. Constantin Paul qui croit que l'on peut expliquer en partie les effets reconstituants de la glycérine par l'action de cette substance sur la pepsine, M. Catillon a entrepris sur ce point des expériences dont il communique les résultats. Le Codex prépare la pepsine en traitant par l'eau la muqueuse stomacale et coagulant la dissolution par l'acétate de plomb. Wittich a donné un procédé qui consiste à traiter la membrane par la glycérine et coaguler par l'alcool absolu.

M. Catillon a constaté que ces coagulations faisaient perdre à la pepsine une partie de sa solubilité et surtout de son pouvoir digestif (cela se conçoit parfaitement du reste) et il conseille avec juste raison d'éviter cette cause d'altération et de conserver la pepsine en dissolution dans la glycérine. 10 kilog. de muqueuse stomacale ayant été traités, moitié par le procédé du Codex, moitié par la glycérine, il a obtenu d'un côté après traitement par l'acétate de plomb et l'hydrogène sulfuré une solution aqueuse de pepsine, de l'autre un extrait liquide à la gycérine. 10 grammes de cet extrait glycériné ont digéré en 2 heures 11 grammes 20 de fibrine, tandis qu'il a fallu 12 heures à la quantité correspondante de la solution du Codex pour digérer 9 grammes seulement. L'action digestive de l'extrait à la glycérine est donc plus puissante et surtout beaucoup plus rapide. Comme les aliments ne séjournent qu'un temps limité dans l'estomac, ce dernier résultat est très-important.

La glycérine, ajoutée à une dissolution de pepsine, la conserve, s'oppose aux fermentations qui l'altèrent et lui permet de résister à une température plus élevée. Comme conséquence probablement, elle augmente son pouvoir digestif dans la proportion de 6 à 7 et demi. L'alcool paralyse le pouvoir digestif de la pepsine. Dans une eau additionnée de 30 pour 100 d'alcool, la fibrine ne semble plus attaquée. Dans une eau additionnée de 15 pour 100 la quantité digérée est déjà sensiblement moindre, car elle descend à 6 grammes 20, la proportion digérée dans l'eau pure étant 9 grammes 60. On doit donc éviter d'associer l'alcool et les alcooliques à la pepsine. M. O. Liebreich arrive aux mêmes conclusions dans un travail qu'il vient de publier dans *the Practitioner* et se montre très-partisan du mode de préparation de la pepsine à la glycérine. Cette question est à l'ordre du jour en Allemagne.

Service médical de nuit.

Un service médical de nuit a été organisé à Paris, il y a deux ans. Cet essai a parfaitement réussi, et aujourd'hui le service fonctionne d'une manière régulière dans les 80 quartiers de la capitale. Cette organisation nouvelle, dit la *Patrie*, ne nécessite qu'une dépense relativement modérée. D'après le principe arrêté, en effet, les visites du médecin de nuit doivent être remboursées par toutes les personnes en état de payer. Il n'est fait d'exception à cette règle que pour les indigents. Or, peu de ces derniers ont eu recours au service de nuit, et c'est à peine si, de ce chef, l'administration a eu, l'année dernière, à supporter une dépense d'une quarantaine de mille francs, soit, en moyenne, à peu près 500 francs par quartier. C'est peu, si l'on considère les immenses services rendus par cette institution, qui fonctionne déjà avec succès dans plusieurs villes de l'Europe.

29. Sirop iodotannique.

Iode	1	gramme.
Alcool à 90 degrés centésimaux	11	—
Sirop de ratanhia du Codex	918	—

Opérez comme pour le sirop de raifort iodé. (Voir plus loin.) Si l'on veut obtenir la préparation de suite, il suffit de porter le mélange à une température de 50 à 60 degrés. Au bout de peu de temps la combinaison est complète, ce qui est indiqué par le retour de la belle couleur rouge primitive du sirop de ratanhia. Ce sirop contient un millième de son poids d'iode.

30. Sirop d'iodure d'amidon.

Iodure d'amidon soluble	10	grammes.
Eau distillée	330	—
Sucre blanc grossièrement pulvérisé	640	—

Dissolvez l'iodure d'amidon dans l'eau distillée, et filtrez. Employez ensuite cette liqueur pour dissoudre le sucre à une très-douce chaleur.

20 grammes de ce sirop renferment environ 2 centigrammes d'iode. On prépare facilement l'iodure d'amidon soluble en prenant : amidon nitrique, 9 parties; iode, 1 partie. On dissout l'iode pulvérisé dans suffisante quantité d'alcool à 90 degrés centésimaux, on y ajoute l'amidon nitrique (1), et l'on desséche le mélange au bain-marie à une douce température. On triture ensuite le produit desséché avec suffisante quantité d'eau distillée pour en faire une pâte molle qu'on chauffe au bain-marie dans un matras, jusqu'à ce qu'elle devienne entièrement soluble dans l'eau. On peut s'en assurer en prenant un peu de temps en temps à l'extrémité d'un agitateur en verre, et en le délayant dans de l'eau pure.

31. Sirop de raifort iodé.

Iode	1	gramme.
Alcools à 90 degrés centésimaux	11	—
Sirop de raifort composé	988	—

Faites dissoudre l'iode dans l'alcool, filtrez. Mêlez exactement la dissolution au sirop. Au bout de 24 heures de contact, à la température ambiante, la combinaison sera complète et le sirop aura repris sa couleur primitive. Dans cette préparation l'iode est dissimulé aux réactifs ordinaires. Ce sirop contient un millième de son poids d'iode. (*Répertoire de pharmacie.*)

Petite correspondance.

Nous avons reçu cette semaine aux bureaux du journal, une lettre dont la signature est illisible et qui ne contient aucune adresse. Prière à notre correspondant de vouloir bien nous donner de nouveaux renseignements.

NOUVELLES

Errata. — Dans notre dernier *Bulletin*, à propos des malades présentés par M. Parrot à ses auditeurs, lire : l'aspect *simien* de la face, au lieu de l'aspect sinueux. — Une affection *très-rare*, au lieu de très-grave.

Mortalité a Paris.—1,851,792 habitants (recensement de 1872). Pendant la semaine finissant le 10 mai 1877, on a déclaré 1,052 décès, soit 29 5 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 19; — rougeole, 7; — scarlatine, 3; — variole, 5; — croup, 21; — angine couenneuse, 25; — bronchite, 53; — pneumonie, 83; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 8; — choléra nostras, »; — dysentérie, 1; — affections puerpérales, 4; — érysipèle, 6; — autres affections aiguës, 288; — affections chroniques, 473, dont 194 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 25; — causes accidentelles, 31.

1,851,782 habitants. (Recensement de 1872). Pendant la semaine finissant le 17 mai 1877 on a déclaré 970 décès, soit 27,2 décès par mille habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 21 ; — rougeole, 11 ; — scarlatine, 1 ; — variole, 2 ; — croup, 12; — angine couenneuse, 24; — bronchite aiguë, 51; — pneumonie, 70; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 9; — choléra nostras, »; — dyssenterie, 2; — affections puerpérales, 9; — érysipèle, 14; — autres affections aiguës, 230; — affections chroniques, 451, dont 182 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 32 ;— causes accidentelles, 31.

Faculté de médecine. — Avis : MM. les étudiants pourvus de cartes pour la médecine opératoire sont prévenus que les opérations ont recommencé le mercredi 16 mai, à 1 heure, au pavillon n° 1.

— M. Nicaise, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé du cours de pathologie chirurgicale près ladite Faculté.

Les cours complémentaires des études médicales pratiques institués à titre d'enseignement auxiliaire, près la Faculté de médecine de Paris, sont confiés à des médecins et chirurgiens des hôpitaux choisis soit parmi les agrégés titulaires ou les agrégés libres, soit parmi les docteurs non agrégés. Les agrégés ou docteurs chargés des susdits cours sont nommés pour une période de dix années. A l'expiration de ce terme, ils peuvent être renommés. Toutefois, les fonctions cessent de plein droit le jour où ils ne font plus partie du corps des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Concours pour le Bureau central (*Médecine*). — Les candidats admissibles aux epreuves définitives, sont : M. Gouguenheim, Gouraud, Hallopeau, Hanot, Huchard, Joffroy, Landrieux, Legroux, Rathéry, Rendu. La 4e épreuve (composition écrite), a eu lieu lundi dernier ; les candi-

(1) L'amidon nitrique s'obtient en arrosant 1,000 parties d'amidon de 300 parties d'eau aiguisée de 2 parties d'acide azotique. On laisse sécher à l'air.

dats ont eu à traiter la question suivante: *Des affections du foie dans les maladies du cœur.*

Faculté des sciences de Paris. — M. Johannès Chatin, docteur ès-sciences, est nommé maître de conférences d'histoire naturelle à la Faculté de sciences de Paris, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1876-1877. Il sera spécialement attaché à la chaire de zoologie, anatomie et physiologie comparée et prendra part aux examens.

Excursion géologique. — M. Daubrée, membre de l'Institut, professeur. M. Stanislas Meunier, aide naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche 20, à Auvers, Valmondois et l'Isle-Adam. On se réunira à la gare du Nord, où l'on prendra le train à 6 h du matin pour la station d'Auvers. (On sera de retour à Paris à 5 h. 45 du soir.)

M. Hébert, membre de l'Institut, professeur, ou M. Charles Vilain, répétiteur, fera dimanche prochain, 20 mai, une excursion géologique à Horigney, Etampes et Ormoy. Rendez-vous à la gare d'Orléans à 6 h. 3/4 précises.

M. le professeur Chatin, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 20 mai, dans la forêt de l'Isle-Adam. — Rendez-vous, à la gare du Nord, à 8 heures 15 minutes du matin.

La Société des pharmaciens de l'Eure a tenu sa séance ordinaire d'avril le dimanche 29 de ce mois, sous la présidence de M. Lepage. Au début de la séance la société, sur la proposition de son secrétaire, M. Feray, a décidé l'envoi à la Chambre des députés d'une pétition tendant à obtenir la révision des lois réglant la police et l'exercice de la pharmacie, dans le sens d'un projet adopté dans une précédente séance. Après des communications scientifiques de MM. Labiche, de Louviers ; Patrouillard, Lepage, de Gisors, un compte-rendu des travaux de la Société des pharmaciens de l'Est, par M. Omont, d'Evreux, l'assemblée a admis comme membres MM. Zarzycki, de Louviers, et Broquet, de Gros-Theil, puis la séance a été levée à 3 h. 1/2.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le dr A. Cardeilhac. M. le dr A. Cardeilhac avait fait représenter sous le pseudonyme de Lagrange, plusieurs pièces de théâtre qui eurent quelque succès, telle que *Jeanne Vaubernier*, *Mlle de la Vallière* et le *Père Goriot*. — (*Le Temps.*)

Librairie Octave DOIN, rue Antoine-Dubois.

Vulpian (A.). — Maladies du système nerveux, leçons professées à la Faculté de médecine de Paris, en 1877, recueillies et publiées par le dr Bourceret, ancien interne des hôpitaux et revues par l'auteur. Cet ouvrage paraîtra par livraison de 32 pages grand in-8° avec figures et formera un beau volume à la fin de l'année. Les livraisons paraitront *très-régulièrement* le 1er et le 15 de chaque mois à partir du 15 mai. Prix de chaque livraison : 1 fr.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *mai* vient de paraître. Un an : Paris 18 fr. ; Départements, 20 fr.

Herrgott (P.-J.). — Le Spondylizème ou affaissement vertébral, vol. in-8 de 75 pages, avec 7 figures dans le texte. Prix : 2 fr. 50.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Fontan (J.). Du traitement des hémorrhoïdes par la dilatation forcée des spincteres de l'anus. Paris, 1877, in-8 de 82 pages.

Robin (E.). — Mémoire sur l'art de faire produire aux êtres organisés le sexe que l'on désire, vol. in-8 de 26 pages.

Redon (J.-E.). — Du diabète sucré chez l'enfant Paris, 1877; 1 vol. in-8. — Prix : 3 fr.

Saint-Thomas's. Hospital Reports, tome VI, gros volume in-8 de 366 pages. Prix : 7 fr. 50.

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital des Cliniques. — *Hommes :* 11, enchondrôme généralisé ; 12, fracture de jambe compliquée de plaie; 18, écrasement de doigts ; 29, fistule à l'anus; 30, plaie par arme à feu.

Femmes : 3, syphilide papulo-hypertrophique de la marge de l'anus ; 9, hypertrophie du corps thyroïde; 14, kyste hydatique du foie; 18, fibrome utérin.

Lundi : Clinique, opérations. — *Mardi :* Spéculum, consultation. — *Mercredi :* Cours de petite chirurgie, par M. Planteau, aide de clinique. — *Jeudi :* Consultation. — *Vendredi :* Clinique, opération. — *Samedi :* Consultation, otoscopie, ophthalmologie.

Hôpital du Midi. — Tous les dimanches, clinique de M. Horteloup, chirurgien de l'hôpital. Dimanche 20 mai, accidents et complication de la blennorrhagie. Visite dans les salles à 9 h. du matin. Clinique à 9 h. 1/2.

Salle n° 9 : 17, chancre simple, bubon; 19, syphilide ulcéreuse du gland, de l'anus, alopécie; 23, épididymite, funiculite; 28, chancre syphilitique du prépuce, roséole, syphilide papuleuse; 29, plaques muqueuses de l'anus et des amygdales; 34, bubon chancreux. — Salle n° 10 : 12, chancre syphilitique, lymphangite; 15, ecthyma syphilitique; 14, syphilide ulcéro-crustacée. — Salle n° 11 : 3, pléiade ganglionnaire; 11, testicule tuberculeux. — Salle n° 12 : 5, infiltration d'urine; 9, néphrite parenchymateuse; syphilide papuleuse.

Service de M. Simonet. Salle 1 : 9, chancre mou du poumon; 15, gangrène de la verge. — Salle 3 : 17, végétations anales; 20, chancre infectant du poumon; 28, hydrocèle à gauche. — Salle 4 : 2, orchite à droite; 3, para-

phimosis; 6, bubon chancreux de l'aine droite; 21, phimosis. — Salle 5 : 2, hématocèle de la tunique vaginale gauche.

Hôpital Lariboisière. — *Chirurgie.* Service de M. Tillaux. Consultation les mardis, jeudis et samedis. Maladies des oreilles le dimanche, à 9 h. Visite tous les jours, à 8 h. 1/2. Opérations le mercredi. Salle Saint-Augustin (H.): 1 *bis*, plaie de la main; 4, tumeur extra-articulaire du genou; 6, fracture compliquée de la jambe; 10, abcès urineux; 12, pseudarthrose de l'humérus; 13, 19, tubercules du testicule; 22, épithélioma du rectum, opéré; 24, plaie de la main, amputation de l'index; 25, rétention d'urine; 26, abcès sous-fessier traumatique; 32, 33 *bis*, hydarthrose du genou. — Salle Saint-Louis (H.): 2, mal perforant du pied; 7, amputation du pied (tumeur blanche); 9, fracture du bassin; 10, résection de l'extrémité inférieure de l'os de la jambe; 16, plaie non-pénétrante de poitrine, 18, kératite ulcéreuse; 19, lupus de la main.

Service de M. Panas. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Maladies des yeux tous les jours (salle Helmoltz); leçons cliniques et opérations sur les yeux le lundi et le jeudi, à 9 h. Opérations de chirurgie générale le samedi. Salle Saint-Ferdinand (H.): 3, 5, luxation de l'épaule; 6, plaie de poitrine, par arme à feu; 12, 23, lymphadénome cancéreux; 27, fracture avec luxation du pied; 28, plaie de tête.

Médecine. Service de M. Ollivier. Consultation le jeudi. Visite tous les jours, à 9 h. Salle Saint-Henri (H.) et Sainte-Elisabeth (F.): 5, rhumatisme polyarticulaire; 6, phlegmatia alba puerpéral; 8, sclérose en plaques; 9, phthisie aiguë; 10, goutte; 12, péritonite tuberculeuse; 13, rhumatisme polyarticulaire; 15 *bis*, néphrite interstitielle; 16, mélanodermie parasitaire; 18, néphrite parenchymateuse.

Service de M. Féréol. Consultation le vendredi; visite tous les jours, à 8 h. 1/2. — Salle Saint-Vincent-de-Paul (H.): 4, 7, 33 *bis*, fièvres typhoïdes; 14, cachexie saturnine, paralysie des extenseurs; 17, 18 *bis*, ataxie locomotrice; 25, pneumonie caséeuse droite, pleuro-pneumonie gauche; 27, insuffisance aortique, asystolie; 34, syphilis. — Salle Sainte-Joséphine (F.): 1, carcinome de l'estomac et du foie; 1 *bis*, 14 *bis*, syphilis; 5, rhumatisme chronique; 6, tumeurs utérines; 9, 11, asystolie; 16, hématocèle rétro-utérine; 17, diphthérie, paralysie du voile du palais; 21, pleurésie ancienne; 22, pelvi-péritonite; 30, maladie de Graves.

Service de M. Siredey. Consultation le lundi. Spéculum le mercredi, à 9 h. Visite tous les jours à 8 h. 1/4. — Salle Saint-Augustin bis (H.) : 11 bis, 14, 15, affections cardiaques; 12, orchite tuberculeuse; 16, intoxication saturnine, néphrite interstitielle; 20, retrécissement aortique; 21, diabète; 22, 23, 24, intoxication saturnine; 27, fièvre typhoïde, érysipèle, 28, mal de Pott; 29, pleurésie. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 2, 8, 10, affections cardiaques; 4, coliques hépatiques; 11, sciatique; 12, ataxie locomotrice; 13, abcès périnéphriques; 15, carcinome de l'utérus; 16, hémorrhagie cérébrale, hémiplégie, aphasie; 18, pleurésie, érysipèle; 19, rhumatisme articulaire aigu; 19 bis, sclérodermie; 22, 24, pelvi-péritonite; 31, pleurésie; 33 bis, chorée; 36, hystéro-épilepsie; 37, coliques hépatiques; 38, cystite.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 21. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 26 MAI 1877.

Le Progrès Médical

MALADIES DES ENFANTS

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. ARCHAMBAULT.

De l'allaitement (1).

Leçons recueillies par M. E. DECAUDIN, interne du service.

Messieurs,

J'ai peut-être passé trop rapidement sur les accidents qui se produisent du côté des gencives et de la muqueuse buccale. En plus des phénomènes de congestion qui se produisent chez la plupart des enfants, il y a, dans certains cas, une véritable disposition à l'ulcération, et il se forme des sortes d'aphthes, soit sur les gencives, soit dans les plis labiaux ; dans ces cas, la salivation est portée au plus haut degré. — Ou bien encore, on voit au niveau d'une ou de plusieurs dents, la gencive faire une saillie violacée très-douloureuse, qui s'ulcère soit à son centre, soit au pourtour; j'ai même vu une sorte d'épanchement sanguin sous la muqueuse. Ceci se produit généralement chez les enfants cachectiques; et après la sortie de la dent, il reste souvent une ulcération qui n'a pas de tendance à se guérir.

Dans le cas où vous observerez une tendance aux ulcérations aphtheuses, plusieurs choses utiles pourront être faites. Le meilleur des médicaments sera, sans aucun doute, le chlorate de potasse, que vous donnerez à la dose de 0,10 centigr. dans une cuillerée d'eau sucrée, toutes les heures ou toutes les deux heures, à un enfant d'un an. Vous pourrez aussi faire laver la bouche avec un pinceau imbibé d'une solution de 1 gramme de chlorate de potasse dans 90 gr. d'eau. L'eau de Vichy, ou une eau quelconque franchement alcaline, rendrait le même service. Le docteur West recommande de badigeonner l'intérieur de la bouche, de temps à autre, surtout après les tétées, avec un linge doux imbibé de la solution suivante : borax, 2 gr., glycérine, 4 gr.; eau, 30 gr. Dans les cas où existe ce gonflement considérable d'une ou de plusieurs gencives, qui porte le nom d'*odontitis*, je me suis bien trouvé d'inciser les tissus enflammés et de traiter les ulcérations, s'il y en avait déjà, ou s'il en survenait par la suite, comme je viens de l'indiquer tout-à-l'heure.

S'il est vrai que l'on soit, peut-être trop, disposé à rapporter au travail de la dentition tous les désordres qui se montrent pendant l'évolution des dents, il n'est pas moins incontestable que celle-ci est la cause d'accidents qui se montrent surtout du côté de la peau, de diverses muqueuses et du système nerveux.

Pendant que l'enfant aura les gencives gonflées et rouges, un état fiévreux irrégulièrement intermittent, les mères et les nourrices vous signaleront du côté de la peau des altérations superficielles, fluxionnaires, qui sont connues dans le public sous le nom de feux de dents, de gourmes, de chapeau, etc. Les feux de dents se montrent au visage et en d'autres parties, sous la forme de plaques érythémateuses plus ou moins persistantes, mais en général fugaces, mobiles. Quelquefois c'est une véritable éruption ortiée, qui agace et excite l'enfant. Ces petites manifestations, qui se montrent plus spécialement pendant l'éruption des divers groupes de dents, et s'amendent ou disparaissent pendant les périodes de repos, n'ont pas à vrai dire d'importance, et vous pourriez les négliger, mais vous pouvez les atténuer avec avantage pour l'enfant dont elles troublent le repos, et à la grande satisfaction des mères, qui vous en sauront beaucoup de gré. Les moyens propres à atteindre ce but sont les bains de son, gélatineux, à l'amidon, ou tout autre de nature émolliente. La poudre de lycopode, la poudre d'amidon ou de riz, avec 1/3 ou 1/2 de poudre d'oxyde de zinc. La pommade suivante : glycérolé d'amidon, 30 gr., oxyde de zinc, de 4 à 8 gr., calme bien les démangeaisons. On fait avec elle une légère onction et l'on poudre abondamment par dessus. C'est surtout pendant cette période que tout contact de l'urine avec la peau doit être évité, autant que possible. S'il survient un peu d'intertrigo, surtout avec suintement, on évite les corps gras et on poudre abondamment avec de la poudre de bismuth porphyrisée ; après quoi on introduit un linge fin dans toutes les plicatures de la peau où existe une irritation. Les affections cutanées peuvent se montrer, pendant cette période, sous des formes très-variées, mais les plus fréquentes parmi celles-ci sont l'eczéma, l'impétigo ou le mélange des deux. L'eczéma chez les enfants ne tient pas positivement et exclusivement à la dentition, il est commandé par une disposition héréditaire, mais vous le verrez souvent commencer avec le travail dentaire pour finir avec lui, et durant cette longue période, il aura des phases d'accroissement et de diminution, qui correspondront à la sortie des groupes et au temps de repos. Vous voyez tous les jours, à la consultation, que le siége habituel est le front, le cuir chevelu, la face, la partie postérieure des oreilles et diverses parties du tronc; quelquefois l'éruption est généralisée. La distribution de l'impétigo ou plutôt de l'eczéma impétigineux est la même. Il faut, disions-nous, en plus de l'influence de la dentition, la disposition héréditaire ; que les parents soient entachés de scrofule ou d'herpétisme; pourtant on les voit survenir chez des enfants dont les parents paraissent sains. Vous entendrez dire qu'un vieux lait donne des gourmes, et l'observation justifie en partie cette croyance. Mais il est plus juste de dire que la poussée congestive a lieu quand sous l'influence d'un lait très-riche, la nutrition se fait d'une manière très-active. Je m'explique. Un enfant quitte une nourrice médiocre, avec laquelle il augmente peu de volume et passe à une autre, qui a un lait très-riche et abondant. Si cet enfant a un bon estomac, il grossit rapidement ; et c'est souvent à ce moment qu'apparaît la gourme. Ou bien encore, une mère n'a que peu de lait, vous ajoutez du lait de vache à la nourriture de l'enfant; sous l'influence de ce supplément, au cas où la digestion se fasse bien, le nourrisson grossit à vue d'œil et vous voyez apparaître de la gourme. M. le docteur Maingault, qui voit beaucoup d'enfants, me parlait, ces jours-ci, d'un travail inédit où il démontrait que le lait, trop riche en matière grasse, donne l'eczéma. Chez un enfant de ma clientèle, qui avait de l'eczéma de la face, j'ai vu celui-ci pâlir et disparaître, alors que sous l'influence d'émotions morales, le lait de sa nourrice diminuait au point de devenir insuffisant. Que faut-il conclure de ces faits? Que chez les enfants qui y sont prédisposés, l'eczéma apparaît lorsque la nutrition se fait d'une manière très-active. C'est peut-être pour cela que la plupart des enfants qui ont cette affection sont gros et gras. Vous voyez pourtant des exceptions à cette règle et des enfants chétifs, malingres, être couverts d'eczéma, mais chez eux c'est surtout la forme sèche et démangeante qui domine, tandis que chez les gros enfants, c'est la forme suintante.

Les enfants qui présentent ces éruptions ne sont point malades, mais les démangeaisons assez vives qui ont ordinairement lieu, troublent leur sommeil, les fait se gratter jusqu'à se mettre le visage en sang, et sont quelquefois véritablement insupportables. Vous m'avez vu prescrire l'application d'une calotte de caoutchouc pendant la nuit, pour faire tomber les croûtes, ordonner des onctions avec une pommade à l'oxyde de zinc et précipité blanc dans

(1) Voir le *Progrès médical*, nos 1, 5, 8 et 18.

du glycérolé d'amidon, les lotions et les bains d'amidon, les cataplasmes de fécule. Quand les démangeaisons sont très-violentes, on peut les calmer en faisant faire des lotions avec une solution d'acide phénique au millième, ou bien même avec une solution de sublimé très-faible, 0,10 centigr. pour un litre d'eau. Il est une croyance qui veut qu'on respecte ces sortes d'éruptions et peut-être y aurait-il inconvénient à les supprimer brusquement; il n'est pas déraisonnable de les considérer comme des sortes d'émonctoires. Mais leur suppression ne s'obtient pas facilement, et il y a grand avantage pour l'enfant qu'elles fatiguent, à diminuer leur intensité par les moyens ci-dessus indiqués. Ce qui prouve leur relation avec le travail de la dentition, c'est qu'on les voit généralement disparaître quand celui-ci est terminé.

La diarrhée est très-fréquente pendant la période de l'éruption des dents; et l'on peut être certain qu'elle tient bien à ce travail, quand on la voit commencer avec l'apparition d'un groupe de dents, et cesser pendant le repos qui le suit. Il y a des enfants qui ne peuvent percer une dent sans qu'elle revienne. Il faut, pourtant, bien se souvenir qu'à cet âge, il y a d'autres causes nombreuses de diarrhée, et nous avons énuméré les principales, relevant de l'alimentation. Il y a donc une question de diagnostic assez délicate. Vous entendrez non-seulement le public, mais même beaucoup de médecins, vous dire que la diarrhée pendant la dentition, est un phénomène favorable et qu'il faut respecter. Sans doute, elle n'a pas grand inconvénient quand elle se borne à une ou deux évacuations de plus que d'habitude, et qu'elle s'arrête d'elle-même après quelques jours. Mais je ne voudrais pas dire que, même dans ces conditions, elle ait un avantage quelconque. Les enfants, qui font le plus facilement leurs dents, sont aussi ceux qui ont le moins de troubles gastro-intestinaux; et ces derniers sont d'autant plus accusés que la dentition est plus pénible, que la dentition se fait en désordre et d'une manière pour ainsi dire continue. La diarrhée peut être très-intense tout d'abord, puis présenter des moments d'accalmie avec des recrudescences, et concourir à l'épuisement des enfants. Comme vous ne pouvez savoir si elle ne prendra pas cette marche, vous devrez la modérer, dès le début, et chercher à la supprimer avant qu'elle n'ait produit une véritable entérite chronique; il y a lieu de croire qu'elle ne tient, d'abord, qu'à un flux, qu'à une hypersécrétion que l'on peut enrayer; mais, quand elle persiste, qu'elle s'accompagne de coliques vives, avec selles vertes, lientériques, quelquefois muqueuses, glaireuses, il faut craindre qu'il n'y ait une inflammation de l'intestin. Au début, la diarrhée est souvent précédée et accompagnée de vomissements, qui, en général, ne persistent pas. Dans la saison chaude, particulièrement, il faut donner la plus grande attention à ce dérangement intestinal, qui du jour au lendemain peut prendre le caractère du choléra infantile. Dans ce cas, les garde-robes sont incessantes, perdent leur couleur verte déjà très-fâcheuse, et deviennent aqueuses; c'est un véritable flux séreux intestinal; l'estomac ne peut plus garder aucun aliment si léger qu'il soit, les yeux s'excavent et les extrémités se refroidissent. L'enfant a l'aspect d'un cholérique, ou d'un individu atteint d'empoisonnement stibié. Il y a donc toutes sortes de bonnes raisons pour faire considérer la diarrhée comme le signe d'une dentition difficile, et comme fâcheuse en elle-même; tandis que je n'en vois pas une qui justifie la bonne opinion qu'on en a prise. Donc, il faut la modérer, et la supprimer, si elle tend à durer. On y arrive, en tenant compte de l'âge de l'enfant, par la section de la gencive, si celle-ci est extrêmement tendue, douloureuse et la dent prête à sortir (mais ce moyen échoue souvent); — à l'aide de l'eau de chaux, du bismuth, d'une très-minime quantité d'opium et de la réglementation du régime. Voici, par exemple une bonne formule :

Eau de chaux,	de 20 à 30 grammes.
Eau distillée de Fenouil	40
Sirop de Cachou	25
Laudanum	1 à 2 gouttes.

A donner par cuillerée à café dans les 24 heures. Au lieu de sirop de cachou, vous pouvez employer le sirop de ratanhia, ou simplement de coings, de même que l'eau de fenouil peut être remplacée par l'eau distillée de menthe ou de mélisse.

Un gramme de craie préparé, ou 1 gramme de bismuth agité dans un biberon de lait. Si l'enfant est élevé au biberon, ou en même temps que le lait de sa mère reçoit du lait de vache, vous ajouterez de l'eau de chaux à ce dernier, dans les proportions que je vous ai indiquées déjà. Le bicarbonate de soude à la dose de 5 à 10 centigr. dans le lait, agit encore bien en pareil cas; de même, de l'eau de Vichy dans la proportion de deux cuillerées pour un biberon. Vous connaissez l'emploi du bismuth. Je ne puis insister, ici, sur le traitement, qui est au fond celui de la diarrhée, dont nous avons traité en faisant l'étude de cette affection si commune dans l'enfance.

En Angleterre, on donne souvent aux enfants atteints de cette sorte de diarrhée, surtout quand il y a agitation et insomnie, 0,05 centigr. de poudre de Dower, avec une quantité égale de mercure éteint dans la chaux (grey powder), ce qui non-seulement modère la diarrhée, mais procure du sommeil. Le docteur West dit s'être bien trouvé de donner toutes les quatre heures, dans un peu de mucilage, trois ou quatre gouttes de vin d'ipéca et autant d'une solution alcaline de soude ou de potasse (solution de carbonate ou de bicarbonate). Il préconise également quand la diarrhée résiste, l'usage des astringents et il donne la préférence à l'extrait de bois de Campêche, associé à de la teinture de cachou. Je puis vous recommander ces moyens pour les avoir expérimentés avec succès. Voici une formule que vous pouvez adopter : extrait de bois de Campêche, 4 gr.; teinture de cachou, 8 gr.; sirop, de 5 à 10 gr.; eau de fenouil, 35 gr. Une cuillerée à café trois fois par jour.

Nous n'avons pas à nous occuper de la diarrhée chronique, qu'elle soit due à la dentition ou à toute autre cause; son traitement reste le même et je vous l'ai exposé.

Comment se rendre compte de ces diarrhées, liées à la dentition? On peut les expliquer par la propagation à la portion abdominale du conduit alimentaire, de l'irritation de la bouche. Celle-ci peut encore agir sur le tube digestif par action réflexe en provoquant des contractions péristaltiques exagérées. Mais il y a d'autres façons plus simples et peut-être plus pratiques de s'en rendre compte. Chez l'enfant en dentition, il y a un état de fièvre habituel, et, par conséquent, il n'est pas déraisonnable d'admettre que les sécrétions stomacales ont perdu une partie de leur puissance digestive. (Voyez les expériences de M. Claude Bernard sur l'état du suc gastrique des animaux fébricitants.) D'un autre côté, les enfants, dans ces conditions, ont au moins aussi soif que faim, et sont toujours pendus au sein, ou en train de vider leur biberon. On voit tout de suite la multiplicité des causes; mauvaise qualité du suc gastrique, ingestion trop abondante et trop fréquente de l'aliment, qui est mal digéré. La première chose à faire sera donc de regler les tétées, de les diminuer même en durée, et pour apaiser la soif de l'enfant, de lui donner soit à la cuiller, soit au biberon, de l'eau gommée, une eau légèrement panée, de l'eau de blanc d'œuf très-légère; et d'ajouter à ces liquides, s'il y a un peu d'acescence stomacale, une faible quantité de bicarbonate de soude ou de l'eau de chaux. Ce sont donc les mêmes soins à prendre que dans le cas de mauvaise digestion par excès d'alimentation. Si l'enfant tète et mange en même temps, on supprime l'alimentation pour garder le téter seul. Si l'enfant est sevré du sein, mais boit du lait au biberon, on devra supprimer les autres aliments pour s'en tenir au lait seul. C'est alors qu'on s'aperçoit combien il est important que le lait domine dans l'alimentation d'un enfant, tant qu'il n'a pas fait toutes ses dents; il n'y a alors le plus souvent, que le lait qui soit bien digéré.

Ce n'est pas seulement du côté de la muqueuse intestinale qu'il s'établit une sécrétion catarrhale, le même phénomène se produit chez certains enfants du côté des bronches, il y a un véritable catarrhe bronchique lié à la denti-

tion, mais il est plus fréquent encore de constater l'existence d'une sorte de toux nerveuse, qui semble annoncer une irritation du larynx et qui pourrait faire croire à une laryngite *à frigore*, tandis qu'il n'en est rien. J'ai longtemps hésité avant d'admettre l'existence de cette toux, mais elle est très-réelle. Je ne l'ai jamais vue prendre d'importance.

Si elle était trop fatigante, je vous engagerais à la traiter par les antispasmodiques par une potion avec 0,15 centigr. de musc, ou 0,50 centigr. de bromure de potassium, donnée par cuillerées à café d'heure en heure; 0,05 centigr. de poudre de Dower le soir; quelques gouttes (2 à 4) de teinture de jusquiame, dans une potion dont on donnera une cuillerée à café toutes les trois ou quatre heures.

C'est encore pendant la dentition qu'ont, le plus souvent, lieu les convulsions; et il faut tout de suite vous dire que leur apparition, à cette époque de la vie et au milieu du travail dentaire, leur enlève une partie de leur signification grave. L'enfant qui fait ses dents a, pour ainsi dire, le droit d'avoir une attaque d'éclampsie. Le mécanisme, d'après lequel ces désordres nerveux éclatent, est d'ordre réflexe. La sensation pénible, douloureuse même, que cause la gencive enflammée est transmise au cerveau, et, chez un enfant fébricitant, détermine, très-facilement, par l'intermédiaire du bulbe, les désordres du mouvement qui caractérisent la convulsion. Son imminence est annoncée par l'agitation, les soubresauts, les réveils en sursaut et l'agitation. Pour prévenir l'attaque, vous pouvez agir sur les gencives à l'aide de légères frictions, en tenant la bouche humide à l'aide de boissons émollientes. Je ne sais exactement ce que valent certains sirops de dentition comme celui de Delabarre. Je pense qu'ils agissent en favorisant la sécrétion salivaire; c'est aussi le résultat immédiat de l'emploi des hochets, qui, en outre, favorisent la section de la gencive laquelle se trouve pressée entre eux et la dent placée au-dessous. Je vous ai parlé de la section de la gencive à laquelle je reconnais une utilité réelle. Enfin, vous agissez sur l'excitabilité en la calmant par les bains et l'emploi de légers narcotiques : ou calmants; bromure, jusquiame, poudre de Dower. Quand la convulsion a éclaté, le mieux que vous ayez à faire, c'est de laisser l'enfant étendu, calme, et de lui faire respirer de l'éther, ou mieux encore du chloroforme, jusqu'à ce que vous ayez obtenu la détente; ce dernier moyen, très-efficace, doit être mis en œuvre par le médecin lui-même, et d'une main très-délicate, ou bien par une personne qui l'ait vu appliquer souvent. Il ne faut pas oublier, surtout chez les gros enfants, qu'une légère déplétion sanguine, à l'aide d'une sangsue placée derrière l'oreille peut avoir un bon résultat. Il y a dans ces cas une tendance à la somnolence, entrecoupée de soubresauts des tendons, qui autorise à penser qu'il y a un certain degré de congestion cérébrale. On a peut-être trop proscrit ce moyen qui donne de bons résultats, quand on l'emploie pour un enfant vigoureux et bien développé, mais qui ne devrait point être employé chez les enfants délicats ou chétifs qui, il faut le reconnaître, sont plus exposés que les autres à la dentition difficile et à toutes ses complications, y compris celle du côté du système nerveux.

C'est aussi pendant la période de la dentition, que l'on voit le plus souvent se montrer le spasme de la glotte; les contractures des extrémités, et même la paralysie spinale atrophique, à son début. Mais ce serait faire jouer un rôle trop considérable à la dentition que de la considérer comme plus qu'une cause prédisposante. Je vous ai cité tous ces exemples pour vous faire comprendre que bien réellement, la période de la dentition est très-critique pour le jeune enfant, ce qui sollicite votre surveillance toute spéciale.

Je vais terminer par quelques mots sur le sevrage, bien que je pusse, à la rigueur, m'en dispenser, car, l'insistance que j'ai mise à vous apprendre qu'il fallait maintenir l'enfant au régime lacté jusqu'à ce qu'il eût ses vingt dents, tout en ajoutant progressivement à son alimentation, vous suffira à vous prouver que pour moi la transition brusque du régime lacté au régime commun doit être évitée avec le plus grand soin, et que le sevrage dans le sens qu'on attribue à ce mot ne doit pas exister.

Sevrer un enfant qui a tété jusqu'alors signifie, pour le médecin comme pour le public, le priver du sein pour lui donner un autre genre d'alimentation qui se rapprochera beaucoup de la nourriture de l'adulte.

A quel âge doit avoir lieu ce changement? Certains médecins voudraient qu'on attendît la sortie de la vingtième dent; mais cela ne me paraît pas nécessaire, et il est fort rare que, dans la pratique, on attende aussi tard. Il y a des enfants auxquels on fait pour une raison ou pour une autre quitter le sein à douze mois et même moins, c'est-à-dire à un âge où ils n'ont que six ou huit dents; d'autres ne sont sevrés que plus tard, alors qu'ils ont douze ou seize dents entièrement sorties.

En un mot, on pratique le sevrage entendu comme je viens de le définir, cessation de l'allaitement au sein à tous les âges, et vous concevez qu'il est impossible que les résultats et les conséquences soient les mêmes quand les conditions sont aussi différentes. Vous concevez également que, pour vous indiquer la conduite à suivre, il faudrait tenir compte de toutes les circonstances dans chaque cas donné. Ce ne serait plus la question du sevrage, mais celle des différents sevrages que nous aurions à traiter.

On convient généralement qu'il importe avant de sevrer un enfant, à quelque âge qu'on veuille le faire, de l'habituer à prendre les aliments qui doivent remplacer complétement le lait maternel; mais vous verrez, en pratiquant, que cette précaution n'est généralement prise que d'une manière très-imparfaite; à mon avis, un enfant qui a passé huit mois devrait toujours être prêt à être sevré, c'est-à-dire, qu'il devrait être dressé à boire au biberon, et avoir commencé à manger ou plutôt à boire les aliments féculents liquides, dont je vous ai parlé, en rapport avec son âge; de telle façon que si le sein de sa mère ou celui de sa nourrice venait à lui manquer, il pût recevoir du lait de vache préparé comme nous l'avons indiqué, et les aliments qui lui conviennent; de cette façon, passer de l'allaitement naturel à l'allaitement artificiel mixte. Car, je ne cesserai de vous le répéter, tant que l'enfant n'a pas ses vingt dents, ses dents de lait, le lait doit constituer la plus forte partie de son alimentation ; et même après cette époque, pour les estomacs délicats, ce liquide vous sera d'un grand secours. Est-ce ainsi que les choses se présentent? Nullement; et, bien que les règles à suivre aient été tracées, presque personne ne les suit; on viendra vous dire que, pour des motifs qui sont très-différents, on désire sevrer un enfant qui n'a que douze mois et seulement six ou huit dents. Si vous pouvez faire reculer l'époque du sevrage, vous devrez le faire surtout si l'enfant est délicat. Mais vous devrez surtout insister pour un sursis lorsque vous appréciez que l'enfant a vécu exclusivement du lait de sa nourrice et de deux petites panades par jour ou de quelque chose d'approchant. Vous devrez demander à ce qu'on l'habitue à boire du lait de vache avant de le priver de celui que lui fournit le sein. Sevrer un enfant qui n'est pas autrement préparé à la transition qu'on lui prépare, c'est l'exposer volontairement aux troubles gastro-intestinaux que cause l'alimentation impropre. Si la volonté de la famille ou la nécessité vous obligent à consentir au sevrage d'un enfant aussi peu préparé, il n'y a qu'un moyen de conjurer les accidents, c'est de le mettre à l'allaitement artificiel, de façon à ce qu'il prenne autant de lait de vache qu'il en recevait de sa nourrice. Vous trouverez ici de la résistance de deux côtés : de celui des parents qui ne se rendent pas compte de l'importance du régime lacté, et ne sèvrent quelquefois leur enfant que pour le mettre à un régime qu'ils considèrent comme plus fortifiant. L'ignorance joue ici un grand rôle.

L'autre obstacle vient de l'enfant qui, n'y étant pas habitué, se refuse obstinément à prendre une goutte de lait. Il faut absolument triompher de ces deux résistances : de la première, par le raisonnement et l'autorité; de la seconde par la famine, l'enfant ne doit point recevoir d'autres ali-

ments jusqu'à ce qu'il ait consenti à prendre du lait, et il ne manque pas d'y arriver. J'en ai vu ne boire que de l'eau pendant un jour et une nuit avant de prendre du lait. C'est habituellement la nuit qu'ils se décident.

Il faut être aussi convaincu que je le suis de l'importance du régime lacté pour soumettre un enfant, avec cette rigueur, à la nécessité de prendre l'aliment qui lui convient mais qui lui répugne. Un enfant de douze mois doit prendre, tant en nature qu'en soupes ou en bouillie, un litre de lait, plus une ou deux panades et un œuf. Si vous êtes forcés de le sevrer à cet âge et que vous le fassiez à ces conditions, les conséquences du sevrage n'auront généralement rien de grave. Mais, si vous agissez autrement et que le lait ne fasse pas le fond de l'alimentation, vous arriverez à déterminer des indigestions, une diarrhée permanente, de l'amaigrissement; en un mot à réduire l'enfant à l'état squelettique, où vous voyez beaucoup de petits malheureux venir à la consultation pour avoir été sevrés intempestivement, et soumis à un régime qui ne convenait pas à leur âge. Quand on le peut, il est très-bon de laisser téter les enfants jusqu'à ce qu'ils aient leurs vingt dents, mais tout en les faisant manger en raison de leur âge ; le lait n'est plus alors qu'une sorte de boisson dont ils prennent un peu moins qu'à l'époque où ils mangeaient moins. Quand on sèvre plus tôt, ce qui est l'habitude, il faut choisir de préférence la période de repos qui survient après la sortie d'un groupe de dents. Trousseau insistait beaucoup sur l'importance de cette précaution ; mais si la dentition se fait en désordre et, pour ainsi dire, d'une manière continue, ces temps de repos ne sont pas faciles à saisir. Aussi, est-ce dans ces conditions que vous devez faire continuer l'allaitement maternel le plus longtemps possible. Donc, quand vous aurez à fixer le moment du sevrage, vous choisirez le moment où la douzième dent viendra de sortir, ou bien, ce qui vaut encore mieux, immédiatement après la sortie de la seizième.

En ne prenant pas cette précaution, vous avez contre vous, ou plutôt contre l'enfant, deux causes de troubles gastro-intestinaux : l'irritation due à l'évolution dentaire et le changement d'alimentation. Le sevrage a des inconvénients qui, en somme, se réduisent à des troubles digestifs provenant d'un défaut d'accommodation entre l'aliment et l'organe qui le reçoit. Afin de vous mettre à l'abri de cet inconvénient, prenez pour règle de remplacer le lait maternel par du lait de vache et ne vous laissez pas intimider par les observations ou les exemples en opposition avec votre manière de faire.

J'ai commencé ces entretiens en vous disant que le lait était le véritable aliment du jeune enfant et je les termine en vous conseillant de lui en donner abondamment, jusqu'à ce qu'il ait ses vingt dents. C'est une véritable apologie du lait que je viens de faire et je la crois absolument justifiée.

MALADIES DES YEUX

ÉCOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE D[r] **E. LANDOLT.**

Du diagnostic des maladies des yeux (1).

Leçon recueillie par A. CHARPENTIER.

Messieurs,

Les considérations qui précèdent suffisent à démontrer les avantages incontestables de la détermination de l'acuité visuelle à longue distance. Mais devons-nous pour cela exclure d'une manière absolue l'examen à courte distance ? Je ne le pense pas, pourvu qu'on tienne alors compte de différents points importants qui ont été négligés, en partie au moins, jusqu'à présent par tous ceux qui ont cherché à déterminer l'acuité visuelle de cette dernière façon.

1° D'abord on ne doit pas employer pour ce but de morceaux de lecture, parce que la lecture n'est pas une épreuve certaine de l'acuité visuelle. Les personnes qui ont l'habitude de lire devinent plutôt les mots par leur aspect général et leurs relations avec les mots voisins, tandis que les gens peu instruits déchiffrent une lettre après l'autre. Ces derniers se trouvent donc, comparativement aux premiers, dans des conditions défavorables.

Il faut donc, si l'on veut déterminer l'acuité visuelle, à courte distance, choisir des lettres isolées, construites selon le même principe que les grandes lettres témoins.

Il faut évidemment aussi faire les examens toujours à la même distance si l'on veut obtenir des résultats exacts et comparables entre eux.

2° De plus, chose capitale, la vision rapprochée se fait d'une façon tout-à-fait différente suivant l'état de réfraction de l'œil.

Prenons, par exemple, une distance de 22[cm]. Le jeune emmétrope verra à cette distance à l'aide de son accommodation, le presbyte et l'hypermétrope à l'aide d'un verre convexe plus ou moins fort, suivant la force de leur accommodation et le degré de leur amétropie. Le myope dont le punctum remotum est situé au delà des 22[cm], aura également besoin d'un léger effort accommodateur ; un myope de 4,5 D sera seul à voir sans accommodation et sans verre correcteur, tandis que les degrés plus élevés de myopie demanderaient des lentilles concaves pour voir à 22[cm]. Ces différents modes de vision entraînent des différences très-notables dans la grandeur des images rétiniennes. Vous avez beau vous servir des mêmes objets témoins et les placer exactement à la même distance, l'emmétrope accommodé en recevra des images rétiniennes plus petites que le presbyte et celui-ci (s'il n'est pas complétement dépourvu d'accommodation) des images rétiniennes plus petites que le myope de 4,5 D.

Votre détermination est donc fausse, puisque ce qui en fait la base, c'est-à-dire la grandeur de l'image rétinienne, est changé dans les différents cas. L'égalité de la grandeur des images rétiniennes est, en effet, la condition « *sine qua non* » de la détermination de l'acuité visuelle.

De plus, en opérant ainsi, vous ne déterminerez pas davantage l'état de réfraction de l'œil. La méthode souvent pratiquée de faire lire à l'individu de petits morceaux d'imprimerie est donc absolument vicieuse et insuffisante pour déterminer l'acuité visuelle.

Il est cependant possible de réunir dans la vision rapprochée les mêmes avantages : égalité de grandeur des images rétiniennes, exclusion de l'accommodation, détermination simultanée de la réfraction, de l'accommodation et de l'acuité visuelle. Voici comment on devra procéder.

Nous plaçons nos objets-témoins par exemple à une distance de 23 centimètres, (exactement 233 millimètres) en avant de la cornée de l'œil, soit à 22 centimètres de son foyer antérieur qui se trouve à 13 millimètres en avant de la cornée, et nous supposons l'œil dépourvu d'accommodation. Il n'y aura donc que le myope dont le punctum rémotum est situé à 23 centimètres, qui puisse voir nettement à cette distance. Pour voir à l'infini, son verre correcteur, placé à 13 millimètres en avant de l'œil, où se trouvent les verres de lunettes en général, doit avoir 22 centimètres de distance focale, donc 4,5 D de force réfringente.

Pour faire voir les objets-témoins aux yeux d'un autre état de réfraction, nous aurons recours non à l'accommodation, mais à des lentilles convexes que nous placerons à 13 millimètres en avant de la cornée. Nous donnerons pour ainsi dire à tous les yeux une myopie de 4,5 D, l'emmétrope aura besoin pour cela du n° 4,5 convexe, qui rendra parrallèles les rayons provenant de 22 centimètres en avant de la lentille ; l'hypermétrope demandera une lentille plus forte que celle de l'emmétrope, plus forte du degré de son hypermétropie.

Un hypermétrope de 2 D aura besoin de 6,5 D, c'est-à-dire de 2 D pour se rendre emmétrope, et de 4,5 D pour s'adapter à la distance de 22 centimètres. Un individu qui verra avec convexe 7,5 aura une hypermétropie de 7,5—4,5 = 3 D. Le myope jusqu'au degré de 4,5 D exigera un verre convexe de 4, 5 D, diminué du degré de sa myopie. Prenons, par exemple, un myope de 1 D ; s'il était

(1) Voir les n[os] 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876 ; n[o] 6 de 1877.

emmétrope il aurait besoin de + 4, 5 D, mais il ne lui en faut pas autant, puisque sa myopie consiste déjà en un surplus de 1 D de force réfringente. Il demandera donc seulement 4,5 — 1 = 3, 5 D pour voir à la distance des objets témoins.

Un amétrope qui verra avec + 0,5 sera myope, parce-qu'il voit avec une lentille convexe plus faible que l'emmétrope, et sa myopie sera 4,5—0,5 = 4 D.

L'individu qui voit sans verre aura, comme nous l'avons dit, une myopie de 4,5—0 = 4,5 D.

Les myopes au-delà de 4,5 D, par contre, auront besoin de lentilles concaves dont le numéro ajouté à 4,5 D, donnera le degré de la myopie. Ainsi, un œil qui ne verra nos objets-témoins rapprochés qu'à l'aide du numéro 2 concave, aura une myopie de 2+4,5 = 6,5 D ; puisqu'en voyant sans verre il aurait un excès de réfraction de 4,5 D ; s'il lui faut de plus 2 D concaves, cela prouve que sa réfraction est encore de 2 D trop élevée.

Vous voyez, Messieurs, que,de cette façon, on détermine aisément la réfraction, mais cette méthode a encore un autre grand avantage, c'est de procurer aux yeux de réfraction différente des *images rétiniennes de grandeur égale.* Seulement, elle exige, comme toute détermination de la réfraction, que l'accommodation soit relâchée et que la lentille correctrice se trouve dans le foyer antérieur de l'œil, à 13 millimètres environ en avant de sa cornée.

Dans ce cas, en effet, les images rétiniennes des amétropes axiles et celles des emmétropes deviennent encore égales. Elles ne sont plus celles que les mêmes yeux reçoivent à l'aide de la correction pour la vision éloignée, c'est-à-dire, celles de l'emmétrope à l'état de repos ; mais elles sont égales à celles de l'œil myope axile, dont le punctum remotum est situé à la distance choisie.

Une autre question qui se présente tout naturellement après ces considérations est celle-ci : de quelle grandeur doit être l'objet témoin qui correspond dans notre méthode à l'acuité visuelle normale, c'est-à-dire dont l'image rétinienne ait une grandeur de 0,00436 millimètres. Pour fournir une image si petite à un œil myope de 4,5 D ou à un œil emmétrope muni d'un verre convexe, et de plus à une si courte distance, l'objet ne doit pas être grand. Le calcul donne en effet seulement 0, 0645 millimètres pour la distance entre deux points de l'objet, donc 0,32 millimètres pour la hauteur totale de la lettre que l'œil, doué d'une acuité visuelle normale, doit distinguer à 23 centimètres. Il faudrait pour cela réduire les grandes échelles typographiques par la photographie, ou, ce qui vaudrait mieux, en produire une image réduite à l'aide d'une lentille ou d'un miroir convexe.

Remarquez, Messieurs, que l'angle qui correspond à l'image rétinienne type de 0,00436^{mm} pour l'œil myope ou rendu myope de 4,5 D par une lentille convexe ou concave, ne correspond plus à 1′ mais à 55″. Voici pourquoi, il nous semble plus rationnel de prendre comme base et mesure de l'acuité visuelle, non l'*angle visuel*, mais l'*image rétinienne.*

Cette méthode, comme toute méthode servant à déterminer la réfraction, exige que l'accommodation soit annulée.

Et, abstraction faite de l'emploi de l'atropine, il doit être plus difficile d'exclure l'accommodation dans la vision rapprochée que dans l'examen au loin.

Nous avons vu, en effet, dans la dernière conférence, que l'hypermétrope se sert du rapport intime qui relie l'accommodation à la convergence pour augmenter son accommodation en convergeant davantage. Nous pouvons nous servir du même principe employé en sens inverse. C'est-à-dire que nous pouvons diminuer, sinon annuler, l'accommodation en annulant la convergence. Donnons aux yeux une position parallèle à l'aide du principe que M. Javal a employé dans son astigmomètre. Plaçons nos objets témoins dans un stéréoscope de la longueur voulue et dépourvu de prismes. Devant l'œil à examiner se trouvent les objets témoins entourés d'un cercle, devant l'autre œil un champ noir sur lequel sera tracé un cercle égal. Lorsque les champs seront réunis stéréoscopiquement les deux cercles se superposeront, et les deux yeux étant dirigés parallèlement, l'accommodation sera relâchée.

Notre méthode aurait encore l'autre avantage de rendre invariable la distance de la lentille et celle des objets témoins à l'œil. Ce dernier point est, en effet, de la plus haute importance dans la détermination de l'acuité visuelle à courte distance. De petits changements de distances entraînent ici des différences bien plus grandes de l'image rétinienne que des écarts plus considérables de la distance des objets témoins dans la détermination au loin.

Cette méthode aurait cependant des avantages sur l'autre. Elle nous dispense d'un grand espace pour la détermination de l'acuité visuelle et de la réfraction et elle nous facilite beaucoup la constance de l'éclairage. L'intérieur d'un stéréoscope serait, en effet, facile à éclairer avec une lumière normale et invariable, tandis qu'on peut, en même temps, exclure de l'œil l'influence de toutes autres sources lumineuses. Ainsi des fenêtres placées derrière le sujet examiné gênent souvent considérablement sa vue en se réfléchissant dans la lentille correctrice.

Outre cela, cette méthode pourrait encore servir à d'autres déterminations. De même que la plus forte lentille convexe ou la plus faible concave avec laquelle l'œil distingue les plus petits caractères, atteint son maximum d'acuité visuelle donne la *réfraction*, ainsi la plus forte lentille concave ou la plus faible convexe donnerait la *puissance de l'accommodation.* En effet, en distinguant les lettres sans lentille, l'œil emmétrope met en jeu 4,5 D d'accommodation. Mais lorsqu'il les voit encore à travers la lentille — 1 qui exige, pour être neutralisée, un effort d'accommodation d'une D, il dispose de 1 + 4,5. = 5,5 D.

L'hypermétrope de 2 D qui conserve le maximum de son acuité visuelle à cette distance malgré une lentille négative de 3 D aurait une force accommodative de 2 + 4,5 + 3 = 9,5 D.

Un myope de 3 D qui voit avec — 5 aura une amplitude d'accommodation de 4,5 — 3 + 5 = 6,5 D. Vu le degré de sa myopie, il lui faut seulement 4,5 — 3 = 1,5 D pour voir à 24^{cm}, il n'a donc à mettre en jeu que 1,5 + 5 D.

Le myope de 5 D qui voit encore avec — 6 la même chose qu'avec—0,5 aura une amplitude d'accommodation de 4,5—5+6=5,5 D. Pour voir à 24 ^{cm}. il ne lui faut pas 4,5 D mais, au contraire, 5,5 — 5 = 0,5 concave, une demi-dioptrie des 6 que contient la lentille que nous lui avons donnée sert donc à corriger l'excès de sa myopie et les autres 5,5 D seulement sont employés à neutraliser son accommodation.

Je ne veux pas augmenter les exemples et les explications, ce qui ne serait en réalité qu'une répétition. Je tenais seulement à vous montrer, Messieurs, que notre procédé nous servirait en même temps à déterminer l'*amplitude d'accommodation.*

Pour l'examen de l'accommodation on placera les objets témoins au milieu de la base de l'optomètre et on fermera l'œil non examiné.

Laissons la série de nos lettres témoins à la distance de 23 cm. et elles nous serviront encore à déterminer la *presbyopie* en nous rappelant la définition que nous avons donnée de cette infirmité : La presbyopie est l'état de l'œil dans lequel celui-ci ne voit plus jusqu'à 23 centimètres, en d'autres termes ne dispose plus de 4,5 D de force réfringente positive. Tandis que les lentilles convexes les plus fortes nous donnent la réfraction de l'œil, les lentilles concaves, l'amplitude d'accommodation, les verres convexes les plus faibles nous donnent, directement et sans réduction, le degré de presbyopie.

Un œil qui voit sans lunettes les lettres témoins n'est pas presbyte. Un œil qui demande 2 D a une presbyopie de 2 D, un autre qui demande 4 D a une presbyopie de 4 D, etc. Je n'ai plus besoin de revenir à cette détermination dont nous avons parlé la dernière fois.

Cette méthode de déterminer l'acuité visuelle n'a pas encore servi en pratique, et tous ceux qui ont déterminé

l'acuité visuelle à l'aide de morceaux de lecture ou de petites lettres ne se sont pas rendu compte des conditions que je viens de vous exposer, et qui, seules, rendent les déterminations exactes.

Les morceaux de lecture, il est vrai, sont très-répandus et servent généralement à la détermination rapide de la presbyopie, puisqu'en somme ce qu'on désire est seulement de donner au client des lunettes qui lui permettent de lire son journal et de faire ses petits travaux sans fatigue. Pour cela les morceaux de lecture suffisent pleinement. Les meilleurs sont ceux que Jæger (de Vienne) a édités dans toutes les langues civilisées et qui se distinguent par l'exactitude de leur exécution. Les types de Snellen contiennent également d'excellents morceaux de lecture dont nous nous servons tous les jours dans notre pratique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MEDICAL.*

Des services d'accouchements dans les hôpitaux de Paris.

Depuis bien longtemps — l'une de nos premières réclamations date de 1865 — nous avons montré les vices de notre organisation hospitalière, en ce qui concerne les services d'accouchements et fait ressortir combien l'enseignement pratique de cette branche des sciences médicales était insuffisant. Il s'est rarement écoulé une année sans que nous ayons eu l'occasion de revenir sur ce grave sujet. Les lecteurs du *Progrès médical* ont sans doute encore présents à l'esprit les deux articles si intéressants de notre ami, le Dr Thaon (de Nice), publiés l'an dernier. Ils se rappellent probablement aussi que nous avons insisté alors sur l'utilité qu'il y aurait « à transformer les salles d'accouchements en véritables services et à instituer un concours spécial pour la nomination des médecins accoucheurs (1) ». Récemment plusieurs journaux de médecine, entre autres le *Journal des Connaissances médicales*, par l'organe de son rédacteur en chef, M. Cornil, ont fait ressortir les avantages que procurerait cette réforme. Fort du concours que nous a donné la presse dans cette circonstance, nous avons déposé au Conseil municipal (séance du 22 mai) le projet de vœu suivant que seize de nos collègues ont bien voulu appuyer :

Les soussignés,

Considérant que la pratique des accouchements et le traitement des accidents qui les accompagnent souvent, lesquels nécessitent des opérations en général difficiles et laborieuses, exigent des connaissances véritablement spéciales ;

Considérant que dans l'état actuel de l'organisation des hôpitaux, les salles destinées aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices font partie des services ordinaires de médecine consacrés aux maladies aiguës dont l'examen absorbe presque toute la durée de la visite des médecins ;

Emettent le vœu : 1° que l'administration de l'assistance publique institue des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices ;

2° Que ces services soient confiés à des médecins-accoucheurs, de même que les services de médecine sont confiés à des médecins et les services de chirurgie à des chirurgiens ;

3° Que les médecins-accoucheurs soient nommés par un concours imposant aux candidats des connaissances générales et spéciales.

Ont signé : Bourneville, Asseline, Cadet, Clavel, Collin, Fr. Combes, de Hérédia, Dr Lamouroux, Lafont, Lauth, Dr Level, Dr Levraud, Dr Loiseau, Dr Martin, Dr Métivier, Réty, Sigismond Lacroix.

Ce projet de vœu ne vise que l'organisation médicale. Quant à l'organisation même des services, nous n'avons rien à changer aux idées que nous avons défendues naguère à propos de la reconstruction de l'hôpital des Cliniques (*Progrès médical*, 1876, p. 494, 527); en d'autres termes, nous voudrions voir les Maternités réservées aux cas difficiles, laborieux, exigeant des manœuvres chirurgicales et aux femmes dénuées de ressources, sans asile, et nous voudrions voir instituer, sur une large échelle, le service des accouchements à domicile, chaque fois que rien ne s'y oppose.

(1) *Progrès médical*, 1876, p. 538 et 719.

L'agrégation à la Faculté de Médecine de Paris.

La suppression d'un certain nombre de places au prochain concours d'agrégation, devient de plus en plus probable. Les candidats se sont, dit-on, émus de la pénible situation qui menace de leur être faite. Une lettre à MM. les professeurs de la Faculté, s'est couverte de signatures pour demander que l'ancien état de choses soit maintenu. La presse médicale toute entière, doit s'associer à cette demande si juste et que les circonstances rendent nécessaire.

Cette demande est juste parce qu'on ne saurait modifier l'usage, si *anciennement* établi, de toujours donner le même nombre de places, sans léser *gravement* les intérêts de la jeune génération. Depuis le jour où un jeune docteur a pris la résolution de concourir, il a tout sacrifié pour réussir, il sait d'avance le nombre des places, il connaît ses adversaires par les concours antérieurs, et nos maîtres n'ignorent pas plus que nous, que, au moment où s'ouvre le concours, une sorte de sélection naturelle s'est déjà faite dans le nombre des candidats. On a mesuré ses forces; on a supputé les chances du succès. Croyant pouvoir compter sur l'avenir promis, tous ont dirigé leurs études dans le sens du concours; ils ont sacrifié du temps, de l'argent; ils ont abandonné des positions, souvent fort belles, et, à quels soucis, à quelles privations, à quels travaux, à quelles veilles les malheureux candidats se sont-ils condamnés ! Tout cela serait en vain ! Un trait de plume suffirait pour briser leur avenir et rompre la tradition la plus respectée?....

Que leur restera-t-il? Attendre trois, six ou neuf ans de plus ? Mais l'âge vient et le futur décret ministériel les vieillirait de trois ans!.... Leur faudrait-il donc, après les sacrifices qu'ils ont faits, reprendre la vie du praticien, oublier les succès déjà obtenus, délaisser les travaux qui, déjà, les avaient fait connaître ? Quel changement! Et même, ces places honorables qu'ils auraient pu prendre dans la clientèle, soit à Paris, soit en province, sont occupées depuis nombre d'années par des collègues, des contemporains, qui ne sont jamais ni émus ni fatigués des luttes du concours. Là encore, il leur faudra attendre..... C'est six ou neuf ans de leur existence qu'on leur aura ravies !

Cette demande, avons-nous dit encore, est nécessaire, et nous ajoutons à cause des besoins et pour l'honneur de la Faculté. Les professeurs sont accablés par le nombre

toujours croissant des examens; il ne leur reste plus qu'un temps insuffisant pour leurs travaux personnels et pour la préparation de leurs cours; c'est un véritable esclavage pour eux, et réellement deux ou trois agrégés présidés par un professeur ne suffiraient-ils pas pour chaque jury d'examen? Enfin, une institution aussi importante que celle de la Faculté de Paris, doit tenir à appeler dans son sein le plus grand nombre possible d'hommes qui se sont fait un nom dans la science, et qui, un jour, contribueront efficacement à son illustration? Ce n'est donc pas à elle de priver *volontairement* l'Université de Paris, de trois ou de dix des membres distingués d'une jeune génération.

La mesure proposée consisterait, dit-on, à supprimer les trois années de stage des agrégés déjà nommés, de telle sorte que la durée de leur exercice serait de neuf ans. Les candidats actuels n'ont pas le droit de se montrer jaloux de cet avantage fait à leurs aînés, mais, est-ce une raison pour les sacrifier? Cette prorogation des anciens agrégés aurait pour effet, paraît-il, si l'on ne veut pas augmenter le nombre réglementaire des agrégés qui est de 26 actuellement, de nécessiter la suppression du concours triennal de 1877-78. C'est, raconte-t-on, grâce à M. l'inspecteur général, qui a démontré ce qu'aurait de désastreux une pareille mesure, que le concours prochain serait maintenu. Mais il n'aurait pu éviter la suppression de quelques places. Il y aurait donc en réalité augmentation du nombre total des agrégés et création de quelques places de plus.

Les candidats seront reconnaissants, à M. l'Inspecteur général, de ses efforts. Nous nous sommes laissé dire qu'il aime le corps des agrégés, qu'il est convaincu qu'en eux résident l'avenir et la prospérité de nos Facultés, qu'il est disposé à s'appliquer à le développer. Mais, de plus, on doit espérer que leur défenseur ne les abandonnera pas et qu'il tiendra à achever son œuvre. Il ne voudra pas qu'une injustice à l'égard de la jeune génération soit commise. Précisément en raison de la haute situation qu'il occupe, il usera de toute son influence près du ministre, pour qu'une modification soit apportée dans le projet et que personne ne soit lésé dans ses espérances les *plus légitimes*. Il ne permettra pas que pendant cinq ou six concours consécutifs encore, des places soient diminuées et que ces générations s'accumulent les unes sur les autres.

Nous espérons que dans ses démarches près du ministre, il sera appuyé par l'avis favorable de tous les professeurs de la faculté, de tous nos maîtres, qui ont souffert des angoisses pénibles du concours et qui se rappellent combien il leur eût paru injuste, quand ils n'étaient encore que de simples candidats, de voir, par une modification inattendue, supprimer un certain nombre de places sur lesquelles ils étaient en droit de compter. Nous croyons qu'ils penseront comme nous, qu'il est au moins nécessaire et juste de chercher une transaction qui ne lèse ni les intérêts de la Faculté, ni ceux des candidats. BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 *mai* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. BOUCHARD présente quelques considérations sur l'érythème pellagreux : on sait qu'il doit être rapproché de l'érythème solaire. De plus, M. Charcot, en faisant des expériences avec la lumière électrique, a pu constater que les rayons chimiques produisaient un érythème plus intense que les rayons calorifiques. M. Bouchard, de même, a vu que dans la pellagre la partie violette du spectre est la plus active. Il a fait ensuite l'expérience suivante. L'avant-bras d'un pellagreux est recouvert d'une bande de diachylon dans laquelle il pratique une fenêtre : une partie de la peau comprise dans la fenêtre est enduite d'une mince couche de sulfate de quinine. Après une exposition d'une heure et demie aux rayons solaire, l'érythème se développa sur la peau restée à découvert et respecta les points enduits de sulfate de quinine. Ce résultat est-il dû à la fluorescence de ce sel? On ne saurait l'affirmer. En tout cas, on ne peut attribuer la pellagre à la fluorescence moindre des liquides de l'organisme, car, dans ce cas, elle n'était pas diminuée.

M. BERT rapproche ces faits des résultats de ses expériences sur les changements de couleur du caméléon : là aussi il a pu constater que la région violette du spectre était la plus active; il a pu attribuer ces modifications à des phénomènes vasomoteurs.

M. LABORDE présente à la Société trois chiens, auxquels il a injecté soit du sulfate de quinine, soit du sulfate de cinchonine, soit enfin du sulfate de cinchonidine. La quinine ne donne qu'exceptionnellement des accès convulsifs, mais produit, au bout d'un certain temps, une anesthésie très-marquée. La cinchonidine amène un tremblement tout particulier; enfin, la cinchonine donne lieu à de véritables attaques épileptiques, parfois subintrantes.

M. MAGNAN signale les recherches d'un savant russe qui a produit, au moyen de sulfate de quinine, des accès épileptiques ou épileptiformes.

M. GALIPPE réfute les assertions du Dr Decaisne qui, à l'Académie des sciences, a rapporté des cas d'empoisonnement par le cuivre contenu dans l'absinthe. La quantité de cuivre trouvée dans cette liqueur est évidemment trop faible pour avoir pu causer des accidents. Il dépose ensuite sur le bureau son rapport sur un cas d'empoisonnement supposé par le vert de gris.

M. GELLÉ montre à la Société les cavités auriculaires d'un individu qui se suicida par pendaison. La mort, autant que l'autopsie permet de le croire, dut être très-rapide et par syncope. On ne trouva aucune lésion des oreilles que l'on pût rapporter au suicide; mais il existait un arrêt de développement des cellules mastoïdiennes. M. Gellé, à l'autopsie d'un vieillard mort de broncho-pneumonie, a trouvé une otite hémorrhagique: c'est sans doute une inflammation de voisinage, consécutive aux lésions de l'arbre aérien tout entier.

M. CAZENEUVE a fait quelques expériences sur la transformation de la matière colorante du sang en pigments biliaire et urinaire. Contrairement à l'assertion de certains auteurs, il n'a pas constaté, à la suite d'injections d'hémoglobine dans le tissu cellulaire, d'augmentation des pigments biliaire et urinaire. On a, en outre, prétendu que l'hématine pouvait facilement se transformer en hémoglobine. Si l'examen spectroscopique semble justifier cette opinion, cela tient à ce qu'une quantité infiniment petite d'hémoglobine donne des raies caractéristiques, tandis que le spectre décèle moins facilement la présence de l'hématine. L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 *mai* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. AZAM, de Bordeaux, lit un mémoire sur un nouveau mode de réunion des grandes plaies, particulièrement des plaies d'amputation.

Les conclusions formulées par M. Azam sont les suivantes :

I. Les chirurgiens de Bordeaux emploient, depuis environ

*

dix ans, une méthode particulière de réunion des plaies d'amputation et d'autres grandes plaies opératoires.

II. Cette méthode est basée sur cette idée générale : réunir par première intention toutes les parties qui peuvent être réunies ; faciliter la suppuration de celles qu'on ne peut se dispenser de laisser suppurer.

III. Elle compte trois temps : le drainage profond, la suture profonde et la suture superficielle. Son succès n'est certain que par l'emploi simultané d'au moins deux de ses temps, le drainage et la suture superficielle, ou de la suture superficielle seule.

IV. D'après une enquête sommaire, nécessairement incomplète, elle a été mise en pratique dans deux cent-deux cas, et ses succès, comme sûreté et rapidité de guérison, ont été tels que tous les chirurgiens qui l'ont mis en usage l'ont définitivement adoptée.

V. Il est à désirer que son emploi se généralise et qu'elle remplace les usages opératoires anciens sur lesquels on peut médiocrement compter. Rien ne s'oppose à ce que tous les chirurgiens aient les mêmes succès que ceux de l'école de Bordeaux.

M. Courty, de Montpellier, fait la lecture d'un travail sur les hypertrophies partielles du col de l'utérus.

L'ypertrophie partielle du col de l'utérus est l'augmentation de volume limitée en un point de cet organe. — Il ne faut pas la confondre avec les tumeurs proprement dites du même organe. — Elle existe sur les parties périphériques ou sur les parties qui forment les parois mêmes de la cavité cervicale. — Cette hypertrophie partielle des parois de la cavité du col est la moins connue et la plus importante à connaître. — Elle existe le plus souvent sur la ligne médiane. — Elle est souvent congénitale, tenant à un arrêt du travail de résorption de la cloison qui sépare primitivement les deux utérus, et dont les pilastres de l'arbre de vie sont les vestiges.

L'irritation des excès de coït, l'inflammation du col après l'avortement ou l'accouchement l'engendrent aussi ou l'augmentent. Elle siége souvent au niveau de l'orifice vaginal, moins souvent au niveau de l'isthme, plus rarement dans la partie moyenne. Les signes subjectifs sont quelquefois ceux d'une métrite profonde ou de la dysmenorrhée (pour l'hypertrophie profonde), toujours la stérilité.

Le plus souvent il y a contraste entre la stérilité persistante et l'abscence d'accidents dysménorrhéiques.

Le signe objectif le plus marqué est la forme semi-lunaire de l'orifice du museau de tanche ; pour l'hypertrophie supérieure, l'obstacle au cathéterisme ; la dilatation par l'éponge préparée et le cathéterisme permettent de la distinguer de l'anteflexion ou de l'antecourbure.

Le traitement consiste en moyens généraux et locaux résolutifs : (fondants, bains, injections, pessaires médicamenteux, hydrothérapie).

Les moyens spéciaux sont la dilatation par des tentes d'éponge préparées, les scarifications saignantes ou caustiques pour l'hypertrophie siégeant à l'isthme cervico-utérin, l'ignipuncture simple ou double pour l'hypertrophie siégeant à l'orifice vaginale.

La guérison de l'hypertrophie partielle du col entraîne la guérison de la stérilité.

M. Guyon, candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire, lit un travail ayant pour titre :

Etude sur les fibromes aponévrotiques intra-pariétaux et en particulier sur ceux de la région cervico-dorsale.

Ce travail se trouve résumé dans les conclusions suivantes :

1° Les fibromes aponévrotiques intra-pariétaux forment un groupe pathologique bien défini.

2° Ces tumeurs ont été presqu'exclusivement observées dans la paroi abdominale antérieure et dans la région cervico-dorsale.

3° On les a, jusqu'à ce jour, exclusivement rencontrées chez la femme.

4° Elles sont toujours observées pendant la période de la vie qui répond à celle de l'activité sexuelle.

5° Leur marche est irrégulière, elle paraît-être très influencée par les fonctions génitales, menstruation, grossesses.

6° Ces tumeurs peuvent rapidement acquérir un énorme développement, mais elles restent toujours incluses dans la région où elles ont pris naissance.

7° Elles ne s'insèrent pas directement sur les os ; elles sont d'origine aponévrotique et non périostique.

8° Elles sont opérables à toutes les périodes de leur développement ; l'opération est en général facile et rapide.

9° Dans la paroi abdominale, elles peuvent secondairement contracter des adhérences avec le péritoine, ce qui a conduit les chirurgiens à réséquer une partie du péritoine pendant l'opération.

10° Ces tumeurs ne paraissent pas soumises à la récidive ou tout au moins ne se reproduisent que sur place.

11° Leur extirpation est donc indiquée et constitue le seul traitement rationnel qui puisse leur être opposé.

M. de Ranse lit une note sur l'hyperesthésie vulvaire et le vaginisme.

L'Académie se forme en comité secret à cinq heures.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 12 janvier 1877. — Présidence de M. Charcot.

Ulcération cancéreuse de l'œsophage ; communication avec la plèvre droite ; par M. Bouveret, interne des hôpitaux.

X..., 50 ans. — Pas d'antécédents à noter. Entré à l'hôpital des cliniques, le 9 novembre. — Il est malade depuis six mois environ. Le début de sa maladie est assez obscur et marqué seulement par une certaine gêne à avaler. Cette dysphagie augmente peu à peu : les aliments solides passent bientôt difficilement, et souvent sont rejetés par des vomissements.... vomissements alimentaires seulement, sans autre caractère, jamais de sang mêlé aux aliments. — Au moment de l'entrée à l'hôpital, les liquides passent facilement, et la dysphagie n'existe encore que pour les aliments solides. Un peu d'amaigrissement et de perte des forces. Exploration avec les boules : seule, la plus petite boule de la série peut franchir le rétrécissement qui se trouve à 37 centim. environ. L'exploration est répétée un certain nombre de fois, et, chaque fois, on constate une série de rétrécissements spasmodiques, de siége variable, mais dont le plus marqué occupe généralement la partie supérieure de l'œsophage, immédiatement au-dessous du larynx.

Cependant, les vomissements persistent ; le dépérissement s'accentue de jour en jour et la déglutition des liquides commence à devenir difficile. Soupçonnant une lésion organique de l'extrémité inférieure de l'œsophage, M. Broca cesse les explorations. Jusqu'alors, le passage de la petite boule, dilatant mécaniquement le rétrécissement, rendait la déglutition plus facile pendant deux ou trois jours.

8 *janvier*. Trois semaines environ après le dernier cathétérisme, le malade se plaint d'une douleur thoracique à droite. Un peu de dyspnée ; quelques quintes de toux. Expectoration abondante ; muqueuse avec quelques points légèrement visqueux et jaunâtres. Matité dans le tiers inférieur du thorax, à droite et en arrière, en avant, sonorité thoracique normale. Les jours suivants, les signes d'une pleuro-pneumonie se caractérisent de plus en plus. — Le 12 janvier, la matité remonte jusqu'à la crête de l'omoplate ; mais cependant, en avant, la sonorité reste toujours normale, du sommet jusqu'à la base du thorax. L'expectoration est toujours très-abondante ; muqueuse mêlée de nombreux crachats sucre d'orge. Bronchoégophonie en arrière, avec râles crépitants nombreux dans les grandes inspirations, vers la partie supérieure de la zone de matité.

14 et 15 *janvier*. Aggravation des symptômes observés : dyspnée considérable, 40 à 50 respirations ; accès de suffocation pendant la nuit. Pouls fréquent, 120, 130, petit, intermittent et irrégulier. Les bruits pulmonaires gênent l'auscultation de la région précordiale. Teinte cyanosée de la face et des extrémités. Le 17, le malade succombe aux progrès de l'asphyxie. Notons que la déglutition des liquides fut possible, quoique déjà gênée depuis longtemps, jusqu'aux derniers moments : le malade prenait un litre de lait par jour et

un peu de vin. Rien, dans les caractères de l'expectoration non plus que dans ceux des vomissements ne peut faire soupçonner la nature de la pleuro-pneumonie, cause de la mort.

AUTOPSIE. A l'ouverture de la plèvre droite, écoulement d'une notable quantité, deux litres environ, d'un liquide brunâtre, d'une odeur forte de vin et de lait aigri, mêlé d'une grande quantité de grumaux blanchâtres. Adhérences pleurales dans les deux tiers supérieurs de la cavité, développées surtout en avant. Plèvres médiastine et diaphragmatique couvertes de fausses membranes gris-jaunâtres ; mélange de pus et de fibrine. Par propagation, péricardite, deux cuillerées de liquide louche dans le péricarde; fausses membranes étendues sur les deux feuillets ; langue de chat en plusieurs points. Le lobe inférieur du *poumon droit* est réduit en une sorte de bouillie gris brunâtre dans ses parties centrales : l'écorce périphérique présentait les caractères des hépatisations rouge et grise. Au centre de la partie ramollie et friable, cavité sinueuse, à parois anfractueuses qui, d'une part, s'ouvre sur la face inférieure du lobe dans la cavité pleurale, et, d'autre part, remonte en arrière vers l'œsophage avec lequel elle communique à travers un noyau carcinomateux ulcéré. Lobes supérieur et moyen engoués. Vive hypérémie des bronches correspondantes. A gauche, bronchite et congestion du parenchyme, surtout du lobe supérieur.

Abdomen. En arrière de l'estomac, entre le pancréas et la face inférieure du lobe gauche du foie, est une énorme *tumeur cancéreuse*, dépassant le volume du poing, présentant tous les caractères macroscopiques de l'encéphaloïde. Par le râclage, on y trouve les éléments ordinaires des tumeurs cancéreuses; des coupes faites sur des parties durcies ont démontré qu'il s'agit bien d'un cancer. Cette tumeur est très-adhérente à la face inférieure du foie ; très-adhérente également à la tête du pancréas, presque complétement envahie. Prolongement de cette masse cancéreuse à travers l'orifice œsophagien du diaphragme dans le médiastin postérieur. Infiltration carcinomateuse des parois de l'œsophage : à trois cent. au-dessus du cardia, gros noyau carcinomateux développé dans les parois de cet organe, long de 5 ou 6 cent., ramolli dans ses parties centrales, et ulcéré en deux points. Première ulcération postérieure tout-à-fait au-devant de la colonne vertébrale et s'ouvrant directement dans la cavité pleurale. Deuxième ulcération, s'ouvrant dans la cavité dont est creusé le lobe inférieur du poumon.

L'estomac est sain jusqu'à 3 ou 4 centim. du cardia. A ce niveau, adhérence de la paroi postérieure avec la tumeur ; envahissement de la paroi ; ulcération carcinomateuse de 2 à 3 centim. ; hypérémie veineuse confluente autour du cardia. L'orifice cardiaque est perméable : on y introduit le petit doigt, mais avec un peu de résistance. La cavité de l'estomac contient une grande quantité de liquide analogue à celui que contenait la plèvre droite. — *Foie* volumineux, mais tout-à-fait sain, sauf l'adhérence de la tumeur à la face inférieure du lobe gauche. *Rate* petite, ratatinée; adhérences multiples qui la fixent à la paroi abdominale. *Reins* sains.

Pas de cancers secondaires dans aucun organe.

Colonne vertébrale : sorte d'exotose saillante, développée au-devant de la première lombaire, en arrière de la tumeur, mais sans adhérence avec le tissu carcinomateux. Du reste, le tissu osseux des corps vertébraux est tout-à-fait sain.

RÉFLEXIONS. 1° La tumeur principale, très-volumineuse, est située entre le foie et le pancréas. Adhérente aux deux organes. Il est probable cependant que le point de départ de la tumeur a été le pancréas. 2° Cette tumeur, née dans l'abdomen s'est cependant développée du côté du médiastin et tous les troubles fonctionnels observés l'ont été du côté de l'œsophage. 3° Le cathétérisme a pu être la cause éloignée de la perforation, mais non la cause directe, puisque la dernière exploration datait de trois semaines, lors des accidents de la perforation. 4° Cette perforation, établissant deux larges communications entre la cavité pleurale et le parenchyme pulmonaire, s'est manifestée par des symptômes insidieux : on put croire à une pleuro-pneumonie subaiguë, au moins dans les premiers jours. 5° La cavité centrale creusée dans le lobe inférieur ne communiquait pas avec les bronches : en sorte que l'expectoration n'a jamais présenté de caractères autres que ceux d'une pneumonie. 6° Quoique la plèvre communiquât largement avec l'œsophage, cependant il n'y eut pas de signes de pneumothorax.

Nécrose du calcanéum. — Lymphangite à forme gangreneuse. — Mort; par M. LEBECQ, interne des hôpitaux.

H... X..., quarante-deux ans, entre au mois de décembre dans le service de M. LE DENTU, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 4. — Cet homme annonce que depuis longtemps il souffrait d'une douleur fixe au talon gauche. Deux mois avant d'entrer, un abcès se forme. Au moment de son entrée, on constate un foyer purulent, allant vers le calcanéum, et une fusée purulente allant vers la bourse séreuse du tendon d'Achille. Un drain y est passé. Un stylet, introduit dans les trajets purulents, tombe sur une surface osseuse. Celle-ci n'appartient ni au cuboïde, ni à l'astragale, ni au scaphoïde, car la pression sur ces os est indolore ; mais au calcanéum, qui est douloureux dans toute sa face externe. De plus, nous savons que les maladies de l'astragale se portent plutôt vers le périoste en dehors ou du tibia en dedans. Au moment de l'entrée du malade, le stylet ne permet pas de constater un sillon nettement formé. Il tombe sur une surface dure, dénudée, immobile. Il y a un mois seulement, on constate la formation du sillon d'élimination, et la mobilité du séquestre.

3 *janvier*. M. Le Dentu se propose d'enlever l'os malade, mais il est arrêté par une légère inflammation de la plaie, devenue douloureuse.

5 *janvier*. Inflammation plus vive. Empâtement et douleur profonde au mollet, ressemblant à une phlébite ou une angioleucite profondes. Pas de ganglions inguinaux douloureux. Etat général moins bon. Fièvre irrégulière. Délire léger la nuit. Diarrhée considérable. Le matin, les paupières sont tuméfiées, et l'on constate une quantité notable d'albumine dans l'urine. En présence de cet état, il n'est plus possible de songer à une intervention active.

10 *janvier*. Délire la nuit, insomnie complète. Langue sèche. Secousses musculaires. Diarrhée. Jambe tuméfiée jusqu'au haut de la cuisse. Une lymphangite très-manifeste apparait dans toute la longueur du membre inférieur. Albuminurie, d'un mauvais présage, et que l'on peut rattacher ou à une néphrite interstitielle ou à une dégénérescence amyloïde, en raison de la suppuration prolongée.

12 *janvier*. Etat général mauvais, abattement, délire la nuit, diarrhée.

Dos du pied plaque gangréneuse, qui, incisée, laisse voir à nu le squelette du tarse.

13 *janvier*. Même état ; affaiblissement. Cuisse couverte de larges marbrures gangreneuses.

14 *janvier*. Mort.

AUTOPSIE. *Calcanéum.* — Séquestre long de 4 cent. sur 3 de large, situé à la partie postérieure. Sillon d'élimination complet partout, bien que ne datant que de trois ou quatre mois au plus. Poumons sains. Rien à noter dans les autres viscères.

La partie intéressante de cette observation est l'apparition rapide d'une large gangrène envahissant tout un membre en trois jours, sous l'influence d'un état général mauvais, et de deux maladies des viscères : néphrite interstitielle avec albuminurie, et cirrhose du foie.

Examen du foie et des reins, par M. Longuet, au laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

Reins. La substance centrale (pyramidale) est saine : dans quelques tubes cependant on trouve des globules rouges sanguins. La substance corticale est le siége d'une légère inflammation portant sur les éléments épithéliaux principalement. (Etat granuleux et trouble des cellules épithéliales. Oblitération de la lumière des canaux par des débris cellulaires). Dans beaucoup de canaux on trouve des globules du sang rouges et blancs. Le tissu interstitiel est légèrement irrité, mais il n'y a pas de néphrite interstitielle proprement dite. Pas de dégénérescence graisseuse, amyloïde ou autre.

Foie. Congestion simple du foie. Les vaisseaux sont remplis de sang, et ne se sont pas vidés. Il y a un peu d'épaissis-

sement du tissu conjonctif autour des vaisseaux sanguins et des canaux biliaires, ce qui répond à un commencement de sclérose.

Enchondrome primitif de la glande sous-maxillaire ; par M. G. de Marignac, interne des hôpitaux.

Joséphine D..., 22 ans, domestique, entre le 20 janvier 1877 dans le service de M. Théophile Anger, à Lourcine.

Pas d'antécédents de famille, ni d'antécédents personnels. Il y a six ans, à l'âge de 16 ans, la malade s'est aperçue pour la première fois de l'existence d'une petite tumeur, roulant sous le doigt et siégeant au niveau de la glande sous-maxillaire gauche. Elle paraît être restée stationnaire assez longtemps; mais depuis trois ans la tumeur qui était, d'après la malade, environ de la grosseur d'une noisette a augmenté de volume d'une manière graduelle et continue; ainsi lorsque M. Th. Anger vit pour la première fois la malade en octobre 1876, la tumeur était notablement moins grosse qu'au moment où la malade s'est décidée à se laisser opérer.

Etat à l'entrée à l'hôpital. — La malade présente un aspect vigoureux; elle a toujours joui d'une santé excellente. On aperçoit, sous la branche horizontale du maxillaire inférieur, du côté gauche, une grosseur assez volumineuse, envahissant toute la partie latérale de la région sus-hyoïdienne, allant depuis l'angle du maxillaire inférieur jusqu'à 3 ou 4 décimètres de la symphyse du menton. Elle proémine un peu plus lorsque la malade porte la tête en arrière que lorsqu'elle la penche en avant. La peau est complétement intacte, elle n'est pas adhérente et on peut la faire glisser assez facilement sur la tumeur. A la palpation on sent une tumeur mobile, légèrement mamelonnée, d'une consistance assez ferme, mais un peu plus marquée en certains points qu'en d'autres. Elle a une forme allongée à grand axe parallèle au bord inférieur du maxillaire, qu'elle cache légèrement lorsque la tête est fléchie, mais que l'on peut sentir dans toute son étendue lorsqu'elle est portée en arrière. En introduisant un doigt dans l'intérieur de la bouche, on ne sent aucune déformation appréciable du plancher, et il semble que la tumeur est assez éloignée du doigt; ce n'est qu'en lui imprimant des mouvements depuis l'extérieur qu'on arrive plus ou moins à la délimiter. Cette tumeur n'a jamais causé à la malade la plus petite douleur ni la moindre gêne dans la mastication. Les mouvements du cou sont complétement libres. Ce n'est qu'en voyant l'augmentation continue de cette grosseur que la malade s'est décidée à se faire opérer. Le siége de cette tumeur, l'absence de ganglions engorgés autour d'elle, son développement excessivement lent, les signes fournis par la palpation, l'absence totale de douleurs et le maintien du bon état général, conduisaient M. Anger à admettre l'existence d'un chondrôme de la glande sous-maxillaire.

Opération le 22 janvier. Après avoir fait une incision le long du grand axe de la tumeur, M. Anger l'énucléa facilement; cependant il dut couper à la partie la plus interne et la plus profonde le point par où elle se continuait avec la partie saine de la glande sous-maxillaire. La cicatrisation de la plaie s'est faite par première intention et la malade est sortie parfaitement guérie le 5 février.

Aspect macroscopique. — La tumeur est environ du volume d'un petit œuf de poule, elle a un aspect mamelonné très-marqué, les points qui, à la palpation, paraissent les moins résistants sont d'un aspect grisâtre tandis que les autres sont un peu plus blancs. A la partie interne on la voit se continuer avec le tissu glandulaire qui est sain. — Sur une *coupe* faite selon le grand axe, on trouve une substance d'aspect et de consistance cartilagineux ; en certains endroits on trouve des parties un peu molles, tandis qu'en d'autres on en trouve de très-dures, présentant un aspect laiteux et même au centre de la tumeur se trouvent quelques points qui paraissent comme ossifiés, et présentant l'apparence de la substance spongieuse des os. Sur la coupe, on voit que la tumeur est complétement enveloppée par une coque de tissu conjonctif, sauf à sa partie interne où elle se continue avec le tissu glandulaire.

Examen microscopique. — De nombreuses coupes montrent que l'on a affaire à un chondrôme développé dans le tissu conjonctif de la partie externe de la glande sous-maxillaire. Dans certains points on trouve tous les caractères des chondrômes hyalins, dans d'autres, ce sont au contraire ceux des chondro-fibrômes. Enfin, dans les points où se trouve le tissu osseux, le microscope montre l'existence de trabecules osseuses. Quant au tissu glandulaire, il a complétement disparu sauf à la partie interne de la tumeur, où l'on voit des cellules cartilagineuses s'avancer jusque dans le tissu conjonctif qui sépare les culs-de-sac glandulaires.

Tumeur abdominale liquide développée rapidement après une pleurésie.— Deux ponctions, puis drainage de la poche. — Nouvelle pleurésie. — Mort ; par MM. les Drs L. Henri Petit, et Chuquet.

Dup..., Simon, 64 ans, courrier de poste, entre le 2 décembre 1876, à la Pitié, salle Saint-Louis numéro 18, pour une tumeur siégeant dans l'hypochondre droit et dont l'apparition remonte à un mois environ. Il y a 2 mois le malade eut une pleurésie à droite à la suite d'un refroidissement. Cette affection dura 3 semaines et disparut après l'application de deux vésicatoires. Lorsque le malade se leva pour la première fois, il avait maigri beaucoup et sa femme et lui furent frappés de la présence d'une grosseur dans le côté droit. Rien, avant la pleurésie, n'avait fait supposer son existence, si ce n'est peut-être un peu de gêne. A ce moment la tumeur était dure, indolente; depuis elle augmenta un peu, devint sinon sensible, du moins fort gênante et décida le malade à entrer à l'hôpital. — On ne peut obtenir de renseignements précis sur les antécédents de cet homme, qui a perdu presque totalement la mémoire; il croit se rappeler qu'il a eu antérieurement deux pleurésies : l'une, il y a 14 ans et l'autre il y 2 ans ; mais interrogé à plusieurs reprises, il varie sur leur durée, et finit par dire qu'il ne sait plus.

A l'entrée, la tumeur est dure, lisse, assez sensible à la palpation et fluctuante. Elle se continue avec le foie, et donne avec cet organe une matité verticale de 22 centimètres au niveau de la ligne du mamelon droit, dont 13 au-dessus du rebord des fausses côtes et 9 au-dessous. La limite inférieure de cette matité va jusqu'à la ligne médiane ; en dehors elle occupe tout l'hypochondre droit et descend jusqu'à la crête iliaque. La paroi abdominale soulevée par la tumeur est un peu œdématiée.

Le malade a une teinte ictérique bien marquée, les urines toutefois ne renferment pas de matière colorante de la bile; elles sont rares et contiennent une assez grande quantité d'urates. Cet aspect du malade, les caractères et le siége de la tumeur en particulier, ses rapports avec le foie; son apparition ou plutôt son développement rapide après une pleurésie, enfin le souvenir des faits analogues observés précédemment, font diagnostiquer un kyste hydatique du foie. Les jours qui suivent l'entrée, la douleur à la palpation et même au repos, une élévation permanente de la température, qui reste toujours au-dessus de 38° font penser que le contenu du kyste est devenu purulent.

On garde quelques jours le malade au repos, on prescrit des onctions d'onguent napolitain belladonné et des cataplasmes *loco dolenti*, et le 8 décembre on fait une ponction dans la tumeur avec l'appareil Potain. On retire 1 litre 1/2 d'un pus bien lié, rougeâtre, ne renfermant ni cholestérine, ni crochets d'échinocoques. (*Examen microscopique de M. Nepveu.*)

Les jours suivants les symptômes fébriles s'amendèrent, la température diminua ; mais il survint au niveau de la tumeur, dans l'abdomen et à la peau, une hyperesthésie considérable qui persista pendant plusieurs jours; pas de signes d'inflammation de la paroi abdominale ; cataplasmes laudanisés et onguent napolitain belladoné.

Le liquide se reforma bientôt et la tumeur reprit peu à peu ses dimensions premières ; elle devint même plus douloureuse qu'autrefois ; on la ponctionna de nouveau le 22 décembre à l'aide de l'appareil Potain ; on retira à peu près la même quantité de pus; pas de crochets, mais bactéries en grande quantité. Cette ponction soulagea beaucoup le malade ; mais le liquide se reproduisit avec la même rapidité ; les symptômes fébriles et la douleur reparurent, et, le 5 janvier, M. Verneuil

pratiqua le drainage du kyste à l'aide d'un gros trocart à travers lequel il introduisit une sonde en caoutchouc rouge munie d'un sac de baudruche à son extrémité externe pour s'opposer à l'entrée de l'air dans la poche. La sonde fut fixée à la paroi abdominale à l'aide de baudruche et de collodion. On pratiqua ensuite des injections avec la liqueur de Labarraque. Les jours suivants l'état du malade s'améliore rapidement, la température baisse de nouveau et reste aux environs de 36°, avec de légères oscillations; la douleur diminue; d'abord le tube donne passage à un liquide purulent, mais peu à peu ce liquide se clarifie, devient limpide, et il finit par faire place à une matière limpide, visqueuse.

L'examen des urines, pratiqué à plusieurs reprises depuis l'entrée, n'a jamais révélé rien d'anormal, elles sont ordinairement claires, et de temps en temps seulement renferment des dépôts d'urates, mais non cette matière rosée adhérente au vase que M. Verneuil a constatée très-souvent chez les individus atteints d'une affection hépatique. On n'a point fait leur analyse quantitative, mais on a remarqué qu'elles étaient certainement peu abondantes.

14, 15 *janvier*. Le malade accuse du malaise. Le 16 au matin le thermomètre marque 39° 3. On constate alors une pleurésie à droite, avec épanchement encore circonscrit. En même temps, de limpide qu'il était, le liquide kystique redevient purulent.

A partir de ce moment l'état général s'aggrave; l'affaiblissement devient tel qu'il est impossible au malade de se tenir assis sur son lit, ne fût-ce que pour un instant, la respiration devient anxieuse et fréquente, le pouls petit, et il succombe enfin le 18 janvier dans l'après-midi.

Autopsie. — La sonde est restée fixée à la paroi abdominale; en enlevant la baudruche qui l'entoure, on ne constate ni fusée purulente, ni ulcérations périphériques. A l'ouverture de la cavité abdominale on ne découvre aucune tumeur partant du foie. Ce viscère est entouré de fausses membranes résultant de péritonites anciennes; il en existe à la face convexe du foie, il en existe également à la face concave, elles sont résistantes et on constate çà et là un peu d'infiltration purulente dans leur épaisseur. L'adhérence entre la face inférieure du diaphragme et la face convexe du foie est si intime qu'on ne peut séparer l'un de l'autre ces deux organes. Des adhérences unissent également le foie au colon, surtout au niveau de l'extrémité droite. Des coupes faites en différents points du viscère séparé des parties voisines, le montrent absolument sain.

En suivant la direction de la sonde indiquée par des fausses membranes lisses, on arrive sur une tumeur volumineuse occupant la partie profonde de l'hypochondre droit et le flanc droit, qui est évidemment formée aux dépens du rein.

Cette tumeur est enlevée avec difficulté de la cavité abdominale à cause du travail inflammatoire qui s'est fait autour d'elle; elle adhère au diaphragme dans une assez grande étendue, elle adhère également au foie. Du tissu cellulaire épaissi l'unit à la partie postérieure de la cavité abdominale. Sortie de l'abdomen et débarrassée de ce qui ne la constitue pas essentiellement, on voit qu'elle est formée par le rein et son atmosphère cellulo-adipeuse.

Elle a une longueur de 19 centimètres, une largeur de 13, une épaisseur de 7, sa forme est celle que présente le rein normal, mais quadruplé ou quintuplé de volume. Il est impossible de séparer le tissu du rein d'avec celui de la capsule adipeuse : il s'est fait là, par suite de la périnéphrite chronique, un développement de tissu conjonctif tellement adhérent que rein et capsule semblent ne plus faire qu'une même masse. Il faut en excepter cependant la portion située au niveau du hile; là existe une quantité considérable de tissu adipeux au milieu duquel sont comme perdus les vaisseaux et l'uretère.

Au niveau de la partie supérieure du bord gauche du rein, le tissu de l'organe doublé de l'enveloppe, plus aminci que dans les parties voisines, fait une saillie de la dimension d'une noix.

Cette saillie qui a dû proéminer vers l'extérieur, quand la cavité du rein était pleine de liquide, s'affaisse maintenant. Si on cherche à la déprimer avec le doigt, le tissu qui la constitue se retourne vers la cavité du rein, la saillie se change en dépression et on perçoit le choc de deux corps durs qui ne peuvent être que des calculs.

La masse est reliée à la paroi abdominale par des adhérences très-considérables qui se sont faites sur un diamètre de 4 centimètres environ. La sonde ayant un diamètre de 8 millimètres il en résulte qu'entre la paroi de la sonde et la limite des adhérences, il existe une distance de plus de 1 centimètre 1/2, ce qui met bien en évidence les incontestables avantages du procédé employé par le professeur Verneuil toutes les fois qu'il s'agit de déterminer des adhérences péritonéales entre la paroi abdominale et une tumeur liquide de l'abdomen dont on veut évacuer le contenu. Le point exact par où la tumeur est reliée à la paroi, correspond à l'union du bord convexe avec la face antérieure du rein et dans le tiers inférieur.

Sectionnée verticalement dans son milieu et dans le sens de la largeur, la tumeur présente l'aspect suivant :

Elle est formée dans toute son étendue de cavités de la dimension moyenne d'un œuf de pigeon, en nombre égal à celui des cavités du rein c'est-à-dire qu'il en existe 14 ou 15 environ. Chacune de ces cavités est tapissée par une membrane rougeâtre, lisse dans la plus grande partie, tomenteuse, noirâtre et comme ulcérée par places. Elle est séparée de la cavité voisine par une cloison très-forte, offrant la dureté du tissu conjonctif, d'une épaisseur de 3 à 4 millimètres; une épaisseur plus considérable de tissu sépare la cavité de la périphérie du rein, elle a en général 5 ou 6 millim. et par places 1 centimètre. Ces cavités sont formées par autant de calices dilatés s'ouvrant dans le bassinet par un orifice de 8 à 10 millim. de diamètre, recouvert également d'une membrane rougeâtre et lisse, ulcérée en certains points.

Dans deux de ces cavités, il existe un calcul. L'un d'eux, de la dimension et de la forme d'une balle prussienne, était dans une des cavités supérieures; il avait été fragmenté en plusieurs parties. Le morceau le plus volumineux, très-dur, présentait une cavité centrale. La réunion de tous les débris trouvés était loin de former un volume semblable à celui qu'annonçait le plus gros des fragments. L'autre calcul était d'un volume égal mais plus irrégulier.

La sonde pénètre dans une des cavités les plus grandes de la partie inférieure.

Le bassinet n'est pas très-volumineux; il a une longueur de six à sept centimètres. Il est recouvert d'une membrane analogue à celle des calices.

Dans le *bassinet et les calices* on trouve cent grammes environ de pus ressemblant à de la boue très-foncée, exhalant peu d'odeur. La sonde donnait un libre écoulement au liquide de toutes les cavités; or, comme il n'existait aucune ouverture dans les parois, il est logique d'admettre que le liquide tombait d'abord dans le bassinet et pénétrait ensuite dans la cavité qui recevait le tube; de là il s'écoulait au dehors.

Quant au *tissu du rein*, il n'en existe plus qu'une mince coque enveloppant tout l'ensemble du calice dilaté; on n'y trouve plus de traces de substance corticale ni de substance médullaire et il est même impossible à l'œil nu de faire la part du rein et de l'enveloppe celluleuse. En remontant dans l'*uretère* à partir de la vessie, avec un stylet fin, on trouvait à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs un point impossible à franchir. En prenant l'uretère par en haut, le même obstacle se rencontrait. Il existait donc là une oblitération. En ouvrant l'uretère, on trouve en ce point absence complète de cavité, et un tissu grisâtre présentant les traces d'une inflammation qui n'est pas encore très-ancienne. En aucun point il n'existait de calcul. La tunique celluleuse de l'uretère, depuis la vessie jusqu'au bassinet, est triplée en épaisseur.

Le *rein gauche* est augmenté de volume; il a une longueur de 14 centimètres, il est légèrement graisseux, ne renferme pas de calcul. L'uretère qui en part est absolument sain. — La *vessie* ne présente de particulier qu'une exulcération de la muqueuse près de l'embouchure de l'uretère oblitérée. La *rate* est plus grosse que normalement; la capsule est épaissie et blanchâtre. — L'intestin est normal.

Cavité thoracique. La plèvre droite est remplie entièrement

par un liquide louche où nagent des flocons de pus. Sur les parois de la cavité pleurale sont des fausses membranes qui paraissent anciennes; elles sont comme villeuses par leur face interne et tapissées d'une couche de pus. Le poumon surnage le liquide, il n'est rattaché par aucune adhérence à la cavité thoracique. Il occupe à peine la moitié de son volume normal. Le parenchyme lui-même ne présente aucune altération.

Entre la tumeur abdominale et la cavité pleurale, il n'existait aucune communication; la pleurésie, en supposant qu'elle ait été la conséquence de l'inflammation développée autour de la tumeur, s'est donc faite par propagation. A gauche, il existe de vieilles adhérences unissant les feuillets pleuraux au sommet et à la base. Le poumon, sain d'une manière générale, offre à son sommet des dépressions qui semblent correspondre à de petites cavernes cicatrisées. Au milieu du tissu cicatriciel, il existe un noyau crétacé de la dimension d'une petite aveline.

Le *cœur* est sain, sauf qu'il existe un peu d'athérome au niveau des valvules. La cavité encéphalique ne présente rien de particulier.

Rétrécissement et insuffisance mitrale. — Rétrécissement et insuffisance tricuspide; par M. Charles Leroux, interne des hôpitaux.

Char... Edmond, 24 ans, entre vers le mois d'octobre, dans le service de M. Dumontpallier, à l'hôpital de la Pitié, pour une affection cardiaque de date déjà ancienne. Ce malade, en effet, nous raconte que trois ou quatre fois, il a été obligé d'entrer à l'hôpital pour de violents accès, consistant surtout en palpitations, essoufflement, œdème des membres inférieurs.

Dans ses antécédents, Ch... n'accuse rien qui explique l'affection cardiaque dont il est actuellement atteint. Jamais il n'eut de rhumatismes, jamais de fièvres graves qui l'aient obligé à garder le lit.

Il ne sait à quoi ni à quelle époque rattacher le début de sa maladie. Depuis très-longtemps, il avait la respiration courte et se fatiguait rapidement. Trois ou quatre fois, en l'espace de plusieurs années, il est entré à l'hôpital pour ces mêmes accidents qui, sous l'influence du repos et d'un traitement approprié, disparaissaient à peu près complètement; aussi sortait-il presque guéri. Vers le milieu de 1876, il est pris de palpitations violentes et d'un œdème considérable des membres inférieurs, ce qui l'oblige de nouveau à entrer dans le service de M. Dumontpallier.

Ce malade était donc depuis longtemps dans la salle, lorsque nous l'examinons dans les premiers jours de janvier, époque à laquelle nous constatons chez lui, les symptômes suivants : un œdème considérable des membres inférieurs du scrotum et des parois abdominales, l'empêche de quitter un fauteuil où il reste nuit et jour ; le ventre est distendu par la présence d'une assez grande quantité de liquide péritonéal; la respiration est gênée ; le malade présente un facies asphyxique, les lèvres sont bleuâtres, les ailes du nez pincées, un teint jaunâtre-pâle, les conjonctives offrent un reflet jaune, (ictère hémaphéique) ; la peau est sèche et écailleuse, molasse, œdémateuse, il semble qu'il y ait un certain degré d'infiltration généralisée; les extrémités sont froides, violacées, le pouls est petit, à peine perceptible, on constate des faux pas. *A l'examen du cœur*, on trouve peu de déformation de la paroi thoracique antérieure, un frémissement cataire très-nettement perceptible à la palpation, et des battements exagérés de la pointe, une augmentation de la matité dans la région précordiale.

L'auscultation démontre : 1° un bruit de souffle systolique occupant toute la systole ventriculaire, rude, râpeux, s'entendant au maximum, au niveau de la pointe, se prolongeant non-seulement dans l'aisselle, mais dans toute la région précordiale ; 2° un bruit de souffle diastolique, commençant immédiatement après le souffle systolique, allant en augmentant d'intensité et subissant un renforcement très-net vers sa fin, autrement dit bruit de roulement et souffle présystolique, également rude et râpeux. Il occupe la pointe et s'étend dans toute la région précordiale. Les lésions anatomiques rendent bien compte de la dureté et de l'intensité de ces souffles. L'auscultation des foyers du cœur droit ne fournit rien de précis ; on trouve bien des bruits de souffles, mais on les rapporte naturellement au cœur gauche, et en raison des caractères des souffles, on pense à des lésions valvulaires avancées. Quant au cœur droit, on ne constate pas à cette époque de signes caractéristiques de lésions. Toutefois, à l'époque de l'entrée du malade, c'est-à-dire quatre à cinq mois auparavant, on a pu apercevoir nettement, deux symptômes importants : les battements systoliques des veines jugulaires et les soulèvements systoliques du foie.

Dans les derniers jours, ces deux symptômes n'étaient plus perceptibles. Les jugulaires gonflées, volumineuses, offrent des soulèvements en rapport avec la gêne extrême de la respiration, plutôt que des soulèvements systoliques; le foie n'était plus perceptible, vu l'œdème des parois abdominales et l'ascite considérable. — Le diagnostic complet était donc insuffisance et rétrécissement de la valvule mitrale et insuffisance secondaire de la valvule tricuspide.

Outre ces symptômes, on trouvait une congestion pulmonaire très-intense, une gêne extrême de la respiration, augmentée par un épanchement pleural à droite ; des troubles dyspeptiques assez marqués.

Les urines, rares, laissent déposer des épithéliums et une matière rougeâtre, rosée, adhérente aux parois du vase, désignée sous le nom d'acide rosacique ; pas d'albumine dans les urines, sauf pendant les derniers jours. L'état grave de ce malade restait à peu près stationnaire depuis quelque temps lorsque, le 20 janvier, il meurt d'une syncope.

Autopsie. — Dans le péricarde, environ deux verres de liquide séreux; pas de fausses membranes.— Le cœur (1) offre une augmentation de volume considérable aux dépens des oreillettes.

Cœur gauche. L'oreillette est très-dilatée, ses parois sont plus épaisses qu'à l'état normal ; elles ont jusqu'à 5 1/2 à 6 millimètres d'épaisseur. Sur sa face externe on rencontre quelques petites ecchymoses. Sa face interne présente une vaste plaque calcaire d'un millimètre d'épaisseur, et de plus d'un centimètre carré de superficie, soulevant l'endocarde qui la recouvre ; çà et là d'autres petites plaques analogues mais plus petites ; elles sont très-nombreuses au niveau de l'auricule et vers la base des valvules ; quelques petits caillots fibrineux adhèrent au pourtour de ces calcifications. *Orifice auriculo-ventriculaire gauche.* Vu par sa face supérieure il offre à peine un pertuis de 5 à 6 millimètres de diamètre, bordé par la face supérieure des valves infiltrées de plaques calcaires adhérentes les unes aux autres par leurs bords et formant un petit dôme crétifié. Au niveau de ces rugosités on voit des petits caillots fibrineux. *Ventricule gauche.* Quelques plaques blanches laiteuses sur sa face externe. Sa cavité n'a pas augmenté de capacité. Ses parois ont à peu près leur épaisseur normale ; l'endocarde ne présente pas de lésion semblable à celles qu'on trouve sur l'endocarde de l'oreillette. Les colonnes charnues semblent moins volumineuses. Les cordages sont rétractés, quelques-uns soudés ensemble. L'orifice auriculo-ventriculaire, vu de ce côté, est complétement déformé et rétréci ; les valves adhérentes par leurs bords, immobilisées, circonscrivent un orifice circulaire de 5 millimètres environ de diamètre et non dilatable. On ne trouve pas, sur la face inférieure, des valves de plaques crétacées. En résumé, l'orifice laissé libre, ne peut ni s'ouvrir, ni se fermer davantage, d'où rétrécissement et insuffisance. Orifice aortique normal. Une plaque laiteuse au-dessus d'une valve sigmoïde.

Cœur droit. L'oreillette droite présente une dilatation bien plus marquée que l'oreillette gauche. Ses parois plus épaisses qu'à l'état normal ont au maximum 3 1/2 à 4 millimètres d'épaisseur. Sur l'endocarde de l'oreillette quelques plaques blanches laiteuses, mais pas de crétification. L'*orifice tricuspide* est rétréci ; les valves sont épaissies, dures, adhérentes par leurs bords, laissant entre elles un orifice triangulaire de 13 à 15 millimètres de côté ; il n'y a aucun dépôt calcaire. Le *ventricule droit* présente une cavité et des parois normales.

(1) Ce cœur a été déposé au musée Dupuytren.

On retrouve, vu inférieurement, ce même orifice triangulaire; les cordages sont immobilisés, quelques-uns adhérents entre eux. L'orifice de l'artère pulmonaire est sain. En résumé, l'orifice auriculo-ventriculaire droit est rétréci et insuffisant. Le rétrécissement, toutefois, est bien moins marqué que pour le cœur gauche. Les lésions sont également bien moins avancées.

Reins volumineux, capsule peu adhérente, surface externe grossièrement lobulée. A la coupe, injection rouge violacée de la substance médullaire, coloration moins rouge de la substance corticale qui semble empiéter et comprimer la substance médullaire; consistance très-grande du tissu rénal qui crie sous le scalpel. *Foie* augmenté de volume, résistant à la coupe et laissant écouler une grande quantité de sang. Il présente des points rouges foncés, entourés de parties grisâtres; c'est un foie muscade. *Rate* congestionnée, dure. *Poumons* congestionnés des deux côtés, un foyer de pneumonie à gauche; un litre de liquide dans la plèvre droite.

Remarques. — Les lésions du cœur gauche sont évidemment fréquentes, mais, assez rarement, elles atteignent un degré aussi marqué que dans le cas actuel; rarement les rétrécissements sont aussi serrés, et on n'observe pas souvent des lésions aussi intenses de l'endocarde auriculaire. Les plaques calcaires et un rétrécissement aussi serré dénotent une endocardite chronique de date ancienne. Ce qui rend cette observation intéressante, surtout au point de vue anatomo-pathologique, ce sont les lésions concomitantes du cœur droit, qui, elles aussi, sont arrivées à un degré très-avancé. Le rétrécissement tricuspide est par lui-même un fait rare, puisqu'on peut en compter les quelques observations qui existent. Mais, quelle a été la cause de ces lésions survenant sur un sujet de 24 ans? Nous n'avons pu en trouver une satisfaisante; pas de rhumatisme, pas de fièvres graves. On ne peut songer à une endocardite fœtale, cette affection siége en effet surtout sur le cœur droit; et, ici, la lésion du cœur droit, en raison de ses caractères et du degré bien moins avancé des lésions, ne peut être que consécutive à celle du cœur gauche.

En un mot, il s'agit d'une insuffisance et d'un rétrécissement mitral très-serré, survenant chez un individu jeune, sans cause appréciable et se compliquant ultérieurement d'un rétrécissement avec insuffisance tricuspide.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 mai 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Tillaux présente, de la part de M. Féréol, une note sur un cas d'empyème pratiqué avec le galvano-cautère.

M. Marjolin présente un homme de 40 ans, de bonne santé, sans aucun antécédent syphilitique, qui porte sur la partie latérale du cou une tumeur qui a grossi rapidement en un mois. Aujourd'hui elle a le volume d'un œuf de poule. Cet homme n'a rien dans la gorge ni sur les amygdales.

M. Duplay. Pour lui, il n'y a pas à douter que ce soit une tumeur maligne: cancer simple des ganglions, ayant pour point de départ le larynx et l'œsophage. Il a eu un cas semblable à Saint-Louis, chez un homme qui avait en même temps un épithélioma du larynx. Dans un autre cas, le malade avait une petite ulcération à la partie supérieure de l'œsophage.

M. Verneuil croit que l'on ne peut pas se prononcer sans examiner les muqueuses voisines. Le malade a un peu de raucité de la voix.

M. Verneuil a vu des malades sans épithélioma ayant des ganglions volumineux; un de ces malades a eu un carcinome primitif des ganglions, opéré une première fois; il y a eu une récidive au bout de six ans; on lui a fait une nouvelle opération, le malade étant dans un état de santé très-florissant. Pour M. Verneuil, la tumeur du malade de M. Marjolin, serait un lympho-carcinome des ganglions du cou. Il pense qu'on doit l'opérer.

M. Desprès. La tumeur, n'ayant débuté que depuis un mois, avec une marche très-rapide, ce n'est pas un carcinome des ganglions.

M. Paulet présente deux cas de lithiase urique chez des enfants de 12 et de 11 ans, avec coliques néphrétiques et déviation de la colonne vertébrale, prise pour un mal de Pott.

M. Marjolin dit que l'on peut soupçonner le mal de Pott, mais qu'on n'en a pas toujours la certitude.

M. Saint-Germain. Dans des cas aussi douteux, on devra toujours examiner les urines.

M. Tillaux a opéré, jeudi dernier, un homme atteint d'un épithélioma du dos siégeant à l'union de la région dorsale et de la région lombaire; cet épithélioma était né sur une plaque isolée du psoriasis.

Il pense que, dans les cas de plaques isolées du sporiasis, on doit les opérer de bonne heure, même avant qu'elles ne deviennent végétantes.

M. Desprès pense que l'on ne doit enlever les épithélioma de cette nature que quand ils sont ulcérés.

M. Terrier. Le psoriasis lingual est différent du psoriasis cutané, il ne croit pas que l'on puisse comparer les deux lésions dont les éléments histologiques sont différents.

M. Trélat. Le sporiasis lingual ne devient pas fatalement un épithélioma, aussi ne doit-on opérer que quand il devient végétant.

M. Courty parle d'un nouveau procédé opératoire de fistule vésico-vaginale en plusieurs temps. Il fait trois ou quatre opérations séparées chacune par un intervalle d'un ou plusieurs mois. P. G.

REVUE CHIRURGICALE

I. Spindelförmiges Anevrysma verum der carotis communis sinistra. (Peripherc Ligaturc, Tod).— Anévrysme fusiforme de la carotide primitive gauche, (ligature périphérique, mort) von. prof. Dittel **in Wien**. (Wiener. med. Wochenschrift, nos 3,4,5, 1877.)

II. Der A jour Verband bei den osteoplastischer. Amputationen nach Pirogoff und Gritti. Von. prof. Dittel **in Wien.** (Wien med. Wochenschrift n° 16, 1877.) Pansement à jour dans les opérations de Pirogoff et de Gritti:

Dittel rappelle d'abord quelques chiffres empruntés au travail important de Pils sur la ligature de la carotide primitive, publié dans les Archives de Langenbeck 9es Bds. 11es Heft. Sur le nombre fort respectable de 600 opérations que renferme ce travail, 38 étaient des applications de la méthode de Brasdor.

Le malade du professeur Dittel était un homme de 52 ans, porteur d'une tumeur pulsatile diminuant par la compression, de 8 cent. de haut sur 9 de large, s'étendant de la partie moyenne du thyroïde jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire, occupant manifestement la gaîne des vaisseaux carotidiens. Des accidents graves décidèrent Dittel à l'opération, qui eut lieu le 5 décembre 1876. L'impossibilité d'atteindre avec le doigt l'extrémité inférieure de la tumeur fit accepter la méthode de Brasdor.

Deux difficultés compliquèrent l'opération: l'adhérence du tissu cellulaire et la présence de la thyroïdienne supérieure, qui naissait immédiatement au-dessus du sac. Elle fut coupée entre deux ligatures à un demi-millimètre de son origine, mais la ligature du bout central tomba, ce qui devint la source d'une hémorrhagie si considérable, que l'opérateur crut avoir ouvert le sac. La ligature de la carotide primitive faite au-dessous de sa bifurcation, Dittel lia encore la carotide externe en aval de la naissance de la thyroïdienne. On appliqua dans toute sa rigueur le pansement de Lister. Pas de changements immédiats dans les battements de la tumeur.

Le 10 décembre apparut en dehors et au-dessous de l'anévrysme une tumeur pulsatile, élastique. Bien que les battements aient disparu dans l'anévrysme, une première hémorrhagie eut lieu le 12, d'autres suivirent, et le malade mourut le 19 décembre.

A l'autopsie on trouva, 1° une communication du sac avec la jugulaire interne oblitérée par des caillots anciens, mais ramollis par la suppuration; 2° ramollissement et suppuration de la carotide primitive au niveau de la ligature. C'est par l'un de ces deux points que se sont faites les hémorrhagies; 3° plusieurs dilatations sacciformes de l'aorte, dont la plus grosse atteignait le volume d'une noix.

1° Après avoir rappelé les avantages de l'opération de Pirogoff, consistant dans une perte de longueur peu considérable et dans l'excellence du point d'appui que donne le talon, Dittel examine l'objection principale qu'on lui a faite, c'est-à-dire le renversement du talon en arrière. Ce renversement doit être attribué, selon lui, non à la contraction des muscles du mollet, (la ténotomie du tendon d'Achille n'aurait donc pas de raison d'être) mais au poids du lambeau postérieur comprenant ce qu'on ménage du calcanéum.

Pour obvier à ce renversement, Dittel préconise son *pansement à jour*. Ce dernier se compose essentiellement d'une anse plâtrée, dont un chef repose sur la crète du tibia, l'autre sur le mollet, dont l'anse embrasse et maintient coaptée la plaie d'amputation, et qui se trouve maintenue par deux circulaires, l'un au-dessus des malléoles, l'autre au-dessous du genou. 22 opérations, de décembre 1863 à 1877, lui ont donné les meilleurs résultats.

2° Le pansement à jour a été encore plus utile dans l'amputation de la cuisse par le procédé de Gritti. L'emploi du pansement, joint à l'extirpation complète de la synoviale du genou, lui permet de placer cette opération sur le même rang, sinon sur un rang plus favorable, que l'amputation de cuisse au tiers inférieur. 8 opérations de Gritti ont été faites par cette méthode, avec le plus grand succès. Ajoutons que cette méthode de contention des lambeaux, laissant la plaie à découvert, permet de la surveiller et d'y appliquer le pansement de Lister.

J. DAVE.

CORRESPONDANCE

Du traitement des teignes.

Paris, 24 février 1877.

Mon cher confrère,

J'ai lu avec le plus vif intérêt les remarquables *Leçons sur les teignes* que M. Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis, vient de publier dans votre très-savant journal. Etant conformes à l'état actuel de la science, je n'ai point à élever d'objections contre elles, je voudrais seulement répondre aux *desiderata* exprimés par M. Lailler concernant l'insuffisance des moyens préconisés jusqu'à ce jour, pour combattre efficacement les *teignes*. Dans sa quatrième leçon, notre honorable confrère, arrivé au traitement du favus et de l'herpès tonsurant, s'exprime ainsi :

« Le malheur est, dans tous les moyens proposés, qu'on n'ait pas encore pu trouver des agents qui ramenassent avec certitude et dans des conditions de même intensité une dermite compatible avec une sorte d'exsudation des cheveux et de leurs champignons, compatible surtout avec la repousse des cheveux. »

Ou je m'abuse ou ces *desiderata* de M. Lailler sont réalisés depuis déjà bien longtemps! L'agent dont je me sers possède « les propriétés d'enflammer le derme, de tuer les parasites, » de ne pas altérer les follicules » et celle, en plus, d'expulser avec les matières morbides, les cadavres des parasites. C'est ce même agent qui constitue la base de ma *méthode locale expulsive* si efficace dans le traitement de toutes les maladies de la peau, dartres avec ou sans parasites, scrofulides, syphilides, calvitie, etc.

Mais en vain ai-je écrit, professé, pratiqué soit publiquement dans les hôpitaux de Paris ou à ma clinique ; en vain parmi les résultats saillants ai-je cité de nombreuses cures obtenues sur des malades infructueusement traités par les médecins de Saint-Louis! Tout cela est passé inaperçu pour ceux qui ne veulent ni voir, ni entendre.

Voici notamment, ce qu'il y a vingt ans, j'écrivais à propos d'une discussion entre MM. Cazenave, Bazin et Baerensprung (1) :

« Les doctrines pathologiques des observateurs que je viens de citer les ont conduits à appliquer au sycosis deux médications dont l'une, celle qui consiste dans l'application des bains de vapeur et des cataplasmes de fécule est tout-à-fait insuffisante, et dont l'autre, l'épilation, est insuffisante aussi au moins dans les cas graves et de plus toujours douloureuses et inutile. La médication antiphlogistique, qui se fonde, à tort je crois, sur ce que le sycosis serait une inflammation, tandis qu'il est, suivant moi, une altération de sécrétion, la médication antiphlogistique peut guérir dans les formes légères de la maladie ; mais elle n'est qu'un palliatif dans les formes rebelles ; elle est tout-à-fait insuffisante pour modifier radicalement la sécrétion anormale.

» Conduit par une série de déductions, que je ne crois pas opportun d'exposer aujourd'hui, à appliquer au sycosis la médication expulsive qui m'avait procuré de si remarquables succès dans le traitement de la couperose et dans quelques autres affections rebelles ou incurables de la peau, je me suis convaincu que, dans les cas où l'altération de sécrétion est considérable et a profondément modifié le poil, celui-ci est entraîné avec la sécrétion de la poussée provoquée par l'iodure de chlorure mercureux, et qu'il est, par conséquent, inutile de l'arracher. A plus forte raison dans les cas légers où la guérison s'obtient sans chute sensible des poils, l'épilation serait bien plus inutile encore.

» A dessein je m'abstiens d'agiter ici la question de *l'achorion*, du *tricophyton* et du *microsporon*, pour moi non résolue, et qui, fort curieuse en pathogénie, devient superflue en thérapeutique dès qu'on possède un moyen à peu près infaillible de curation. Si le parasite existe réellement *comme cause* de la maladie, il faudra en conclure que l'iodure de chlorure mercureux est aussi bon *parasiticide* que bon modificateur, mais il n'en résultera nullement qu'il suffise d'arracher les poils, ni même de tuer le parasite pour guérir la maladie, parce que, lorsque le parasite se développe, il y a sans doute des conditions qui favorisent ou provoquent son développement, et que la question serait toujours, en définitive, de changer ces conditions.

» Si notre thérapeutique a contribué à élucider l'étiologie et la nature des dartres, son efficacité consiste, surtout, dans la puissante attraction du dedans au dehors, ou *poussée* que, par une mutation du mouvement physiologique de la peau, le médicament détermine sur l'emplacement même du mal. Cette expulsion locale des produits morbides caractérise la méthode que nous avons appelée *expulsive*, à cause de la manière d'agir du nouveau composé chimique, iode et calomel, que nous employons.

Pour l'innocuité comme pour l'efficacité, notre méthode comporte d'incontestables avantages. Certes, il est des cas invétérés dans lesquels elle échoue comme les autres : comment restituer aux tissus la texture normale et la vitalité qu'ils ont perdues? Mais dans les cas moins désespérés, et alors que les traitements ordinaires demeurent infructueux, son emploi est généralement suivi des modifications les plus favorables et les plus promptes, et loin d'altérer le tissu cutané, elle contribue plutôt à lui rendre le poli et la souplesse de l'état sain.

» Chez un grand nombre de malades, l'éruption de date fort ancienne, avait été inutilement combattue par des médications régulièrement appliquées. Beaucoup avaient passé plusieurs saisons à Louesch, l'une des sources les plus réputées comme les dermatoses chroniques, n'en avaient retiré aucun profit; souvent même, au lieu de s'amender, le mal s'était aggravé. Il était survenu de fâcheuses complications : des migraines opiniâtres, de la gastralgie, des palpitations, de la constipation, des désordres dans la menstruation. Or, tous ces accidents ont cédé à notre traitement dans l'espace de deux à six mois au plus : les téguments détergés, modifiés, ont recouvré leurs propriétés normales en même temps que s'est rétablie la santé générale fortement détériorée. Cela s'explique, du reste, si l'on considère l'action énergique du médicament ; sous l'empire de cette stimulation, la peau s'anime la circulation s'accélère, la chaleur augmente. Une *poussée* abondante se fait sur les parties altérées. La matière de cette exécrétion est constamment identique avec celle fournie naturellement par la maladie elle-même, pus, sérosité, squames, selon que l'on a affaire à un acné, à un eczéma, à un psoriasis. Survient bientôt une détente, les squames, les croûtes tombent et laissent à nu une surface de moins en moins malade, à mesure que les opérations se répètent. Quand la poussée et l'exécrétion cessent de se manifester, la guérison est obtenue.

« Notre méthode expulsive emprunte une grande partie de sa valeur à l'opportunité et au mode de son emploi. Tous nos efforts sont dirigés vers la recherche des indications, la nature du mal, son étendue, son ancienneté, son évolution morbide, sa marche, ses complications et les dispositions des sujets décident à la fois des doses du médicament, du nombre de la durée et du rapprochement des applications, subordonnées d'ailleurs aux effets produits. Une condition surtout prime la situation : approfondir la structure de la peau, connaître histologiquement et physiologiquement l'élément anatomique, siége de la maladie. Cette nécessité impérieuse n'a cessé d'être notre préoccupation constante, car l'expérience nous confirme chaque jour que là se trouve la raison de l'efficacité de notre méthode et des modifications accidentelles dont elle est susceptible. Le soin raisonné des applications, l'observation assidue des phénomènes produits qui, si l'on peut s'exprimer ainsi, nous permet d'assortir les nuances thérapeutiques avec la gamme variable de l'excitation, exercent sur les résultats une influence toute-puissante. Dans cette vigilance incessante de l'homme de l'art gît précisément la supériorité de notre méthode.

» La répercussion a été objectée. Cet inconvénient qu'on peut redouter des médications agissant par suppression directe du mal, n'est pas possible avec un remède qui, loin de retenir au-dedans les principes morbides, les force, attirés vers le derme, à sortir par les voies excrétoires. *Causa sublata tollitur effectus*. (1) »

(1) Voir le *Moniteur des hôpitaux*, 3 mars 1857.

(1) Extrait de notre discours prononcé à la séance d'ouverture de notre clinique, le 14 février 1861.

Permettez-moi de corroborer mes assertions par deux faits récents pris parmi des malades gravement atteints et connus de M. Lailler. Ces observations, mieux qu'une longue polémique, répondront aux objections de mon honorable confrère. Voici ces faits :

Obs. I. M. Warner, âgé de 45 ans, atteint d'une pelade de plus en plus envahissante, et se rappelant un de ses amis qui avait recouvré ses cheveux et sa barbe à la suite de mon traitement, vient me consulter en 1875. Il avait été vu par M. Lailler, au mois d'avril, *sans un seul cheveu*. Après six mois d'application de la pommade à l'iodure de chlorure mercureux, le 8 janvier 1876. M. Warner m'écrit une lettre de reconnaissance dans laquelle il m'annonce que ses cheveux sont entièrement repoussés, au grand étonnement de toutes les personnes qui l'ont vu si affreusement dénudé et que le résultat est *splendide* (*sic*). Je viens de revoir ce malade, ses cheveux sont, en effet, abondants et solides. M. Warner est marchand d'objets d'art et de curiosités, 59, rue de Richelieu.

Obs. II. Mlle Félicité Ducasse, née dans les environs de Palaiseau (Seine-et-Oise), âgée de 12 ans, fille d'un marchand de beurre et de fromage, a été atteinte, à l'âge de 2 ans, de vertiges qui se sont dissipés sous l'influence de vésicatoires volants appliqués aux tempes. A 10 ans, deux ganglions parotidiens apparaissent au côté gauche, s'enflamment, s'abcèdent et laissent une cicatrice profonde malgré la médication appropriée. Il y a environ un an, en 1876, on s'aperçoit de la chute des cheveux au-dessus de la tempe gauche, puis sur la tempe droite il se forme des plaques qui s'agrandissent de plus en plus malgré les rasures fréquentes, la pommade au goudron et la pommade de Dupuytren. Le mal s'aggravant, les parents conduisent l'enfant à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. M. Lailler prescrit dans les premiers jours de septembre, la solution excitante suivante :

Baume de Fioraventi......	100	grammes.
Alcool camphré..........	100	—
Teinture de pyrèthre......	100	—
Ammoniaque............	5	—

et conseille de laver, avec cette solution, les plaques dénudées deux fois par jour et de lui ramener l'enfant tous les quinze jours. Ces lavages furent continués très-régulièrement sans résultat jusqu'au milieu de décembre, époque à laquelle la jeune fille fut admise à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Foix, n° 45, service de M. Lailler. Elle y séjourna jusqu'au 15 janvier sans éprouver aucune amélioration, la pelade restant à la période d'état.

Lss parents, ne voyant aucun changement, retirent l'enfant qui m'est adressée par M. le docteur Desarènes, le 17 janvier.

Entr'autres plaques complètement glabres, la plus grande qui s'étend du côté droit au côté gauche en passant par la nuque, a 30 centimètres de longueur sur 12 de largeur, au-dessus de l'oreille droite 10 au-dessus de l'oreille gauche et à la nuque. Une plaque du sommet de la tête mesure 12 centimètres sur 6. Autour de ces plaques, les cheveux grêles, ternes, tombent en abondance. Sur le front existent trois petites plaques de 2 à 5 centimètres, d'aspect blanc grisâtre, ainsi que le cuir chevelu. Ces parties sont depuis longtemps et restent insensibles.

Or, sous l'influence de notre traitement, il se produit une secrétion de matières morbides abondantes. La sensibilité revient d'abord à la région de la nuque, puis sur le sommet de la tête et progressivement sur toutes les parties dénudées. Le cuir chevelu se colore, reprend son aspect normal ; la chute des cheveux cesse et aujourd'hui 21 mars, après deux mois seulement, la sensibilité existe sur tous les points affectés et les cheveux nouveaux repoussent manifestement en s'étendant de la périphérie au centre. Ce qui me permet d'espérer que la régénération de la chevelure sera complète dans peu de temps.

Je maintiens donc mes conclusions. J'ajoute que le composé d'iode et de calomel formulé *en juste proportion*, *bien dosé* et *méthodiquement appliqué* guérit aussi bien les teignes que les dartres, scrofulides, syphilides, etc., comme je l'ai démontré par mes expériences faites dans le service de MM. les professeurs Nélaton, Rayer, Robert, les docteurs Monod, Demarquay, Adolphe Richard, Piedagnel, en guérissant sous les yeux de ces éminents maîtres des cas rebelles d'eczéma, de psoriasis, d'acné, de sycosis, scrofulides, infructueusement traités à l'hôpital Saint-Louis.

Ce court exposé nous conduit à conclure : 1° Que notre doctrine répond depuis longtemps aux *desiderata* de M. Lailler; — 2° Que l'épilation et le rasement sont parfaitement inutiles dans la guérison des teignes et la repousse des cheveux; — 3° Que le composé d'iode et de calomel est bien l'agent *efficace*, *certain* dans les maladies parasitaires de la peau ou les *teignes*, puisqu'il détermine le mouvement expulsif qui aboutit *nécessairement* à l'exsudation des cheveux et de leurs champignons sans altérer les follicules.

Recevez, cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus dévoués. Le docteur Félix Rochard.

Paris, 13 mars 1877.

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai pris connaissance de la réclamation, qu'à *propos* de mes *Leçons sur les teignes*, publiées dans le *Progrès médical*, Monsieur le docteur Rochard vous a adressée en faveur des préparations d'iodure de chlorure mercureux.

Je n'ai à répondre que ceci, c'est que ces préparations dont l'action n'est ni inconnue ni méconnue, sont à mes yeux les équivalents des autres agents irritants, chlorure de sodium, sublimé, teinture d'iode, huile de croton tiglium préconisés par le docteur Ladreit de Lacharrière.

Encore suis-je disposé à préférer l'huile de croton qui, dans les cas de teigne tonsurante récente et localisée, rend de réels services.

Veuillez agréer, monsieur et très-honoré confrère, l'assurance de mes sentiments distingués,

Ch. Lailler.

PHARMACOLOGIE

Observation clinique sur l'emploi d'un arséniate de fer naturel;

Par M. le docteur Baron.

Nous avons fait connaître récemment l'heureux emploi qu'a pu faire de ce médicament M. le docteur Louis, médecin en chef de la maison d'aliénés de Bourg, sur les malades de sa clinique interne.

On se rappelle avec quelles facilités, sous cette forme de dragées, ce médicament a été accepté par des sujets ordinairement difficiles à traiter.

Nous avons à relater aujourd'hui quelques autres observations d'un autre genre, et en premier lieu celle de M. le docteur Chatelain (de Nancy), recueillies dans sa pratique.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, assez grand pour son âge et de moyenne constitution organique; interne dans un lycée où il fait ses études. Le sujet se plaint depuis assez longtemps d'une douleur thoracique vers la base du côté droit. Le médecin appelé porta, après examen, un diagnostic accusant un point pleurétique localisé à la partie inférieure du côté indiqué.

Les douleurs sont continues, mais peu intenses ; les symptômes généraux ne sont pas tranchés, ce qui explique que le jeune homme n'ait pas interrompu ses études, qu'il ne soit pas sorti du lycée et même ne soit pas entré à l'infirmerie. Mais la sensation des douleurs remonte à plusieurs mois de là pour ses débuts. Un surcroît de gène respiratoire et l'impossibilité de certains mouvements du corps, appellent enfin l'attention et provoquent l'examen du médecin, qui constate en détail les faits suivants.

Depuis quelques jours notamment, l'appétit du collégien a baissé, la digestion se fait péniblement, et les forces musculaires sont sans ressort. Les faciès est pâle, et la conjonctive a pris une teinte un peu jaune, ce qui donnerait à supposer que la lésion du bas de la plèvre droite aurait atteint le diaphragme et influencé le foie par cet intermédiaire.

Il est plus que probable que ce jeune malade ne s'est pas plaint et qu'on ne l'a pas vu changer jusque-là, sans lui prescrire quelques médicaments ou au moins quelques soins ; mais c'est ce que n'indique pas l'observation fournie par M. le docteur Chatelain.

Ayant constaté l'état que nous venons de décrire, le médecin nous dit que, chargé du traitement, il a pensé aux dragées de la Dominique, dont le fer et l'arsenic naturellement combinés lui ont paru d'une indication positive et qu'il les a ordonnées, conjointement aux soins accessoires requis en pareil cas, à la dose de six par jour.

Dès les premiers temps de cette médication, un mieux sensible s'est manifesté. La circulation des humeurs s'est régularisée ; les digestions, servies d'abord par un appétit de jour en jour plus franc, se sont rétablies normales, tandis que parallèlement, les douleurs du point pleurétique disparaissaient et que la teinte ictérique s'effaçait à la surface; preuve, nous fait remarquer l'auteur, que l'agent médicamenteux

allait bien à son adresse thérapeutique. Le fer et l'arsenic de la source Dominique avaient produit leurs effets. Au fond de la maladie du jeune collégien, il y avait une constitution plus ou moins anémique, que les dragées administrées à propos ont atteint et modifiée.

Après ce traitement, qui fut continué tout au plus deux semaines, selon les termes de l'observation qui nous occupe, le jeune homme était rétabli et pouvait reprendre le cours de ses études avec sa vie d'interne dans le lycée.

Il ne faut pas croire sans doute que les dragées de la Dominique, malgré l'action qu'exercent sur l'organisme les éléments spéciaux qui entrent dans leur composition, produisent leurs effets curatifs à si bref délai, mais dans le cas d'un point pleurétique négligé et dont la lésion locale a pu s'étendre jusqu'au diaphragme et au foie, on peut comprendre qu'en rétablissant le jeu des fonctions circulatoires, la médication a été si promptement effective.

Dans les cas de maladies de la peau en général, l'eau et les dragées de la Dominique sont aussi très-heureusement ordonnées, il faut peu de temps pour que ce médicament réduise les symptômes et atteigne le fond de l'affection.

On sait, d'ailleurs, que l'eczéma s'attaque le plus souvent aux sujets dont le sang laisse à désirer sous le rapport de sa vitalité globulaire, ce qui indique au praticien les bons usages du fer, en même temps que la maladie cutanée, si elle est ancienne surtout et rebelle, indique l'agent arsenical. Les arsenico-ferreux sont donc de première et rationnelle indication thérapeutique dans des cas semblables.

Ainsi, dans l'eczéma, il est des observations où il a suffi de l'administration des eaux de la Dominique de Vals pour obtenir des améliorations au bout de très-peu de temps. Les dragées, composées des sels d'arsenic et de fer extraits de cette source produisent les mêmes effets et sont d'une administration parfois plus aisée, surtout chez les enfants. Un bulletin de thérapeutique publiait, en effet, il y a quelques mois, une cure d'affection eczémateuse, dans laquelle le médecin n'avait eu besoin d'ordonner ces dragées que pendant une durée relativement très-courte.

Ce qui importe au praticien lorsqu'il veut employer les agents puissants et reconstitutifs, tels que le fer et l'arsenic, c'est d'abord qu'ils soient pris sans dégoût ou répugnance, ensuite qu'ils soient facilement dirigées dans les premières voies; c'est enfin que le fer atteigne les éléments du sang dont il fait organiquement partie intégrante. Avec ces trois conditions requises, le médecin est sûr d'obtenir les effets modificateurs qui sont propres aux deux agents, et qu'il connaît d'avance comme ce qu'il y a de plus certain en thérapeutique.

Ces conditions paraîtront plus faciles à observer au moyen des dragées de la source Dominique qu'avec toute autre préparation pharmaceutique. L'expérience, qui témoigne déjà en leur faveur sous ce rapport, doit justifier ces appréciations.

VARIA

Des garde-malades et des écoles destinées à les former; par J. C. Steele, médecin en chef résident de Guy's Hospital. (*The Sanitary Record.*) (1).

IV. A côté de Saint-John's House il existe d'autres communautés ayant des buts semblables, et établies tant à Londres que dans la province. Nous citerons : la communauté *de la Toussaint* à Margaret Street : celles *de Saint-Pierre* à Kilburn, de *Saint-Jean-Baptiste* et de *Sainte-Marguerite*.

A la confrérie de la Toussaint est attachée une maison de convalescence qui rend les plus grands services et reçoit les malades de tous les hôpitaux. Les sœurs portent un costume monastique et reçoivent des gages peu élevés, 12 lb. (300 fr.) en commençant et 20 lb. (500 fr.) après cinq ans de service : on n'y reçoit de postulantes que de 25 à 40 ans. Nous devons aussi signaler plusieurs établissements de dames diaconesses, en particulier la *Deaconess's institution de Midway Park* fondée par feu le Rév. W. Penneforths et dirigée par sa veuve ; le but de cette fondation est de procurer des garde-malades aux pauvres ou aux riches.

Dans la Nursing institution de Midway Park, les sœurs et les garde-malades ont les mêmes fonctions ; elles sont vêtues de même, portent un costume moderne très-simple : Un petit hôpital privé est joint à la maison-mère, on y est admis contre paiement d'une somme légère, et les postulantes y font leur noviciat : puis, après cette première éducation, elles passent quelques mois dans un des grands hôpitaux de Londres ; elles vont ensuite dans l'*hôpital pour accidents* de Papelar, et sont de la sorte parfaitement au courant des soins à donner aux malades. Ordinairement on envoie en ville une sœur et une infirmière, à la fois. On est reçu dans l'ordre entre 25 et 35 ans, les sœurs ne touchent aucun gage mais les infirmières ont 20 lb. par an (500 fr.) Sur les cinquante infirmières 12 sont des dames, venues pour la plupart de province ou même du continent et procurées par des pasteurs. On a remarqué qu'un certain nombre de ces dames se marient avec des employés qui ont été à même d'apprécier leurs qualités et leur conduite.

On a souvent dit que le zèle du protestantisme anglais avait été dépassé non-seulement par celui des Catholiques romains, mais même par la charité de l'Eglise luthérienne allemande. Il nous semble cependant que les œuvres dont nous citions les noms plus haut sont la preuve du contraire : Il est vrai que ces communautés font quelquefois payer leurs soins, mais c'est qu'elles soignent gratuitement les pauvres et leur fournissent des médicaments et des secours en argent. Du reste, il n'est pas d'institution mieux inspirée par la seule charité chrétienne que celle de « *l'Evangelical protestant deaconesses' institution.* » Elle comprend un hôpital privé de 50 lits où les postulantes jouissent pendant un an d'un commencement d'éducation médicale et pharmaceutique : pendant ce temps, elles ne reçoivent que le vivre et le couvert.

Les sœurs et les infirmières sont traitées sur le pied de la plus parfaite égalité. Quand elles entrent en fonctions, on leur donne leurs vêtements et 7 livres 7 sch. (180 fr.) par an comme argent de poche sur lequel elles ont à se procurer leurs chaussures et leur linge de corps; on peut entrer dans l'ordre de 17 à 35 ans. Il est stipulé que dans les salles d'hommes, on n'exigera des jeunes sœurs aucun ouvrage qui pourrait offenser leurs sentiments, mais à part cette restriction bien juste, elles ont à s'occuper du gros ouvrage tout comme des soins médicaux Voici d'après une d'elles quelles sont leurs occupations :

« Nous nous levons à six heures, nous balayons et lavons » le plancher, puis nous pansons nos malades, nous notons » leur pouls, leur température, leur respiration ; nous leur » servons à déjeuner et répondons aux nombreuses demandes » qu'ils nous adressent. A une heure convenable de l'après- » midi, nous lisons la Bible et chantons un hymne, ce sont là » nos seuls devoirs religieux ; libre à nous ensuite de parler » à nos malades de Dieu si nous croyons le devoir faire ; mais » ce que l'on nous recommande surtout, c'est de leur montrer » notre religion plutôt par nos actes que par nos discours ; » tant il est vrai que notre esprit d'abnégation et que l'amour » charitable que nous portons à nos malades doivent faire » plus pour les convertir que les plus beaux sermons du » monde.

Quand le temps de noviciat est passé, ces dames ne font pas de vœux mais s'engagent à ne pas se marier sans avoir consulté le comité de direction. Cette clause est dure et empêche sans doute quelques personnes de se joindre à l'association ; elle tire son origine de l'esprit de discipline et d'abnégation que l'on a introduit dans la communauté. On n'envoie jamais moins de deux sœurs à la fois dans un hôpital ; elles sont payées 300 fr. par an à la maison-mère et ne sont que défrayées par l'hôpital. On ne doit rien à la communauté pour les soins donnés en ville, mais il est évident qu'elle accepte des dons sans lesquels elle ne pourrait subsister. Il n'y a que 32 sœurs de cet ordre : son recrutement est difficile, sur 85 novices, 55 ont quitté avant la fin de la première année, ce qui tient à ce que cet ordre ressemble trop aux communautés catholiques et en a la mise austère. Beaucoup de familles pré-

(1) Voir les nos 17 et 20 du *Progrès Médical*.

fèrent voir leurs filles oisives que de les laisser entrer dans un ordre de discipline si sévère. Il faut aussi, croyons-nous, tenir compte de l'absence de gages, ce qui a toujours une certaine importance.

Vers la même époque fut fondée la « *British nursing association* » de Cambridge Place; elle a la charge du *Royal Free Hospital* et est composée de 60 garde-malades dont 5 dames; leurs fonctions sont semblables à celles des précédentes, sauf le gros ouvrage le balayage, etc. Après un an de noviciat, les garde-malades touchent 20 livres (500 fr.), puis 23, puis 25 livres (635 fr.) au bout de trois ans; le comité a le plus grand soin de ses infirmières, il exige qu'elles dorment huit heures, prennent leur repas dans une pièce séparée; de temps en temps, on les change d'hôpital, on leur fait prendre l'air pendant quelques jours. Les brevets de garde-malades sont donnés après une épreuve probatoire passée devant le corps des médecins de l'hôpital. On reçoit des dames comme novices, elles ont à donner 30 livres (750 fr.) par an. Après leur temps d'épreuve, elles peuvent rester attachées à l'œuvre, mais payent alors 125 fr. par an, loin de toucher des gages. Des conventions particulières règlent la somme à payer par les hôpitaux, en échange des soins donnés; malgré le grand nombre d'hôpitaux où cette œuvre fonctionne, elle est un peu au-dessous de ses affaires et ne pourrait subsister sans la charité privée. On ne désire pas beaucoup recruter des infirmières, parmi les classes élevées de la société; elles sont trop intelligentes et arrivent au bout de peu de temps à ne plus obéir, c'est là du moins l'opinion de feu Miss Coles, dame patronesse de l'ordre depuis sa fondation.

V. On ne voit pas trop pourquoi une association fondée sur les mêmes bases que la « *British nursing* » ne pourrait pas se suffire. Dans la capitale, il y a de nombreux bureaux qui fournissent des garde-malades, et ces maisons de commerce font de bonnes affaires. La famille du malade paye 1 £ 1 sch. (26 fr. 25) par semaine une infirmière dans les cas ordinaires et 1 £ 11 sch. 6 d. (38 fr.) dans le cas de maladie contagieuse. Lorsque l'on fait veiller le malade, cela revient à 2 £ 2 sch. (52 fr. 50) par semaine; l'infirmière ne touche dans tous ces cas que 500 fr. de fixe par an, elle n'a droit à aucune retraite, et on ne dépense rien pour l'instruire. Tout comme les bureaux de placement, ces bureaux d'infirmières sont commodes pour un particulier, mais desservent le public en général; les femmes qui en dépendent se recrutent parmi les infirmières renvoyées des hôpitaux ou réformées par les écoles de garde-malades; aussi peut-on ne pas toujours les considérer comme irréprochables; aussi l'établissement est-il quelquefois le premier dupé, il est abandonné par l'infirmière dès qu'elle a formé un petit noyau de clientèle qu'elle s'approprie.

L'école d'apprentissage pour garde-malades en relation avec le « *Nightingale Fund* » est une des plus connues. Elle a été fondée en 1860, et mise dès le début en rapport avec *Saint-Thomas's Hospital*. Le prestige attaché au nom de *Miss Nightingale* et son contrôle efficace ont suffi à faire franchir à cette association la période des embarras pécuniaires. Comme dans les confréries précédentes, il faut avoir de 25 à 35 ans, subir un stage d'un an, et s'engager pour trois ans; cette association est très-étendue, car beaucoup d'institutions semblables ont été fondées par des dames sorties de ses rangs. Les garde-malades sont logées, nourries, elles ont 500 fr. par an; on admet quelques dames que l'on destine à des postes de surveillantes, ou de directrices d'écoles de province. Les études sont divisées en trois périodes; un premier cours porte sur les soins à donner aux malades et sur la petite chirurgie, un deuxième traite de pathologie interne, un troisième de chirurgie; les élèves les plus intelligentes sont engagées à s'occuper d'hygiène, de physiologie, d'anatomie: on semble avoir laissé de côté à dessein les accouchements et les maladies des enfants pour éviter de faire des garde-malades autre chose que des infirmières, et ne pas leur donner la tentation de s'occuper de traiter les malades de leur propre autorité.

Nous avons donc là un véritable programme d'éducation médicale capable de former des élèves dignes de l'attention des praticiens; il serait sans doute bon de permettre à quelques femmes de s'occuper de la profession médicale, surtout en restreignant leurs fonctions, elles ne seraient plus des rivales pour les médecins, mais bien des aides, et leur intelligence pourrait produire les plus heureux résultats, surtout à la campagne où les soins du médecin sont souvent plus tardifs qu'à la ville.

Avant de conclure, il est nécessaire que nous considérions les avantages et les inconvénients des associations précitées. Il est évident que la vocation religieuse ne peut produire qu'un nombre restreint d'infirmières, même lorsqu'on les paye; les établissements basés sur la charité chrétienne ont aussi trop de secours à donner aux pauvres.

Dans Londres, il y a 1600 femmes qui exercent la profession de garde-malades, à peine la sixième partie est-elle en relation avec les écoles de garde-malades. C'est que, presque toutes ces maisons exigent des qualités nombreuses de leurs postulantes et ne peuvent cependant leur accorder des gages suffisants; on demande aux garde-malades d'être jeunes, de bon caractère, patientes, bien élevées, de bonne tenue; ce sont autant de conditions qui les font à juste titre rechercher comme épouses, elles ont les qualités que l'on veut trouver dans une femme; aussi une dame supérieure pouvait-elle écrire en riant que son institution venait surtout en aide aux vieux garçons; celles des garde-malades qui restent célibataires ont une tendance à s'établir pour leur propre compte. Il faudrait aussi leur assurer une retraite; on y arriverait sans doute par un sorte d'assurance mutuelle alimentée par une retenue de traitement.

Tant que les soins d'une garde s'adressent à des maladies ordinaires, il n'y a pas grand danger pour sa santé, mais, dans les temps d'épidémie il n'en est plus de même. — Il est évident que les administrateurs choisissent de préférence les garde-malades destinées à soigner des affections contagieuses parmi celles qui en ont déjà été atteintes; mais cela ne suffit pas, il faudrait leur accorder des suppléments de solde, et surtout assurer une indemnité pour leur famille en cas de décès. Faut-il aussi forcer les garde-malades à faire le gros ouvrage de la maison; cette question est difficile à résoudre. Dans l'assistance des pauvres, on peut répondre par l'affirmative car personne ne le ferait sans cela: d'un autre côté, beaucoup de personnes ne se font pas infirmières car elles craignent cette partie de leurs fonctions et on prive ainsi les malades de dévouements qui leur seraient profitables; on peut dire aussi que le malade ne respecte guère la femme qui lui sert de domestique; il semble que l'on puisse, en tous cas, décharger les garde-malades des soins les plus grossiers tels que ceux de balayer et de laver les planchers, de porter des fardeaux, etc.

Il nous reste à nous occuper de l'importante question des gages; il faut en tous cas qu'ils soient plus élevés que ceux d'une bonne ou d'une cuisinière; on sait combien, depuis quelques années, ceux-ci sont augmentés. Quels que soient les efforts faits dans ce sens par les comités des associations, ils ne sont pas encore suffisants et le nombre des garde-malades instruites est beaucoup trop faible.

De là, la nécessité de développer et de multiplier les écoles d'apprentissage; il vaudrait autant leur enlever toute étiquette religieuse. Il y aurait avantage à ce que chaque hôpital eût une école de garde-malades dépendant de lui; il y trouverait son avantage pour recruter son personnel d'infirmières et le public saurait employer les élèves qui ne seraient pas retenues par l'hôpital. C'est là, selon nous, la voie où il faut s'engager et le succès de quelques essais de ce genre montre que de tels établissements atteindraient rapidement une grande prospérité... »

H. C. de Boyer.

Plâtrage des vins dans le Midi.

Un sieur X., négociant en vins à Narbonne, expédie à Périgueux une certaine quantité de vins dont les destinataires sont très-mécontents. Diverses plaintes ayant été transmises au parquet, les vins sont saisis et analysés et le rapport de l'expert conclut qu'il y a tout lieu de croire que le vin a été coloré artificiellement par des coquelicots et des baies de sureau.

Le rapport ajoute que le vin a été fortement plâtré et que le plâtrage en dénature complètement la composition. X. est poursuivi devant le tribunal correctionnel de Périgueux, qui, dans son audience du 14 avril, l'acquitte par les considérations suivantes: qu'en ce qui touche la coloration, il y a

doute, et que le prévenu doit en bénéficier; en ce qui touche la falsification, l'expert ne constate d'une manière certaine, dans le vin soumis à son analyse, la présence d'aucune autre matière étrangère que le plâtre; or, la jurisprudence et l'administration soutiennent que l'opération du plâtrage était inoffensive et licite. Cette opération est d'un usage immémorial et constant dans le midi, et notamment à Narbonne; en vue de la conservation du vin de ces contrées, et de leur transport à de longues distances, le plâtrage de la vendange est pratiqué par les propriétaires au moment de la fermentation dans les cuves. Ce procédé n'a nullement pour but d'augmenter la quantité du vin et de procurer un bénéfice illicite. Le tribunal ajoute qu'il pourrait être recherché au point de vue commercial ou civil si, par suite d'un plâtrage excessif ou pratiqué dans des conditions défectueuses, les vins n'étaient plus ni loyaux ni marchands; mais au point de vue criminel, comme il ne peut y avoir de délit sans intention frauduleuse, le négociant qui a livré des vins plâtrés selon l'usage de son pays et qui l'a fait sans intention de tromper l'acheteur, ne peut pas être condamné. — (*Journal officiel*).

Projet de fondation d'une Société d'assurances mutuelles entre médecins.

Quelques confrères ont repris l'idée de créer une Société d'assurances mutuelles entre médecins. A l'obligation de solliciter un secours, le plus souvent insuffisant, substituer un droit positif à une indemnité vraiment réparatrice; faire bénéficier les adhérents des profits énormes réalisés par les compagnies d'assurances auxquelles ils sont en ce moment forcés de s'adresser: tel est le double but auquel répond la fondation de la Société nouvelle, qui prendrait le nom parfaitement légitime de *La Prévoyance médicale* (voir la *Tribune médicale* du 29 avril dernier.) — (*Gazette médicale de Paris.*)

Exercice libre de la médecine.

La majorité des médecins du département d'Alger, considérant la liberté de l'exercice de la médecine comme devant faire tomber peu à peu le prestige dont sont entourés les rebouteurs et les charlatans actuellement poursuivis et considérés par là même comme des martyrs, demandent à la commission extra parlementaire des médecins députés et sénateurs de réformer dans ce sens la loi relative à l'exercice de la médecine. L'assemblée exprime le vœu que dans le cas où la liberté ne serait pas accordée, les lois protectrices de l'exercice de la médecine fussent rendues plus sévères et fussent réellement appliquées ; les lois actuelles sont entièrement illusoires et leur résultat est contraire au but qu'elles se proposent d'atteindre. — (*Alger médical*).

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Pinard commenceront le mercredi 16 mai, à 3 h. 1/2, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties : 1° Anatomie, physiologie, grossesse; 2° Eutocie; 3° Dystocie; 4° Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Technique microscopique. — M. le d^r^ Latteux, chef du laboratoire d'histologie des cliniques, recommencera son cours le lundi 4 juin, à 4 heures, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les manipulations micrographiques qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences (coupes, montage des préparations, injections, etc.). On s'inscrit chez le d^r^ Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de midi à une heure.

32. Procédé du docteur Corre, médecin de la marine pour l'administration du Kousso.

Traiter par déplacement : kousso pulvérisé, 25 grammes par 40 grammes d'huile de ricin bouillante et 50 grammes d'eau bouillante; exprimer, émulsionner avec un jaune d'œuf et additionner de 40 gouttes d'éther sulfurique. On édulcore avec sirop simple et on aromatise avec quelques gouttes d'essence d'anis.

Le remède se prend en une seule fois, le matin à jeun.

Collodion anesthésique pour les névralgies superficielles :

Hydrure d'amyle..................	30 grammes.
Collodion........................	30 —
Aconitine........................	0 05 centigr.
Vératrine........................	0 30 —

(*Bordeaux médical*)

33. Jaborandi.

Les feuilles et la partie corticale de cet arbuste sont les seules parties employées en médecine. Elles contiennent, outre la pilocarpine, une huile essentielle d'une nature particulière composée en grande partie d'un carbure d'hydrogène, et de diverses autres substances non encore étudiées. Les feuilles de jaborandi sont employées en médecine sous les mêmes formes et aux mêmes doses que les feuilles de coca. Poudre, tisane, vin, élixir, extrait, sirop.

34. Pilocarpine.

Epuisez les feuilles ou l'écorce de jaborandi par l'alcool à 80 degrés centésimaux additionné d'acide chlorhydrique dans la proportion de 8 grammes par litre. Distillez et évaporez en consistance d'extrait liquide. Reprenez par une petite quantité d'eau distillée, filtrez. Traitez par l'ammoniaque en léger excès et par une grande quantité de chloroforme. On distille le chloroforme; on dissout le résidu dans l'eau distillée acidulée par l'acide chlorhydrique, on filtre. On traite de nouveau par le chloroforme et l'ammoniaque.

La solution chloroformique est agitée avec de l'eau à laquelle on ajoute goutte à goutte de l'acide chlorhydrique en quantité suffisante pour saturer la pilocarpine. Les matières étrangères restent dans le chloroforme et par évaporation de la liqueur aqueuse on obtient du chlorhydrate très-bien cristallisé en longues aiguilles s'irradiant autour d'un centre commun. Le chlorhydrate dissous dans l'eau distillée, puis traité par l'ammoniaque et le chloroforme, donne la pilocarpine par évaporation de la solution chloroformique. La pilocarpine se présente sous une forme molle, visqueuse; elle est peu soluble dans l'eau, très-soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme. Elle offre tous les caractères chimiques des alcaloïdes et dévie fortement à droite le plan de la lumière polarisée.

35. Benzoate de lithine.

$LiO, C^{14}H^5O^3,2HO=146$ ou $(C^7H^5O^2Li,H^2O)$.

Acide benzoïque..................	122 grammes.
Carbonate de lithine.............	37 —

Délayez l'acide benzoïque dans 10 parties d'eau, ajoutez le carbonate de lithine et chauffez. La solution se fait avec effervescence et par évaporation on obtient de beaux cristaux prismatiques très-aplatis et plus ou moins allongés. Il est très-soluble dans l'eau. Un gramme de ce sel calciné, puis traité par un léger excès d'acide *sulfurique et chauffé* au rouge, doit donner 376 milligrammes de sulfate de lithine.

36. Bromure de lithium.

$LiBr=87$ ou $(LiBr.)$

Brome	80 grammes
Limaille de fer..................	Q. S.
Eau distillée....................	300 —
Carbonate de lithine.............	38 —

Préparez le bromure de fer ainsi qu'il a été indiqué, filtrez et ajoutez aux liqueurs encore chaudes le carbonate de lithine; chauffez vers la fin de l'opération pour compléter la double décomposition. Les liqueurs doivent être faiblement alcalines. Filtrez pour séparer le carbonate de fer précipité, lavez le précipité avec quantité suffisante d'eau distillée, évaporez et coulez en plaques que vous enfermerez tout de suite dans des flacons bien secs. Un gramme de bromure de lithium est entièrement précipité par 1 gr. 65 d'azotate d'argent. (*Répertoire de pharmacie.*)

NOUVELLES

Muséum d'histoire naturelle. — M. Daubrée, professeur de géologie, est autorisé à se faire suppléer pour une partie de son cours, pendant le second trimestre de l'année scolaire 1876-1877, par M. Stanislas Meunier, aide naturaliste.

Excursion géologique. — M. Daubrée, membre de l'Institut, professeur. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche 27 mai 1877 à Noisy-le-Sec et Romainville. — On se réunira à la gare de l'Est où l'on prendra à 10 h. du matin le train partant pour Noisy-le-Sec.

Herborisations.— M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation le dimanche 27 mai dans les bois de Verrières. Rendez-vous à la station d'Antony par le train partant du chemin de fer de Sceaux à 10 heures.

Herborisation. — M. Baillon, professseur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 27 mai, dans la forêt de Meudon. Rendez-vous à la gare Montparnasse. Départ pour Clamart à 8 h. 35 du matin.

— M. Bureau, professeur, fera sa prochaine herborisation le 27 mai 1877 à Saint-Cloud et Ville-d'Avray. Rendez-vous à Saint-Cloud à l'arrivée du train partant de Paris (gare Saint-Lazarre), à 10 h. 1/2.

Hippodrome des Champs-Elysées. — MM. les docteurs en médecine qui désireraient faire partie du service médical de l'Hippodrome, sont invités à adresser leurs demandes, le plus tôt possible, à l'administration de cet établissement, avenue de l'Alma, 3.

Cours et cliniques des maladies mentales. — M. le docteur Christian, médecin en chef de l'asile des aliénés de Maréville, près Nancy, a été autorisé par M. le Ministre de l'Instruction publique à ouvrir un cours sur les maladies mentales à la Faculté de médecine de Nancy. Ce cours, qui aura lieu tous les mercredis, à deux heures, a été ouvert au milieu d'un concours nombreux d'étudiants. L'enseignement théorique du docteur Christian sera prochainement complété par des leçons de clinique à l'asile de Maréville. Nous rappelant toutes les difficultés et les obstacles que l'enseignement pratique de la psychiatrie a, récemment encore, rencontrés à Paris, nous félicitons sincèrement notre savant confrère de sa louable initiative, et nous témoignons notre gratitude à M. le Ministre et à l'administration.

(*Revue médicale de l'Est.*)

Hôpitaux volants en fer et briques. — Un nouveau mode de construction qui est en pleine application à Paris (notamment rue de l'Université, entre l'avenue de Labourdonnaie et l'avenue Rapp, avenue Rapp, près de la rue Saint-Dominique, avenue de l'Opéra, bureau provisoire, et rue de Lille, à l'angle de la rue de Bourgogne), est digne d'appeler l'attention du conseil municipal et de l'administration de l'assistance publique de Paris, qui, en matière de construction, dépensent les fonds confiés à leur garde pour l'édification d'hôpitaux somptueux, souvent au détriment des lois de l'hygiène. Il est aujourd'hui reconnu que les murs épais et les constructions lourdes et encombrantes sont défavorables pour les hôpitaux. Le meilleur hôpital est celui qui est éloigné des habitations, au grand air, et dont les murs, tout en abritant les malades, ne produisent point l'effet des caves où il fait froid l'été et chaud l'hiver. Et cela est si vrai, que les abris provisoires faits dans les camps en planches, en torchis et même en toile doublée, sont les plus favorables, en été au moins, pour la guérison des malades et la santé des soldats. Au lieu donc de construire des monuments pour la gloire de ceux qui les fondent, ne serait-il pas plus raisonnable de faire des hôpitaux en constructions semblables à celles que nous venons d'indiquer, constructions très-solides, très-salubres, qu'on peut élever, pour ainsi dire, instantanément, et qui ont l'avantage de pouvoir être démontées, transportées et remontées, suivant les besoins, si par exemple on juge que l'emplacement choisi primitivement n'est pas favorable. En adoptant ce système, on obtiendrait tous les avantages désirables et des économies de construction, qui se chiffreraient par millions, si on l'appliquait d'une manière générale.

(*La Revue scientifique*).

Nous avons annoncé la fondation d'une école de gardes-malades et d'ambulancières à la mairie du 6e arrondissement. Cet essai a pleinement réussit la première partie des cours vient de se terminer ; le 17 mai a commencé la seconde partie, qui comprendra les soins généraux à donner aux malades et aux blessés, l'hygiène et les notions d'anatomie. (*Journal officiel*).

Le Petersburger Herald donne les détails suivants sur le mouvement de la population dans les 50 gouvernements de la Russie, pendant l'année 1868. Il est né pendant cette année 1,579,000 enfants du sexe masculin et 1,504,000 du sexe féminin. Il est mort 1,280,700 hommes et 1,239,000 femmes : la moyenne était donc de 122 naissances sur 100 morts. Les naissances illégitimes représentaient 3 p. 100 du chiffre total. Au point de vue religieux, la population était la suivante : chez les orthodoxes, 1 sur 32 ; chez les Arméniens, 1 sur 300 ; chez les mahométans, 1 sur 600. Le nombre des jumeaux masculins a été de 35,340 ; féminins, 35,136 ; des triples naissances mâles, 674 ; féminines, 628 ; des quadruples mâles, 17 ; féminines, 19. Le plus grand nombre des naissances a eu lieu en janvier, 295,000 ; le moindre en décembre, 199,000 ; mais cela tient à ce que les ecclésiastiques qui, en Russie, ont la tenue exclusive des registres de l'état civil, remettent à l'autorité supérieure ces livres à la fin de décembre, et inscrivent au compte du mois de janvier des nouveaux registres un bon nombre de naissances qui devraient revenir au mois de décembre écoulé. (*Journal officiel*).

La librairie de L. Leclerc, 14, rue de l'Ecole-de-Médecine, est, par suite d'expropriation, transférée boulevard Saint-Germain, 104.

Librairie V. A. DELAHAYE et Ce, libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Domec (J.-L.). — De l'infection purulente sans plaies exposées. Paris 1877, in-8. — Prix : 2 fr. 50.

Gubler (A.). — Leçons de thérapeutique, recueillies et publiées par le dr Leblanc. Paris 1877, 1 vol. in-8 de 608 pages. — Prix : 10 fr.

Heydendrich (Alb.). — Des fractures de l'extrémité supérieure du tibia. Paris, 1877; in-8 de 130 pages avec 2 planches. — Prix : 3 fr.

Hosteing (E.-F.). — Essai sur la syncope. Recherches cliniques et expérimentales. Paris 1877, 1 vol. in-8. — Prix : 2 fr. 50.

Huxley (T.-H.). — Eléments d'anatomie comparée des animaux invertébrés, traduit de l'anglais par le dr Darin, avec préface, notes et un chapitre par le professeur Giard. Paris 1877, 1 vol. in-18 avec 156 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr.

Jaccoud. — Leçon d'ouverture du cours de pathologie médicale, 31 janvier 1877. Paris, 1877; in-8. — Prix : 50 c.

Ledouble (de Tours). — Essai sur la pathogénie et le traitement des hémorrhagies de la paume de la main. Paris, 1877; 1 vol. in-8. Prix : 2 fr. 50.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Salathé (A.). Recherches sur les mouvements du cerveau et sur le mécanisme de la circulation des centres nerveux. Paris, 1877, in-8 de 144 pag. avec 29 fig. dans le texte. 4 fr.

Brès (Mme Madeleine). L'allaitement artificiel et le biberon. Paris, 1877, in-8 de 77 pages. 3 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Boudant. Les eaux minérales du Mont-Dore. Topographie, propriétés physiques et chimiques, clinique médicale. Paris, 1877, 1 vol. in-8 de 525 pages. 5 fr.

Després (Ar.). La chirurgie journalière. Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Cochin. Paris, 1877. 1 vol. in-8 de 690 pages avec figures intercalées dans le texte. 10 fr.

Bertherand (E.-L.). La médecine légale en Algérie. Alger, 2e livraison.

Librairie Octave DOIN, rue Antoine-Dubois.

Godleski (A.). La Santé de l'enfant. Guide pratique de la mère de famille. Soins à donner à l'enfant avant l'arrivée du médecin. Paris, 1877. 1 vol. in-12 de 215 pages. 2 fr. 50.

Von Becker (H.-T.). Zur pathologie und therapie der rachen-diphtherie mit bezugname auf den charakter in wien herrschenden epidemie. Wien, 1877, nach Wilhem Braumüller, in-8 de 72 pages.

Grimaud (A.). Baréges et ses eaux minérales. Tarbes, 1877, chez Cazeau, libraire, in-12 de 142 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Beaujon. — *Médecine.* Service de M. Millard. Salle Beaujon (H.) : 4, aphasie chez un cardiaque; 5, fièvre intermittente tierce; 8, pleurésie purulente, abcès thoracique; 10 *bis*, ulcère rond; 12, paralysie saturnine; 13 *bis*, paralysie diphthéritique. — Salle Sainte-Monique (F.) : 4, péricardite

avec pleurésie double; 6, cancer de l'intestin; 9, rechute et fièvre typhoïde; 12, gangrène du pied chez un cardiaque; 17 *bis*, cachexie cardiaque; 17, péritonite chronique.

Service de M. MOUTARD-MARTIN. Salle Saint-François (H.): 7 *bis*, diabète sucré; 11, angine pseudo-membraneuse; 21, fistule pleuro-bronchique; 28, pneumo-thorax. — Salle Sainte-Claire (F.): 1, pelvi-péritonite; 31, mal de Bright; 36, érysipèle de la face; 38, métrite aiguë; 39, pneumonie catarrhale.

Service de M. GUBLER. Salle Saint-Louis (H.): 11, pérityphlite; 19, pneumonie avec parotidite; 23, ictère et cirrhose hypertrophique ? 22 *bis*, catarrhe pharyngo-nasal et otite suppurée; 25, cirrhose du foie. — Salle Sainte-Marthe (F.): 2, 18, affection aortique avec dilatation de l'aorte; 15, lésion mitrale, foie cardiaque; 13, hémiplégie syphilitique.

Chirurgie. Service de DELENS. Pavillon I : 8, adénophlegmon de la région sous-maxillaire; 30, sarcome de la cuisse; 28, hernie étranglée, opérée; 35, plaie de la main; 40, plaie pénétrante de poitrine; 52, sarcome du testicule; 43, fracture du tiers-moyen du tibia; 28, brûlure de toute la paroi abdominale antérieure.

Service de M. LEFORT. Salle Sainte-Agathe (F.): 4, hypertrophie du corps thyroïde, ablation partielle, 10, carie des métacarpiens, résection; 15, imperforation du vagin, rétention des règles. — Pavillon II : 13, fracture compliquée de la jambe; 21, fracture de la colonne vertébrale; 38, synovite fongueuse de la gaîne des fléchisseurs de l'avant-bras, scrofule sénile; 40, rupture traumatique de l'urèthre, fistule urinaire; 44, rétrécissement de l'urèthre, fistules urinaires.

Hôpital du Midi. — M. HORTELOUP, chirurgien de l'hôpital du Midi, a choisi pour son enseignement clinique de cette année, l'étude de la blennorrhagie, de ses accidents et complications. Son cours essentiellement pratique est précédé d'une visite dans les salles où les élèves peuvent observer les cas les plus variés des maladies traitées dans cet Hôpital.

Le musée (propriété de M. Horteloup), qui depuis peu a pris une grande extension, est actuellement bien installé et se trouve dans la salle consacrée aux cliniques. Ce musée, ouvert aux élèves, renferme des pièces très-originales, habilement préparées par M. Jumelin, reproduisant avec la plus grande exactitude l'état pathologique et permettant de suivre très-nettement l'évolution des états morbides observés à l'hopital du Midi. Grâce à cette innovation l'étude des maladies vénériennes se trouve singulièrement facilitée.

Service de M. HORTELOUP. — Salle IX : 32, chancre syphilitique, perforation du prépuce. — Salle X : 12, chancre syphilitique, lymphangite du dos de la verge. — Salle XI : 6, épididymite sans vaginalite ; 7, épididymite avec vaginalite ; 11, chancre gangréneux ; 8, phymosis, chancre sous-préputial; 18, syphilide papuleuse, plaques ulcéreuses des lèvres et de l'amygdale.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 22. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 2 JUIN 1877.

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE.

COLLÉGE DE FRANCE. — **M. RANVIER.**

Onzième Leçon (2e Partie) (1).

Recueillie par le docteur J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Suite de l'étude chimique des muscles. — Suc propre des muscles ou plasma musculaire : Travaux de Kühne. Fibrine musculaire, ou myosine. Sérum musculaire. — Existence de la matière glycogène dans les muscles striés ; son existence dans les globules blancs contractiles ; les excroissances sarcodiques des globules blancs sont chargées de glycogène. — Etude de la roideur cadavérique. — Etude de la contractilité en général: Tous les éléments cellulaires contiennent en germe une contractilité larvée qui peut se développer dans certaines circonstances. Distinction entre la contractilité diffuse, commune à tous les éléments cellulaires, et la contractilité des éléments musculaires. Ces derniers sont assimilables à des appareils mécaniques qui utilisent la force dans un sens déterminé.

Messieurs,

Nous venons d'élucider une question de chimie biologique des plus importantes, à savoir l'existence, au sein du faisceau musculaire strié primitif, d'une substance identique à l'hémoglobine du sang. Mais cette substance n'est pas la seule, intéressant nos études, que contienne le tissu musculaire à contractions brusques. Quelques autres questions de chimie musculaire doivent vous être exposées encore, et vous reconnaîtrez bientôt que les connaissances préalables, que je me propose de vous faire maintenant acquérir, sont absolument indispensables à la pleine compréhension du sujet qui nous occupe.

La substance contractile des muscles striés n'est pas formée exclusivement de parties solides, aucun élément anatomique n'est, du reste, dans ce cas. Elle renferme une matière liquide particulière qui constitue *le suc propre des muscles ou plasma musculaire*, étudié avec soin pour la première fois, par Liebig, il y a près de trente ans, mais dont surtout Kühne, dans ces dernières années, a déterminé expérimentalement les principaux caractères. Le plasma musculaire est une substance albuminoïde qui diffère sensiblement de ses similaires par la façon dont elle se comporte en présence de la chaleur. Elle se coagule, en effet, à une température relativement peu élevée, 45° centigrades. En se coagulant, elle détermine l'apparition de la rigidité musculaire. On voit alors le muscle, de translucide et de souple qu'il était, devenir légèrement opaque et rigide. Il s'est transformé en une masse demi-solide fixée dans sa forme ; c'est pourquoi il a cessé d'être souple et transparent. Les mêmes transformations se produisent, dans les muscles striés, peu de temps après la mort, et constituent le phénomène de la rigidité cadavérique, mais diverses causes modifient la rapidité de ce changement : l'action du froid la retarde. Ce retard est surtout marqué chez certains animaux à sang froid, tels que les grenouilles, dont les muscles arrivent à la rigidité cadavérique avec une lenteur extrême, et supportent en outre les basses températures sans cesser pour cela de vivre. Aussi sont-ils particulièrement propres à la préparation du plasma musculaire. Un muscle de grenouille, en effet, refroidi à — 6° ou — 7° et devenu dur et solide, puis aussitôt dégelé, donnera des contractions si on l'excite. Il n'a donc nullement cessé de vivre. En opérant sur lui, l'on opère sur un muscle vivant, au sein duquel il ne s'est encore passé aucun phénomène de dédoublement cadavérique, pouvant donner naissance à un produit liquide de formation *post-mortem*. Partant de ces données, Kühne fait congeler les muscles de la grenouille; lorsqu'ils sont solidifiés, il les coupe en tranches minces, et soumet la pulpe musculaire ainsi produite, à l'action de la presse. Il s'écoule un liquide légèrement gommeux qui est recueilli, filtré à la température de 0°, et qui constitue le plasma musculaire proprement dit. Ce plasma se coagule à peu près de la même manière que celui du sang; il se divise alors en un caillot formé d'une substance analogue à la fibrine, c'est la *fibrine musculaire* ou *myosine de Kühne*, et en *sérum musculaire* qui, à la température ordinaire, reste liquide à la manière du sérum du sang d'une saignée.

La myosine est si peu différente, au point de vue chimique, de la fibrine proprement dite, qu'on eût pu sans inconvénient lui conserver ce nom. Elle n'en diffère que par sa plus grande sensibilité en présence de certains réactifs, et parce qu'elle ne prend jamais l'aspect fibrillaire bien connu de la fibrine. Insoluble dans l'eau pure, elle est soluble dans l'eau salée contenant 10 0/0 de chlorure de sodium ; elle se comporte alors absolument dans ses réactions comme le plasma des muscles. Enfin, les solutions de myosine traitées par les acides étendus, tels que l'acide chlorhydrique à 1 p. 1,000, donnent naissance à un produit de transformation de la fibrine musculaire, la *syntonine*, qui en diffère surtout par ce fait que les solutions de sel marin ne la dissolvent pas.

Le *sérum musculaire*, neutre à 0°, devient rapidement acide à mesure que la température s'élève. Il renferme, d'après Kühne, plusieurs matières protéiques distinctes : entre autres une substance albuminoïde coagulable à 45° et une albumine analogue à celle du sérum sanguin, et se coagulant à 70°. Enfin, le sérum musculaire contient en outre de la créatine, de l'hypoxanthine, parfois de l'urée et de l'inosite ; ses cendres renferment des sels de potasse.

Il convient aussi de signaler l'existence, au sein du plasma musculaire, d'une substance qui n'a pas encore été chimiquement isolée, mais qu'on y a pu déceler par ses réactions, je veux ici parler du sucre. On sait que, du reste, la substance glycogène existe dans les muscles d'embryons, accumulée autour des noyaux, et mêlée au protoplasma granuleux entourant ces derniers (Cl. Bernard). A mesure que s'opère la croissance des faisceaux musculaires primitifs, la substance glycogène se raréfie, mais on peut cependant démontrer l'existence d'une matière très-analogue dans les muscles striés des batraciens anoures. Je prends une grenouille adulte et je la plonge tout entière dans l'eau chauffée à + 55°. Elle entre presqu'immédiatement en rigidité et meurt. Au bout d'un quart d'heure ou de vingt minutes, elle est retirée de son bain d'eau chaude, les masses musculaires des cuisses sont mises à nu et soigneusement dissociées en leurs faisceaux primitifs. Si l'on a opéré avec précaution, en dissociant la masse musculaire de son insertion tendineuse à sa partie centrale, un certain nombre de faisceaux musculaires se montrent isolés entièrement, avec le tendon filiforme qui leur fait suite. Quelques-uns de ces faisceaux ont en outre éprouvé une disjonction particulière dans leur continuité ; la substance contractile s'est rétractée dans la gaîne formée par le sarcolemme, en se décollant, pour ainsi dire, de la capsule formée par le tendon à son origine. Il en résulte qu'il se produit alors, entre le tendon et l'extrémité rétractée du cylindre de substance musculaire, un espace limité latéralement par le sarcolemme qui reste relié au tendon. Dans cet espace se voit une substance amorphe, analogue au liquide musculaire coagulé, et qui, lorsque l'on traite la préparation par la solution iodo-iodurée ou par le sérum iodé, prend une coloration d'un rouge acajou, identique avec celle qui se montre lorsqu'on traite de la même façon tout élément anatomique chargé de substance glycogène.

La substance glycogène existe en effet, Messieurs, au

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876; nos 1, 2, 7, 9 de 1877.

sein de tous les éléments anatomiques doués de la propriété de se contracter. Les faisceaux musculaires striés, différenciés des autres éléments anatomiques, individualisés et disposés tout spécialement pour la contraction, en contiennent une certaine quantité. Les cellules contractiles les moins différenciées, c'est-à-dire les globules blancs du sang et de la lymphe, en sont également pénétrées. Je place sur le porte objet chambre humide, une goutte du sang d'une grenouille, ou de la lymphe du même animal, recueillie dans un de ses sacs lymphatiques sous-cutanés. La préparation est simplement recouverte d'une lamelle. Vous pouvez voir les globules blancs, qu'elle contient, subir des déformations plus ou moins rapides, dues à leurs mouvements amiboïdes actifs. J'introduis maintenant sous la lamelle une goutte de sérum fortement iodé. Vous pourrez voir les cellules lymphatiques, à mesure qu'elles sont atteintes, ou peu après, revenir à la forme ronde et se colorer en jaune orangé. Ces modifications montrent qu'elles sont mortes. Si maintenant nous continuons l'observation, nous distinguerons ultérieurement certaines modifications secondaires survenant dans les cellules désormais immobiles. Des bords irrégulièrement arrondis de chacune d'entre elles, l'on voit partir des excroissances en forme de festons qui s'accroissent lentement et prennent l'apparence de boules. Ces boules sont translucides, hyalines, semblables à des gouttes de rosée ou de cristal. Sous l'influence de l'iode, contenu dans le liquide additionnel, elles deviennent violettes, ou se teignent ainsi que la cellule dont elles émanent, en brun d'acajou. Les excroissances que je viens de décrire, qui se produisent après la mort de la cellule et tout autour d'elle, comme un collier de perles, qui ne rentrent jamais dans la masse, en un mot, qui n'ont rien des pseudopodes poussés dans diverses directions par la cellule vivante, et qui ont reçu le nom d'*excroissances sarcodiques*, sont donc produites par l'écoulement, hors de l'élément contractile privé de vie, d'une substance gommeuse qui l'imprègne, et qui est chargée de glycogène.

Nous reviendrons plus loin, Messieurs, sur ces analogies de composition existant entre les divers éléments anatomiques doués de la contractilité. Pour achever l'étude que nous avons entreprise, je dois maintenant vous indiquer les phénomènes qui se passent dans un faisceau musculaire qui a été rendu rigide et fixé dans sa forme par la raideur cadavérique. Vous savez actuellement que cette dernière tient à la coagulation de la myosine. Je vous ai dit d'autre part que la substance musculaire devient alors légèrement opaque, de tout-à-fait transparente qu'elle était pendant la vie. Attendez quelques heures, l'opacité du muscle mort aura disparu. Comment s'est-elle dissipée ?

Outre la myosine, l'hémoglobine musculaire, et les substances autres contenues dans le sérum du muscle vivant, l'on constate dans certaines circonstances la présence d'un acide libre, l'acide sarcolactique. Prenons un muscle au repos sur une grenouille vivante. Faisons passer dans sa masse une injection de sérum artificiel pour enlever entièrement le sang alcalin dont elle est chargée ; essayons ce muscle lavé, mais vivant, au papier de tournesol ; il est absolument neutre. Si maintenant il est artificiellement excité pendant longtemps, c'est-à-dire de manière à produire expérimentalement la *fatigue musculaire*, il prend une réaction nettement acide. Cette acidité paraît entièrement due à l'acide sarcolactique qui s'est produit.

Un phénomène analogue se passe dans les muscles atteints par la rigidité cadavérique. La myosine se coagule, le sérum musculaire est par cela même mis en liberté. La coagulation de la myosine détermine l'apparition d'une opacité légère. Ce premier résultat est facile à comprendre, la disparition de l'opacité des fibres musculaires ne l'est pas moins. Nous avons vu que le sérum musculaire, séparé de la myosine, de neutre qu'il était au début, devient graduellement acide. Il se charge, en effet, d'acide sarcolactique. Or, ce dernier agit sur le muscle, fixé dans sa forme par la rigidité, à la manière de tout acide faible ou dilué, de l'acide acétique par exemple, qui rend translucides, en les gonflant, les faisceaux musculaires primitifs striés. On voit alors nettement les disques épais, les espaces clairs, les disques minces, et les stries longitudinales parallèles qui forment les lignes de démarcation des cylindres primitifs accolés. Ceci revient à dire que l'on peut obtenir de très-bonnes préparations des muscles striés d'un animal, le lapin par exemple, en le sacrifiant, en plaçant le muscle dont on veut examiner les fibres dans une situation telle qu'il demeure tendu au moment où se produit la rigidité, et en dissociant enfin ces mêmes fibres, sur une lame de verre, au bout de quelques heures. En modifiant légèrement l'expérience, on obtient un autre résultat intéressant. Un lapin est sacrifié par la section du bulbe, les muscles de la cuisse sont mis à nu, le droit interne est placé, pendant que l'animal est encore chaud et flasque, dans une extension moyenne (Il est facile d'arriver à ce résultat en donnant au membre inférieur une attitude convenable, et en le maintenant fixé dans cette position). Coupons maintenant en travers la moitié interne du muscle, par exemple ; dans sa portion sectionnée, ce muscle se rétracte en haut et en bas. Si nous laissons la rigidité cadavérique se produire, nous aurons de la sorte, dans le même muscle, une partie qui deviendra rigide, tendue, une partie qui deviendra rigide, rétractée. Au bout de quelques heures les préparations prises dans les deux portions offriront des aspects bien différents. Les faisceaux primitifs de la portion tendue se montreront admirablement striés en travers, ainsi qu'il a été dit plus haut. Ceux provenant de la portion rétractée se diviseront avec une extrême facilité en leurs cylindres primitifs et en fibrilles. Ce résultat est instructif et doit être expliqué, ce me semble, de la manière suivante. En se rétractant, la substance contractile des faisceaux primitifs s'élargit, comme le fait un fil élastique tendu, dont on lâche les bouts et qui obéit à sa rétractilité. Les espaces interfibrillaires deviennent ainsi plus larges. Au moment où la rigidité cadavérique se produit, la myosine se sépare du sérum musculaire, et va s'accumuler dans les espaces précités où elle se coagule. De la sorte, et par l'effet même de cette interposition, la dissociation, dans le sens longitudinal, de la substance musculaire, c'est-à-dire sa décomposition en fibrilles, est considérablement favorisée.

Les notions générales que nous possédons actuellement, vont nous permettre, Messieurs, d'aborder enfin l'étude du difficile problème de la contractilité musculaire.

Nous devons cependant encore, auparavant, dire un mot de la contractilité considérée en elle-même, et non plus comme une propriété particulière des muscles, lisses ou striés. Vous avez vu déjà qu'un grand nombre d'éléments anatomiques sont contractiles ; les cellules lymphatiques, les épithéliums à cils vibratiles, ne sont point des muscles et présentent des mouvements. Je vais plus loin, et je crois que la contractilité, de même que l'excitabilité et la faculté de se nourrir, est une propriété commune à tous les éléments cellulaires qui composent les tissus des animaux. La cellule indifférente, le globule blanc du sang ou de la lymphe, possède ces trois principales propriétés diffuses dans sa masse, aucune ne paraît prédominante chez elle, et ne reçoit d'organes spéciaux. Les animaux inférieurs connus sous le nom d'amibes possèdent la constitution et les propriétés physiologiques des cellules lymphatiques ; mais à mesure que l'animal s'élève dans la série et devient plus parfait, la division du travail s'opère, chacun de ses éléments constitutifs n'est plus destiné à la fois à servir indistinctement d'organe à sa sensibilité, à sa nutrilité, à sa motricité. Les éléments spéciaux apparaissent certains, différenciés et individualisés en vue de présider à la motilité, se spécialisent dans ce sens : la contractilité devient leur propriété dominante, devant laquelle toutes les autres, restant dans leur germe, et demeurant plus obscures, semblent au premier abord disparaître. Inversement la contractilité devient, pour ainsi dire, comme larvée dans certains éléments anatomiques individualisés dans un sens particulier. Pour prendre un exemple, rien ne paraît au premier abord plus dénué de contractilité

qu'un segment interannulaire d'un tube nerveux à myéline. Ce segment n'est autre chose qu'une cellule profondément modifiée pour une fonction. Je puis cependant assurer que cette cellule contient, en germe, une contractilité que nous pouvons, à volonté, réveiller et rendre évidente. Un nerf mixte, tel que le sciatique du lapin est sectionné dans sa continuité. Son segment périphérique subit la dégénérescence wallérienne. Que se passe-t-il dans ce cas? Vers le quatrième jour après la section, si vous dissociez, avec les précautions voulues, le segment périphérique du nerf sectionné, vous reconnaîtrez que chacun des tubes nerveux à moelle qui le composent a subi des modifications profondes. Le noyau du milieu des segments n'est plus unique. Il a produit, en se divisant, un grand nombre de noyaux nouveaux qui se sont répandus dans la masse protoplasmique granuleuse qui remplit la gaîne de Schwann, et qui a divisé mécaniquement la myéline en boules, et le cylindre-axe en fragments. Cette masse a donc bourgeonné de mille manières afin d'opérer cette section. De plus, les noyaux de nouvelle formation ne sont pas juxtaposés, ils sont séparés les uns des autres, subissant dans le protoplasma une sorte de cheminement. Ceci revient à dire que la masse protoplasmique est le siége d'actions motrices, qui peuvent agir de manière à transporter, d'un point à un autre, un corps immobile par lui-même comme l'est un noyau. C'est-à-dire encore, *à effectuer un travail mécanique*, ce qui suppose le mouvement. Ainsi la motricité, contenue en germe et comme cachée dans le segment interannulaire, a été restituée à cette cellule auparavant formée d'un noyau entouré d'un protoplasma desséché. Il a suffi de la section du nerf pour rendre à ses éléments constitutifs individualisés leurs propriétés communes, et notamment la contractilité dont on n'y trouvait auparavant aucune trace.

Mais comment, dans la masse protoplasmique d'une amibe, ou d'une cellule indifférente telle qu'un globule blanc, la contractilité est-elle mise en jeu? Si l'on excite mécaniquement l'amibe ou le rhizopode, leurs pseudopodes rentrent dans la masse de leur corps, qui se rétracte momentanément en prenant une forme arrondie. Quand, à l'aide d'une secousse d'induction, l'on excite l'amibe, le même résultat se produit. La contraction consiste donc ici dans le retour à la forme arrondie de la masse de protoplasma homogène qui constitue le corps de l'animal.

Si le faisceau musculaire strié était homogène dans toutes ses parties, il reviendrait, comme l'amibe, à la forme ronde en se contractant. Mais il est constitué par des éléments distincts les uns des autres, et disposés très-régulièrement dans une direction axiale commune. C'est seulement dans cette direction et non dans tous les sens qu'il se raccourcit lorsqu'il se contracte. Je ferai remarquer enfin que la fibre musculaire, avec sa structure très-complexe, ne peut plus être considérée comme un élément anatomique simple, dans lequel la contractilité serait seulement développée à un très-haut degré et dominante; cette fibre musculaire n'est plus en effet simplement contractile, c'est un élément cellulaire spécialisé pour un rôle mécanique complexe. La contractilité y est réglée et comme dirigée dans un sens déterminé. La contractilité, diffuse dans la masse d'une amibe, est comme la vapeur dont la force expansive se propage dans tous les sens; la contractilité d'un faisceau musculaire primitif, pour suivre la même comparaison, est une force utilisée dans un appareil spécial; comme la vapeur conduite dans le corps de pompe cylindrique d'une machine, pousse le piston dans l'axe de ce cylindre, produisant un effet utile déterminé par le mécanisme, le raccourcissement du muscle strié dans le sens de l'axe de figure de ses faisceaux est le résultat de la disposition de la substance musculaire. La fibre musculaire devient, de cette manière, à l'inverse du protoplasma, non plus une *matière* mais un *instrument* contractile, disposé pour exécuter des actions mécaniques particulières, dans un sens prévu.

Nous étudierons, Messieurs, dans la prochaine leçon, la question de la contractilité musculaire sous une autre face, et j'essaierai de vous en donner une théorie plus acceptable que ne l'étaient les théories anciennes, que je vous ai longuement exposées en les discutant. (*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. S. DUPLAY.**

Fractures graves de jambe.

Leçon clinique recueillie par **Et. GOLAY**, interne du service.

Messieurs,

Le hasard a réuni dans nos salles, ces jours derniers, trois malades atteints de fracture de jambe compliquées de plaie ou tout au moins, pour l'un d'eux, de désordres considérables. Comme, dans votre pratique, vous aurez fréquemment l'occasion de rencontrer des cas semblables, je crois utile de vous entretenir de ces fractures et des indications, pronostiques et thérapeutiques qui s'y rattachent. Elles sont souvent, en effet, de nature à mettre le chirurgien dans l'embarras.

Chez nos trois malades (deux hommes et une femme), la fracture atteint les deux os de la jambe et siége à leur partie moyenne, ou plutôt à l'union de leurs deux tiers supérieurs avec leur tiers inférieur. Chez deux d'entre eux, la fracture est compliquée de plaie; chez l'autre, quoique cette complication n'existe pas, la fracture n'en présente pas moins une gravité exceptionnelle, en raison des habitudes alcooliques du malade et de la dilacération énorme des parties molles au-dessous de la peau restée intacte.

Les fractures de jambe, vous le savez, peuvent se produire par cause directe ou par cause indirecte. Dans le premier cas, l'os se brise au point même où il est atteint par le corps vulnérant; dans le second cas, au contraire, il est brisé par deux forces opposées agissant à ses deux extrémités et tendant à le faire céder à sa partie moyenne. Le plus souvent les fractures de jambe par cause indirecte surviennent de la manière suivante : l'homme tombe, et au moment de la chute, les os de la jambe subissent un mouvement de torsion qui les fait porter à faux à leurs deux extrémités et qui les brise à leur partie moyenne, à la manière d'un morceau de bois que l'on tord avec force. D'autres fois, c'est le corps qui subit le mouvement de rotation, tandis que le pied reste fixé dans une rainure du sol ou un défaut du pavé.

C'est par un de ces mécanismes qu'est survenue la fracture de jambe chez la femme couchée au n° 63 de la salle Sainte-Marthe. En descendant son escalier, elle a fait un faux pas, son pied s'est tordu et elle est tombée assise sur sa jambe. — Chez le n° 36 de la salle Saint-Augustin, le mécanisme semble avoir dû être le même, si ce n'est qu'il est tombé du haut de sa voiture. Nous n'avons pas pu, cependant, obtenir de détails très-explicites sur les circonstances qui ont accompagné sa chute.

Quant au malade couché au n° 65 de la salle Saint-Augustin, il présente un type de fracture directe. En effet, étant en état d'ivresse, il est tombé de sa voiture et la roue lui passant sur la jambe a déterminé un écrasement des os.

Je vous ai dit que, chez deux de nos malades, la fracture est compliquée de plaie. Vous n'ignorez pas que cette complication aggrave singulièrement le pronostic des fractures, mais il importe aussi de savoir que la gravité de cette complication est également subordonnée au mode de production de la plaie et qu'elle varie suivant que celle-ci résulte d'un traumatisme direct ou indirect.

Dans les fractures indirectes, au moment où l'homme tombe et se fracture la jambe, le fragment supérieur du tibia, le plus souvent taillé obliquement, agit à la façon d'un instrument acéré et perfore les parties molles de dedans en dehors. Parfois, il vient faire saillie à l'extérieur et dans quelques cas même, l'impulsion communiquée à ce fragment, peut être assez forte pour qu'il s'implante dans le sol. La perforation de la peau peut encore se produire dans une

fracture de jambe, primitivement simple, lorsque le blessé, après sa chute, cherche à se relever; l'extrémité acérée du tibia, abaissée par le poids du corps, perfore la peau et vient sortir à l'extérieur. Cet accident se montre fréquemment chez les individus qui, au moment de l'accident, sont en état d'ivresse.

Dans les fractures de cause directe, la plaie est produite de dehors en dedans et s'accompagne d'une attrition plus ou moins considérable de la peau et des parties molles sous-jacentes. Qu'il s'agisse d'un corps vulnérant venant frapper le membre, ou d'une roue de voiture qui l'écrase, les téguments fortement comprimés, contus, se déchirent dans une étendue variable, le tissu cellulaire, l'aponévrose, les muscles, les vaisseaux et les nerfs sont plus ou moins dilacérés.

De ces notions sur le mécanisme de la fracture de jambe avec plaies, je veux tirer, au point de vue pratique, la conséquence suivante : c'est que, dans la fracture indirecte avec plaies produites de dedans en dehors, la solution de continuité des parties molles, étant généralement petite et s'accompagnant de délabrements peu étendus des parties molles, peut se comporter comme une plaie simple, tandis que, dans la fracture par cause directe, les effets de la violence extérieure, s'ajoutant nécessairement à ceux de la solution de continuité osseuse, on doit craindre que la contusion violente de la peau et des parties molles sous-jacentes et parfois même la déchirure des muscles, des vaisseaux et des nerfs, ne déterminent ultérieurement des phlegmons diffus ou même une gangrène plus ou moins étendue du membre.

Chez nos trois malades, la fracture siége à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la jambe, et présente une coupe oblique dirigée de haut en bas et de dehors en dedans. Cette disposition, que l'on a désignée sous les noms de fracture oblique, en bec de flûte, peut s'expliquer un peu d'après la direction des fibres osseuses du tibia qui présentent, en effet, une disposition analogue. Ces particularités du trait de fracture rendent compte de la facilité avec laquelle se produisent les déplacements du fragment supérieur du tibia qui se porte d'habitude en avant et en dedans. Quant à la fracture du péroné, elle est tout-à-fait accessoire et ne change en rien la physionomie de la lésion principale. Aussi, pouvons-nous la passer sous silence.

La fracture du tibia présente, parfois, la forme d'un V alternatif sur les deux fragments. Ces fractures, décrites par M. Gosselin, sous le nom de fracture en V du tibia, sont d'un grand intérêt au point de vue anatomo-pathologique, parce qu'il existe fréquemment sur le fragment inférieur une fissure ou fêlure qui, partant du sommet du V, vient contourner en spirale la face interne du tibia et pénétrer dans l'articulation tibio-tarsienne. Ces fractures sont graves en ce qu'elles s'accompagnent très-souvent de l'attrition de la substance médullaire de l'os et exposent le malade à tous les accidents d'une arthrite tibio-tarsienne et d'une ostéo-myélite suppurée. Malheureusement, cette fissure n'étant pas révélée par les signes physiques, son diagnostic est impossible.

Nous avons dit que l'obliquité des fragments supérieurs du tibia, expose le malade à une perforation complète des parties molles de la jambe, soit au moment de l'accident, soit lorsque le blessé, cherchant à se relever, appuie de tout le poids de son corps sur le fragment supérieur et l'abaisse assez fortement pour perforer la peau. Quelquefois l'abaissement est moins prononcé et l'on peut observer le simple soulèvement des téguments avec saillie du fragment, sensible à travers la peau à la partie interne et antérieure de la jambe. C'est ce que vous pouvez constater chez le malade couché au n° 36 de la salle Saint-Augustin. Dans ce cas, nous ne savons pas exactement comment les choses se sont passées et quel est le mécanisme exact de la fracture. Nous ne pouvons dire, d'une manière certaine, si nous avons affaire à une fracture directe ou à une fracture indirecte. Ce qui est certain, c'est que cet homme, au moment de l'accident, était en état d'ivresse; aussi est-il vraisemblable qu'après l'accident il s'est agité considérablement, qu'il a fait de grands efforts pour se relever, et que, probablement, les extrémités des fragments, sous cette influence, ont dilacéré tous les tissus et amené l'ecchymose et les contusions étendues que nous avons constatées. La fracture, dans ce cas, quoiqu'elle ne soit pas compliquée de plaie, peut devenir aussi grave que celle de nos deux autres malades. La pointe du fragment supérieur peut venir, d'un moment à l'autre, traverser la peau, directement ou à la suite d'une petite eschare que la pression aura fait naître, et transformer une fracture d'apparence simple en une fracture des plus compliquées.

Il n'est pas rare de constater, dans les fractures par cause directe, la présence d'esquilles osseuses. Ces fragments d'os, reliés le plus souvent les uns aux autres par des débris de périoste, peuvent, en s'interposant entre les fragments, opposer une résistance invincible à la réduction complète. Le n° 36 nous offre un exemple de cette complication. Nous avons, en effet, constaté par la palpation, chez ce malade, la présence dans le foyer de la fracture, d'un fragment osseux isolé et mobile. Ces fractures comminutives, même non compliquées de plaie extérieure, doivent toujours être considérées comme très-graves.

Dans les fractures compliquées de jambe, on peut observer tous les intermédiaires entre les plaies les plus petites et les plus étendues. Quoique généralement la gravité du pronostic augmente avec l'étendue des lésions cutanées, une plaie même très-petite pouvant coexister avec des délabrements considérables des tissus sous-jacents peut devenir dans certains cas très-dangereuse. La femme couchée au n° 63 de la salle Sainte-Marthe en est un exemple. Quoique la plaie de la jambe admît à peine l'extrémité d'un stylet, nous avons failli voir survenir chez elle, les accidents les plus graves des fractures compliquées. Cependant, dans les fractures indirectes avec plaie, le foyer de la fracture est en général relativement circonscrit et limité autour des fragments osseux ; il se peut faire même, qu'à part les tissus directement embrochés par le fragment saillant, les parties voisines soient restées relativement saines. C'est pour cela que le plus souvent les accidents dans les fractures indirectes ne sont pas à comparer avec l'intensité de ceux qui surviennent à la suite des fractures directes. En effet, dans ces dernières, que la solution de continuité osseuse ait été produite par le passage d'une roue de voiture ou quelque autre agent vulnérant très-lourd, les tissus ont été tiraillés, comprimés, contus, la peau est déchirée et toutes les parties molles sont le siége d'une infiltration sanguine plus ou moins étendue. Sous la peau, la réparation de ces lésions pourrait encore se faire, mais cela n'est plus possible quand ces tissus, altérés, sont exposés au contact de l'air. Ils s'enflamment et l'on voit survenir des phlegmons diffus qui envahissent peu à peu tout le membre ; l'inflammation suppurative se propage au foyer de la fracture, c'est-à-dire à l'os, et, quelquefois à l'articulation tibio-tarsienne ; une ostéo-myélite, une arthrite, se montrent, et bientôt le malade est emporté par une suppuration interminable ou par pyohémie. D'autres fois, les désordres produits dans les parties molles par l'agent vulnérant sont assez considérables pour qu'on voie survenir peu de temps après l'accident, la gangrène d'une partie plus ou moins étendue du membre fracturé. Un exemple nous en est donné par le malade couché au n° 65 de la salle Saint-Augustin. Il est entré il y a quatre jours avec une fracture compliquée d'attrition considérable des parties molles, et quoique dans ce cas, la lésion des os soit relativement moins grave que chez nos deux autres malades, le délabrement des tissus a été porté si loin, qu'aujourd'hui déjà vous avez pu constater une gangrène étendue à toute la moitié inférieure de la jambe. Cet exemple vous montre bien la gravité particulière des fractures par cause directe. Que votre pronostic soit donc toujours grave, quand il s'agit d'une fracture directe compliquée de plaie. Mais à côté de cela, il y a bien d'autres considérations à mettre en ligne au

point de vue du pronostic. Pour ce qui a rapport à l'âge des malades, chacun sait, que les fractures sont moins graves chez les sujets jeunes que chez les sujets âgés. A ce point de vue, nos malades sont dans des conditions relativement mauvaises, puisqu'ils ont tous trois dépassé la quarantaine et même deux d'entre eux la cinquantaine. Le chirurgien doit aussi tenir compte de l'état de santé antérieure des malades, de leur épuisement par des travaux fatigants, de leur séjour dans un hôpital chargé d'émanations nocives, toutes conditions défavorables à une guérison rapide et qui les disposent aux accidents de la suppuration.

Mais de toutes les *causes* qui peuvent avoir une influence fâcheuse sur la guérison des fractures, l'alcoolisme est une des conditions les plus défavorables. Il est, en effet, fréquent de voir une fracture même bénigne, développer rapidement des accidents d'alcoolisme aigu. Sous cette influence, les malades s'agitent et détruisent à tout moment le rapport des fragments. A côté de cela, il est certain que les alcooliques réparent moins facilement les lésions qui atteignent leurs tissus que les personnes qui ont une vie sobre et régulière. — Cette question du *pronostic* terminée, quel est le meilleur *traitement* à appliquer aux fractures graves de la jambe ?

Dans les cas de fracture grave avec plaie, on a fréquemment à se demander : faut-il amputer ou conserver ? Il est impossible de donner une réponse catégorique à cet égard ; mais, d'une manière générale, je crois pouvoir dire que, sauf certains cas exceptionnels, la conservation doit être la règle générale. Qui de vous n'a pas entendu dire dans le monde : « Tel malade a refusé l'amputation et il a guéri ? » C'est qu'en effet, il vous faut bien savoir que, dans la plupart des cas de fractures graves, les chances de mort sont à peu près égales avec l'amputation qu'avec la conservation. Mais, si le malade guérit sans amputation, il conserve une jambe qui lui rendra de grands services, tandis que si vous l'amputez, il guérira aussi, c'est possible, mais sera condamné à se servir d'une jambe de bois. Aussi, est-ce la seule règle générale que nous puissions poser à ce sujet : *Conservez le plus que vous pourrez.*

Cependant, il ne faut pas aller trop loin dans cette manière de faire, et il est nécessairement des cas dans lesquels l'amputation est commandée. Il serait fou, en effet, de chercher à conserver un membre qui est le siége d'un délabrement trop considérable, un membre dont toutes les parties molles sont déchirées, dont les muscles font hernie à travers la peau, comme cela se voit par exemple lorsqu'un membre a été pris dans une machine. Dans ces cas, il n'y a rien à attendre de la chirurgie conservatrice; ne pas amputer, c'est laisser mourir le malade; couper le membre au contraire, c'est donner au sujet un peu de chance du côté du rétablissement.

Pour notre malade, couché au nº 36, quoique sa fracture soit des plus graves, quoique sa jambe soit le siége d'une infiltration sanguine très-étendue, que ses extrémités osseuses se meuvent librement au milieu d'un foyer énorme, il eût été fou de lui proposer l'amputation. Et nous avons bien fait, car aujourd'hui, malgré ces graves lésions, il a échappé aux phénomènes généraux graves auxquels il était exposé, et actuellement sa fracture est devenue à peu près aussi simple que beaucoup d'autres que nous avons dans nos salles.

Si la fracture est compliquée d'une solution de continuité peu étendue de la peau, il faut soustraire la plaie et le foyer de la fracture au contact de l'air, de manière à éviter autant que possible la suppuration. On y parvient en pratiquant l'occlusion; c'est ce qui a été fait chez la femme couchée au nº 63. On lui avait déjà fait une occlusion avant son entrée dans nos salles, mais elle avait été imparfaite, et lorsque nous vîmes la malade, la plaie commençait à suppurer. Nous avons cherché à faire une occlusion plus efficace, en recouvrant la plaie de baudruche fixée avec du collodion, mais nous n'avons pas pu arriver à obtenir la réunion ; la suppuration était établie et elle a continué en se traduisant à l'extérieur par du gonflement du membre et de la rougeur autour de la plaie. Dans ces cas, il faut supprimer l'occlusion qui n'a d'autre résultat que d'enfermer le loup dans la bergerie et débrider largement, de manière à donner une libre issue au pus. Si vous vous le rappelez, c'est ce que nous avons fait, il y a quelques jours, chez notre malade, et vous avez pu remarquer qu'elle est actuellement dans une excellente voie de guérison.

Lorsque la plaie est plus large, et qu'il y a issue d'un fragment à l'extérieur (ce n'est le cas chez aucun de nos trois malades,) il faut chercher à le réduire. Mais quelquefois les tissus sont si gonflés, qu'ils serrent l'extrémité osseuse et opposent une résistance invincible à la réduction. On peut alors chercher à faire de petits débridements pour repousser le fragment et le remettre dans sa position normale. Cette manœuvre est quelquefois fort difficile par le fait de l'engrénement des fragments et d'une sorte de contraction spasmodique des muscles. Dans ces cas, je ne vous conseille pas, pour faire cesser cette contracture musculaire, d'employer le chloroforme, parce que, avant qu'on puisse obtenir par cet agent, l'anesthésie et la résolution musculaire, il faut faire passer le malade par une période d'excitation, dans laquelle on court la chance de voir les désordres des parties être augmentés. Et, à supposer que par ce moyen, on arrivât à opérer une réduction satisfaisante, le malade en passant de l'état de sommeil anesthésique à celui du réveil, traverse de nouveau une période d'excitation qui détruit tout le résultat que l'on a obtenu. Il vaut mieux, je crois, réséquer le fragment saillant. Vous avez pu voir ce matin, parmi les personnes consultantes, un de nos anciens malades qui est venu me montrer l'état de sa jambe. Cet homme, que j'ai soigné l'année dernière, avait une fracture compliquée de plaie avec saillie du péroné à l'extérieur, nous avons réséqué six centimètres de cet os et le malade a très-bien guéri. Si donc, malgré des débridements et des tractions longtemps soutenues, la réduction ne peut être obtenue, il est bon de réséquer la portion de l'os qui fait saillie à l'extérieur.

La fracture réduite, il faut la maintenir dans cet état.

Parmi les différents procédés que nous avons à notre portée pour obtenir l'immobilisation, l'*appareil ouaté* est un des plus commodes. Il a pour lui l'avantage d'exercer une sorte de compression élastique et d'isoler la fracture de l'air extérieur; mais il présente aussi le grave inconvénient de cacher la position des fragments osseux et d'exposer à la perforation lente de la peau, ou tout au moins à une consolidation vicieuse. Aussi n'oserais-je pas vous en conseiller l'usage pour les cas de fractures du corps de la jambe. L'appareil ouaté conviendrait seulement s'il n'existait aucune tendance au déplacement. Mais il donne d'excellents résultats dans les fractures compliquées de la partie inférieure, dans celles qui sont très-voisines de l'articulation tibio-tarsienne. Ce n'est pas de celles-là qu'il est question.

La *gouttière plâtrée* présente des avantages notables sur beaucoup d'autres appareils ; aussi est-elle employée par beaucoup de chirurgiens sur une large échelle. Elle assure parfaitement l'immobilisation et constitue un excellent moyen de traitement des fractures simples, mais dans quelques cas elle présente aussi de graves inconvénients. C'est ainsi que lorsqu'il survient une inflammation phlegmoneuse du membre fracturé, le bord de la gouttière plâtrée, sous l'influence du gonflement des tissus, peut presser la peau, l'ulcérer peu à peu et déterminer un sphacèle au niveau du fragment saillant. J'ai vu quelquefois ces accidents nécessiter l'amputation de la jambe et faire mourir le malade de pyohémie. La gouttière plâtrée doit donc être attentivement surveillée. Aussi ai-je l'habitude de ne l'appliquer qu'une fois que la période inflammatoire est passée et qu'il ne reste plus de gonflement du membre. Elle devient, alors, un excellent moyen d'immobilisation que j'emploie fréquemment. La *gouttière en fil de fer* est en somme l'appareil qui vous rendra le plus de services. Il faut la

ouater fortement à l'intérieur, et placer un petit coussin de ouate sous le tendon d'Achille. Ensuite, on cale fortement le membre sur les côtés et fixe solidement le pied et la jambe au moyen de bandes roulées, de manière que le siége seul de la fracture soit à découvert, et qu'on puisse voir chaque jour ce qui se passe du côté de l'os fracturé. Le membre est ainsi immobilisé et l'on n'a à craindre aucun accident de la part de l'appareil. Chez les malades qui ont une disposition à s'agiter beaucoup dans leur lit et en particulier chez les alcooliques, j'ajoute fréquemment à cette gouttière, l'hyponarthésie qui assure encore mieux l'immobilisation. Une fois les accidents aigus passés, lorsque l'on n'a plus à craindre de voir survenir une inflammation phlegmoneuse, si l'on trouve que les extrémités osseuses ne sont pas assez bien soutenues, je conseille alors d'appliquer un appareil plâtré et de replacer le membre malade dans la gouttière en fil de fer. C'est ce que nous avons fait chez la malade couchée au n° 63 de la salle Sainte-Marthe, parce que j'avais trouvé que l'immobilisation donnée par la gouttière n'était pas suffisante. A partir de ce moment, les fragments n'ont plus bougé, les douleurs ont disparu et dès le lendemain nous constations une amélioration notable.

Dans les cas où la guérison complète se fait attendre à cause de la présence d'esquilles dans le foyer de la fracture, on peut les extraire peu à peu et conduire le malade au rétablissement définitif.

Mais quelquefois, les choses tournent autrement. Des accidents tels que phlegmons diffus, gangrène, ostéite, nécrose étendue des fragments, lenteur infinie de la cicatrisation de la plaie, suppuration intarissable, peuvent se montrer. Le malade est alors menacé de mourir par hecticité. Dans ces cas, on est obligé d'en venir à l'amputation secondaire, seule chance de salut pour le malade.

Les amputations immédiates sont excessivement graves, les amputations secondaires pratiquées dans un état de chronicité relative du mal ont au contraire une bénignité relative. C'est ainsi que chez notre malade couché au n° 65, malgré la gangrène qui a envahi toute la moitié inférieure de la jambe, je n'ai pas cru que l'amputation immédiate dût être proposée. Il est préférable d'attendre que l'état grave dans lequel il est aujourd'hui soit amendé, que son état fébrile diminue, qu'il se relève, qu'il sorte de la somnolence et de la prostration dans lesquelles il est plongé. Une amputation faite aujourd'hui le ferait certainement mourir d'ici à demain. Quelque grave que soit l'état de ce malade, il peut se relever et un cercle d'élimination se forme entre les parties gangrénées et les tissus sains. C'est à ce moment seulement, s'il ne meurt pas d'ici là, que nous pourrons intervenir et pratiquer l'amputation secondaire avec quelque chance de succès.

MALADIES DES YEUX

Amaurose nicotinique;

Par **Charles GUÉLLIOT.**

On sait depuis longtemps que les ouvriers qui travaillent dans les manufactures de tabac, sont sujets à des conjonctivites, et j'ai eu l'occasion d'observer des faits semblables à la clinique de mon savant maître en ophthalmologie, le Dr Galezowski. Mais ce qui est moins connu ce sont les troubles de la vue produits par l'abus du tabac à fumer.

En 1847, Wright (1), en faisant prendre à des chiens 13 à 32 grammes de tabac mêlés aux aliments, a remarqué qu'à la fin de leur vie, ils étaient généralement atteints de cécité. Lander, Mackensie et Wordworth (2) considèrent que l'atrophie de la papille optique est la lésion caractéristique de l'empoisonnement par le tabac. Enfin, la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question n'ont guère signalé que cette lésion de la papille, et presque tous confondent l'amaurose nicotinique avec l'amaurose alcoolique.

(1) *Annales d'hygiène*. V. 38. *Maladies résultant de l'abus du tabac*, par Laycock et Wright (Londres).

(2) *Ann. d'hygiène*, V. 37, 2e série, *Sur quelques amblyopies toxiques*, par le Dr Réau.

Ce qui s'explique facilement, car il est rare de voir le tabac produire des troubles de la vue assez notables pour que le malade implore les secours de la médecine. Follin (1) en effet dit n'en avoir vu que deux cas certains. C'est cette rareté de l'amaurose nicotinique qui m'a engagé à publier le résultat de mes recherches.

Je me trouvais pour faire mes observations dans un pays où le tabac fait un certain nombre de victimes, et je crois que cette fréquence relative de l'amaurose nicotinique dans les Ardennes doit être imputée d'abord à la grande consommation de tabac qui se fait du reste dans tous les départements du Nord, et peut-être aussi au tabac belge qui a remplacé dans bien des villages le tabac français. Cette dernière supposition concorde avec celle des Drs Dickson et Réau (2) qui affirment qu'à Constantinople, l'amaurose nicotinique est moins fréquente que dans les autres pays, et qui croient devoir trouver l'explication de cette différence dans la qualité du tabac d'Orient qui est moins fort que le tabac français.

Après avoir observé à Vouziers plusieurs exemples de cette maladie dont la première idée me fut donnée par un judicieux et infatigable observateur M. le Dr Vincent, j'eus le bonheur de rencontrer à Paris quelques cas semblables que je parvins à découvrir en interrogeant tous les malades qui entraient à l'hôpital. Je vais donc rapporter quelques-unes de ces observations et je les ferai suivre d'une observation d'amaurose alcoolique, afin de faire voir quel doit être, selon moi, le diagnostic différentiel de ces deux maladies.

Observation I. — D..., gantier, âgé de 50 ans, se présente à la clinique du Dr Galezowski pour une conjonctivite contractée quelques jours auparavant. — Après la consultation je le pris à part et je l'interrogeai au point de vue de l'intoxication par le tabac comme j'avais l'habitude de le faire pour tous les malades que j'avais à examiner. J'appris alors que cet individu était affecté d'une maladie dont il ne s'était plaint en aucune façon.

Voici les renseignements qui me furent donnés : cet homme fume depuis le matin jusqu'au soir (40 centimes de tabac par jour). L'œil *droit* est complétement perdu. Quand cet œil a commencé à faiblir il y a un an, le malade voyait tout à travers un nuage; peu de temps après, il a tout vu en jaune. L'autre œil n'a été perdu que depuis. De ce côté, l'acuité centrale est abolie, tandis que la perception périphérique est encore normale. Outre le scotôme central, le malade voit continuellement des mouches volantes; de plus, il lui arrive de temps en temps de voir les objets recouverts d'une teinte jaune, mais jamais il n'a eu de douleurs. Enfin, ce dont il se rend parfaitement compte à cause de sa profession, il n'a jamais confondu les couleurs. Je lui présente, en effet, une pièce de dix francs et une pièce de cinquante centimes, il les distingue parfaitement. Il m'assure qu'il voit *moins bien* le soir que pendant la journée. Je termine en examinant mon malade à l'ophthalmoscope :

La papille droite est atrophiée, la gauche est certainement anémique, plus blanche qu'à l'état normal. L'ophthalmoscope ne m'a pas révélé autre chose.

Enfin du côté droit (le côté complétement perdu) la pupille est *rétrécie* et immobile. Ce malade, malgré mes recommandations, n'est pas revenu à la clinique de M. Galezowski, je n'ai donc pu constater les effets du traitement si simple, mais il est vrai, si difficile à suivre, que je lui avais indiqué : s'abstenir complétement de fumer.

Observation II. — L..., âgé de 62 ans, employé, entre (service de M. Guyon), à l'hôpital Necker, pour un épithélioma du rectum. Cet homme fumait tous les jours un cigare

(1) *Dict. encyclopédique*.

(2) *Ann. d'hygiène*. 37. 2e série, loc. cit.

et pour 30 ou 40 centimes de tabac. Après la visite, il me raconte que, outre la maladie qui l'amène à l'hôpital, il a encore à se plaindre de sa vue qui a considérablenent faibli depuis quelque temps.

L'œil *droit* s'est pris il y a deux mois. A partir de ce moment, le malade a vu les objets à travers un brouillard, il accuse le scotôme central et les mouches volantes. Le brouillard devient de plus en plus épais et de temps en temps le malade voit les objets en jaune. L'œil gauche a été pris cinq semaines après l'œil droit qui est à peu près perdu aujourd'hui. Des deux côtés, les pupilles sont *rétrécies* et immobiles. Enfin, le malade ne *confond pas les couleurs,* il distingue parfaitement une pièce d'or d'une pièce d'argent, et il m'affirme qu'il ne voit plus rien quand *arrive le soir*. Je dirai plus loin l'importance que j'attache à ces deux derniers symptômes. Je n'ai pas pu faire cette fois l'examen ophthalmoscopique.

Observation III. — L..., concierge, fumait pour 30 centimes de tabac par jour. Un jour, il s'est aperçu qu'il voyait tout à travers un brouillard. Quand il cherchait à distinguer quelque chose à travers ce nuage, il voyait passer devant ses yeux des mouches volantes et l'objet qu'il fixait lui paraissait jaune. Jamais il n'y a eu de confusion des couleurs, jamais de douleurs de tête; cet homme voyait mieux le jour que le soir. Aujourd'hui (15 avril 1875), le malade est retenu dans son lit par un carcinome de l'estomac. Par ordre de son médecin, il s'est abstenu de fumer, et sa vue redevient de jour en jour meilleure.

Observation IV. — M. X., docteur en médecine, à qui je faisais part de mes recherches, m'assura que depuis quelque temps il voyait les objets à travers un brouillard, qu'il était incommodé par des mouches volantes, que souvent les objets lui paraissaient *jaunes*, que jamais il n'avait confondu les couleurs, et que, une fois le soir arrivé, il voyait moins bien.

Observation V. — L... demeurant à Vaudy (Ardennes), a été soldat pendant deux ans, puis domestique. Pendant tout ce temps il a fait de nombreux excès. L'œil droit a été pris le premier en 1864, il était alors soldat en Afrique. La vue de ce côté est complétement abolie, pas de phosphènes. L'ophthalmoscope me montre dans cet œil une atrophie complète de la papille et des taches atrophiques sur la choroïde. Le malade me donne un renseignement précieux : cet œil a été perdu en très-peu de temps. La pupille est étroite et immobile.

L'œil gauche a été pris un mois après l'autre ; la vue de ce côté n'est pas complétement abolie, l'état est stationnaire depuis longtemps.

L'ophthalmoscope révèle les mêmes lésions que dans l'autre œil, mais moins prononcées; de ce côté, la pupille est large et mobile, pas d'injections des conjonctives. Le malade n'a jamais souffert et il nie tout antécédent syphilitique. Fait important : il m'assure que lorsqu'il voyait encore assez clair pour se conduire, sa vue était *bien moins nette* le soir que dans la journée, et il ajoute qu'il n'a jamais confondu les couleurs. Depuis quelque temps, cet individu n'a plus le moyen de s'acheter de tabac et il lui semble que sa vue est un peu meilleure. Je lui conseille de rompre complétement avec ses habitudes, sans espérer toutefois une grande amélioration. C'est là un cas d'amaurose nicotinique à son degré extrême.

Observation VI. — G..., marchand de grains, est entré à l'hôpital de Vouziers, pour une bronchite chronique. Sa vue qui, jusque là avait été bonne, a faibli depuis trois mois et les deux yeux ont été pris en même temps. Il y a de la diplopie, jamais ou presque jamais de douleurs, pas de larmoiement, si ce n'est au grand soleil. Le malade *voit mieux* le soir que pendant la journée.

Il a reçu, il y a plusieurs années, un coup de pied de cheval dans la région temporale gauche, l'œil a été malade quelque temps, mais la vision n'a pas été atteinte. Si ce malade voit à travers un brouillard, il n'accuse pas de mouches volantes, mais un simple scotôme central. Il lui arrive souvent de confondre les couleurs ; il voit des animaux, principalement des rats, comme tous les alcooliques. L'examen du fond de l'œil révèle une blancheur anormale des deux papilles, peut-être un commencement d'atrophie. Nul doute que je n'aie eu affaire ici à une amaurose alcoolique. Cet homme, qui fumait, il est vrai, buvait du vin toute la journée, de l'eau-de-vie quatre fois par jour et de l'absinthe une fois.

Depuis cette époque, j'ai revu ce malade : sa vue ne s'est que faiblement améliorée, bien que, à l'hôpital, il soit privé d'alcool. Je dirai plus loin l'importance que j'attache à cette marche lente des phénomènes dans l'amaurose alcoolique.

Conclusions. — Je ferai d'abord remarquer que, comme le recommande Follin (1), j'ai eu soin de m'informer de la quantité de tabac que chacun de mes malades fumait dans une journée. Je dirai ensuite que tous les individus dont j'ai pris l'observation fumaient la pipe. Je n'ai pas vu l'amaurose nicotinique produite par le tabac à priser, probablement à cause de l'absorption minime de principe actif, comme le fait remarquer dans sa thèse le docteur Apostoli (2).

Si je passe maintenant en revue les symptômes que m'ont présentés mes malades, je trouve :

1° Que l'amaurose nicotinique commence toujours par un seul œil, et n'est jamais bilatérale d'emblée, comme semble l'admettre Hutchinson, *in The Lancet*, 7 novembre 1863 ; — 2° Que l'œil droit est affecté le premier, bien que Hutchinson et Apostoli pensent le contraire ; — 3° Que dès le commencement le malade voit à travers un brouillard qui devient de plus en plus épais ; — 4° Qu'en même temps que ce brouillard, il existe un scotôme central, scotôme admis par Apostoli et Wecker (3), mais que n'admet pas Follin ; — 5° Que, comme le dit Wecker, il y a d'abord un abaissement de l'acuité centrale, tandis que la perception périphérique reste normale au début ; — 6° Que je n'ai jamais rencontré les douleurs signalées par Apostoli, ni la céphalalgie dont parle Follin ; — 7° Que dès l'apparition du brouillard les malades voient de temps en temps les objets en jaune, — comme Wecker seul l'a fait remarquer ; — 8° Qu'il n'y a jamais confusion des couleurs, malgré ce que disent la plupart des auteurs ; — 9° Que toujours les malades voient moins bien le soir ; — 10° Que presque toujours les pupilles sont rétrécies et immobiles ; — 11° Que la maladie qui marche assez vite peut se terminer par l'atrophie de la papille, comme Hutchinson l'a vu une fois sur trois (*The Lancet*, août 1863).

Il me semble enfin que l'amaurose nicotinique et l'amaurose alcoolique peuvent être distinguées l'une de l'autre : 1° Parce que l'amaurose alcoolique commence d'emblée par les deux yeux, tandis que l'amaurose nicotinique commence toujours par être unilatérale ; — 2° Parce que, si le scotôme central existe dans les deux maladies, les mouches volantes ne se voient que dans l'intoxication nicotinique ; — 3° Parce que la confusion des couleurs qui existe dans l'amaurose alcoolique ne se montre *jamais* dans l'amaurose nicotinique ; — 4° Parce que, si la douleur peut exister dans l'amaurose alcoolique, elle n'existe pas dans celle qui résulte de l'intoxication par le tabac ; — 5° Parce que, tandis que l'alcoolique voit mieux le soir, l'individu atteint d'amaurose nicotinique voit assez bien pendant la journée et ne voit plus rien quand le jour baisse ; — 6° Parce que, si les deux maladies peuvent se terminer par l'atrophie de la papille, l'amaurose nicotinique marche beaucoup plus vite.

Je termine en disant que j'ai voulu attirer l'attention sur deux symptômes de l'amaurose nicotinique qui n'avaient pas été signalés jusqu'à présent : 1° Les malades voient moins bien le soir que pendant la journée ; — 2° Ils ne confondent jamais les couleurs.

(1) *Dict. encyclopédique.*
(2) Apostoli. *Thèse de Paris.* 1872.
(3) Wecker. — *Traité des maladies des yeux.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MEDICAL.*

L'Agrégation à la Faculté de Médecine de Paris.

Nous avons déjà, à deux reprises, parlé de la mesure qui consisterait à supprimer un certain nombre de places au prochain concours d'agrégation. Nous ne reviendrons pas sur les arguments qui nous paraissent plaider contre cette mesure, mais nous constatons avec plaisir les progrès que paraît faire l'opinion que nous avons soutenue avec M. Cornil.

La *France médicale,* dans son numéro de samedi dernier, s'occupe aussi de cette question. Après avoir parlé de la suppression du stage, auquel il reconnaît des avantages assez discutables, notre confrère ajoute :

« Mais cette mesure n'augmenterait le nombre des agrégés examinateurs qu'à la condition de donner aux concours qui auront lieu l'année prochaine, un nombre de places égal à celui des années précédentes. Le nombre des agrégés serait ainsi augmenté et nous ne saurions qu'applaudir à cette mesure. Mais si, comme le bruit en a couru, on devait maintenir le même nombre d'agrégés en exercice, et pour cela diminuer le nombre des places à donner dans le prochain concours, nous verrions là une mesure regrettable. La suppression du stage ne serait plus une mesure justifiée par le besoin d'augmenter le nombre des examinateurs. Cette mesure aurait, en outre, l'inconvénient de faire subir à une génération de jeunes travailleurs un préjudice considérable. »

Ces arguments trouveront-ils de l'écho en haut lieu ? Il est peut-être aujourd'hui plus qu'il y a huit jours, permis de l'espérer. En effet, d'après des renseignements que nous avons tout lieu de croire exacts, la majorité des professeurs de la Faculté serait disposée à appuyer la demande qui lui a été adressée par les candidats, et à seconder vivement les efforts de M. l'Inspecteur général pour maintenir le concours dans les conditions habituelles.

Note sur un cas de luxation incomplète en arrière de l'indicateur sur son métacarpien.

Les luxations métacarpo-phalangiennes des quatre derniers doigts sont extrêmement rares : Malgaigne n'a pu en réunir que neuf observations, et les *Traités de Pathologie externe* ne leur consacrent que de très-courts articles. Aussi avons-nous pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de faire connaître le cas suivant, que nous avons eu occasion d'observer récemment.

Georges Z..., âgé d'environ quarante ans, chef de cuisine, nous raconte, le 17 janvier, que la veille au soir, en décrochant une plaque à rôtir, d'un poids assez considérable, il a senti cette plaque lui échapper; il a essayé de la retenir, mais il a ressenti à l'indicateur de la main gauche une vive douleur qui l'a forcé à lâcher prise. Pendant la soirée du 16 et la matinée du 17, il a continué à se servir de sa main (mais non de son doigt), un pharmacien lui ayant affirmé qu'il n'avait rien de démis. Le 17, dans l'après-midi pourtant, sa main a continué à enfler, les douleurs sont devenues plus vives que la veille au soir, et nous constatons l'état suivant: tout autour de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, il existe un gonflement assez marqué pour masquer la saillie que fait à la face dorsale de la main la première phalange luxée ; mais à la palpation, cette saillie, qui mesure environ 5 millimètres, est très-nettement constatée. L'indicateur est dans l'extension ; ses mouvements de flexion ne sont pas absolument impossibles, mais ils sont très-limités et très-douloureux ; les mouvements par lesquels on essaie de rapprocher et d'écarter l'index du médius paraissent plus douloureux encore. Il est à remarquer que l'index n'est pas resté parallèle aux autres doigts, mais qu'il est assez fortement dévié vers le pouce, formant ainsi un angle aigu avec le médius. Il n'y a pas de raccourcissement. — A la face palmaire, la saillie du métacarpien existe, mais elle est assez difficile à sentir à cause des callosités que présente la main du malade.

En présence de ces signes, et malgré la rareté de cette lésion, on ne pouvait méconnaître une *luxation incomplète en arrière de l'indicateur sur son métacarpien.* La *réduction* n'a présenté aucune difficulté; nous l'avons pratiquée en exerçant sur l'indicateur une forte traction avec la main droite, pendant que le pouce de la main gauche appuyait fortement sur la tête de la phalange : un léger craquement et la disparition brusque et complète de la saillie donnèrent la preuve que la réduction était opérée et qu'elle était complète. Deux attelles en carton, l'une palmaire, l'autre dorsale (celle-ci maintenant un tampon de ouate appliqué sur l'articulation), et une bande roulée ont fait tous les frais de l'appareil de contention.

Le lendemain, nous avons revu le malade; la réduction s'était maintenue; il n'avait pas souffert et pouvait déjà faire avec l'index quelques mouvements qui paraissaient plus gênés que douloureux. Il devait revenir au bout de quelques jours, mais nous ne l'avons pas revu : nous avons seulement appris indirectement qu'il avait pu reprendre son travail au bout de très-peu de temps.

Nous n'ajouterons que quelques courtes réflexions.

On remarquera d'abord la facilité de la réduction et de la contention, ainsi que la rapidité avec laquelle les mouvements se sont rétablis : cette rapidité a été telle que, malgré le tort qu'avait eu le malade de se servir de sa main le soir et le lendemain de l'accident, nous avons eu beaucoup de peine à l'empêcher de reprendre son travail et de se servir de son doigt dès le lendemain de la réduction.

On remarquera aussi que, chez ce malade, l'index était dévié vers le pouce, tandis que Follin et Duplay (tome III, p. 329) signalent expressément l'absence de déviation dans les luxations incomplètes. Peut-être s'agit-il ici d'un cas exceptionnel : en tout cas, la déviation était nette et permanente.

Enfin, il est un point que nous regrettons de ne pouvoir élucider complétement, c'est le mécanisme de la luxation. Les auteurs reconnaissent pour cause de la luxation métacarpo-phalangienne en arrière, l'extension forcée du doigt : il est probable que c'est bien là le mécanisme qu'il faut invoquer ici. Notre malade ayant décroché la lourde plaque, et la sentant lui échapper et glisser contre la muraille, aura fortement appuyé la pulpe de l'index contre le mur, plaçant ainsi précisément dans l'extension forcée l'index, dont la face palmaire formait avec le mur un angle ouvert en haut. La plaque, venant porter avec tout son poids sur l'indicateur, a encore exagéré l'extension et déterminé le déplacement. — Toutefois, nous n'attribuons à cette explication d'autre valeur que celle d'une conjecture, l'état d'ébriété dans lequel se trouvait le malade au moment de l'accident ne lui ayant permis de nous donner aucun renseignement à cet égard. — Cette observation peut être rapprochée de celle de Bourguet, rapportée par Malgaigne (*Traité des Fractures et des Luxations,* 1855, tome II, p. 746), avec laquelle elle présente une grande analogie.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

***Séance du** 19 **mai** 1877.* — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. MOREAU communique les résultats de quelques recherches nouvelles sur la vessie natatoire des poissons.

M. DE SINÉTY a été chargé d'examiner les organes génitaux d'une femme du service de M. Dumontpallier, qui avait succombé aux suites d'une grossesse extra-utérine avec hématocèle pelvienne. Le placenta, adhérent au pavillon de la trompe, était à peu près identique à un placenta utérin du même âge. Cependant, entre les grosses cellules de la caduque, on ne trouva pas ces lacunes qui, dans le placenta normal, proviennent des glandes de la muqueuse. Quant à

l'utérus, à l'œil nu, il ne présentait pas trace de caduque : mais, au microscope, on constata l'existence, à la superficie de l'utérus, d'une couche d'éléments embryonnaires de 5 μ, très-riche en vaisseaux. C'est bien là une caduque à l'état rudimentaire, et il est possible que, dans les cas de grossesse abdominale comme l'était celui-ci, la caduque soit moins développée que dans les grossesses tubaires. L'ovaire droit renfermait le corps jaune de la grossesse; il était recouvert de fausses membranes; l'épithélium de l'ovaire tapissait la face inférieure de ces néoproductions aux points où elles n'adhéraient pas à la glande, et avait disparu aux points où elles lui adhéraient. Enfin, chose curieuse, bien que les règles se fussent montrées pendant toute la gestation, on ne put trouver aucun follicule de Graaf nouvellement rompu.

M. Houel montre à la Société un spina bifida de la région lombo-sacrée, produit par une exostose développée à l'intérieur du canal rachidien. La moelle était sectionnée sur la ligne médiane.

M. Trasbot a entrepris quelques expériences sur la toxicité des sels de cuivre chez les chiens et les chevaux; il a eu, dans quelques cas, des accidents graves et même mortels.

M. Galippe fait remarquer que ces faits ne sont pas en contradiction avec les conclusions de ses recherches. Il affirme toujours: 1° que la saveur des aliments chargés de sels cuivriques est trop désagréable pour passer inaperçue; 2° que les vomissements constants empêchent chez l'homme, dans les conditions toxicologiques, la production des accidents graves imputés aux sels de cuivre.

M. Rabuteau continue ses recherches sur l'action qu'exerce le bromure d'éthyle sur la germination.

M. Nicati dépose sur le bureau une note relative aux ulcérations de la cornée, consécutives à l'herpès de cette membrane. M. Bochefontaine montre à la Société une tumeur épithéliomateuse du vagin trouvée chez une chienne.

M. Badal, dans une précédente communication, avait avancé que les maladies des voies lacrymales reconnaissaient souvent pour cause une fatigue et l'accommodation résultant d'une anomalie de la réfraction. La statistique de sa clinique, portant sur 165 cas d'affections des voies lacrymales (61 hommes et 104 femmes), vient confirmer cette opinion: en effet, certaines professions figurent en première ligne: d'abord les métiers où l'accommodation entre souvent en jeu (tailleurs, couturières), puis ceux où les individus sont exposés à l'air et aux intempéries (cochers, gardiens de la paix), enfin, les concierges fournissent un fort contingent de ces maladies: cela tient sans doute à la fois aux métiers qu'ils exercent et à l'influence nocive du milieu confiné dans lequel ils travaillent. Enfin, quant à l'âge, les courbes des lésions lacrymales et des lésions de l'accommodation sont parallèles, sauf aux deux extrêmes de la vie, comme il était facile de le prévoir *à priori*. Dans 40 0/0 des cas, il y avait de l'hypermétropie, dans 1 0/0 seulement de la myopie.

M. Franck donne le résultat de recherches expérimentales sur les irrégularités et les intermittences du pouls dans l'insuffisance mitrale. Elles peuvent reconnaître différentes causes: c'est ainsi que la pulsation de l'artère peut faire défaut malgré la production d'un battement cardiaque, alors que le cœur est impuissant à soulever les valvules sigmoïdes trop chargées: le sang reflue alors dans l'oreillette. Dans d'autres cas, le battement du cœur ne retentit pas dans l'artère, parce que le ventricule n'a pas eu le temps de recevoir du sang (systole anticipée). Enfin, il arrive quelquefois, chez les grands animaux, en dehors même des lésions mitrales, qu'une systole cardiaque ne produise pas de pulsation artérielle. Cela tient à ce que le cœur n'est pas assez énergique pour augmenter la pression vasculaire (systole avortée par défaut d'énergie).

M. Couty a réuni trente observations d'hémianesthésie mésocéphalique: dans tous ces cas, la lésion siégeait sur les parties externes des pédoncules ou de la protubérance. L'hémianesthésie était complète, du côté opposé à la lésion, avec hémiplégie alterne et souvent avec refroidissement des parties anesthésiées. L. Dreyfus-Brisac.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 *mai* 1877. — Présidence de M. Bouley.

Suite de la discussion sur l'étiologie et la prophyloxie de la fièvre typhoïde. — Toute la séance a été remplie par la lecture d'un travail de M. Chauffard. Aujourd'hui, M. Chauffard se place en face d'une question de doctrine, à savoir s'il est contraire à la logique d'admettre pour la genèse des maladies spécifiques d'autres causes que les spécifiques. Dans les séances précédentes, il a envisagé et discuté l'étiologie de la fièvre typhoïde et des maladies spécifiques; c'est la pathogénie de ces maladies qu'il va maintenant tenter d'exposer en empruntant ses épreuves à la clinique générale. à la pathologie expérimentale, à la médecine comparée, aux analogies fondamentales et convergentes qui surgiront de ces divers ordres de faits. M. Chauffard se montre un adversaire absolu de la doctrine parasitaire; après avoir passé en revue la plupart des affections parasitaires et spécifiques, après avoir établi un parallèle entre la pustule maligne et la fièvre typhoïde, il oppose à la non-receptivité des premières, l'accoutumance des dernières. Si un agent parasitaire existe dans les maladies spécifiques, la présence de ce ferment figuré doit être non soupçonnée, mais démontrée; alors seulement la maladie spécifique pourra être regardée comme une fermentation pathologique.

L'ensemble du travail de M. Chauffard se trouve exposé dans les considérations suivantes: La cause occasionnelle des maladies spécifiques et de la fièvre typhoïde en particulier, peut appartenir à des faits d'ordre commun et à des faits d'ordre spécifique; elle peut même faire défaut. Le caractère propre et nosologique des maladies spécifiques ne saurait donc, en général, être fourni par la cause extérieure et occasionnelle de ces maladies. La maladie spécifique a pour caractère et pour cause essentielle une conception et génération morbides spécifiques, au sein de l'activité vivante. Cette génération morbide spécifique a pour représentant un produit spécifique, aboutissant et réalisation de la spécifité morbide. Ce produit spécifique n'est pas un élément figuré distinct; dans les maladies virulentes, il s'identifie avec les granulations corpusculaires normales, observées dans les humeurs saines ou pathologiques, et dans les éléments histologiques de nos tissus. Il est probable que dans les maladies spécifiques non virulentes, ces mêmes granulations restent le représentant de la spécificité. Rien ne décèle le pouvoir morbide de ces granulations que l'approche d'un organisme sain, chez qui elles provoquent la maladie spécifique qu'elles représentent d'une manière latente. On peut donc logiquement réduire en un tout les caractères essentiels de la maladie spécifique et arriver ainsi à cette définition:

« La maladie spécifique, quelles que soient ses causes occasionnelles, est celle qui se manifeste et se juge par la création et l'émission des produits spécifiques, c'est-à-dire capables de transmettre à un organisme sain la maladie dont ils sont le signe et le produit. »

M. Chauffard est d'avis que la fièvre typhoïde et la septicémie sont unies par une analogie manifeste, si nous les envisageons, bien entendu, sous le point de vue étiologique. Dans la septicémie, on n'admet pas la spontanéité du mal; la contagion est attribuée à un parasite animé, et non à ces granulations élémentaires que tout blessé répand innombrables dans chaque goutte de pus. On ne veut pas voir que le blessé est l'agent producteur et premier de l'état spécifique, dans lequel il tombe, et que si la contagion l'atteint, c'est que le plus souvent il s'y est préparé au point de l'appeler de partout et même de la réaliser spontanément.

M. Chauffard, dans la discussion actuelle, fait appel à la spontanéité méconnue de l'organisme vivant, maître de ses déterminations pathologiques, alors même qu'elles sont sollicitées par un agent spécifique et contagieux. C'est cette spontanéité qui domine toute l'étiologie et toute la pathogénie de la fièvre typhoïde; en dehors d'elle, tout tourne à l'erreur; et, dans ce virement, il n'en est pas de plus éloigné des réalités que celui qui donne, pour unique cause à la fièvre typhoïde, la contagion, ou le poison typhoïde, comme disent

quelques médecins, et pour unique pathogénie, la théorie parasitaire. L'étiologie et la théorie parasitaire de la fièvre typhoïde poussent à l'idée que l'on pourra, un jour, supprimer de la pathologie la fièvre typhoïde et l'ensemble des maladies spécifiques. Si la fièvre typhoïde relève de lésions parasitaires, on peut, en effet, nourrir le vague espoir de débarrasser l'humanité de ces ignobles choses, pour employer le langage même de M. le Dr Budd. Si la fièvre typhoïde sort de notre spontanéité vivante, si nous l'engendrons en nous et de notre sang, si elle surgit de toutes les conditions sociales et nécessaires qui nous enveloppent, nous nous bercerions de chimères, termine M. Chauffard, en pensant qu'elle disparaîtra d'au milieu de nous. De toutes les maladies spécifiques elle semble la plus naturelle. La fièvre typhoïde vient en nous de mille sources; notre milieu social et nous-mêmes, nous concourons incessamment à sa génération. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 16 mars 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Luxation ancienne du coude; arthrite sèche; par CH. FÉRÉ, interne provisoire.

Le nommé B..., est entré dans le service de M. Bouchard pour une affection mitrale avec anasarque généralisée. Il s'était fait il y a 30 ans, en tombant sur la paume de la main gauche, une luxation du coude qui ne fut pas réduite. Au bout de quelques semaines il commença à se servir de son membre; mais les mouvements de flexion restèrent douloureux et très-limités pendant plus d'un an. Ce n'est que peu à peu que la flexion s'étendit. Quand nous vîmes le malade, elle pouvait être portée au delà de l'angle droit et n'était plus douloureuse, mais provoquait dans l'articulation des frottements et même des craquements qu'on entendait à distance. L'olécrâne fait une forte saillie en arrière. Il n'existe pas de mouvements de latéralité.

AUTOPSIE. — Il existe une luxation incomplète du cubitus en arrière, tandis que le radius s'est porté un peu en avant et en dehors. Le bec de l'olécrâne est très-émoussé; la grande cavité sigmoïde est très-rétrécie et la moitié interne est hérissée de stalactites osseuses. L'apophyse coronoïde qui répond précisément à l'extrémité humérale est usée, arrondie et éburnée, la petite cavité sigmoïde a disparu sous des ostéophytes. La capsule du radius s'est comblée en grande partie; il ne reste plus qu'une dépression pisiforme.

L'extrémité inférieure de l'humérus présente des déformations plus considérables encore: toutes les saillies normales ont disparu; les cavités olécrânienne et coronoïdienne sont complétement comblées par des ostéophytes. L'humérus se termine par une surface irrégulière creusée de deux cavités séparées par une saillie antéro-postérieure peu considérable. L'une de ces cavités située en dedans et un peu en arrière reçoit l'apophyse coronoïde émoussée; l'autre, un peu antérieure, regardant obliquement en avant, en bas et un peu en dehors, reçoit la tête déformée du radius. Ces deux cavités ne sont pas lisses mais rugueuses et constituées comme les surfaces avec lesquelles elles sont en contact par du tissu éburné. L'extrémité humérale présente en outre des ostéophytes sur tout le pourtour des surfaces articulaires nouvelles; mais surtout volumineuses en avant et en dehors et en arrière et en dedans, du côté des surfaces en rapport avec les os de l'avant-bras.

Chéloïde de la région inguinale; par M. DAVE, interne des hôpitaux.

Mont... Louise, âgée de 60 ans, couturière, entre le 22 février 1877 (service de M. VERNEUIL) à la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 3, pour se faire débarrasser d'une tumeur occupant la région inguinale droite.

Comme antécédents, la malade n'accuse aucune maladie grave, cependant, elle est sujette aux migraines, aux névralgies; ses digestions sont habituellement pénibles; ses urines présentent un abondant dépôt d'acide urique, et, il y a 3 ans environ, elle a présenté des douleurs rhumatoïdes dans l'épaule. Jamais elle n'a eu de zona.

Depuis sa naissance, elle portait à l'aine droite un nœvus dont il est impossible actuellement de retrouver aucune trace. Il y a 10 ans, à l'époque de la ménopause, ce nœvus grossit, et à la place qu'il occupait apparurent trois petites tumeurs séparées par des intervalles de peau saine.

Jusqu'en 1871, l'accroissement de la tumeur fut lent; mais à cette époque, la peau du voisinage devint rugueuse, épaisse, dure, tendue, de nouvelles nodosités parurent, de façon à présenter à peu près l'aspect actuel. — En décembre 1876, la plus grosse des tumeurs s'ulcéra et donna lieu à une hémorrhagie assez abondante. — Depuis, elle fut le siége d'un écoulement sanieux, extrêmement fétide. — La malade entra le 22 février à la Piété. — On constate que la peau est indurée sur une surface de 20 cent. de large sur 15 cent. de haut environ; elle est luisante, parsemée de petites tumeurs dont la grosseur varie de celle d'un pois à celle d'une figue.

Les deux plus grosses sont pédiculées, plusieurs sont ulcérées.

Il n'est pas douteux qu'on ait affaire à une chéloïde spontanée. — (Une aquarelle représentant la partie malade est déposée au laboratoire de la Pitié).

Le 14 mars, M. Verneuil enlève les tumeurs les plus saillantes, au nombre de 4, à l'aide du thermo-cautère. — A la base de l'une d'elles, on rencontre une artère assez volumineuse qui est lésée.

Pas d'accidents immédiats, sauf une légère hémorrhagie dans la journée. — La température ne dépasse guère la normale. — Quelques accès de migraine avec gastralgie les jours suivants. — Le 10 avril, la plaie légèrement douloureuse, est cautérisée avec le nitrate d'argent en solution. — Actuellement, la cicatrisation est presque terminée. Il est évident que l'opération n'a eu d'autre but que de débarrasser la malade des saillies les plus gênantes de sa tumeur. Empêchera-t-elle une pullulation ultérieure, ou bien la malade sera-t-elle forcée, comme le fait depuis 4 ans une autre habituée du service, de venir périodiquement se faire débarrasser de quelque portion de peau envahie? La dernière hypothèse est la plus probable.

L'*examen histologique* a été fait au laboratoire du Collége de France. 1° Le raclage de parties macérées pendant 24 heures dans l'alcool 1/3 donne un petit nombre d'éléments fusiformes; 2° des coupes faites sur des portions convenablement durcies, colorées au picro-carminate, montrent que la tumeur est composée en majeure partie de faisceaux fibreux, entre lesquels se trouvent sectionnés en divers sens des éléments cellulaires allongés. — Le nombre de ces derniers est plus considérable que dans les fibromes purs, et les faisceaux fibreux sont plus développés que dans le sarcome fasciculé. Nous avons donc affaire à du tissu conjonctif dont l'organisation est presque parfaite. La tumeur peut être dénommée un *fibro-sarcome.*

Cas d'hémimélie (AVANT-BRAS GAUCHE); par A. JEAN, interne des hôpitaux.

Breton Nicolas, âgé de 53 ans, mort à l'hôpital Temporaire (service de M. Dieulafoy), le 11 mars 1877.

Ce malade est entré à l'hôpital pour une tuberculose pulmonaire classique et est mort présentant des lésions pulmonaires au troisième degré. Il présente une malformation congénitale du membre supérieur gauche, et c'est cette lésion qui fait le sujet de cette communication. Personne, dans sa famille, n'a présenté de déformation analogue; ses parents ont joui d'une bonne santé jusqu'à un âge avancé.

L'avant-bras du côté gauche n'existe pas, ou du moins n'est représenté que par un moignon de 10 centimètres de longueur. Le bras gauche est moins volumineux que le droit, les muscles sont moins forts. L'humérus présente *trois* centimètres de moins que celui du côté droit, si on le mesure depuis l'apophyse coracoïde, jusqu'à l'épitrochlée.

Les mouvements du moignon sur le bras sont possibles, et même le malade peut, en contractant son moignon, lever des poids considérables. De même, l'extension est normale, le triceps ayant inférieurement son point d'attache habituel.

Le moignon est en forme de cône et présente 10 centimètres de longueur; au sommet du cône, on constate une petite dépression surmontée d'une légère saillie.

A 3 centimètres en dedans, sur le bord interne, deux petits tubercules réunis, l'un de la grosseur d'un petit pois, l'autre interne, plus large et plus aplati, présentant une petite division bifurquée; ces deux tubercules ne sont pas plus gros qu'une noisette. Ils ne paraissent constitués que par des parties molles. Cependant, on sent profondément une sorte de corde fibreuse qui les réunit au cubitus.

En arrière du sommet du cône et à 1 centimètre 1/2 au-dessus, on trouve un autre tubercule un peu plus volumineux et dans l'épaisseur duquel on reconnait facilement la présence d'un os très-mobile inséré sur le radius. Dans les mouvements exécutés par le malade, on ne constate pas de contractions dans les tubercules terminaux.

A la dissection du moignon, on constate que les muscles de la région externe de l'avant-bras existent, mais avec des dimensions très-petites. Le premier muscle, le plus superficiel, représente le long supinateur et s'insère inférieurement à la partie inférieure de l'os externe qui remplace le radius. Le court supinateur est normal, les deux radiaux externes s'insèrent au sommet du cône à la face profonde de la peau. Parmi les muscles de la région antérieure, on ne distingue que le cubital antérieur et le fléchisseur des doigts, insérés tous deux à la face profonde de la peau. A la région postérieure, on trouve l'extenseur des doigts inséré à la peau et le cubital postérieur inséré sur le petit os mobile à l'extrémité inférieure du cubitus, et représentant probablement le 5e métatarsien. Le biceps s'insère sur un tubercule situé à la place ordinaire de la tubérosité bicipitale, de telle sorte que pendant la vie, les mouvements de supination étaient conservés.

D'après la description précédente, nous voyons que nous n'avons pas affaire à un cas d'amputation spontanée intra-utérine; la présence des tubercules terminaux suffit pour écarter cette hypothèse.

Nous nous trouvons bien en présence d'un cas d'hémimélie, décrite par Geoffroy Saint-Hilaire en 1836, et analogue aux faits cités par Ambroise Paré, Dupuytren et Demarquay (1865).

Ajoutons que, dans le cas présent, le cerveau a été examiné avec soin, et qu'on n'y a constaté aucune lésion corticale ou centrale. La moelle ne présentait aucune altération à l'œil nu, mais elle n'a pas été examinée au microscope.

Adhérences et ramollissement de l'écorce pariétale droite — Ramollissement des fibres blanches sous-corticales pariétales droites. — Hémiplégie faciale inférieure gauche. — Chute de la paupière gauche supérieure. — Hémiplégie gauche. — Rotation de la tête à gauche; par M. Landouzy, chef de clinique adjoint.

J... Suzanne, 56 ans, cuisinière, est amenée le 27 février 1877 (service de M. le professeur Hardy), à la clinique de la Charité.

Cette femme, très-amaigrie, portant beaucoup plus que son âge, est en enfance, aussi ne fournit-elle aucun renseignement sur ses antécédents.

Etat actuel : hémiplégie faciale inférieure droite des plus nettes. Langue légèrement déviée à gauche, yeux mobiles; pupilles moyennement dilatées, également contractiles, opacité légère de la cornée gauche, opacité du cristallin gauche. Les mouvements de l'œil gauche suivent dans toutes les directions les mouvements de l'œil droit. L'œil gauche est, d'une façon permanente à moitié recouvert par la paupière supérieure. Il y a une paralysie dissociée de 3e paire portant exclusivement sur le rameau de l'élévateur de la paupière gauche.

Diminution considérable dans la force et l'étendue des mouvements du membre supérieur gauche : la motilité est amoindrie dans sa totalité, la paralysie porte sur tout le membre mais est incomplète; la malade peut déplacer son membre, le soulever légèrement et remuer, quoique avec peine, les doigts.

Même diminution considérable dans la motilité du membre inférieur gauche : là encore la paralysie est totale mais incomplète. Ni raideur, ni contracture, ni anesthésie dans les parties paralysées.

D'après les renseignements fournis sur la malade il résulterait, que, d'une bonne santé habituelle, elle aurait eu, vers le milieu de 1876, une légère perte de connaissance qui aurait duré seulement quelques instants et à la suite de laquelle la malade et son entourage auraient constaté les phénomènes paralytiques gauches. Depuis, les troubles hémiplégiques semblent avoir insensiblement augmenté : à plusieurs reprises la malade aurait eu « comme des absences, comme des menaces d'attaques durant lesquelles sa tête n'y était plus. Depuis lors, la malade a toujours été s'affaiblissant, maigrissant, perdant la mémoire et tombant véritablement en enfance. »

Jusqu'au 3 mars, J... reste dans le même état, les phénomènes hémiplégiques gauches devenant plus complets. Même ptosis de la paupière gauche sans strabisme. Apyrexie. La malade qui ne prend presque rien, s'affaiblit. Depuis la veille tendance invincible à maintenir la face du côté gauche, la joue gauche reposant sur l'oreiller.

Pas de déviation des yeux. Jusqu'au jour de la mort la rotation de la tête à gauche persiste. — Mort le 12 mars.

Autopsie. — Pas d'adhérences de la dure-mère avec la pie-mère ou le cerveau si ce n'est à la partie inférieure du lobe pariétal droit ; l'adhérence se prolonge en avant jusque sur les lèvres de la scissure de Sylvius.

Hémisphère droit. — Après décollement et arrachement des adhérences qui unissent la dure-mère à la pie-mère et au cerveau, on voit, sous-jacent à ces adhérences un foyer principal de ramollissement. Ce ramollissement superficiel porte, dans une étendue de deux travers de doigts, sur la circonvolution parallèle, puis sur la partie postérieure (base) de la troisième circonvolution frontale.

Une plaque de ramollissement de quelques millimètres de profondeur, large comme une pièce de vingt centimes est à cheval à la fois sur la partie inférieure de la base des deuxième et troisième circonvolutions frontales, et sur la partie attenante de la circonvolution frontale ascendante. La circonvolution pariétale ascendante est elle-même nettement érodée, dans une largeur égale à celle d'une pièce de dix sous, sur la partie inférieure, l'érosion s'enfonce dans la partie la plus déclive du sillon de Rolando.

En résumé, la plaque de ramollissement ou de méningo-encéphalite superficielle, qui touche à la fois à la partie supérieure du lobe temporal, à la partie antéro-inférieure du lobe pariétal et à la partie postéro-inférieure du lobe frontal, est comprise dans une aire un peu plus étendue que le double volume d'une pièce de cinq francs.

Les plaques de ramollissement ont une coloration légèrement rose au milieu de laquelle se voient des points diffluents résultant de la désagrégation du tissu des circonvolutions.

La sylvienne droite à son origine est le siége d'un athérome des plus nets; on voit sur les branches pariétales, nées de la sylvienne, et cela surtout au voisinage du ramollissement, les rameaux également parsemées d'athéromes.

Les différentes plaques ulcérées précédemment décrites n'intéressent que la substance corticale, mais, au-dessous de la substance grise, dans la partie des fibres blanches immédiatement sous-jacentes à la substance grise, on trouve le tissu ramolli, à moitié diffluent et cela, sur une surface irrégulièrement circulaire (1) ayant plus de quatre travers de doigt de diamètre : ce ramollissement sous-cortical porte sur les fibres blanches sous-jacentes ; *en avant*, à la base des deuxième et troisième circonvolutions frontales et à la moitié inférieure de la frontale ascendante : *en bas*, à la circonvolution temporale : *en arrière*, à la partie postérieure de la circonvolution temporale, à la moitié inférieure de la circonvolution pariétale ascendante et à la partie inféro-antérieure du lobe du pli courbe. L'examen complet de l'hémisphère montre l'intégrité des ganglions et de la capsule interne.

Pédoncule, protubérance et bulbe sains. Artères de la base athéromateuses ; l'athéromasie est, du reste, généralisée.

(1) Voir, dans l'Album de la Société, un schema : les points rouges marquent le ramollissement superficiel, la ligne bleue trace les limites du ramollissement sous-cortical.

Réflexions. — Deux points méritent d'être relevés dans cette observation :

1° La chute de la paupière supérieure gauche qui existait sans le moindre strabisme et sans mydriase.

2° La rotation de la tête à gauche, c'est-à-dire du côté opposé aux lésions, la malade regardant ses membres paralysés.

Voici donc un nouveau fait qui tendrait à prouver, d'une port la dissociation d'origine des faisceaux constituant le nerf de la troisième paire : d'autre part, l'existence du centre rotateur de la tête, lequel, ayant été supprimé à droite, a laissé le centre rotateur gauche sans antagoniste ce qui a produit la rotation de la tête de droite à gauche.

A ce double point de vue cette observation offre les plus grandes analogies avec celles que nous avons réunies pour établir les rapports qui semblaient exister entre la paralysie dissociée de la troisième paire, la rotation de la tête et les lésions de méningo-encéphalite.

Hernie inguinale étranglée. Perforations intestinales. Péritonite pelvienne. Oblitération complète des veines iliaques primitives, et de la veine cave inférieure sans œdème; par M. Henri Leroux, interne des hôpitaux.

D..., âgé de 56 ans, ébéniste, entre le 1er février 1877 (service de M. Nicaise), à l'hôpital Temporaire; salle Saint-André n° 13.

Le malade porte depuis 25 ans une hernie inguinale gauche, et se sert pour la maintenir d'un bandage défectueux. Il a eu, paraît-il, à trois reprises différentes des phénomènes d'étranglement durant quelques heures. Le 30 janvier, il eut le matin une garde-robe sans difficulté et travailla; à midi il éprouva du malaise, sa hernie était sortie sans qu'il eût fait d'efforts, et sans qu'il eût marqué le moment de sa descente dans les bourses.

Depuis ce moment il n'a rendu par l'anus ni selles, ni gaz. Le 1er février il eut des vomissements nombreux. Le 2 au matin, on trouve une hernie, ovoïde du volume de deux poings descendant jusqu'au fond des bourses, et distendant la peau. Le pédicule est volumineux, la peau vascularisée, mais non œdématiée. Le ventre est douloureux au-dessus du pédicule, mais souple. Les pommettes sont rouges, chaudes, les yeux excavés, et toute la face amaigrie accuse une vieillesse prématurée due à la misère. Le malade prit dans la journée deux bains et on essaya sans succès le taxis modéré avec la bande de caoutchouc.

Le 3 février, 96 heures après le début de l'étranglement, on pratiqua la kélotomie.

L'incision de la peau, et de l'aponévrose du grand oblique mit à découvert l'étranglement au niveau de l'arcade crurale.

Après avoir essayé un taxis infructueux, on ouvrit le sac où se trouvait une anse d'intestin grêle sans épiploon, anse de 25 cent. de long, avec une portion considérable du mésentère; en arrière se trouvait une petite anse paraissant peu étranglée, tandis que la première était violacée, à surface externe légèrement dépolie.

On débrida en avant sur l'arcade crurale; la réduction se fit assez facilement et sans gargouillement; l'intestin, mat à la percussion, ne contenait pas de gaz.— On fit une suture isolée des parois du sac, et on mit un petit tube à drainage dans le bout inférieur de l'incision, puis sur la plaie cutanée non réunie, on appliqua un pansement phéniqué, et on fit la compression avec ouate et spica.

Après l'opération les vomissements continuèrent, et la première selle ne fut rendue que dans la journée du 6. Il y eut alors une légère péritonite avec ballonnement du ventre, sensibilité à la pression, élévation de la température, petitesse et accélération du pouls, ictère généralisé, mais peu intense, dépression assez considérable.

A partir du 9 il y eut un mieux sensible sans toutefois que le malade sortît complétement de la dépression où il était plongé. Pendant tout le mois de février il se soutint à peu près, mais affaibli par une diarrhée rebelle, et par des frissons et des élévations de température irrégulières répondant en général à des coliques abdominales.

Le 2 mars on notait un ventre peu ballonné, des selles moulées, deux vomissements, le pouls petit, faible, un amaigrissement notable depuis quelques jours, l'haleine fade, la langue contractée.

A partir du 5 mars à la dépression s'ajouta un sentiment de dyspnée assez profond ; on trouvait de la matité aux 2 bases du poumon surtout à droite et un murmure vésiculaire affaibli. — Le 14 mars le malade s'éteignait cyanosé, la cause ultime de sa mort paraissant être le défaut de respiration.

Autopsie le 16 mars 96 heures après la mort, les viscères abdominaux sont déplacés, l'estomac porté à droite, les intestins à gauche, le mésentère dévié de ce côté.

Oblitération lamelleuse au niveau du collet du sac ; adhérences de l'intestin en ce point, au voisinage de l'orifice interne; nombreuses et fines adhérences des anses intestinales congestionnées et d'un gris noirâtre; quelques brides lamelleuses dans le sac.

Péritonite circonscrite dans le petit bassin formant une cavité allant de la face postérieure du pubis jusqu'au fond du cul de sac recto-vésical, cavité limitée en haut par les anses de l'intestin grêle et par l'épiploon porté à droite, contenant un liquide noirâtre, d'odeur infecte.

Sur les parois, trois perforations intestinales, aux deux bouts de l'anse herniée, qui est noirâtre, mince, et mesure 60 cent. Sa muqueuse est peu altérée, les plaques de Peyer paraissent plus consistantes.

A la face inférieure du foie, collection purulente autour de la vésicule, enkystée inférieurement par des adhérences de l'épiploon, du côlon transverse et du duodénum. La face interne de la vésicule est gris blanchâtre, tomenteuse. Pas d'abcès, ni d'infarctus dans les viscères, reins, cerveau, foie, poumons. Foie petit, gras, friable; reins rosés; rate molle, diffluente avec adhérences anormales, et périsplénite considérable formant en avant une plaque fibreuse épaisse.

Plèvres intactes. Poumons congestionnés aux deux bases, surtout à droite. *Cœur* sain.

L'examen du bassin montre une thrombose des veines iliaques internes et primitives, et de la veine cave inférieure; ces vaisseaux sont remplis par un caillot les oblitérant complétement, et allant jusqu'aux veines rénales. — La face interne de la veine cave présente une rougeur intense jusqu'à la pointe supérieure du caillot; sa paroi externe présente des plaques congestionnées.

Quant au caillot, il possède une enveloppe fibrineuse formant une sorte de fausse membrane résistante, à face externe, lisse et d'un rouge foncé, à face interne inégale ; l'intérieur de ce caillot est rempli d'une matière grise, rougeâtre, semi liquide formant du faux pus. Le caillot est également ramolli au centre dans la veine iliaque primitive droite, et dans la partie supérieure de la gauche; dans la partie inférieure de celle-ci le caillot est compacte et présente des feuillets fibrineux blanchâtres, séparés par des masses irrégulières d'un rouge foncé. Les veines lombaires sont aussi oblitérées par un caillot fibrineux.

Réflexions. — Cette autopsie nous permet de reconstituer la marche des lésions. Après l'opération il y a eu une péritonite circonscrite ; l'intestin déjà malade a été perforé, et des adhérences ont limité une poche. Les veines hypogastriques se sont enflammées, il y a eu thrombose et le caillot s'est étendu à la veine cave inférieure. La mort a été amenée par une septicémie chronique.

Le fait le plus curieux est cette thrombose des veines iliaques et de la veine cave inférieure, amenant leur oblitération complète, car rien pendant la vie, n'avait fait soupçonner cette grave altération. *Jamais le malade n'avait présenté d'œdème des membres inférieurs.*

Il n'y avait pas un développement anormal des veines sous-cutanées abdominales, et nous avons vu que les veines lombaires au moins au voisinage de la veine cave étaient oblitérées.

Ce fait est en opposition avec l'opinion des auteurs classiques, car M. Lancereaux (article *Caves* du *Dict. enc.*) affirme que le phénomène capital de l'oblitération de la veine cave inférieure est toujours l'œdème, et M. Raynaud (art. *Caves* du *Dict. prat.*) cite comme exception un cas de Castelnau où une oblitération presque complète de la veine cave inférieure

jusqu'au niveau du foie n'avait amené qu'un peu d'œdème limité à une jambe.

On ne peut s'expliquer l'absence d'œdème que par ce fait que la circulation chez un sujet cachectique et déprimé était fort ralentie.

Cette observation confirme l'opinion de M. Ranvier qui dit qu'une veine peut être oblitérée sans qu'il y ait d'hydropisie, et qui fait jouer un rôle important à la tension exagérée du sang et à l'action des vaso-moteurs.

Kyste hydatique du foie suppuré ; rétention de la bile ; cirrhose hypertrophique; par F. Balzer, interne des hôpitaux.

Lab..., âgé de 27 ans, entre le 27 février 1877, n° 5 de la salle Sainte-Geneviève, (service de M. Lépine), à l'hôpital Temporaire. Habituellement d'une bonne santé, il a quitté le service militaire, il y a deux ans, et a contracté depuis cette époque la syphilis au mois de juillet 1875. L'année dernière, il a été traité à l'hôpital Saint-Louis pour des plaques muqueuses à l'anus. Il raconte qu'il souffre depuis quelque temps dans la région de l'estomac, et qu'il a maigri et perdu l'appétit. Il était sujet à des maux de tête, depuis sa syphilis. Il y a six semaines, après une période de malaise, il eut la jaunisse, et dut garder la chambre pendant huit jours, après lesquels il put reprendre son travail pendant une quinzaine de jours.

Depuis 27 jours, il ne peut plus travailler à cause des douleurs qu'il ressent dans les reins, dans le ventre et principalement dans le flanc droit. Il avait des frissons, presque tous les soirs, il ne pouvait dormir pendant la nuit. Il était mieux dans la journée et pouvait se lever.

Etat actuel : tuméfaction notable : au-dessous des fausses côtes la palpation est douloureuse. La matité hépatique commence à deux centimètres au-dessus du mamelon droit. Voussure considérable des côtes à droite. La percussion est douloureuse, la matité s'étend en bas jusqu'à 4 ou 5 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes. La matité est de 19 centimètres sur la ligne axillaire, de 14 centimètres sur la ligne médiane. On trouve une petite hernie graisseuse au-dessus de l'ombilic. Le rate ne paraît pas grosse.

La respiration est légèrement soufflante à la base du poumon droit. Rien au cœur, le pouls est petit ; 96 pulsations. T. A. 37°, 8. La langue est jaune, humide. La face est une expression de souffrance très-marquée. Conjonctives légèrement ictériques. — L'urine traitée par l'acide nitrique laisse déposer une couche verte. — Prescription : 20 sangsues sur l'hypochondre droit. Calomel, 1 gramme en 10 paquets. Régime lacté.

23. — Même état. A la mensuration de la base de la poitrine, en passant par l'insertion de l'appendice siphoïde et la partie la plus saillante des côtes, on trouve 0,92 centimètres, dont 0,44 pour le côté gauche. Pouls : 100. Le malade a rendu un demi-litre d'urine foncée. — Prescription : Calomel, 0,50 centig., en 5 paquets.

24. — Hier soir, il s'est plaint d'avoir les pieds froids. Cauchemars et fièvre pendant la nuit. Le matin, il se sent mieux. Même quantité d'urine. On supprime le calomel. T. 37°.

Soir. — Il a eu un frisson d'une demi-heure, à 2 heures de l'après-midi. Il souffre beaucoup surtout dans les reins. T. 39°,5.

25. — Le foie paraît avoir un peu diminué de volume, sur la ligne médiane. Même coloration jaune des conjonctives. Il a pris deux litres de lait depuis hier.

Soir. — Mêmes douleurs atroces dans les lombes, et s'irradiant vers l'épaule droite. Elles ont commencé à deux heures de l'après-midi. T. 38°,7.

26. — T. 38°. P. 120. — 20 sangsues au-dessous des fausses côtes droites.

27. — Soir, 38°,5. — Il a éprouvé un certain soulagement à la suite des sangsues. P. 88. T. 36,8. — Presc. : 2 litres de lait ; 0,50 centigrammes de calomel.

Soir. — Les douleurs ont reparu : le malade a été plusieurs fois à la selle. T. 39°.

28. — Quelques coliques pendant la nuit dernière. La matité du foie a augmenté de 3 centimètres sur la ligne médiane; elle paraît également avoir remonté sur la ligne maxillaire. L'urine est chargée d'urates. — Soir : T. 39°.

1er *mars*. — T. 37°,7. — Grandes difficultés pendant la nuit pour aller à la selle, malgré les 50 centigrammes de calomel qu'il prend tous les jours. — Presc. : vésicatoire sur la région hépatique; 1 pilule d'extrait thébaïque 5 centigrammes. Pour demain matin, 1 gramme de scammonée. — Soir, 39°,5.

2. — Le vésicatoire paraît l'avoir soulagé : les coliques et l'oppression sont moins fortes. On prescrit cependant une injection de morphine, matin et soir. Le malade fatigué du régime lacté, est remis aux bouillons. P. : 98. T. 38,5.

3. — T. 36°,8. — P. 84. — Soir. — 38°,4.

4. — Très-vives douleurs dans la région lombo-hépatique. L'ictère augmente. Difficultés pour uriner depuis quelques jours. T. 36°,8. — Soir. — Même état, 38°,6. Il est toujours momentanément soulagé par les injections de morphine.

5. — Même état : le malade se plaint de frissons. Le ventre est un peu tendu. T. 37°. — Prescription : Onction sur le ventre avec l'onguent napolitain. Cataplasmes. Eau de Vichy. Calomel, 1 gramme en 10 paquets. — Soir. — T. 38°. L'ictère augmente. La langue est jaunâtre et sèche.

6. — Le foie ne paraît pas atteindre la limite inférieure précédemment marquée. En revanche, la matité déborde la limite supérieure. — Bouillon et un peu de viande sans pain.

Soir. — Il a un peu dormi dans la journée. T. 38°,6.

7. — Les douleurs se font maintenant sentir au-dessus du sacrum. L'urine est chargée d'urates. T. 36,6. — Scammonée, 1 gramme. — Soir. — 37°.

8. — Le malade se sent mieux : il a passé une assez bonne nuit, avec une injection de 2 centigrammes de morphine. Cependant l'ictère ne diminue pas : la langue est rouge et sèche. Il prend tous les jours deux litres d'eau de Vichy et 1 gramme de calomel. P. 108. T. 38°,2.

9. — Il a passé une bonne nuit et a eu trois selles. Mais la coloration ictérique de la face est plus prononcée, et depuis hier les membres inférieurs sont œdématiés, ainsi que la paroi abdominale. P. 108. T. 36,7.

10. — Le malade continue à moins souffrir. On trouve 96 centimètres à la mensuration de la base du thorax. L'œdème des membres inférieurs continue à augmenter, ainsi que celui de la paroi abdominale. La couleur de l'ictère, franchement jaune, ne s'est pas modifiée. En présence de l'aggravation des symptômes, M. Lépine réunit en consultation MM. Nicaise, Dieulafoy et Rigal. Après un nouvel examen complet du malade, la ponction est décidée. M. Dieulafoy la fait immédiatement au-dessous du rebord des fausses côtes, à trois centimètres en dedans de la ligne maxillaire. On sent en ce point une sorte d'empâtement d'ailleurs mal accusé. La ponction donne issue à 300 grammes d'un liquide clair, d'une teinte verdâtre. Le microscope décèle dans ce liquide la présence de nombreux globules de pus. La ponction est suivie d'une injection de morphine. Ce n'est qu'au deuxième essai que le liquide apparut dans le corps de pompe de l'aspirateur, le premier ayant été fait avec une aiguille trop étroite.

Dans la journée, le malade se plaint beaucoup du ventre, il s'agite sans cesse. Il a un peu de délire dans l'après-midi et dans le nuit. Douleurs légères au niveau des piqûres. Soir, T. 38°,5.

11. — Il a un peu dormi dans la nuit, à la suite de l'injection de morphine. L'ictère de la peau semble avoir un peu diminué, les conjonctives sont toujours aussi jaunes. Mais il est affaissé ; la respiration est fréquente (40 par minute), irrégulière. Le pouls est à 128. Il se plaint beaucoup du bas-ventre, qui a augmenté de volume, ainsi que les membres inférieurs. La palpation abdominale est impossible. La soif est vive : le malade a bu 2 litres d'eau de Vichy. Cependant il ne peut uriner, on est obligé de le sonder, et le cathétérisme retire environ un verre d'urine très-foncée. Frictions sur le ventre avec l'onguent napolitain. Calomel, 1 gr. Vers 6 heures du soir, il est pris tout-à-coup de hoquets et d'une oppression très-vive ; ses forces semblent l'abandonner tout-à-coup, le facies, déjà grippé, se décompose rapidement et il meurt subitement au bout d'une demi-heure, en pleine connaissance.

Autopsie, le 13 mars. — Les poumons sont refoulés à la

partie supérieure de la poitrine. On trouve plusieurs ecchymoses à la base des deux poumons, principalement à la base du poumon gauche. Les lobes inférieurs sont atélectasiés, surtout le lobe inférieur droit ; les sommets, également, crépitent à peine. Le cœur est sain, ainsi que l'aorte. La cavité péritonéale renferme environ trois litres de sérosité louche avec flocons albumineux et néo-membranes. Les interstices sont agglutinées par les fausses membranes, qui recouvrent le péritoine dans toute son étendue. L'intestin est très-injecté sur son bord libre.

Le foie est énorme et remplit la région épigastrique et les deux hypochondres, refoulant en haut le cœur et les deux poumons, principalement le droit. Sa face inférieure repose sur l'estomac qu'elle repousse dans le flanc gauche. On aperçoit sur sa face convexe un vaste kyste, situé à droite du ligament suspenseur et à la surface duquel le péritoine enflammé présente des néo-membranes anciennes et récentes. On retrouve facilement les deux trous des ponctions non oblitérées. Le kyste se rompt, pendant l'extraction du foie de l'abdomen, et après avoir incisé sa paroi, on peut recueillir encore au moins deux litres de liquide purulent, épais, mélangé d'hydatides de volumes divers. La paroi supérieure du kyste, très-mince à sa partie moyenne où elle présente à peine deux millimètres d'épaisseur, n'est constituée que par le péritoine épaissi et les enveloppes propres du kyste. A la périphérie, elle renferme au contraire évidemment du tissu hépatique. La cavité du kyste s'étend d'avant en arrière dans un plus grand diamètre ; elle divise en quelque sorte le foie en deux parties, dont la plus considérable est constituée par le lobe droit. Les parois latérales sont formées par les deux lobes ; la droite présente une sorte de diverticulum en doigt de gant. La paroi inférieure formée en avant et en arrière par le tissu hépatique, ne paraît plus constituée à son centre que par le péritoine épaissi, doublé par les enveloppes du kyste, de même que la paroi supérieure En résumé, le kyste présente à peu près la forme d'un ovoïde irrégulier, dont le plus grand diamètre est dirigé d'avant en arrière. La constitution de ses parois montre bien, qu'après avoir occupé le centre du foie à son début, il a refoulé le tissu hépatique, de manière à devenir superficiel à sa partie supérieure et à sa partie inférieure. Les gros canaux biliaires sont comme perméables, il sort de la vésicule une bile un peu rougeâtre, assez abondante. Les vaisseaux paraissent normaux. Le tissu hépatique présente une teinte jaune clair, sur laquelle se détachent nettement les canaux coloriés par la bile. Les lobules du foie sont très-distincts, de manière à rendre très-probable l'existence de la cirrhose dans les espaces. L'estomac est dilaté, rempli de bile. La rate est grosse ; le pancréas est sain ; les reins sont très-gros, un peu congestionnés et colorés en jaune par la bile.

L'*examen microscopique* a été fait au laboratoire d'histologie de Clamart, après durcissement par l'alcool, la gomme et l'alcool. Nous avons étudié successivement la paroi du kyste et le tissu hépatique dans le voisinage de cette paroi, et dans différents points de l'organe. La paroi du kyste, dans sa portion la plus mince, est constituée par le péritoine épaissi, au-dessous duquel on trouve de nombreuses cellules embryonnaires et fusiformes et des fibres du tissu conjonctif au milieu d'une matière amorphe. Le tissu conjonctif est surtout abondant au milieu de la paroi, où il forme une véritable couche, renfermant des vaisseaux à parois très-épaissies, et çà et là des foyers purulents. En dedans de cette couche, on ne trouve plus que des cellules fusiformes et surtout des globules de pus. On rencontre encore dans la paroi des groupes de cellules hépatiques disséminés, et situés au-dessous du péritoine, et même quelques cellules isolées.

La structure de la paroi du kyste diffère dans les points où elle est en rapport avec le tissu hépatique. On voit, en effet, sur les coupes, de dedans en dehors, une première zone formée par des globules de pus, des cellules fusiformes et quelques fibres de tissu conjonctif. Ce tissu forme la zone qui est située au-dessous et dans laquelle on remarque en outre des vaisseaux biliaires dont l'épithélium est fortement coloré en rouge par le picro-carminate d'ammoniaque et des vaisseaux. Les canaux biliaires sont d'autant plus nombreux qu'on s'approche davantage du tissu hépatique : on trouve également un certain nombre de petits foyers purulents disséminés. Les mêmes éléments constituent la troisième zone, qui renferme de plus des cellules hépatiques aplaties, au milieu des cellules embryonnaires. Enfin, au-dessous, on trouve le tissu du foie congestionné et présentant une abondante prolifération cellulaire qui dissocie les cellules. L'irritation porte même, en ces points, sur les parois des veines sus-hépatiques, qui restent saines dans tout le reste du foie.

Sur les coupes du tissu hépatique pris à une certaine distance du kyste, on voit, à un faible grossissement, les lobules assez nettement dissociés ; les espaces sont remplis de cellules embryonnaires, visibles surtout autour des canaux biliaires, ceux-ci paraissant anormalement développés et augmentés en nombre. Ces lésions sont limitées aux espaces portes et tendent seulement à se prolonger du côté des fentes. La veine sus-hépatique est saine.

A un grossissement plus fort, on voit plus nettement la prolifération embryonnaire des espaces. Il n'existe que de rares faisceaux de tissu conjonctif; le développement exagéré des canaux biliaires est très-remarquable. La dilatation porte également sur le réseau des fins canalicules biliaires du lobule dont on voit nettement le double contour en rapport avec les cellules. Celles-ci ne paraissent pas avoir subi de modifications appréciables. Les lésions sont beaucoup plus marquées sur les coupes faites dans le voisinage de la paroi du kyste. Les espaces sont beaucoup plus grands, la prolifération embryonnaire est telle qu'elle va jusqu'à la formation de petits foyers purulents, qu'on aperçoit surtout auprès des canaux biliaires un peu gros. En plusieurs points, la membrane interne de ces canaux est plissée, comme après une rupture ; l'épithélium flotte détaché au milieu du canal. On voit aussi un épaississement de la tunique externe de la veine-porte avec prolifération cellulaire : celle-ci paraît même se continuer entre les cellules du lobule qui sont ainsi dissociés par les éléments embryonnaires. Les cellules hépatiques sont aplaties, tassées par la compression ; elles sont ordinairement normales. Mais dans quelques points où la cirrhose est la plus marquée, elles s'atrophient, deviennent allongées, irrégulières et anguleuses, ou bien elles disparaissent en se transformant en une matière vitreuse qui se segmente en formant des carrés irréguliers, et reste insensible à l'action du carmin. Cette dégénérescence est surtout marquée dans la partie moyenne du lobule : les cellules vitreuses sont habituellement séparées des espaces portes par une zone de cellules déformées et aplaties, mais relativement saines.

En résumé, il s'agit évidemment ici de lésions analogues à celles qui ont été observées dans la cirrhose consécutive à l'obstruction accidentelle ou expérimentale des voies biliaires. Il y a cyrrhose hypertrophique encore peu avancée, évoluant d'une manière plus marquée dans le voisinage du kyste où les lésions semblent présenter une marche aiguë, qu'il faut mettre sur le compte de l'influence irritante exercée par la présence du foyer purulent. Malgré la perméabilité des voies biliaires au moment de l'autopsie, on ne peut douter de leur compression, traduite par l'ictère pendant la vie. Il est d'ailleurs rationnel d'admettre que le kyste, en coupant le foie en deux parties, en ne laissant qu'un point de peu d'épaisseur à la partie inférieure devait avoir modifié considérablement les conditions de la circulation biliaire. Il est difficile de dire à quel moment a pu commencer l'évolution des lésions, et il est probable qu'elle ait dû subir plusieurs alternatives liées à l'intermittence de la compression. L'ictère, après avoir disparu une première fois après la sortie du malade de l'Hôtel-Dieu, et être resté insignifiant dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital Temporaire, est devenu intense à partir du 6 mars, et a paru diminuer après la ponction. Il paraît donc avoir été lié d'une façon constante à l'existence de la compression, et en considérant l'état embryonnaire des lésions, on peut à la rigueur supposer que c'est surtout à partir du second ictère qu'elles ont dû évoluer avec une rapidité qui ne peut étonner, si l'on songe avec quelle promptitude MM. Charcot et Gombault les ont vues survenir chez les cochons d'Inde auxquels ils avaient lié le canal cholédoque.

Au point de vue pratique, cette observation est encore intéressante, parce qu'elle montre les difficultés insurmontables que peuvent présenter le diagnostic et l'intervention chirurgicale dans certains kystes du foie. En effet, le foie avait si bien conservé sa forme régulière, et l'exploration de l'abdomen donnait si peu de résultats que l'on pensait d'abord se trouver en présence d'une hépatite suppurée avec foyers multiples. Il n'existait, ni frémissement, ni fluctuation, seulement un empâtement vague au-dessous des fausses côtes droites. Cette obscurité des symptômes a empêché l'emploi de la méthode de Récamier, la seule qui dût être mise en usage avec un kyste aussi superficiel, la ponction avec aspiration ou établissement d'une canule à demeure devant être infailliblement suivies, en pareil cas, d'un épanchement dans le péritoine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 *mai* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. MARJOLAIN, à l'occasion du procès-verbal, invite MM. de Saint-Germain et Lannelongue à relever d'une manière aussi exacte que possible, les cas de tuberculose qu'ils pourront rencontrer dans les familles des enfants qui présentent les premiers symptômes du mal de Pott. Avant même que la moindre déformation ne se soit produite, il convient d'être édifié sur la nature probable de la maladie, afin de se décider à traiter immédiatement ces enfants par l'immobilisation dans la gouttière de Bonnet.

M. PANAS présente à la Société de chirurgie une tumeur sacro-coccygienne congénitale, et demande à M. Depaul s'il pense qu'on doive considérer cette tumeur comme une inclusion fœtale.

M. DEPAUL, sans répondre catégoriquement à la question de M. Panas, rappelle en quelques mots l'histoire des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne et de la région périnéale, et attire l'attention de ces collègues sur la possibilité de considérer ces tumeurs comme des néoplasmes de la glande de Luschka.

M. TRÉLAT présente à la Société deux malades chez lesquels il a pratiqué la restauration de la voûte palatine.

M. DE SAINT-GERMAIN, lit un rapport sur le travail de M. Ponisot de Bordeaux, relativement à l'emploi du thermocautère dans la trachéotomie. Les conclusions de ce rapport ne sont pas très-favorables au procédé de M. Ponisot. En ce qui concerne la trachéotomie par le thermocautère chez les enfants, M. de Saint-Germain la repousse catégoriquement, car l'ébullition de la graisse dans la plaie détermine des entraves vraiment considérables. Quant à l'opération chez l'adulte, M. de Saint-Germain reconnaît qu'elle peut tenter facilement le chirurgien. Mais il serait néanmoins plus partisan du bistouri, s'il devait jouer dans l'opération le rôle du patient.

M. PAULET a pratiqué avec M. Verneuil, il y a quatre jours la trachéotomie par le thermocautère, chez un jeune enfant. La plaie a pris des dimensions considérables et elle est bornée de toutes parts par une région où sont représentés tous les degrés de la brûlure depuis l'érythème simple jusqu'à la gangrène. Heureusement, la section de la trachée a été faite avec le bistouri. E. B.

BIBLIOGRAPHIE

Guy's Hospital Reports. 3e série, vol. XXI. (Churchill, 1876.)

Ce volume des Guy's Hospital Reports contient une série d'importants mémoires et une intéressante statistique pour l'année 1875.

A. CHIRURGIE.— I. *Des fractures de cuisse*, par J. C. FORSTER. L'auteur n'a pas l'intention d'étudier les fractures qui intéressent une des extrémités du fémur ; après avoir passé en revue les diverses méthodes employées contre la fracture du corps de l'os, il s'arrête à un appareil assez compliqué, basé sur l'extension continue et le poids du corps. Le membre inférieur malade est placé dans un hamac formé de fil de laiton et de bandes ; une extension permanente s'exerce par un étrier, puis le poids du membre est allégé par un système de suspension oblique qui permet d'élever le pied au-dessus du niveau du corps. La contre-extension se produit tout naturellement par le poids du corps, le pied du lit étant plus élevé que la tête. Des documents statistiques et une figure permettent d'apprécier complétement cette méthode.

II. *Etude de pathologie dentaire*, par J, SALTER. L'auteur combat la classification des odontomes de M. Broca et s'accorde avec Virchow à diviser ces tumeurs en deux classes : 1° celles qui se produisent au cours du développement des dents ; 2° celles qui arrivent une fois le système dentaire établi.

III. *Description de la rétinite pigmentaire*, par C. BADER (avec une planche). Cette maladie est plus fréquente chez les enfants issus de mariages consanguins, on l'observe aussi par hérédité, souvent la surdité l'accompagne. Ce serait une erreur de croire la syphilis capable de causer la rétinite pigmentaire. Un des symptômes les plus précoces est un nystagmus d'une nature toute spéciale, les oscillations du globe oculaire se faisant exactement dans le plan vertical. La vision ne se fait que si les objets sont bien en face de l'œil, ce qui s'explique par la destruction prononcée des éléments périphériques de la rétine : souvent on a noté de l'héméralopie. Les lésions observées par l'auteur sont celles que tout le monde connaît, il y a disparition graduelle des éléments nerveux, atrophie nacrée de la pupille, rétrécissement des vaisseaux par épaississement conjonctif de leurs parois.

IV. *Statistiques d'amputations*, par GOLDING-BIRD. Nous ne pourrions analyser ce mémoire, sans en reproduire les tableaux ; il résulte de leur lecture, que les résultats de la pratique du Guy's Hospital sont favorables à ce mode de thérapeutique chirurgicale :

Amputation.	Guy's Hospital.	Hôpitaux de Paris.
Cuisse	35. 6 0[0	67. 2 0[0.
Jambe	35. 7	61. 9
Bras	26. 3	54.
Avant-bras	16. 7	33. 3.

V. *Traitement des ulcères par l'application locale d'un courant contenu faible*, par GOLDING-BIRD. L'auteur se base principalement sur l'action antiputride de l'électricité. Les courants continus ont une action tonique qui cause un afflux sanguin considérable, aussi la surface de l'ulcère devient-elle saignante ; une réparation plus active s'ensuit ; tantôt on a employé le courant d'une pile dont les éléments étaient disposés en batterie, tantôt on a appliqué sur l'ulcère des plaques métalliques et des solutions de chlorures alcalins qui produisaient sur place un courant constant.

VI. *Cas de fracture du crâne s'étant accompagnée d'une collection de liquide céphalo-rachidien sous le cuir-chevelu*, par Cl. LUCAS. Il s'agit d'une enfant de 2 ans 1[2 tombée d'une hauteur de 18 pieds. Un mois après on vit paraître une tumeur fluctuante au-dessus de l'oreille gauche, la ponction évacuatrice donna un liquide limpide ayant la composition du fluide céphalo-rachidien ; on put alors s'apercevoir d'une fracture s'étendant jusqu'à la fontanelle latérale. Au bout de trois mois l'enfant était guérie, mais l'auteur de l'observation se basant sur les rares cas analogues craignait que l'épilepsie ne fût la suite d'une lésion aussi grave du crâne à cet âge. Les signes objectifs sont dans ce cas ceux de la méningocèle ordinaire.

B. MÉDECINE. VII. *Action diurétique de la résine de copahu*, par F. TAYLOR. Les propriétés diurétiques du copahu ont été expérimentées dans six groupes d'hydropisies : L'ascite d'origine hépatique, l'ascite essentielle, l'œdème cardiaque, l'anasarque de l'emphysème, les épanchements pleuraux, l'anasarque de l'albuminurie. Il résulte de la lecture de 40 observations qu'une polyurie très-manifeste suit l'usage de l'extrait résineux de copahu, et que cette médication a pu rendre quelques services surtout dans la pleurésie aiguë.

VIII. *De la guérison de la folie*, par H. SAVAGE. Dans un intéressant mémoire, l'auteur passe en revue un grand nombre de cas de folie et s'applique à séparer, au point de vue du pronostic, l'aliénation due à l'hérédité de celle qui est due à une cause accidentelle. Cette dernière étiologie est à son tour étudiée selon qu'il y a désordre physique, ou simple impres-

sion morale. L'auteur ne tire du reste aucune conclusion de son travail qui est surtout un recueil de faits.

IX. *De l'hémorrhagie méningée*, par J. F. GOODHART. L'auteur a été frappé de voir plusieurs cas d'hémorrhagie méningées à la salle d'autopsie, sans avoir eu à les diagnostiquer pendant la vie, il a souvent aussi noté des altérations du cœur et des reins, dont la fréquence semblait échapper aux auteurs classiques. Il résulte d'un tableau qu'il a dressé que, sur 41 cas, 20 fois les reins étaient malades, 13 fois le cœur était hypertrophié avec sclérose rénale, six autres fois l'hypertrophie du cœur coïncidait avec l'intégrité des reins. Ainsi donc 28 fois sur 41, il y avait à tenir compte de l'augmentation de pression intra-vasculaire due soit aux reins, soit au cœur, soit aux deux organes à la fois. L'auteur appliquant ces remarques à l'hémorrhagie des centres gris, croit que la théorie de Charcot et Bouchard est trop exclusive, et qu'il faut, tout en reconnaissant l'existence des anévrysmes miliaires, s'occuper beaucoup plus qu'on ne le fait aujourd'hui de la question de tension ; pour lui il y a deux facteurs à étudier ; d'une part, un état local, celui du cerveau ; d'autre part, un ensemble morbide portant sur le système circulatoire en général, et causant l'attaque, chez un sujet rédisposé d'ailleurs aux ruptures vasculaires par perte de l'élasticité de ses petites artères.

Comme symptômes le plus souvent on n'a noté qu'un coma profond et que des hémiplégies ; rarement on a vu des convulsions ou de la contracture ; le diagnostic serait donc principalement à faire entre le coma épileptique et celui de l'ivresse ; dans quelques cas cependant on observe des symptômes d'excitation auxquels succèdent des phénomènes de dépression se terminant par l'algidité et la mort. Suivent 36 observations d'hémorrhagies méningées aux différents âges.

X. *De l'usage et de l'administration des calmants*, par H. STOKOE. L'auteur compare l'action de l'opium et celle du chloroforme et du chloral dans plusieurs affections aiguës.

XI. *Cinquième compte-rendu de la maternité du Guy's Hospital.* — Statistique détaillée s'étendant de 1863 à 1875, et portant sur 23.591 femmes et 23.811 nouveau-nés : nous rappellerons que les malades sont soignés en dehors de l'hôpital par des étudiants spéciaux, auxquels il est défendu de fréquenter l'amphithéâtre pendant leur mois de service.

XII. *Remarques sur quelques névroses à accès*, par H. FAGGE. —Dans cette communication, l'auteur étudie les rapports des principales névroses avec l'épilepsie, surtout par rapport aux théories de Hughlings Jackson et Ferrier sur les décharges motrices.

XIII. *De la recherche du sucre dans l'urine normale*, par PAVY. — Le sucre existe dans l'urine normale, on le reconnaît grâce à la fermentation. Aussi le physiologiste anglais s'oppose-t-il aux théories glycogéniques actuelles ; il ne trouve que peu de sucre dans le sang, et en trouve à peu près la même quantité dans l'urine.

XIV. *Empoisonnement par la nitro-benzine.* — Les effets ont été comparables à ceux de l'acide cyanhydrique.

Le volume se termine par une statistique générale des malades traités pendant l'année précédente. En lisant ces divers mémoires, dont nous n'avons pu reproduire que l'idée principale, on est frappé du grand mouvement scientifique qui se produit de toutes parts dans les hôpitaux anglais. Aucune observation n'est perdue. Aussi peut-on faire des statistiques et des travaux ayant une base véritablement sérieuse ; chez nous, au contraire, quand une observation est prise, elle est isolée et reste souvent ignorée de ceux-là mêmes qu'elle intéresserait le plus; nous n'avons pas d'Annales de la Charité, de l'Hôtel-Dieu, etc., et le moindre hôpital de province en Angleterre publie, chaque année, des faits dont l'ensemble constitue un fonds de documents sérieux où nous puisons chaque jour.

H. DE BOYER.

M. le dr FERRUS, qui venait de donner sa démission de ses fonctions de médecin en chef de l'hôpital civil, a succombé, le 5 avril, après une courte maladie. Ses obsèques ont eu lieu au milieu d'un grand concours de monde. (*Alger médical.*)

HYDROLOGIE

La lithine dans les eaux de Royat.

Dans une brochure récente (1), M. le Dr Alexandre Petit a recherché la raison de l'efficacité des eaux de Royat dans le traitement des goutteux. Il attache une grande importance à la lithine découverte en 1874, par M. Truchot dans les eaux de cette station thermale.

La lithine, isolée pour la première fois par Berzelius dans les eaux de Carlzbad, fut signalée plus tard successivement dans plusieurs stations allemandes : à Kissingen, Lons, Kreuznach, Marienbad, Wiesbaden, Franzenbad, Klausen, Pyrmont, Petesthal, et Baden-Baden.

Dans les eaux minérales de France, disait-on, elle est rare, Martigny-les-Bains, Contrexéville, Vichy et Vals étant à peu près les seules eaux où elle eût été signalée à des doses minimes. Depuis, on l'a trouvée dans les eaux d'Auvergne et ainsi que l'ont fait observer MM. Gubler et Labat, « c'est en Auvergne que se trouvent les eaux analogues à celles d'Allemagne. L'infériorité des stations de l'Auvergne, comparées à celles de Bohême, tient uniquement à leur installation insuffisante » (Verjon. *Annales de la Société d'hydrologie*, 1876).

Aujourd'hui ces défectuosités d'installation n'existent plus ou disparaissent pour faire place à des dispositions qui feront des établissements des principales stations de l'Auvergne, les premières de l'Europe. Et les doses de lithine sont plus considérables dans les sources du plateau central de la Limagne, qu'on ne pouvait le supposer. La grande source de Royat contient 35 milligrammes de lithine ; Châteauneuf, 35 ; Châtel-Guyon, 28 ; Saint-Nectaire, 22 ; la Bourboule, 18 ; le Mont-Dore, 8.

Les succès constants du traitement thermal de Royat dans l'arthritisme étaient attribués aux carbonates de soude et de potasse qui entrent dans la composition des eaux de cette station. Cette opinion se modifie aujourd'hui devant la valeur thérapeutique de la lithine et l'administration de cette base dans ses combinaisons carbonatées. A Royat, la lithine se trouve à l'état de chlorure uni à une grande quantité d'acide carbonique et à d'autres principes minéralisateurs d'une très-grande importance : chlorure de sodium, carbonate de chaux, de fer et de manganèse, tous reconstituants très-énergiques.

L'acide carbonique, dit M. Petit, transforme en carbonate le chlorure de lithine et n'a pas seulement pour utilité de maintenir en dissolution les 6 grammes de principes solides contenus dans les eaux de Royat. Il rend ces dernières agréables au goût, corrige les saveurs particulières à chacun des sels dissous, et enfin, aide à leur parfaite digestion. Le carbonate de fer, naturellement insoluble dans l'eau, y est lui-même tenu en dissolution par l'acide carbonique, et sa saveur atramentaire marquée par la saveur aigrelette du gaz. Les dépôts ferrugineux sont très-abondants dans les eaux de Royat, et leur coloration varie suivant les sources. En général plus la température de l'eau est basse, plus l'eau conserve d'acide carbonique dissous; il est à remarquer que certains goutteux, surtout ceux affaiblis par la chronicité de la diathèse, supportent plus facilement les eaux froides que les estomacs dispeptiques refusent quelquefois d'accepter.

Dr DETAILLE.

VARIA

Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

Une décision présidentielle en date du 5 octobre 1872 dispose que chaque année un concours aura lieu au mois de septembre pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, et que les candidats admis, dans la proportion déterminée par les besoins du service, seront répartis, à leur choix et suivant leur convenance, entre les douze villes ci-dessous indiquées qui possèdent à la fois un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil et une Faculté de médecine ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie, savoir : Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Besançon, Grenoble et Alger.

---

(1) *La goutte, le rhumatisme et les diverses manifestations de la diathèse arthritique, envisagés au point de vue de leurs traitements aux eaux thermales* par le Dr PETIT, médecin consultant à Royat.

En exécution de ces dispositions, un concours pour les emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira :

A Paris, le 23 août 1877 ; — à Lille, le 31 du même mois ; — à Nancy, le 4 septembre ; — à Besançon le 8 du même mois ; — à Lyon, le 12 du même mois ; — à Marseille, le 16 du même mois ; — à Montpellier, le 19 du même mois ; — à Toulouse, le 23 du même mois ; — à Bordeaux, le 27 du même mois ; — à Rennes, le 2 octobre 1877.

Aux termes de la décision précitée, sont admis à concourir : Pour les emplois d'élève en médecine : 1° Les étudiants pourvus des deux diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences complet ou restreint ; 2° Les étudiants ayant 4, 8 et 12 inscriptions valables pour le doctorat et ayant subi avec succès les examens de fin d'année correspondant au nombre de leurs inscriptions. En exécution du décret du 22 août 1854, 14 inscriptions d'école préparatoire seront acceptées pour 12 inscriptions de Faculté.

Pour les emplois d'élèves en pharmacie : 1° Les étudiants pourvus du diplôme de bachelier ès-sciences complet ; 2° Les étudiants ayant 4 inscriptions d'école préparatoire ou d'école supérieure pour le titre de pharmacien de 1re classe ; 3° Les étudiants ayant 8 inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe et ayant subi avec succès les examens réglementaires. — 10 inscriptions d'école préparatoire pourront suppléer à 8 inscriptions d'école supérieure.

Les autres conditions sont les suivantes : 1° Etre Français ; 2° Avoir eu au 1er janvier de l'année du concours plus de dix-sept et moins de vingt-et-un ans (élèves sans inscriptions), moins de vingt-deux ans (élèves à 4 inscriptions), moins de vingt-trois ans (élèves à 8 inscriptions), et moins de vingt-quatre ans (élèves à 12 inscriptions) ; 3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins, et pourra être vérifiée au besoin par le jury d'examen ; 4° Souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins, à dater de l'admission au grade d'aide-major de 2e classe.

Toutes les conditions qui viennent d'être indiquées sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit. Les candidats en activité de service, s'ils sont compris dans la liste d'admission, seront placés en position de congé pouvant être renouvelé aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité d'élève du service de santé. La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité pendant le cours de leurs études.

Formalités préliminaires. — Les candidats auront à requérir leur inscription à leur choix sur une liste qui sera ouverte à cet effet, à dater du 1er juillet prochain, dans les bureaux de MM. les intendants militaires en résidence dans les localités indiquées d'autre part. La clôture de cette liste aura lieu dans chaque ville cinq jours avant l'ouverture du concours dans cette localité.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance :

1° Son acte de naissance dûment légalisé ;

2° Un certificat d'aptitude au service militaire, dans la forme ci-dessus indiquée ;

3° Un certificat délivré par le service du recrutement indiquant sa situation au point de vue militaire ;

4° Les diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences complet ou restreint, s'il est candidat en médecine sans inscriptions, et pour les concurrents à 4, 8 et 12 inscriptions, les certificats d'examen de fin d'année où il sera fait mention de la note obtenue à chacun de ces examens ; — le diplôme de bachelier ès-sciences complet, s'il est candidat en pharmacie sans inscriptions, et pour les concurrents à 4 et 8 inscriptions, les certificats des examens réglementaires.

Ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves ;

5° S'il a moins de 12 inscriptions valables pour le doctorat, ou de 8 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de 1re classe, l'indication de la ville où il désire faire ses études.

Chaque candidat indiquera exactement son domicile, où lui sera adressée, s'il y a lieu, sa commission d'élève du service de santé.

Forme et nature des épreuves. — I. *Concours en médecine :* Candidats sans inscription ou n'ayant pas passé le premier examen de fin d'année : 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle ; 2° Interrogations sur la physique et la chimie, d'après le programme des connaissances exigées pour le baccalauréat ès-sciences restreint.

Candidats à 4 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le premier examen de fin d'année : 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle médicale et de physiologie élémentaire ; 2° Interrogation sur la physique et la chimie dans leurs parties afférentes à la science médicale ; 3° Interrogations sur l'ostéologie, les articulations et la myologie.

Candidats à 8 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le deuxième examen de fin d'année : 1° Composition sur une question de physiologie ; 2° Interrogation sur l'anatomie descriptive et sur la physiologie.

Candidats à 12 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le troisième examen de fin d'année devant une Faculté ou une école de plein exercice : 1° Composition sur une question de pathologie générale ; 2° Interrogations sur la pathologie interne et la pathologie externe ; 3° Interrogations sur l'anatomie et la physiologie.

II. *Concours en pharmacie :* Candidats sans inscriptions ou n'ayant pas satisfait aux examens semestriels de première année : 1° Composition sur une question de physique et de chimie ; 2° Interrogations sur la physique, la chimie et les éléments d'histoire naturelle.

Candidats à quatre inscriptions au moins, ayant satisfait aux examens de première année : 1° Composition sur une question de physique et de chimie ; 2° Interrogations sur la chimie médicale et les éléments de chimie organique ; 3° Interrogations sur la botanique, la zoologie, la minéralogie et l'histoire naturelle des médicaments.

Candidats à 8 inscriptions au moins, ayant satisfait aux examens de seconde année : 1° Composition sur une question de chimie ; 2° Interrogations sur la chimie minérale et la chimie organique ; 3° Interrogations sur la pharmacie, la toxicologie, la botanique et l'histoire naturelle des médicaments.

Les épreuves ci-dessus spécifiées auront lieu devant un jury unique composé d'un médecin inspecteur qui le présidera et sera chargé de régulariser les opérations du concours, de deux médecins et de deux pharmaciens militaires désignés par le ministre.

Il sera accordé trois heures pour la composition ; chaque épreuve d'interrogation durera de quinze à vingt minutes. Les candidats qui auront satisfait à la composition seront seuls admis aux interrogations orales.

Les compositions sont lues à huis-clos par le jury. Chaque examinateur interroge séparément les candidats pour sa spécialité. L'appréciation des candidats pour chaque épreuve est exprimée par un chiffre, de 0 à 20. Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite. Le classement général se fait à Paris, après que le jury d'examen a terminé ses opérations.

Dispositions générales. — Les élèves du service de santé militaire qui auront moins de 12 inscriptions en médecine ou de 8 inscriptions en pharmacie seront dirigés chacun sur celle des douze villes ci-dessus mentionnées qu'il aura choisie pour y faire ses études. (Toutefois, aucun pharmacien militaire n'étant attaché aux hôpitaux de Grenoble, de Besançon et de Montpellier, les élèves pharmaciens ne pourront être placés dans ces trois localités.)

Attachés à l'hôpital militaire, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils concourront, suivant leur spécialité et le degré d'avancement de leurs études, à l'exécution du service ; en même temps, ils suivront les cours et travaux pratiques de la Faculté de médecine, ou de l'école supérieure de pharmacie, ou de l'école préparatoire, et y subiront les divers examens aux époques et dans la forme déterminées par la législation en vigueur.

Ces élèves ne porteront pas d'uniforme et ne recevront aucune indemnité ni subvention. Ils auront donc à pourvoir, au moyen de leurs propres ressources, aux frais d'entretien, de nourriture et de logement, ainsi qu'à l'achat des livres et instruments nécessaires à leurs études. Toutefois, ceux d'entre eux qui auront été boursiers au Prytanée militaire pourront obtenir, sur leur demande, une subvention mensuelle fixée à 1,200 fr. par an à Paris, 1,000 fr. à Lyon et à Marseille, et 800 fr. dans les autres villes que celles ci-dessus désignées.

Cette faveur ne pourra être étendue à aucun autre élève, pour quelque motif que ce soit.

Les élèves du service de santé qui seront en possession de 12 inscriptions pour le doctorat ou de 8 inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe seront réunis à Paris et placés sous les ordres du directeur de l'école du Val-de-Grâce ; inscrits à la Faculté de médecine ou à l'école supérieure de pharmacie, ils suivront les cours spéciaux en rapport avec le degré de leur scolarité. A l'intérieur du Val-de-Grâce, il recevront l'enseignement pratique et complémentaire des matières sur lesquelles portent les examens de doctorat et ceux de pharmacien de 1re classe.

Pendant la première année de séjour au Val-de-Grâce, les élèves en médecine devront satisfaire aux deux premiers examens de doctorat qui seront subis dans l'ordre déterminé par le décret du 28 juillet 1860. Après la seizième inscription en médecine et la douzième inscription en pharmacie, les élèves en médecine auront à subir les trois derniers examens de doctorat et la thèse, et les élèves en pharmacie auront à satisfaire aux trois examens probatoires. Toutes ces épreuves devront être terminées avant le 1er mai, époque où commencera le stage proprement dit, qui finira au mois de septembre.

Les élèves de cette catégorie porteront l'uniforme et recevront la solde attribuée à l'ancien grade de sous-aide (2,500 fr. par an) ; dès que chacun d'eux aura obtenu le titre de docteur ou de pharmacien de 1re classe, la solde spéciale de l'emploi de stagiaire lui sera acquise.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé, les frais d'inscriptions, d'exercices pratiques, d'examens et de diplôme, seront payés par l'administration de la guerre. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen seront à la charge de l'élève. Un second échec au même examen de fin d'année, semestriel ou de fin d'études, entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement des frais de scolarité qui auront été payés pour son compte et de l'indemnité de première mise d'équipement qui lui aura été allouée à l'école du Val-de-Grâce. Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service de santé militaire avant d'avoir accompli la durée de leur engagement d'honneur.

Récompenses aux médecins des eaux minérales.

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le Ministre de l'agriculture et du commerce vient d'accorder les récompenses ci-après désignées aux médecins qui se sont le plus distingués dans le service médical des eaux minérales de la France, pendant l'année 1874 :

Médaille d'or. — M. le docteur Lebret, médecin inspecteur honoraire des eaux de Baréges.

Médailles d'argent. — M. Debout-d'Estrée, médecin inspecteur des eaux minérales de Contrexéville (Vosges) ; M. le docteur E. Bertherand, secrétaire général de la Société climatologique d'Alger ; M. Maret, médecin consultant aux eaux minérales de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).

Rappel de médailles d'argent. — M. Vidal, médecin inspecteur des eaux minérales d'Aix (Savoie); M. Massie, médecin inspecteur des eaux de Dax, Tercis et Saubuse (Landes) ; M. Verjon, médecin inspecteur des eaux minérales de Plombières (Vosges) ; M. Tillot, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Christau (Basses-Pyrénées) ; M. Arrat-Balous, médecin inspecteur des eaux d'Eugénie-les-Bains (Landes); M. Patézon, médecin inspecteur des eaux minérales de Vittel (Vosges); M. Mullet, pharmacien-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de l'armée.

Médailles de bronze. — M. Boudant, médecin inspecteur-adjoint des eaux du mont Dore (Puy-de-Dôme) ; M. le docteur Dubuc, suppléant du médecin inspecteur des eaux d'Audinac (Ariége) ; M. Pupier, médecin consultant aux eaux de Vichy (Allier) ; M. Planche, médecin consultant aux eaux de Sylvanès, Andabre, etc. (Aveyron) ; M. Dubois, médecin-major à l'hôpital militaire d'Hammam-Mescoutin (Algérie) ; M. Challan, médecin-major de l'armée. — (*Journal officiel*).

Dernière statistique de la Turquie.

Le *Sal-Namé* ou annuaire officiel turc pour l'année 1294 des Ottomans, autrement dit l'année 1877, en s'en rapportant à notre calendrier, contient la première statistique détaillée de la population de l'empire ottoman.

Suivant cet annuaire officiel, publié par le bureau de statistique du ministère de l'instruction publique, la population de la Turquie d'Europe se monterait à 4,700,182 âmes. Dans ce chiffre n'est pas compris l'arrondissement de Constantinople avec ses environs. Le vilayet qui comprend le plus grand nombre d'habitants est celui de Bosnie : 1,013,068 ; celui du Danube en renferme 907,774 ; celui d'Andrinople, 632,676, etc.

La Turquie d'Asie, en y rattachant le territoire de Tripoli (Barbarie), compte, dans ses différents villayets, une population de 9,039,556 âmes. C'est le villayet de Bagdad qui renferme le plus grand nombre d'habitants : 1,604,476. Vient ensuite celui de Tripoli : 1,010,000 ; celui d'Erzeroum : 782,832 ; celui d'Aïdin et de Smyrne : 770,022, etc.

D'après la *Revue orientale mensuelle*, il ne faut pas attacher à ces chiffres une confiance illimitée. Le correspondant de Constantinople de ce journal complète la statistique ci-dessus en y ajoutant celle qui est relative à la population de Constantinople et des alentours, laquelle population se monte à 700,000 âmes. La population nomade étant de 2 millions d'âmes ; l'armée et la police comptant 560,262 hommes, et les étrangers s'élevant à 500,000, c'est donc un total de 17,500,000 habitants.

Il convient encore d'ajouter à ce chiffre celui de 2 millions comme évaluation approximative des habitants non compris dans l'estimation ci-dessus, surtout des enfants, en sorte que la population actuelle de l'empire ottoman serait de 19,500,000 âmes. — (*Journal officiel*).

Herborisation.

A la suite d'une herborisation faite par M. le professeur *Chatin*, le dimanche 20 mai à l'Isle-Adam dans les cantons du Vivray et de Stors et spécialement destinée à la récolte des orchidées, MM. *Camus*, étudiant en pharmacie et *Demay*, étudiant en médecine, eurent l'idée d'explorer les cantons de Vaux et du Bouillon-Val, sur la commune de Champagne, à 4 kil. de l'Isle-Adam. Vivement soutenus dans leur projet par M. le professeur Chatin, ils firent, le 21, l'exploration de ces localités. Sur un parcours de 2 kilomètres, ils ont récolté :

Orchis fusca	240 échantillons.
— *galeata*	70 —
— *simia*	160 —
Ophrys arachnites	11 —
— *aranifera*	170 —
— *myodes*	47 —

Loroglossum hircinum (abondant.)

Et enfin : *Orchis ustulata* (espèce assez rare) 102 échantillons.

Platenthera chlorentha et *platenthera bifolia*.

On peut encore citer comme plantes assez intéressantes trouvées dans cette herborisation : *Globularia vulgaris*, *anemone pulsatilla*, *poa bulbosa* (var. vivipara), *poa rigida*, *arabis sagittata*, *myosuros minimus*.

MM. Camus et Demay ont cru utile de signaler cette nouvelle localité aux botanistes en faisant remarquer que cette herborisation reproduit assez exactement celle de l'Isle-Adam avec une richesse d'échantillons beaucoup plus considérable. Ce qui peut permettre pendant quelque temps de diriger les herborisations de ce côté afin de ménager les localités de la rive gauche de l'Oise qui, en ce moment, deviennent très-pauvres.

Quant à cette nouvelle localité, elle présente cette particularité qu'elle offre en assez grande abondance l'*orchis ustulata* non signalée jusqu'à ce jour dans ces contrées. Cette herborisation sera achevée dans quelques jours et on en fera connaître les résultats.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Pinard ont commencé le mercredi 16 mai, à 3 h. 1/2, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties : 1° Anatomie, physiologie, grossesse; 2° Eutocie; 3° Dystocie; 4° Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Maladie des enfants nouveau-nés. M. Parrot continue son cours tous les dimanches à 9 heures. — *Maladies mentales*. M. le Dr Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne, rue Ferrus, reprendra ses leçons le dimanche, 3 juin, à 9 h. 1|2.

NOUVELLES

Mortalité a Paris.—1,851,792 habitants (recensement de 1872). Pendant la semaine finissant le 24 mai 1877, on a déclaré 996 décès, soit 28 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 14; — rougeole, 10; — scarlatine, »; — variole, 5; — croup, 9 ; — angine couenneuse, 33; — bronchite, 53; — pneumonie, 78; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5; — choléra nostras, »; — dysentérie, 1; — affections puerpérales, 6; — érysipèle, 6, — autres affections aiguës, 228; — affections chroniques, 487, dont 180 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 34; — causes accidentelles, 30.

Muséum d'histoire naturelle.— *Cours de botanique*. Classification de familles naturelles. M. Bureau, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 3 juin 1877, à Bouvay.

Départ par le train de 7 heures (gare d'Orléans). Il est essentiel de se trouver à la gare 1/4 d'heure avant le départ.

Nota. Pour jouir de la réduction sur le prix des places, s'inscrire à la galerie de botanique du Muséum. Les inscriptions sont reçues jusqu'au vendredi soir, 5 heures.

Cours de géologie. Excursion géologique. M. Daubrée, membre de l'Institut, professeur.

M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche 3 juin 1877, aux environs de Lagny.

On se réunira à la gare de l'Est où l'on prendra, à 9 h. 40, le train pour Lagny.

Cours de physiologie générale. M. Claude Bernard, membre de l'Institut, ouvrira ce cours le lundi 4 juin 1877, à 10 h. 1/2, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Le professeur traitera des caractères généraux de la vie dans les deux règnes. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée. Des leçons pratiques auront lieu au laboratoire dans la seconde partie du cours.

Concours pour le Bureau central. (*Médecine*.) Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Legroux, Rendu et Gouraud.

Un nouveau concours pour trois places commencera lundi prochain, 4 juin, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les *candidats* inscrits pour ce concours sont MM. Carrière, Chouppe, Danlos, Debove, Gingeot, Gouguenheim, Hallopeau, Hanot, Hirtz, Homolle, Huchard, Joffroy, Laborde, Lacombe, Lagrave, Landouzy, Landrieux, Lorey, Percheron, Quinquand, Rathery, Raymond, Renault (A.), Roques, Ruck, Sanné, Schweich, Sevestre, Tenneton, Troisier. — Les *juges* sont MM. Empis, Guyot, Ollivier, Raynaud, Bucquoy, Hillairet, MM. X...

Une exécution a l'Académie de médecine de Paris. — Dans la séance du 1er mai l'Académie de médecine constituée en comité secret, a adopté la résolution suivante : MM. J.-J. Casenave, correspondant de l'Académie depuis 1836, a publié dans les annonces du journal le *Salut public* de Lyon, du 21 avril 1877, un article-réclame qui a péniblement impressionné le corps médical. L'Académie n'a pu lire, sans être vivement émue, cet appel scandaleux à la publicité, dans lequel M. J.-J. Cazenave affiche hautement son titre de membre correspondant. L'Académie n'hésite pas à lui infliger un blâme public et à le rayer du nombre de ses correspondants. — (*Lyon médical*).

Nécrologie. — Lundi dernier ont eu lieu en l'église de Broglie les obsèques de M. Paul Richer, docteur en médecine de la Faculté de Paris, décédé vendredi, dans sa trente-septième année. L'assistance était nombreuse, et on y remarquait le conseil municipal tout entier, la Société de secours mutuels de Broglie, tous les fonctionnaires de la localité. M. le docteur Richer avait rempli, pendant la guerre de 1870-71, les fonctions d'aide-major au 3e bataillon des mobilisés de l'Eure, et il avait fait preuve d'un grand dévouement. M. le colonel Goujon a prononcé sur la tombe de M. le docteur Richer un touchant discours d'adieu. — (*Union républicaine de l'Eure*).

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

Pajot. — La seconde sur le forceps à aiguilles. Extrait des Annales de gynécologie, mai 1877. Paris 1877, in-8 de 48 pages. — Prix : 1 fr.

Tarnier. — Discussion relative au nouveau forceps de M. Tarnier, extrait des Annales de gynécologie. Paris, 1877, in-8 de 28 pages.

Escot (E.). — Notice médicale sur les eaux thermales de la Bourboule, arsénicales, chlorurées, sodiques, bicarbonatées 1876. Clermont-Ferrand, typog. de G. Mont-Louis, in-8 de 40 pages.

Moreau (Paul, de Tours). — Des pseudo-guérisons dans les maladies réputées incurables. Paris, imp. Parent, 1877, in-8 de 16 pages.

Acta de la session publica inaugural que la Academia de ciencias medicas de Cataluna celebrô en 25 de marzo de 1877. Barcelona 1877. Etablissement typog. de N. Ramires, in-8 de 40 pages.

Reglamento interior de la Academia de ciencias medicas de Cataluna. 1877. Barcelona. Imprenta de la renaixensa, in-8 de 16 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Cochin. Service de M. Bucquoy. Salle Sainte-Marie (H.): 1, ulcère simple de l'estomac; 3, Albuminurie; 4, paralysie faciale; 9, Pleurésie péricardite. — Salle Saint-Philippe (H.): 1, néphrite parenchymateuse; 2, pleuro-pneumonie, syphilis; 5, fièvre typhoïde, rechute; 6, coliques hépatiques; 10, asystolie; 14, anévrysme du tronc broncho-céphalique; 17, rétrécissement aortique. — Salle Saint-Jean (F.): 12, 22, colique hépatique, 16, polyurie; 19, insuffisance tricuspide.

Service de M. Desprès. Baraque I, 1: mal de Pott, abcès par congestion, tubercules du testicule; 9, tubercules du testicule, tubercules de la portion prostatique de l'urèthre, fistule uréthrale; 33, pied bot congénital, bourse séreuse accidentelle enflammée, mal perforant consécutif. — Baraque II, 12, ulcère de jambe, érysipèle du membre inférieur; 16, hématome de la jambe, menace de suppuration; 17, furoncule de l'aile du nez, adénite cervicale; 27, abcès de la glande de Cooper. — Baraque III, 2, abcès urineux, récidive; 6, ostéite de l'extrémité inférieure du fémur, amputation prochaine; 8, anthrax de la nuque et du dos, traité sans incision. — Salle Saint-Jacques: 2, fracture d'un métacarpien; 5, kyste dermoïde du sourcil; 6, rétrécissement congénital du rectum; 8, plaie contuse de la main; 15, iritis rhumatismal; 17, fracture de la cuisse au tiers inférieur; 18, sarcome diffus du pharynx; 20, fracture des deux os de la jambe à la partie inférieure; 23, phlébite profonde du membre inférieur. — Salle Cochin (F.): 3, kyste dentaire; 4, prolapsus utérin (vulvorraphia); 8, épithélioma du col; 9, kyste de l'ovaire; 10, abcès froid de la région scapulaire; 23, cal vicieux.

Hôpital des Enfants-Malades. Service de M. Archambault. Leçon clinique le vendredi. Salle Saint-Louis : 4, croup opéré, dysphagie rendant le retrait de la canule impossible; 6, pneumonie lobaire franche; 8, insuffisance mitrale et rétrécissement aortique; 10, entérite légère et péritonite chronique au début; 11, angine couenneuse en voie de guérison, 12, ulcération de la voûte palatine, de l'amygdale et des piliers du voile du palais de nature mal déterminée, amélioration rapide par les mercuriaux; 13, cachexie cardiaque; 18, pleurésie avec épanchement excessif datant de 8 jours, ponctionnée le 29; 20, pleurésie avec épanchement considérable, chez un tuberculeux, ponctionné avec soulagement pour le malade; 28, épanchement pleurétique probablement tuberculeux; 29, rougeole mal sortie avec bronchite profonde; 30, rougeole chez un syphilitique, broncho-pneumonie.— Salle Ste-Geneviève : 4, tuberculose; 8, rhumatisme subaigu; 9, croup opéré du 29; 13, angine couenneuse en voie de guérison; 15, chorée intense traitée par l'arseniate de soude à haute dose; 18, angine couenneuse en voie de guérison; 19, fièvre intermittente; 23, insuffisance mitrale; 24, tuberculose des séreuses pleurale et péritonéale; 25, coqueluche grave; 28, vers intestinaux ayant tous les symptômes cérébraux semblables à ceux de la méningite.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Desnos. Consultation le mercredi. Visite à 9 h. Salle Sainte-Marthe (H.): 3, cirrhose hypertrophique; 8, névralgie du nerf phrénique; 11, anévrysme de la crosse aortique; 24, paralysie agitante; 34, purpura cachectique; 39, 53, pneumonie. — Salle Sainte-Geneviève (F.): 6, cystite à frigore; 9, rein flottant douloureux; 12, hématocèle rétro-utérine; 14, dilatation aortique; 21, hémianesthésie hystérique, 24, stomatite ulcéro-membraneuse; 38, pelvi-péritonite.

Service de M. Gallard. Visite à 9 h. Salle du Rosaire (F.): 17, corps fibreux; 21, métrite chronique, retroversion; 24, métrite post. puerpérale; 36, coliques hépatiques; 34, rhumatisme articulaire aigu. — Salle Saint-Athanase (H.): 6, diabète sucré; 7, rhumatisme articulaire aigu; 18, pneumonie: 25, abcès du poumon; 31, 36, carcinome de l'estomac; 44, coliques de plomb.

Service de M. Gombault. Visite à 8 h. 1/2. Salle Saint-Michel : 2, gastrite alcoolique, névralgie faciale; 8, hémiplégie traumatique; 9, athérome cardiaque, hémiplégie, paralysie générale; 10, fistule laryngienne; 11, hémoptysie chronique; 16, diabète, lésions pulmonaires; 21, blennorrhagie, affection cardiaque, rhumatisme; 28, alcoolisme chronique, pneumonie torpide; 53, luxation congénitale de la hanche, paralysie musculaire multiple. — Salle Notre-Dame (accouchements); 2, chorée hystérique; 3, polyurie; 5, rétrecissement du bassin, tumeur péri-utérine; 6, grossesse gémellaire, périmétrite; 11, athrepsie, ulcère de la langue; 24, phlegmon du ligament large, affection cardiaque; 32, insuffisance mitrale; 44, dilatation cardiaque, rachitis thoracique.

Service de M. Labbé. Opérations le mardi. Salles Saint-Jean (F.) et Saint-Gabriel (H.): 1, adénome du voile du palais; 7, rupture du tendon rotulien; 9, fistule uréthro-périnéale; 12, synovite des extenseurs du pouce; 13, fracture bimalléolaire; 20, hernie inguinale étranglée; 25, syphilides ulcéreuses tertiaires; 32, abcès du creux ischéo-rectal; 41, fracture compliquée de l'os malaire, rupture de la cornée.

Service de M. Verneuil. Visite à 8 h. 1/2. Clinique et opérations lundi, mercredi et vendredi. Salle Saint-Augustin (F.): 1, ostéo-arthrite du genou; 2, abcès péri-trochantérien; 16, cystite calculeuse; 30, staphylome de la cornée; 31, cancer du sein, récidive. — Salle Saint-Louis (H.); 1, ectropion double, cicatrices de brûlures; 2, tumeur du foie; 3, épispadias balanique; 4, éléphantiasis; 12, névrose douloureux d'un moignon; 23, section du médian, ulcérations trophiques; 27, phlegmon du bras.

Hôpital Saint-Antoine (Médecine). — Service de M. Mesnet. Consultation le mardi. Spéculum le vendredi. Salle Saint-Hilaire (H) ; 3 tumeur cérébrale ; 9, lésions mitrales. Cachexie cardiaque ; 13, hémoptysie ; 20, fièvre typhoïde ; 21, pneumonie ; 33, cirrhose alcoolique ; 38, pneumonie ; 45 fièvre intermittente. — Salle Sainte-Cécile (F.) ; 1, érysipèle de la face ; 3, phlegmon périnéphrétique, ouvert dans la vessie ; 6, chorrée ; 15, hystérie ; 20, fièvre rhumatismale. Erythème noueux ; 27, emphysème pulmonaire.

Service de M. Brouardel. — Consultation, le mercredi. Salle Saint-Augustin (H.) ; 1, pleurésie tuberculeuse ; 3, 5, pneumonie, 7, pleuro-pneumonie ; 8, cachexie palustre avec ictère ; 24, cirrhose du foie : 34, hépatite syphilitique ; 48, fièvre typhoïde avec hémorrhagies intestinales. — Salle Sainte-Geneviève (F) : 1, pachyméningite cervicale hyperthrophique ; 2, phlegmon autour d'une hématocèle rétro-utérine ; 3, pachyméningite ; 12, cirrhose ; 13, tumeur abdominale ; 15, cancer du corps et du col utérin ; 19, 23 hématocèle rétro-utérine.

Service de M. Constantin Paul. Consultation, le jeudi. Spéculum, mer credi et samedi. — Salle Sainte-Jeanne (F) : 1, sciatique ; 5, cachexie pa-

ustre ; 20, névralgie brachiale. — Salle Saint-Etienne (H) : 2, insuffisance aortique ; 6, hémiplégie ; 19, aphasie ; 40, pneumothorax.

Service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Consultation, le samedi. Spéculum, mardi. — Salle Saint-Lazare (H) : 9, anévrysme de l'aorte ; 10, pleurésie ; 1, alcoolisme ; 2, asthme ; 23, néphrite interstitielle ; 25, bronchite et emphysème. Asystolie. — Salle Sainte-Marie (nourrices) : 2, double phlegmatia alba dolens ; 3, phlegmon du ligament large ; 5, syphilis infantile ; 8, rougeole. — Salle Sainte-Agathe (F) : 1, syphilis ; 9, hématocèle rétro-utérine ; 11, cancer du corps de l'utérus ; 12, mal de Pott ; 19, albuminurie ; 20, corps fibreux interstitiel.

Service de M. LANCEREAUX. Consultation le lundi. — Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 3, arthrite blennorrhagique ; 5, cancer du foie ; 13, absinthisme ; 18, méningite cervicale consécutive à une luxation de la cinquième vertèbre du cou ; 20, néphrite interstitielle ; 24, ictère catarrhal. — Salle Saint-Antoine (H.) : 6, delirium tremens ; 17, tumeur du petit bassin ; 24, insuffisance aortique, asystolie ; 25, néphrite interstitielle ; 30, paralysie et tremblement saturnins.

Service de M. FERNET. Consultation le dimanche. Pavillon IV et V (H.) : 8, tuberculose aiguë ; 11, rétrécissement de la trachée ; 25, alcoolisme aigu ; 29, insuffisance mitrale avec rétrécissement aortique ; 38, dyspepsie alcoolique ; 42, hydropneumothorax ; 46, péritonite tuberculeuse. — Pavillon III (F.) : 1, rétrécissement mitral ; 17, hépatite calculeuse ; 18, myélite chronique ; 20, pleurésie avec épanchement.

Chirurgie. — Service de M. LE DENTU. Consultation les mardi, jeudi et samedi, opérations le jeudi, examen des yeux et des oreilles le vendredi, spéculum le lundi. — Salle Saint-Christophe (H.) : 1, épithélioma de la langue ; 2, myosite traumatique ; 5 et 8, fracture compliquée de jambe ; 14, phlegmon diffus ; 11, 15, catarrhe de la vessie ; 22, périostite du tibia ; 28, carie costale, abcès par congestion. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 1, névrome du nerf radial ; 3, ténotomie du court péronier latéral ; 12, kyste hématique de la jambe ; 13, echthyma syphilitique ; 20, ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure du fémur ; 27, gomme du triceps crural.

Service de M. Benjamin ANGER. Consultation les lundi, mercredi et vendredi. Leçons cliniques et opérations les lundi, mardi et vendredi, à 9 heures, dans l'amphithéâtre de l'hôpital. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 2, arthrite fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne ; 4, excision des amygdales ; 10, fistule lacrymale ; 11, sarcome du sein, généralisation à la colonne vertébrale ; 12, adénite cervicale suppurée ; 15, abcès post-mammaire. — Salle Saint-Barnabé (H.) : 2, tumeur blanche du coude ; 7, coxalgie ; 8, gangrène sénile ; 32, fracture compliquée de la jambe ; 59, résection du coude ; 52, épididymite tuberculeuse ; 20, kyste de l'épididyme ; 24, tumeur blanche du pied, amputation de jambe.

Belle clientèle à céder aux environs de Paris. Gare de chemin de fer. Pour renseignements, s'adresser à M. Marquey, n° 240, rue Saint-Jacques.

On demande un médecin à Caudebec-en-Caux, ville de 3,000 habitants. La circonscription comprend, en outre, un certain nombre de communes importantes. Pour les renseignements, s'adresser à M. Lefèvre, aux bureaux du *Rappel*.

Leçons sur les Maladies du système nerveux, faites à la Salpétrière, par M. le professeur (J.-M.) CHARCOT, recueillies et publiées par Bourneville. 4e fascicule : *Tabes dorsal spasmodique ; — Hémichorée post-hémiplégique ; — Paraplégies urinaires ; — Vertige de Ménière ; — Epilepsie partielle d'origine syphilitique ; — Athétose ; — Appendice, etc.* In-8° de 228 pages, avec cinq figures dans le texte et *cinq* planches ; 5 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical, 4 francs.* — Ce fascicule termine le tome II des *Leçons sur les Maladies du système nerveux.*

Un jeune étudiant ayant passé ses cinq examens du doctorat, désire un remplacement provisoire dans une station maritime pendant la saison d'été (bains de mer) : S'adresser aux bureaux du *Progrès médical*, de midi à 5 heures, 6, rue des Ecoles.

Union médicale et scientifique du Nord-Est, paraissant tous les mois. In-8°. — Abonnement : prix, 6 fr. pour toute la France. — Publié à Reims, 67, rue de Venise. — Les abonnements et les annonces sont reçues aux bureaux du *Progrès médical*, 6, rue des Ecoles, de une heure à cinq.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSI

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE.

COLLÉGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Douzième Leçon (1).

Recueillie par le docteur J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Nouvelle théorie de la contraction musculaire. — Exposé de la théorie d'Engelmann. — Phénomènes qui accompagnent la contraction chez les amibes et les globules blancs. — Le muscle strié est un appareil complexe, composé de parties contractiles et de parties jouant un simple rôle mécanique. Schéma du muscle au repos. Schéma du muscle contracté. La portion contractile du muscle strié est le disque épais; ce disque diminue de volume en se contractant. Il perd du liquide pendant sa contraction. — Les modifications subies par le muscle, au moment de sa contraction, ne sont pas des variations de volume, mais des variations dans la répartition des substances solides et liquides qui le composent : Démonstration de ce fait par l'examen d'un muscle fixé dans sa forme, pendant qu'il est tétanisé-tendu. (*2 mars 1876*.)

Messieurs,

Avant d'entrer dans l'étude du mécanisme intime de la contraction qui, je vous l'ai annoncé dans la dernière réunion, doit faire le sujet de la leçon présente, permettez-moi de jeter brièvement un regard en arrière, et de vous résumer, en quelques mots, la marche que nous avons suivie jusqu'ici. Nous avons étudié, dans leur ensemble, les muscles de la vie animale, c'est-à-dire ceux à contraction brusque et volontaire; les détails de leur structure intime ont été décrits. Vous savez maintenant quels sont et la disposition, et les rapports réciproques de leurs parties constituantes : le sarcolemme, la substance contractile, les noyaux musculaires. Je vous ai fait ensuite passer en revue, et j'ai discuté devant vous les différentes théories de la contraction qui se sont succédé dans la science. Vous les avez vues se modifier et varier à chaque détail nouveau, trouvé par les histologistes, dans la constitution intime de la substance contractile. La découverte du disque mince renverse d'emblée, et par la notion même du fait anatomique, les théories précédentes; elle donne naissance à une théorie nouvelle, celle de la case musculaire. La découverte de la strie de Hensen, ou strie intermédiaire, agit de même à l'égard de la théorie de Krause, et la renverse à son tour; elle fait surgir la théorie de l'inversion de la striation pendant la contraction du muscle, calquée pour ainsi dire sur l'anatomie de la substance musculaire telle qu'on la connaissait au moment où cette théorie s'est produite. Mais vous avez reconnu avec moi facilement, à la suite de l'analyse histologique exacte que nous avons opérée des faisceaux musculaires striés des ailes et des pattes des insectes, que la théorie de Merkel ne peut subsister, puisque le fait primordial qui lui sert d'appui, l'inversion de la striation de la substance musculaire pendant la contraction, n'existe pas. Seule la théorie de Brücke résistait; je vous ai fait voir qu'elle n'était pas mieux appuyée par les faits que les précédentes, et que, sous peine d'admettre l'existence de *disdiaclastes* dans une foule de tissus non contractiles, il fallait absolument renoncer à cette conception, d'ailleurs toute de raison et idéale. Je ne retiendrai actuellement qu'un fait, constaté, vous vous en souvenez, à l'aide de la lumière polarisée, c'est que les fibres élastiques ne jouissent pas de la double réfraction. Elles sont au contraire isotropes. L'application de cette donnée expérimentale sera faite au cours de l'exposé qui va suivre, c'est pourquoi j'attire en ce moment, Messieurs, votre attention sur ce détail.

A côté des théories que nous avons précédemment exposées et discutées, j'en dois actuellement ranger une dernière, qui n'est point venue en son lieu pour cette simple raison qu'elle est toute récente. Cette théorie est contenue dans une note accompagnée de figures photographiées, dont l'auteur, M. le professeur Engelmann (d'Utrecht), m'a fait l'envoi seulement ces jours derniers. Elle est fondée sur les modifications subies par la substance musculaire des faisceaux primitifs des muscles des pattes des insectes, lorsqu'ils sont parcourus par une onde de contraction. Vous avez vu précédemment dans quelles conditions de semblables ondes se manifestent; je ne reviendrai pas aujourd'hui sur mes explications antérieures. Au moment où l'onde se produit dans le faisceau primitif, M. Engelmann la fixe dans sa forme, et la surprend pour ainsi dire au passage en laissant tomber sur la préparation une goutte de solution aqueuse d'acide osmique. L'on peut dès lors faire la photographie microscopique de l'onde ainsi fixée, et arrêtée dans son mouvement avec la forme exacte qu'elle possédait au moment même où elle a pris naissance. Sur de pareilles préparations et de pareilles images, M. Engelmann a reconnu qu'au moment de la contraction, il ne se produit aucune inversion de la striation de la substance musculaire. Il admet, en outre, que les modifications survenues portent simplement sur les dimensions des parties contractiles. La substance biréfringente, les disques épais et minces, par conséquent, serait la seule, pour M. Engelmann, qui fût douée de la propriété de se contracter et qui subît des modifications de forme et de volume au niveau de l'onde. Ces modifications consisteraient dans une augmentation notable du volume des parties biréfringentes, augmentation qu'il s'agit maintenant d'expliquer par une théorie. Or, M. Engelmann admet, sur ces données, que les parties biréfringentes d'un muscle contracté, doivent simplement l'accroissement de leur volume à l'absorption d'une portion de l'eau contenue dans le plasma musculaire ambiant. Cette absorption d'eau, vous le concevez, Messieurs, n'est nullement jusqu'ici démontrée, l'auteur de la théorie l'admet par induction. Très-probablement aussi il admet que les parties anisotropes de la substance musculaire, c'est-à-dire les espaces clairs, contiennent dans le muscle au repos une abondante quantité de liquide, et comme on voit les bandes claires disparaître plus ou moins complétement dans l'onde de contraction, il conclut que la majeure partie de l'eau qu'elles contenaient a passé dans les disques biréfringents.

Je me contenterai pour le moment, Messieurs, de vous exposer cette nouvelle théorie sans la discuter. La discussion viendra du reste dans peu d'instants, et se fera surtout par la comparaison des idées qui précèdent avec les faits qui vont suivre. Ces faits sont ceux-là mêmes sur lesquels j'ai fondé la théorie de la contraction que j'ai conçue, et que je dois maintenant, à la fois exposer et établir.

Cette théorie, comme la plupart de celles qui se sont successivement produites dans la science, est fondée d'une part sur des idées générales et de l'autre sur une hypothèse particulière. Je dois donc premièrement vous exposer et ces idées et l'hypothèse qui en découle. Une fois admise, cette hypothèse nous permettra de construire un *schème*, ou figure idéale du muscle considéré dans ses deux états extrêmes de relâchement et de contraction. Enfin, la comparaison des faits observés et des modifications successives du schème qui leur correspondent à chacun, nous apprendront si, oui ou non, notre conception peut s'adapter à tous les cas particuliers, et en donner une explication plausible. En adoptant cette méthode d'exposition, nous suivrons d'un côté l'ordre logique, de l'autre nous ferons véritablement l'épreuve de la théorie. Une théorie, exprimée dans sa généralité, doit en effet, sans cesser d'être logique, res-

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44, de 1876; nos 1, 2, 7, 9, 20 et 21, de 1877.

ter dans tous les cas applicable aux faits particuliers, et en donner l'explication conforme à l'hypothèse qui lui sert de base.

Dans la seconde partie de la leçon précédente, je vous ai surabondamment démontré, je pense, que la contractilité proprement dite n'est nullement l'apanage exclusif du faisceau musculaire strié, non plus que de la fibre musculaire lisse à contractions lentes et involontaires. Vous avez vu que les cellules épithéliales à cils vibratiles, que les cellules indifférentes qui constituent les globules blancs du sang et de la lymphe, sont animées de mouvements et conséquemment contractiles.

Je vous ai fait voir, en outre, que tous les éléments anatomiques de nature cellulaire, mis dans certaines conditions, sont doués d'une contractilité, en quelque sorte diffuse au sein de leur masse protoplasmique ; que chez certains éléments, individualisés et spécialisés dans ce sens, la contractilité est progressivement développée et pour ainsi dire *cultivée*, jusqu'à devenir le caractère dominant de l'élément anatomique, qui prend alors le nom d'élément contractile, parce qu'il semble au premier abord que toutes ses propriétés vitales, hors la motilité, soient affaiblies et obscurcies en faveur du rôle prédominant de cette dernière. En même temps que cette propriété se développe dans les cellules destinées à devenir des muscles, je vous ai dit qu'une organisation particulière s'édifie, dans l'élément, pour exécuter les fonctions spéciales auxquelles il est appelé, c'est dire, en d'autres termes, que l'organe se modèle pour sa fonction, et que, tandis que, chez l'amibe ou le globule blanc, la contractilité, propriété générale, n'a d'autre instrument d'exécution que la masse protoplasmique (organe commun à toutes les propriétés vitales de la cellule), dans la cellule musculaire, la contractilité trouve, pour agir d'une manière active et prédominante, un mécanisme préparé. Pour prendre, dans cet ordre d'idées, l'exemple le plus élevé et le plus frappant, je vous dirai, messieurs, que dans le faisceau primitif des muscles à contraction brusque, c'est la substance musculaire, composée de disques alternativement épais et minces, et de bandes d'une substance mono-réfringente, disposée d'une façon pour ainsi dire géométrique, emmagasinant l'hémoglobine, le glycogène, etc., qui me paraît être l'*instrument* préparé pour l'exécution d'un des modes particuliers de la contractilité, la *contraction brusque et volontaire*. Il devient dès lors naturel de penser que, dans un pareil système, organisé à la façon d'une machine capable d'un travail mécanique, et fonctionnant à dire vrai comme tel, nous devrons supposer l'existence de deux sortes de parties ; les unes engendrant la force motrice, les autres la distribuant et l'utilisant régulièrement. Ceci revient à dire que nous y devrons trouver : 1° des parties *contractiles* ; 2° des parties jouant dans l'ensemble un rôle purement mécanique. Voilà notre hypothèse.

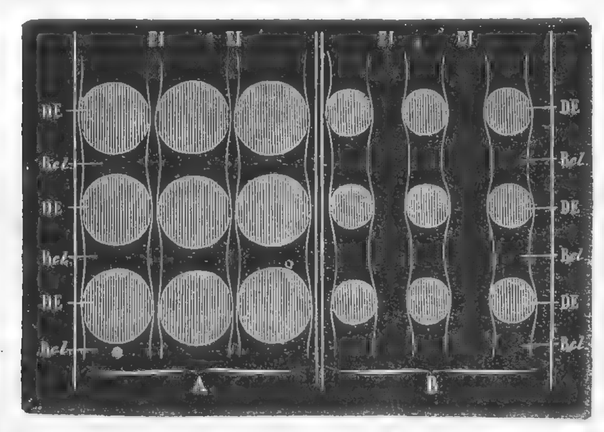


Fig. 29. — A, schéma d'un faisceau primitif strié au repos. — DE, disques épais figurés par des sphères. — B *cl*, bandes claires. — EI, espaces interfibrillaires. — B, schéma du même faisceau supposé contracté et maintenu en extension (mêmes indications).

Nous allons essayer maintenant de construire, sur ces données, une figure idéale du muscle à l'état de repos qui nous servira de schème, et à laquelle nous ferons subir des modifications pour expliquer la contraction. Je suppose, *à priori*, que les disques épais sont, dans la substance contractile, les seules parties capables de modification active, c'est-à-dire de mouvement. Dans la figure, 29 (A), je les représente par des sphères (DE, DE) séparées latéralement par de très-minimes espaces (EI) représentant les espaces interfibrillaires qui dessinent à peine, dans un muscle relâché, la striation longitudinale. Je les suppose en outre reliés dans le sens longitudinal par des bandes claires (B cl) que je considère comme jouant un rôle purement mécanique, et comme douées d'élasticité (1). Je néglige à dessein le disque mince, dont j'expliquerai plus tard les fonctions, et la signification morphologique.

Dans un pareil système, que se passera-t-il au moment où se produira la contraction ? Et tout d'abord, que se passe-t-il dans un élément qui se contracte, dans un globule blanc de la lymphe ou du sang, ou dans une amibe par exemple ? Vous vous souvenez, Messieurs, que l'on voit alors les pseudopodes rentrer dans la masse protoplasmique et l'élément entier reprendre la forme ronde.

La cellule ainsi contractée a-t-elle éprouvé une diminution de volume ? Les moyens d'investigation que nous possédons aujourd'hui ne nous permettent pas de le reconnaître. Nous supposerons néanmoins, dans notre schème modifié par la contraction, que chacune des sphères (DE), représentant le disque épais, revient sur elle-même et devient plus petite.

Sa diminution de volume dont bientôt nous établirons la réalité, s'effectue, selon moi, en vertu de ce fait, qu'elle abandonne, au moment où elle se contracte, une partie du liquide qui la gonflait. Ce liquide mis de la sorte en liberté s'épanche dans l'intervalle que laissent entre elles les sphères rétractées, et se répand dans les espaces interfibrillaires et dans les bandes claires. (*Fig. 29*) (B) EI, B cl.

Ainsi, dans mon hypothèse, et contrairement à la manière de voir de M. Engelmann, je suppose qu'en se contractant, les disques épais d'un muscle strié, loin d'absorber de l'eau, en perdent une certaine quantité qui se répand dans les bandes claires qui les relient et dans les espaces interfibrillaires qui les séparent. Nous allons maintenant discuter cette théorie en la soumettant à l'épreuve des faits. Et tout d'abord elle repose sur un certain nombre d'assertions qu'il s'agit avant tout d'établir, sous peine de voir le schème, que nous avons construit, être primitivement entaché de fausseté. Nous avons, en effet, supposé : 1° qu'au moment où la contraction a lieu les disques épais diminuent de volume ; 2° qu'un liquide s'est échappé de leur masse et s'est répandu dans leurs intervalles ; 3° enfin la théorie suppose l'existence des fibrilles musculaires, c'est-à-dire, en d'autres termes, que l'union des disques épais entre eux est plus solide dans le sens longitudinal que dans le sens transversal.

Cette dernière assertion, vous le concevez facilement, Messieurs, est de toutes la moins difficile à établir. Vous savez, en effet, que, dans un faisceau primitif d'un muscle vivant, il est toujours impossible d'obtenir la décomposition en disques (2). Tout au contraire, dans certains muscles tels que ceux des ailes des insectes, la substance musculaire est normalement, et pendant la vie, séparée en cylindres primitifs, ou en fibrilles qui sont unies entre elles, par une soudure latérale tellement peu résistante, qu'elles se sépa-

(1) Cette dernière hypothèse est rendue au moins vraisemblable par ce fait, que nous avons rappelé au début de cette leçon, que la substance jaune élastique est mono-réfringente, comme le sont les bandes claires dans un faisceau musculaire primitif.

(2) On ne saurait objecter ici que lorsqu'on fait congeler un fragment de muscle de cochon d'Inde et que l'on y pratique des coupes, ces dernières dissociées sur la lame de verre, montrent des faisceaux primitifs dont la substance s'est décomposée en disques. A l'inverse de ceux de la grenouille, les muscles des animaux à sang chaud *sont tués* par la congélation ; ils ne se contractent plus lorsqu'on les dégèle.

rent les unes des autres, vivantes encore, quand on les agite légèrement, sur la lame de verre, dans une goutte de la lymphe de l'animal.

Nous devons maintenant nous demander quels sont, au point de vue purement physique, les phénomènes qui se passent dans le muscle, au moment même de la contraction. Nous avons, en effet, supposé que les parties véritablement contractiles (les disques épais), perdent une certaine quantité de liquide au moment où ils diminuent de volume. Que devient ce liquide ? Y a-t-il un véritable départ de plasma musculaire ; et le muscle contracté perd-il à la fois une fraction de son volume et de son poids ? Y a-t-il au contraire, simplement, un changement brusque dans la répartition des liquides et des solides au sein du faisceau primitif ? Nous allons examiner successivement ces deux hypothèses.

Les physiologistes anciens, Swammerdam, Glisson, Carlisle, admettaient que le muscle diminue de volume en se contractant. Cependant, dès 1791, Blane, plaçant dans un bain de liquide des fragments de muscle dont il observait ensuite la contraction sous l'eau, et mesurant la hauteur du liquide, avant, pendant, et après la contraction, avait constaté que cette hauteur restait invariable. Ceci revient à dire que le volume du muscle ne subissait, dans ces conditions, aucune variation. Inversement MM. Prévost et Dumas, Ermann, Weber, et enfin Valentin, constatèrent au moment de la contraction, une légère diminution dans le volume du muscle, coïncidant avec une augmentation aussi très-légère de sa densité. Tout récemment M. Marey, reprenant cette question, a été conduit à confirmer pleinement l'assertion de Blane. Je suis moi-même arrivé au même résultat, et, pour faire plus profondément pénétrer la conviction dans vos esprits, je vais répéter l'expérience devant vous.

Je prends une grenouille vivante. Je la plonge dans un grand cristallisoir rempli d'eau salée à $\frac{1}{200}$, et, opérant sous le liquide, je la prépare à la manière de Galvani. Cette première opération a pour but d'éviter l'introduction de l'air, au moment de leur section, dans les veines de l'animal (1). L'air est vous le savez éminemment compressible, et, en outre, chassé des veines au moment de la contraction de la masse musculaire, il ferait perdre à cette dernière une petite partie de son volume. Un grand flacon, à large ouverture, est ensuite rempli d'eau salée à 1 p. 200, bouillie, et exactement à la température de la chambre. Nous préparons enfin un bouchon traversé dans son milieu par un tube capillaire (un tube de thermomètre convient parfaitement pour cet objet.) De chaque côté de ce tube, le bouchon est traversé par deux fils métalliques entourés de gutta-percha, excepté à leurs extrémités recourbées en crochet.

La grenouille est suspendue aux deux crochets par ses nerfs lombaires, et disposée de telle façon qu'en s'écartant, ses pattes ne puissent pas butter contre la paroi du flacon qui la contient. Ce dernier est bouché soigneusement de manière à éviter qu'il y reste la moindre bulle d'air. L'eau monte dans le tube capillaire qui traverse le bouchon et constitue un index d'une telle sensibilité qu'il suffit de toucher le verre du bocal pour que la dilatation des parois du vase, portées à une température un peu supérieure à celle de l'air ambiant, détermine un mouvement descendant de l'index liquide. Ces précautions prises, je fais communiquer les deux pôles d'un appareil d'induction avec les extrémités supérieures des tiges métalliques; les membres de la grenouille se contractent, et vous pouvez constater avec moi que le niveau de l'eau contenue dans le tube capillaire indicateur ne subit pas la moindre variation. Le volume des muscles de la grenouille, au moment de la contraction de ces derniers, n'a donc subi aucune diminution appréciable.

(1) C'est pour cette raison que Weber, dans ses expériences, après avoir préparé la grenouille à la manière de Galvani, la plaçait sous le récipient de la machine pneumatique et faisait le vide. Procédé moins rigoureux que celui que j'indique ici.

Si le système formé par une masse musculaire qui se contracte, ne subit, à ce moment, aucune diminution dans la totalité de son volume, il n'en résulte pas pour cela que la répartition des solides et des liquides dans ce système ne subisse alors aucune modification. Mais il est malaisé de constater ces dernières, si elles existent, par le simple examen d'un faisceau musculaire primitif qui se contracte

Si, en effet, l'on observe, sur un muscle de la patte de l'hydrophile, les changements survenus au niveau d'une onde de contraction, l'on remarque simplement, qu'au niveau de cette onde, le faisceau musculaire augmente en largeur tandis que la longueur des disques épais paraît diminuer. Il serait même difficile de dire si, dans son entier, le disque épais subit une diminution de volume. Il y a là une difficulté insurmontable d'observation, et qu'il faut simplement tourner sans essayer plus longtemps de la vaincre de front.

J'appelle maintenant toute votre attention, Messieurs, car nous arrivons, ici même, au nœud de la question qui nous occupe. Je vous ai montré, dans l'une des leçons précédentes, qu'un muscle peut être contracté sans être pour cela raccourci. J'ai invoqué, à ce propos, cette expérience très-simple et que chacun peut faire sur lui-même, à savoir, contracter son propre biceps en maintenant le bras étendu. J'exécute en ce moment cette opération et je sens mon biceps se durcir sous ma main. A propos du spectre des muscles, j'ai produit l'excitation et la contraction d'un couturier de grenouille, exactement tendu entre deux bornes métalliques. Vous avez déjà suivi les expériences que j'ai faites avec ce muscle tétanisé à l'état de tension parfaite. Je vous avouerai, Messieurs, que j'ai été depuis lors tenté d'aller plus loin, et d'examiner au microscope un muscle tendu et contracté. Mais j'ai dû renoncer à faire cette étude sur le muscle vivant à cause des difficultés que présente l'observation dans ces conditions. Cependant, ici encore, j'ai cherché à tourner la difficulté et je crois y être arrivé en fixant dans sa forme, d'une manière instantanée, le muscle tendu et tétanisé que j'ai pu préparer ultérieurement et examiner ensuite à loisir.

Pour cela, je me suis servi de l'acide osmique, qui, ainsi que je vous l'ai déjà dit, fixe instantanément dans leur forme les éléments anatomiques, au moment même où il arrive à leur contact. J'ai voulu le faire parvenir en grande masse, et tout autour des faisceaux musculaires tendus et contractés, afin qu'ils fussent véritablement surpris par le réactif, en un même moment et dans toutes leurs parties. Je prends une grenouille vivante et je mets à nu ses muscles couturiers, droit et gauche. L'animal est mis et maintenu dans une attitude telle, que les deux muscles sur lesquels je vais agir soient exactement et fortement tendus. J'introduis maintenant dans la masse du couturier droit, au niveau de son insertion supérieure, un fil métallique allant au pôle positif d'un appareil d'induction donnant environ 40 à 50 interruptions par minute. L'autre électrode est fixé à la canule d'or d'une seringue de Pravaz, remplie d'une solution d'acide osmique, et que je tiens à la main. J'enfonce la canule dans la masse musculaire et aussitôt le muscle reçoit des excitations fréquemment renouvelées. Il se contracte d'abord, puis, au bout de peu d'instants, il est tétanisé sans cesser d'être tendu. Poussons maintenant l'injection interstitielle ; le liquide se répand tout autour de chaque faisceau primitif, à la fois tendu et tétanisé, et l'acide osmique le fixe dans sa forme exacte.

Actuellement, et sur le couturier gauche, exactement tendu, je fais une injection interstitielle avec la même solution d'acide osmique. Je fixe ainsi dans leur forme les faisceaux primitifs du muscle placé simplement dans l'extension parfaite. Nous pouvons dès lors faire des préparations des deux muscles, et les comparer entre elles,

Dans le couturier gauche, *fixé tendu*, la striation transversale est magnifiquement accusée. Les disques épais, les bandes claires, les disques minces, se succèdent avec une régularité et une netteté parfaites. Mais, la striation longitudinale est si peu marquée, qu'à l'aide d'un grossisse-

ment de 400 à 600 diamètres, c'est à peine si on peut la distinguer.

Si l'image de la striation, fournie par le couturier droit *fixé tétanisé-tendu*, est identique à celle du muscle que nous venons d'examiner, vous comprenez facilement, Messieurs, qu'il en faudra conclure que la contraction se produisant dans un muscle tendu ne détermine au sein de sa substance striée aucune modification. Mais, si le contraire a lieu, nous trouverons dans cette image la clé des variations amenées dans la substance musculaire par le phénomène même de la contraction. Or, vous pouvez voir vous-mêmes que l'image de la striation du muscle tétanisé dans l'extension est bien différente de celle que nous venons d'examiner dans le couturier gauche. La striation transversale n'est plus ici régulière, les bandes claires sont considérablement agrandies. La striation longitudinale est si accusée, qu'entre chacun des disques épais prismatiques, formant par leur réunion une même bande transversale, on voit des lignes claires qui les isolent les uns des autres et les séparent nettement. La bande transversale obscure semble formée par une série de bâtonnets, entre lesquels existent des lignes brillantes, dessinant la striation longitudinale d'une façon vraiment admirable.

Vous comprenez actuellement, Messieurs, qu'en tétanisant un muscle tendu, et en l'examinant fixé dans sa forme, nous avons tourné la difficulté qui nous arrêtait. Vous voyez que la contraction amène dans la substance musculaire des changements remarquables, et portant principalement sur la répartition de ses éléments constitutifs. La prochaine leçon sera consacrée à l'étude exacte et à la recherche de la signification précise de ces changements. *(A suivre.)*

MÉDECINE LÉGALE

Meurtre commis par un épileptique. — Abus des boissons. — Condamnation à la réclusion pendant cinq ans.

Par **M. DELASIAUVE.**

Les questions de responsabilité en fait d'aliénation mentale présentent parfois de graves incertitudes. Ce sujet, il y a une quinzaine d'années, a été, à la Société médico-psychologique, compétente par excellence, l'occasion d'une longue et solennelle discussion. Elle avait pour texte : *De la responsabilité partielle*. Comment d'abord définir cette responsabilité ? Dans quel cercle la circonscrire ? Devait-on même l'admettre ? Les avis furent et restèrent partagés. On n'arriva point à s'entendre sur les bases d'une jurisprudence commune. Les uns, sans spécifier, comme M. Belloc, croyaient à des limites, dans lesquelles la Société peut légitimement demander compte à l'aliéné. Quoique partisan, en théorie, de l'irresponsabilité absolue, M. Baillarger, concluait exceptionnellement à un abaissement des peines pour certains individus. MM. Molinier et Fournet étendent beaucoup plus le champ du libre arbitre. En vertu de la solidarité des facultés, Morel, MM. J. Falret et Brierre de Boismont adhèrent à la non imputabilité, ce dernier, toutefois avouant s'inspirer dans la pratique, moins de doctrines controversables que de circonstances particulières. M. Billod se montre très-hésitant. Il n'oserait absoudre dans le cas où le délire serait très-limité.

En dehors des exemples de folie notoire, manie, démence, hallucinations, M. Dally ne reconnaît aucune différence entre les aliénés lucides ou monomaniaques et les criminels. L'affirmation ou la négation du libre arbitre s'appliquerait aux uns comme aux autres. Très-vacillant dans ses distinctions, M. Legrand du Saulle appelle et repousse arbitrairement les circonstances atténuantes; ni les hystériques, ni même les épileptiques, candidats à l'aliénation, ne trouveraient grâce entière devant lui. L'ivrognerie ajouterait à la gravité des méfaits. Pour Renaudin, pour M. Michéa, la maladie, si restreinte que soit son influence, impliquerait l'absence d'une volonté criminelle.

Ainsi pensait Georget. Mais cette démarcation, fondée à nos yeux, n'a point, chez ses auteurs, la sanction d'une analyse explicite. Elle équivaudrait, dans la généralité de sa formule, et contre leur gré, à l'irresponsabilité absolue de nos collègues J. Falret, Morel et Brierre de Boismont. M. Michéa, du moins, a pressenti qu'il ne suffirait pas de la constatation d'une simple altération psychique pour exonérer, quand même, un délinquant de toute infliction pénale. Quelle règle ne souffre des exceptions, selon la nature des circonstances ? Aussi, trouvant la question mal posée, aurait-il volontiers substitué au titre *responsabilité partielle* celui de *responsabilité conditionnelle*.

Frappé nous-même de l'ambiguïté, nous crûmes, tout d'abord, devoir insister d'autant plus sur la nécessité de modifier ou de préciser les termes du problème que, bien auparavant déjà, en 1853 et 1859, dans deux écrits lus et discutés à la Société médico-psychologique (*De la monomanie au point de vue psychologique et légal*; *des pseudomonomanies ou du délire partiel diffus*), l'éclaircissement de ce point difficultueux avait été le principal objectif de nos développements. C'était, au fond, le thème précédent, sous une autre étiquette.

Evidemment, nous n'avions pas dissipé tous les doutes. On nie, on affirme le libre arbitre, mystère insondable pour notre aperception si bornée. L'essentiel était d'établir des principes susceptibles, par leur clarté, de conduire à une règle, de tous acceptable. Peut-être nos recherches à cet égard n'ont-elles pas été tout-à-fait stériles. Que l'imputation cède devant la folie, cela va de soi. Mais en dehors des troubles flagrants, n'y a-t-il pas de distinctions à faire ? Dans tout délire partiel, il y a le côté sain et le côté morbide. Devra-t-on, appliquant ici la prétendue loi de solidarité, innocenter les perpétrations délictueuses, même étrangères à l'affection ? ou bien, en sens inverse, le méfait étant émané de l'influence délirante, graduer la peine en proportion des degrés de clairvoyance ?

La logique nous a paru condamner également ces deux systèmes. Faire peser une responsabilité quelconque sur un malheureux dont l'acte répréhensible se lie directement à une perversion mentale répugne à notre raison.

Dans le cas opposé, nous croirions dépasser les limites, en proclamant l'irresponsabilité absolue. « Le malade, disions-nous, dans une des conclusions de notre mémoire » sur la *monomanie*, échappe à l'imputabilité quand le dé» lire est notoire, de même, lorsqu'il est, bien que limité, » le principe de l'acte répréhensible. Quand l'incrimina» tion repose, au contraire, sur des faits dont le mobile » est étranger à l'aliénation, il appartient alors aux *experts* » et aux *juges* de rechercher, *dans leur prudence*, en te» nant compte des circonstances antécédentes ou actuel» les, le degré d'influence que le sentiment malade a pu » exercer sur l'action du libre arbitre. (*Monomanie, etc.*, » p. 19). » Nous ajouterons, en ayant égard, aussi, au point d'appui plus ou moins efficace que peut offrir à la résistance le degré d'initiative volontaire.

On nous a accusés, spécialistes, de confondre les passions avec la folie. L'objection tombe devant la séparation formelle des deux domaines. Non qu'en réservant à la magistrature l'appréciation des instigations naturelles, nous nous en désintéressions. Seulement, son rôle commence où le nôtre finit. Eclairée par nous sur la portée de l'état psycho-cérébral, à elle la tâche de décider dans la sphère des manifestations normales, dont la connaissance n'est le monopole de personne, et qu'elle possède comme tout le monde.

L'examen des faits d'où est résulté notre travail sur la pseudomonomanie a pleinement justifié pour nous le bien-fondé de nos distinctions. Ce sont des cas de ce genre qui, généralement, présentent un caractère litigieux. Erratiques, intermittentes, comme les fluctuations nerveuses qui les produisent, les fascinations dont sont obsédés les malades sont si peu incompatibles avec l'exercice normal des fa-

cultés que la plupart vivent dans le monde, remplissant leurs obligations, sans que souvent, même parmi leurs proches, on soupçonne leurs tourments. Ayant conscience de leurs rêveries sinistres, ils en sont humiliés, ils s'en effraient, les dissimulent et résistent autant qu'il est en eux, non victorieux toujours, malheureusement. On conçoit qu'un assassinat, un incendie, accomplis en telle conjoncture, échappent à la responsabilité, tandis qu'on ne saurait en dire autant des autres délits ou crimes suggérés par des habitudes ou des penchants naturels. Depuis, soit dans la discussion sur la responsabilité partielle, soit dans maints articles du *Journal de médecine mentale*, nous n'avons eu qu'à nous louer de notre *criterium*.

Il ne saurait donc s'agir pour nous de responsabilité partielle. Une coïncidence éventuelle pourrait se comprendre seulement en un sens différent : par exemple, si la lésion mentale, obscure ou circonscrite, coïncidait avec l'ensemble des éléments constitutifs d'une détermination consciemment criminelle. Un scrupule, même exagéré, n'est jamais blâmable.

Les occasions de cette perplexité se rencontrent quelquefois ; que dis-je? fréquemment. N'est-il pas vulgaire de voir figurer, parmi les inculpés de délits et de crimes, des individus atteints de névroses convulsives, d'épilepsie surtout? On sait la perversité et les violences d'un grand nombre. Si des verdicts les frappent, généralement les expertises médicales sont en leur faveur. Dans un traité de l'épilepsie, publié en 1854, nous avons, résumant les documents épars sur la partie médico-légale, et mettant à profit notre propre expérience, essayé d'éclairer de quelques lueurs cette matière délicate. En vain on a voulu distinguer les épileptiques en aliénés et simples. Les attaques produisent, chez tous, des ébranlements qui persistent après la crise, et peuvent, dénaturant le moral, conduire à des actes funestes. Comment alors ou reconnaître ou écarter leur participation?

Grandes sont parfois les incertitudes et les chances d'erreur. L'éloignement des accès n'est pas toujours une garantie. Le moral aussi gronde, quand subsistent les apparences du raisonnement. J'ai signalé (*J. de méd. ment.* t. VII, p. 265) un contumace qui, pendant des semaines, conservait une irritabilité concentrée, tout-à-fait contrastante avec la placidité des périodes normales. Pour le vol d'un billet de 1000 francs, accompli dans des conditions excentriques, une condamnation à huit ans de réclusion pesait sur ce malheureux. Malgré mon certificat, le jury rendit un verdict de culpabilité, seulement avec circonstances atténuantes. La peine fut réduite à huit mois d'emprisonnement : trop ou trop peu.

Ces remarques, qu'un fait récent nous a suggerées, nous ont paru opportunes, avant de le porter à la connaissance des lecteurs du *Progrès médical*. Il est relaté dans le *Libéral de Seine-et-Oise* du 21 février. Martial Lévêque, âgé de 41 ans, maçon, habitait aux Champeaux, près Montmorency. Inculpé d'un assassinat, commis dans la soirée du 30 juillet dernier, c'est le 21 novembre qu'il comparut pour la première fois devant la cour d'assises. Mais des témoins importants étant absents, la cause, remise, ne fut plaidée que le 30 janvier.

Que s'était-il passé? Le sapeur du génie Charcou, à 40 mètres environ de la route de Domont à Montmorency, trouve Lévêque, couché dans un fossé sur le terrain militaire et l'invite à se retirer. « Si tu étais seul, répond Lévêque, je t'éventrerais. » Charcou, néanmoins, le saisit et l'entraîne. Il résiste et ramasse un pavé, dont il veut frapper le soldat. Des passants s'interposent, entr'autres un charretier, Cebel, contre lequel l'accusé tourne sa colère. Trop faible, Cebel eût succombé, sans le secours d'un camarade, Maucourant. Comme celui-ci se retire, Levêque s'attache à ses pas, finit par le rejoindre, et lui plonger un couteau dans le sein. La mort fut instantanée.

Pour excuse, le meurtrier allègue l'épilepsie. L'affection est réelle ; mais le docteur Bidart, de Pontoise, estimant, d'après l'état de la mémoire, qu'au moment du crime le malade n'était pas sous le coup de l'agression nerveuse, opine pour une responsabilité attenuée, toutefois, en raison de l'état morbide.

Telle n'est point l'opinion du docteur Font-Réaux. Depuis longtemps, Lévêque donne fréquemment des signes de folie. Déjà il a séjourné plusieurs mois à Bicêtre. Il le jugé, en conséquence, irresponsable.

Embarrassé entre ces avis contradictoires, le président des assises fait appel aux lumières d'un spécialiste distingué, M. le docteur Motet, qui, approuvant les motifs du docteur Bidart, conclut dans le même sens. Le jury, enfin, acceptant leur système, le meurtrier n'est condamné qu'à cinq ans de réclusion.

Sur les seules énonciations du *Libéral*, il serait difficile de formuler une appréciation autorisée. Nous avons eu recours à notre excellent collègue M. Motet, qui, obligeamment, a bien voulu nous communiquer les particularités de l'observation. Notons que Lévêque, depuis plusieurs mois, était employé comme terrassier aux travaux du génie. C'était un dimanche. Sans être ivre, ayant bu, il était un peu excité. Sa résistance s'était bornée à des injures. La pierre, non un pavé, n'allait être lancée que lorsque déjà le garde s'éloignait. Survint le premier charretier, qui lui détournant le bras, provoque sa fureur. La partie n'est pas égale. Par bonheur, Maucourant dégage son camarade et terrasse l'agresseur. « Tu en as assez, lui dit-il, laisse-nous tranquille, » et il rebrousse chemin. Mais Levêque le suit à distance. Maucourant, fatigué enfin de ses outrages, revient sur ses pas, engage de nouveau la lutte, et c'est lorsque, cessant encore de le tenir sous lui, il réitère ses exhortations que Lévêque se relève et frappe son adversaire de *trois* coups de couteau.

Homme colère et brutal, l'assassin était coutumier de pareilles violences. Deux fois déjà il avait été condamné pour voies de fait sur son beau-frère et sa femme. Un jour, à Paris, saisi d'une furie instantanée, il brise tout chez un parent qui l'a reçu. Arrêté, il passe du dépôt à Sainte-Anne, puis à Bicêtre, où il séjourne d'août à novembre 1872.

En janvier 1873, repris comme vagabond, il est promptement rendu à la liberté en vertu d'un certificat de M. Lasègue conçu en ces termes. « Epileptique à accès rares; alcoo-
« lisme léger. Lévêque est dans une période de rémission
« assez franche pour que son placement dans un asile ne
« soit pas motivé par son état actuel. »

Quant à M. Motet, son rapport constate que la santé robuste de Lévêque, malgré l'ancienneté de l'épilepsie, n'a point été altérée par cette névrose. D'ailleurs les grandes manifestations convulsives ont été rares. Une crise, dont M. Motet fut témoin, confirme la forme vertigineuse indiquée par M. Lasègue. Aura partant du testicule et laissant le temps de s'asseoir (sinon quelquefois). Le malade est alors jeté à terre et bientôt en proie à des secousses de la face et du bras droit. Une minute de durée à peine ; ni sterteur, ni émission involontaire d'urine, stupéfaction des traits, pâleur de la face, énorme dilatation des pupilles. Après vingt minutes, l'accablement entièrement dissipé, M. Motet a pu reprendre la conversation commencée, comme si le malade n'avait rien eu.

En somme, aucun indice d'impulsion morbide. M. Motet n'a vu, dans la sinistre scène du 30 juillet, qu'une rixe vulgaire entre ouvriers. Sous le coup de l'épilepsie, Lévêque n'eût-il pas tué le garde? S'il s'est servi de son couteau, n'est-ce pas parce que, deux fois, ayant eu le dessous, sa colère s'est exaspérée comme dans un commencement d'ivresse?

Toutefois, sans croire à l'influence actuelle de l'épilepsie, le savant expert ne l'a point négligée. Voici, en résumé, ses conclusions : 1° Rien ne prouve que les accidents épileptiques aient contribué à la perpétration incriminée ; 2° Son auteur peut être considéré comme en étant responsable ; 3° Quant au degré de responsabilité qui lui incombe, l'épilepsie étant avérée, il y a lieu de tenir compte de l'infériorité morale créée par cette maladie et des troubles de caractère qui en sont la conséquence.

M. Font-Réaux fut un de nos élèves à Bicêtre. N'ayant point ses raisons, nous ne pouvons les apprécier comparativement. Il est certain, pour nous renfermer dans la thèse de M. Motet, que le drame de Champeaux, analogue à beaucoup d'autres, peut s'expliquer sans le concours du mal caduc. Ce mal étant réel, notre collègue n'est pas moins fondé à se prévaloir de son existence. Où nous différerions peut-être, c'est sur le motif qu'il en tire. Infériorité morale, modification du caractère, non douteuses pour lui, sont seulement pour nous des possibilités à craindre ; nuances, si l'on veut, mais importantes. M. Motet reste dans les données communes de la responsabilité partielle, dont notre théorie diffère. Dans son cas, en effet, si, au lieu d'appréhender seulement la lésion mentale, nous l'eussions comme lui admise, en vertu du précepte posé plus haut par nous, nous eussions sans contredit incliné pour une absolution, impliquant subsidiairement la séquestration dans un asile. La moindre atteinte au contrôle volontaire ne serait elle pas la goutte d'eau qui fait déborder le verre ? L'émotion alcoolique équivaudrait en outre à un appoint nouveau.

Selon M. Bidart, trois mois se seraient passés sans accès. M. Motet a été témoin d'une crise suivie du retour immédiat de l'équilibre moral. L'argument tiré de ces circonstances a une force incontestable. Certains auteurs ont limité à trois ou quatre jours le maximum de durée de la commotion épileptique. On sait pourtant aujourd'hui que ce trouble latent est souvent plus long, qu'il ne succède pas invariablement à la crise et que, parfois même, un délire manifeste se produit dans l'intervalle d'accès éloignés.

Il est une considération de M. Motet, sur laquelle je ferais une réserve expresse. Morel s'abandonnait volontiers à la pente des généralisations extrêmes. Quand il nous exposa ses recherches sur l'épilepsie larvée, chacun fut vivement impressionné. Mais, à l'abri de ces masques morbides, sous lesquels se dissimulait le génie épileptique, le hardi novateur eut la prétention de constituer un diagnostic capable de les faire reconnaître. Or, précisément, la frénésie impulsive attribuée au mal caduc devint le pivot autour duquel se groupèrent les traits différentiels. On s'y laissa prendre, et, bien que, dans un long travail soumis à la société médico-psychologique et publié dans les Annales, nous ayons démontré que cette forme délirante fût loin d'être la seule consécutive aux accès, la fascination persiste. M. Motet n'y a point échappé. Il s'étonne que la fureur de Lévêque ne se soit pas portée d'emblée sur le garde. La fréquence de telles agressions, dans les procès juridiques, a causé son illusion.

Dans les traités de médecine légale, abondent ces exemples d'individus qui, en proie à un funeste vertige, se ruent sur des inconnus et vont, de propos délibéré, semant la mort sur leurs pas. Mais, pour ceux qui vivent au milieu de nombreux malades, c'est l'exception. Sous l'empire du trouble mental, les uns se montrent timides, obséquieux, importuns, mornes. La plupart, chagrins, susceptibles, irritables, se plaignent, se fâchent ou s'engagent dans des rixes plus ou moins graves. Dix à peine sur cent sont *accidentellement* sujets à des fureurs soudaines, ou instinctives ou provoquées par des hallucinations.

L'isolement à Bicêtre, de date lointaine, aurait été médiocrement justifié. Une arrestation qui le motiva eut son pendant quelques mois plus tard. L'une et l'autre furent dues à un coup de bouteille. Aussi, ne fut-il pas donné de suite à la seconde, grâce à l'intervention de M. Lasègue. La violence, d'ailleurs, était dans le tempérament et les habitudes du malade. Soit. Il n'en est pas moins regrettable que, sous ce rapport, une enquête minutieuse, dévoilant au vrai la constitution morale, n'ait pas permis d'assigner exactement les parts respectives de la nature et des anomalies nerveuses. Puis, que d'accès inaperçus, indépendamment des accès nocturnes !

Dans le cas qui nous est personnel, jury et magistrats ont fait une cote mal taillée. Nous n'avions donné qu'un certificat. Bien qu'explicite, il ne pouvait suffire. Se décidant à poursuivre, la Cour, à notre avis, aurait dû ordonner une information plus ample, opposant aux désordres occasionnés par la maladie le contraste de la vie normale. Cette enquête eût certainement été favorable à l'accusé ; car, remarqué pour sa bonne conduite, avant d'avoir subi les accès convulsifs qui motivèrent sa réforme du service militaire, où il avait obtenu d'honorables avancements, il y eut, depuis, deux hommes en lui. Aux phases de repos, « ses » traits, son attitude, son langage, ses mœurs respiraient » une sérénité parfaite. Il se montrait doux, poli, résigné. » Entrait-il, après des attaques, dans la période d'agitation, « il continuait sa tâche avec une précipitation fébrile. Son » œil animé, hagard, répandait sur son visage bistre et » obtus un éclat sombre ; sa parole était chevrotante... » Dans son impatience, il répondait d'une manière aigre, » exhalait des plaintes amères, récriminait contre tous, » parlait de déterminations extrêmes... Parfois cet état est » monté jusqu'à l'incohérence et a duré plus d'une quin- » zaine. » Au besoin, on se précautionne contre de tels malades ; nul ne songerait à les rendre responsables.

En présence de ce dilemme : condamner ou absoudre, la conscience hésite et parfois s'alarme. Plus les principes sont incertains, plus on doit s'appliquer à les approfondir, moyen à la fois, en évitant l'erreur, d'en finir avec les préjugés. Ceci soit dit comme excuse à des détails que nous aurions voulu abréger.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Essai d'urologie clinique. — La fièvre typhoïde (1).

Depuis cinquante ans, les applications de la chimie à la clinique ont pris un grand développement. Cette science que l'on appelle encore accessoire dans l'enseignement officiel a conquis une place qui lui permet de dédaigner les attaques injustes qu'on lui a prodiguées. Et cependant ces attaques ne lui ont pas été épargnées par d'éminents représentants de la médecine. Il y a peu d'années encore, Trousseau écrivait dans son introduction à la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* : « Que les chimistes gardent par devers eux l'opinion de subordonner, dans un avenir plus ou moins lointain, les lois de la vie à celles de la cornue, j'y consens ; mais jusqu'à nouvel ordre, je veux qu'ils soient modestes et qu'ils ne nous imposent pas leurs espérances pour des vérités acquises. »

Ces lignes montrent que Trousseau connaissait bien peu l'œuvre des chimistes. Il se bat contre des monstres imaginaires et se croit au temps des iatrochimistes, des humeurs âcres, du sang acide et de l'atrabile. Il est certain que l'invasion intempestive de l'alchimie dans la médecine a eu les effets les plus déplorables. Paracelse, Van Helmont, Sylvius de le Boë ont encombré la médecine d'une foule d'idées vagues qui ont retardé pendant longtemps ses progrès. Il n'en pouvait être autrement : l'alchimie n'était qu'un chaos sombre, et en s'immisçant dans la médecine, elle ne pouvait que lui apporter l'obscurité et la nuit. Cette néfaste intervention, comparable à celle tentée immédiatement après par les iatromécaniciens, a rendu pendant longtemps la chimie, la vraie chimie, solidaire des erreurs importées par sa devancière, l'alchimie. Bien avant Trousseau, Sydenham, que ce dernier aimait souvent à prendre pour modèle, écrivait : « La chimie mérite des louanges, pourvu qu'elle se contienne dans les bornes de la pharmacie » (2) après lui Bordeu tenait le même langage ; Hal-

(1) Par M. Albert Robin. — Thèse de doctorat. 1877.
(2) *Tractatus de hydrope*, 23.

ler lui-même écrivait avec une nuance d'ironie : « *Non ideo analyses utilitate sua destituuntur, dum sapienter noverimus spes nostras recidere, neque plura docere quam a natura discimus* » (1).

Et Haller avait raison. La chimie n'a véritablement rendu des services que lorsque, quittant elle-même le terrain des hypothèses et des systèmes, elle apporta avec Lavoisier et sa brillante école un faisceau nourri de fruits et d'expériences utilisables par la médecine. En France, Andral, Lhéritier, Becquerel et Rodier et tant d'autres depuis eux ont emprunté à la chimie une aide puissante pour étudier les phénomènes si complexes qui se passent chez les êtres sains et malades; quant à la nature essentielle de la vie et de la maladie, elle en abandonne la recherche à la métaphysique. Elle constate des faits, n'en tire que des conclusions immédiates et refuse le concours inutile de ces ailes que Trousseau veut lui donner pour aller rendre visite aux nuages. « Physique, garde-toi de la métaphysique ! » a dit Newton. La chimie n'oublie pas ce précepte; elle est une science d'observation et d'expérimentation. Les applications à la médecine portent depuis trois quarts de siècle l'empreinte d'une sévère méthode scientifique et ne peuvent plus être qualifiées « d'immixtion maladroite et impertinente » comme le prétendait Trousseau. Nous ne sommes plus au temps où les chimistes allaient par le monde promener leur morgue et leur ignorance, l'une voulant cacher l'autre. Non, personne ne pense plus à jeter à la face des médecins chimistes ces vers que Regnier pouvait écrire au marquis de Cœuvres.

Pourvu qu'on soit morguant, qu'on bride sa moustache
Qu'on frise ses cheveux, qu'on porte un grand panache,
Qu'on parle baragouyn et qu'on suive le vent,
En ce temps du jourd'hui l'on n'est que trop savant (2).

Ou cette boutade que Regnard envoyait aux chimiâtres de son temps dans la bouche du valet Crispin :

Oui, Monsieur, tout le temps de ma vie
J'ai fait profession d'exercer la chimie,
Tel que vous me voyez, il n'est guère de maux
Où je ne sache mettre un remède à propos ;
Fièvre, gravelle, toux, vertige, maux de mère (3).

Aujourd'hui la chimie médicale ne mérite ni cet excès d'honneur ni cette indignité. Chaque jour, elle analyse plus intimement les modifications incessantes de notre organisme et défriche une partie du terrain que les médecins doivent cultiver. Mais pour rendre de véritables services à la science médicale, elle doit recourir à la rigueur et à l'exactitude la plus absolue. L'étude des principes immédiats provenant des corps inorganisés, demande une patience infinie, une délicatesse exquise, et un jugement exercé ; et pour arriver à ce résultat, il ne faut craindre ni le temps, ni la peine. Mais ces exigences sont bien faibles quand on les compare aux connaissances nécessaires pour entreprendre avec fruit et autorité des recherches sur les corps organisés. Là, nous nous trouvons en présence de corps multiples, difficilement séparables, parce qu'on ne peut les isoler à l'aide de cristallisations successives, de substances dont la composition élémentaire est tellement complexe que nous ne pouvons pas connaître leur origine, leur manière d'être, leurs produits de décomposition. La chimie des êtres vivants est la chimie la plus difficile. A chaque instant on croit marcher sur la terre ferme, et on tombe dans une fondrière que l'on n'avait pas aperçue. Tous les chimistes qui ont fait des travaux médicaux, ont été victimes de ce mirage trompeur. Aussi ne faut-il jamais abandonner un moment les méthodes de la plus stricte exactitude ; sinon nous retomberions en pleine iatrochimie.

Et malheureusement nous sommes forcés d'avouer que ces considérations présentent une certaine actualité. Non pas que la chimie veuille envahir la médecine; mais tandis qu'à la fin du siècle dernier et dans la première moitié du nôtre, les médecins dédaignaient la chimie, nous voyons aujourd'hui un grand nombre de médecins s'embarquer sur le terrain chimique sans un bagage scientifique suffisant. Tant il est vrai que la juste mesure est un oiseau rare. « L'esprit humain, a dit Luther, est comme un homme ivre à cheval; relevez-le d'un côté, il tombe de l'autre. » On adore ce qu'on avait brûlé, mais cette adoration malencontreuse pourrait bien rendre un mauvais service à la chimie biologique ; rappelons-nous le pavé de l'ours. On veut rendre la chimie aimable, c'est-à-dire la mettre à la portée de tous. Eh bien ! nous sommes fâchés de le dire, mais la chimie clinique ne peut pas être aussi aimable que cela. Elle sera rigoureusement exacte ou elle ne sera pas. On ne peut simplifier outre mesure l'analyse élémentaire et l'étude des modifications organiques.

Du reste, pour donner un corps aux craintes que nous exprimons, nous allons prendre comme exemple la thèse de M. Albert Robin, un des anciens internes les plus distingués des hôpitaux, et qui a même été délégué pendant trois mois comme suppléant du chef des travaux chimiques à la Charité. Et si nous choisissons ce travail, c'est qu'au milieu de recherches fort intéressantes et de faits ingénieusement observés, nous retrouvons souvent, dans le cours de cette remarquable étude, la trace d'une méthode clinique peu précise. Et il est temps d'arrêter cette tendance funeste des médecins à quitter dans les recherches chimiques les traditions de l'observation sévère. Avant de faire bien, on veut faire vite : « Il faut d'abord, dit M. Robin, instituer pour l'urine un mode d'examen simple, facile, à la portée de tous et surtout d'une grande rapidité (1). » C'est là un fâcheux principe ; le temps ne fait rien à l'affaire.

Un savant philosophe a dit élégamment :

Dans tout ce que tu fais, hâte-toi lentement. (2)

Les méthodes par à peu près sont désastreuses ; elles donnent une mauvaise direction à l'esprit, encouragent le travail superficiel, et n'engendrent que le vague et le doute. M. Robin pense qu'il importe de fixer des rapports entre les données exactes de la chimie analytique et certains procédés grossiers, mais rapides et par conséquent cliniques. Ainsi, d'après l'auteur, pour être clinicien il faut sacrifier l'exactitude à la rapidité ; les *procédés grossiers*, voilà ce qui est bon pour la clinique. C'est là ce qu'un clinicien distingué ne craint pas d'écrire dans une thèse présentée devant cette école clinique de Paris qui s'est immortalisée depuis un siècle ! Et ce ne serait en-

(1) *Elementa physiologiæ*, lib. V., 34.
(2) Regnier, *Satire* III.
(3) Regnard. *Les Folies amoureuses*, acte I, scène V.

(1) P. 9 op. cit.
(2) Regnard. *Folies amoureuses*, acte III, Sc. VIII.

core rien, si l'on s'en tenait aux paroles, mais voici les faits qui vont parler.

Après avoir recommandé les procédés de dosage de l'urée et de l'acide phosphorique par la méthode de Lecomte, du chlore par celle de Mohr et de l'acide urique par la précipitation avec l'acide chlorhydrique, procédés qui peuvent tous être adoptés puisqu'on connaît leurs causes d'erreurs, M. Robin, revenant à ses procédés grossiers et rapides, nous dit qu'au lit du malade ces procédés sont trop longs et trop minutieux. « Mais la difficulté, ajoute-t-il, peut être tournée : que demande la clinique ? Tout simplement de savoir si tel ou tel principe augmente, diminue ou reste stationnaire;.... sur ce terrain et dans l'état actuel de nos connaissances des différences minimes n'ont qu'une valeur restreinte. » Nous voudrions d'abord savoir ce que M. Robin entend par des *différences minimes*. C'est là une affaire d'appréciation personnelle et nous serions fort aises de savoir jusqu'à quelle limite d'erreur l'auteur permet à la clinique d'atteindre pour savoir si un principe augmente, diminue ou reste stationnaire. Mais ce que nous savons bien, c'est que pour arriver à l'une de ces trois données, les premiers procédés adoptés par M. Robin sont tout juste suffisants pour donner des présomptions fondées, sans fournir en aucune façon la certitude absolue. Quelle exactitude vont donc nous fournir les procédés adoptés par M. Robin en dernier ressort, ces procédés qui sont bien bons pour la clinique?

Voyons d'abord l'urée dosée à l'état de nitrate d'urée en versant de l'acide nitrique dans l'urine : « Quant à ce qui concerne l'urée, il résulte de mes analyses que le givre d'urée signalé par M. Gubler, à l'intérieur du verre comme l'indice d'un excès d'urée, ne se produit que lorsqu'il y a dans l'urine plus de 25 grammes d'urée par litre, les paillettes de nitrate d'urée en exigent au moins 45 grammes et pour qu'il y ait production d'un culot, il faut au moins 50 grammes d'urée (1). » Et l'auteur s'empresse d'ajouter en note : « Dans l'appréciation des résultats que fournissent ces procédés rapides, il est indispensable de tenir compte de la quantité d'urine. » Elle doit être bien difficile l'appréciation exacte de ces procédés rapides et grossiers. Elle nous rappelle la manière dont les vieux urologistes analysaient une urine et nous reporte au bon vieux temps où Gérard Dow nous représentait, auprès d'une femme hydropique, ce patricien qui jugeait les urines en les regardant au jour. Ainsi on nous propose de doser le corps le plus important de l'urologie par la différence qui existe entre le givre, les paillettes et un culot. On pourrait, certes, se dispenser de discuter au point de vue analytique une telle méthode de dosage. Cependant la vérité, à qui Voltaire lançait cette apostrophe,

Pourquoi mets-tu ton palais en un puits (2).

gagne toujours à être prouvée surabondamment. Pour qu'un procédé soit acceptable, il faut qu'il soit toujours comparable à lui-même ; or, celui-là ne l'est pas.

En supposant que ce procédé donne de bons résultats lorsqu'on opère sur une solution d'urée dans l'eau distillée, on ne serait en aucune façon autorisé à l'appliquer à un liquide aussi complexe que l'urine. En effet, nous ne savons nullement si les proportions relatives des différents éléments de l'urine, même les corps cristallisés n'exercent pas une influence notable sur le dépôt plus ou moins complet du nitrate d'urée. Mais ce que nous savons bien, et ce que tous les chimistes savent, c'est que les matières extractives entravent plus ou moins la cristallisation du nitrate d'urée, selon leur proportion dans l'urine. En outre, savez-vous ce que votre acide nitrique précipite avec l'urée ? il faudrait d'abord nous démontrer que votre givre ne contient jamais d'acide urique, et que votre culot n'en renferme pas.

Et puis nous dites-vous quelle quantité d'acide nitrique, il faut employer pour construire cette échelle d'un nouveau genre, afin de précipiter toute l'urée précipitable et ne pas en dissoudre par un excès de réactif ?

Du reste, voici un fait qui contredit formellement l'exactitude de ce procédé. Après le siége de Paris, M. Laborde publia, dans la Revue clinique des principales maladies observées dans le service de M. Gubler (1), de nombreuses observations de varioles bénignes chez lesquelles l'acide nitrique méthodiquement employé produisait dans l'urine tantôt une large *pastille*, tantôt un véritable *culot*. D'après M. Robin, ces varioleux, qui ont presque tous été légèrement atteints, auraient eu au moins 50 grammes d'urée par litre. Et cependant nous avons recherché en vain dans les auteurs qui ont étudié l'urologie de la variole des chiffres approchant même de celui de 50 ; ni Becquerel et Rodier, ni Valentiner, ni Vogel, ni Harley ne donnent de chiffres pareils. Et en consultant les analyses que j'ai faites en 1869, dans le service de M. Hérard au moment de l'épidémie de variole, je ne trouve aucun chiffre atteignant celui-là. Et même si l'urine des varioleux contenait en effet au début 50 grammes d'urée par litre, pour en tirer une conclusion sérieuse, il faudrait démontrer que l'état de dilution de leur urine est toujours le même.

A propos du même sujet je me souviens qu'en 1872 chez M. G. Sée, j'ai eu entre les mains l'urine d'un homme atteint d'obstruction intestinale; cette urine précipitait par l'acide nitrique en une masse de paillettes analogues à des paillettes de cholestérine ; cet homme avait 25 grammes d'urée en 24 heures et dans un litre il aurait eu 100 gram. d'urée, car il n'avait uriné que 250 centimètres cubes d'urine. Pour confirmer le procédé que nous recommande M. Robin, il faudrait que cet homme eût eu un culot au lieu de paillettes.

Après l'urée vient l'acide urique. M. Robin nous recommande de procéder ainsi au lit du malade : Il verse de l'acide nitrique sur les parois du verre contenant l'urine ; à l'état normal, il ne doit se former un diaphragme d'acide urique qu'au bout de 5 à 10 minutes. Quand, après ce temps, on n'aperçoit rien, on peut dire que l'acide urique est diminué; d'autre part, si l'on opère toujours sur les mêmes quantités, on appréciera dans quelle proportion cet acide est augmenté. — Est-ce de la chimie, est-ce de l'alchimie ? non, c'est de la clinique. M. Robin nous avait cependant dit que la clinique devait savoir si un produit augmente, diminue ou reste stationnaire ; il vient de nous dire qu'il constate sa diminution, ce qu'il ne prouve par aucune expérience contradictoire et par aucun raisonnement. Mais comment sait-il si l'acide urique augmente ou reste stationnaire ? Je ne

(1) P. 18, *op. cit.*
(2) *Pucelle*, ch. XI.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 6 octobre 1871.

pense pas qu'il veuille nous persuader que la hauteur de son diaphragme puisse nous être de quelque utilité à ce sujet. L'acide urique est en très-petite quantité (1 gr. environ) dans l'urine des 24 heures et c'est par des procédés d'une telle grossièreté que l'on veut nous faire connaître ses variations !

Enfin, M. Robin propose de doser les phosphates, les sulfates, la chaux, la magnésie, par la méthode des dépôts à l'aide de la précipitation directe ; M. Robin veut-il nous dire qu'il mesure la hauteur des dépôts obtenus avec les réactifs appropriés? Nous espérons que non, car on arrive ainsi aux résultats les plus fantaisistes.

Voilà donc à quelle méthode urologique on voudrait nous amener. A quel chimiste pourra-t-on faire accepter un procédé qui consiste à doser l'acide urique par la hauteur d'un nuage? Si c'est là la chimie dont a besoin la clinique, il est absolument inutile de créer de magnifiques laboratoires dans les grands hôpitaux. Et si jamais de pareils tendances s'introduisaient dans ces laboratoires, véritables sanctuaires de la science solide et exacte, la chimie biologique serait perdue à tout jamais en France et nous ferions la joie de nos rivaux. Autant revenir alors à l'époque où Albert le Grand donnait ainsi le diagnostic de la virginité : « Urina virginum est clara et lucida, quandoque alba, quandoque glauca. Si vero fuerit aurei coloris, clara et ponderosa, continet animi jucundi signum, id est, appetitum, et hoc est verum in non corruptis. Corruptæ enim mulieres habent animam turpidam, per fracturam pelliculæ præcedentem, et sperma viri apparet in fundo urinae talis mulieris. (1) »

G. Daremberg.

(*La fin au prochain numéro.*)

Du service des bains dans les hôpitaux de Paris.

Dans les nos 5 et 16 du *Progrès médical*, nous avons commencé l'exposé de la situation des services balnéaires et hydrothérapiques des hôpitaux ; nous poursuivrons cet exposé jusqu'au bout et, aujourd'hui, nous allons parler de l'hôpital Beaujon et de l'hôpital de la Pitié.

A l'*hôpital Beaujon*, les bains sont placés au fond de la *seconde* cour, dans un bâtiment tout-à-fait *spécial*. On s'y transporte des différents pavillons par des galeries couvertes.

Les *bains des femmes* se composent : 1o d'une salle destinée aux bains simples, contenant *neuf* baignoires ; 2o d'une petite salle contenant deux baignoires qui servent aux bains sulfureux et au service personnel des employés. — Les *bains des hommes* ont la même disposition et sont séparés des bains des femmes par une galerie qui aboutit à une salle de *bains de vapeur* renfermant plusieurs rangées de bancs en pierre disposés en amphithéâtre ; on y trouve une douche de vapeur, des douches froides en pluie et en jet. A droite, entre les bains des femmes et les bains de vapeur, il y a un couloir qui conduit à la salle des fumigations. A gauche, un couloir semblable aboutit à la salle d'hydrothérapie qui renferme les appareils suivants : douche en pluie, douche en jet, douche ascendante, bain de siége et douche. A côté de la salle d'hydrothérapie, existe une petite chambre de repos.

La disposition générale de cet établissement est bonne ; mais, par suite des agrandissements successifs de l'hôpital, les salles des bains sont devenues insuffisantes. Nous devons dire que les murs sont malpropres, que les ouvertures des tuyaux qui permettent de remplir les baignoires sont mal disposées, de telle sorte que le baigneur ne peut voir facilement le signe d'arrêt ; que les conduites qui transportent au dehors les eaux des bains sulfureux traversent la salle des bains simples qu'ils infestent. — Le service des eaux s'opère bien depuis que l'on a refait, il y a un an, la canalisation ; auparavant, l'eau manquait souvent.

Malgré l'insuffisance de ses installations, l'hôpital Beaujon a pu donner, en 1876, un nombre considérable de bains et de douches ainsi que le démontre le tableau suivant :

	H.		F.	
	Int.	Ext.	Int.	Ext.
Bains simples	4,996	«	6,635	«
— composés	2,087	«	834	«
— de vapeur	391	926	392	1,302
Douches froides	956	532	1,449	1,292

Les résultats obtenus font l'éloge des médecins et de l'administration de l'hôpital, des médecins qui savent apprécier l'importance des bains et des douches au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique, — de l'administration qui a fait tous ses efforts pour les aider dans cette tâche. Les chiffres que nous avons cités montrent que, avec peu de ressources, ils ont pu rendre de grands services.

A l'*hôpital de la Pitié* qui renferme 700 lits, les bains ne sont pas, comme à l'hôpital Beaujon, installés dans un bâtiment spécial et la salle des bains des hommes n'est pas située à côté de la salle des bains des femmes. Bien au contraire : les bains des hommes et ceux de femmes sont placés aux deux extrémités d'un bâtiment ayant trois étages, disposition très-fâcheuse sous tous les rapports et dont les inconvénients se traduisent chaque année par des dépenses sérieuses. En effet, il faut pour le chauffage, pour l'alimentation des eaux de doubles appareils dont l'entretien est par conséquent plus coûteux ; il faut deux réservoirs au lieu d'un. Puis, les tuyaux qui descendent des réservoirs détériorent le bâtiment à ses deux extrémités : de là, des réparations incessantes et des suspensions répétées dans le service des bains ; soit pour cause de réparation, soit parce que la direction des eaux ne fournit pas la provision nécessaire, les bains ou les douches sont arrêtés au moins 60 jours par an. On voit les conséquences d'une telle désorganisation au point de vue du traitement des malades et au point de vue des incendies.

Les *bains des hommes* comprennent une salle de 8 baignoires pour les bains simples, une salle de 5 baignoires dont 4 pour les bains sulfureux et une pour les bains de sublimé ; enfin une salle d'hydrothérapie avec une douche en pluie, une douche en jet, une douche en cercle.

Les *bains des femmes* se composent : 1o d'une salle de bains simples (8 baignoires) ; 2o d'une salle pour les bains sulfureux (3 baignoires) et pour les bains de sublimé (1 baignoire) ; 3o d'une salle d'hydrothérapie (1 douche en pluie, 1 en jet, 1 en cercle, 1 bain et une douche de siége).

Il n'y a ni bains ni douches de vapeur et on ne donne

(1) Alberti Magni, *De secretis mulierum. — De signis castitatis.*

pas de bains ou de douches aux malades du dehors. En réfléchissant aux résultats obtenus à l'hôpital Beaujon, et dans quelques autres hôpitaux dont nous parlerons, en dépit du petit nombre des baignoires, nous nous sommes demandé s'il ne serait pas possible d'introduire dès maintenant à l'hôpital de la Pitié le service des bains externes.

Eh bien! un examen approfondi de la situation nous a démontré que cela était possible. Car les bains des hommes ne servent le matin que de 5 à 8 heures, le soir que de 1 à 4 heures; ceux des femmes de 9 heures à 11 heures, et de 1 heure à 3 heures, ce qui fait, par jour, 6 heures pour les hommes, 4 heures pour les femmes. Or, en supposant la journée de travail de 12 heures (6 heures du matin à 6 heures du soir) en été, de 10 heures en hiver, on voit qu'on pourrait donner aux malades du dehors un nombre de bains au moins égal à ceux qui sont donnés aux malades admis dans l'hôpital.

Il va de soi que si l'administration consentait à réaliser le projet que nous indiquons — et si elle tient compte des raisons que nous avons énumérées et surtout du désir manifesté par tous les chefs de service de l'hôpital, elle le réalisera — l'obligation s'imposerait ou de mieux payer le baigneur et la baigneuse ou d'augmenter le personnel. En tout cas, l'augmentation des dépenses serait bien peu de chose, comparée aux services que l'on rendrait à une population nombreuse. L'absence de bains externes à la Pitié est d'autant plus regrettable, que cet hôpital dessert d'une façon à peu près complète deux arrondissements très-populeux, le Ve et le XIIIe, et que les malades qui viennent à la consultation et auxquels on prescrit des bains sont obligés d'aller à l'hôpital de la Charité.

On voit donc, par les considérations qui précèdent, combien est justifié le vœu que nous avons émis naguère et qui invite l'administration municipale et l'administration de l'assistance publique à combiner leurs efforts pour instituer dans tous les hôpitaux et dans tous les hospices de Paris, des services balnéaires et hydrothérapiques convenables.

BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 2 juin 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. CHATIN dépose sur le bureau deux notes, l'une concernant les œufs en sablier, l'autre les ascarides du lion.

M. DE SINÉTY a observé un cas d'ovulation chez une femme morte à 38 ans, sans avoir jamais été menstruée, bien qu'à dix ans elle eût présenté tous les autres symptômes de la puberté. L'utérus paraissait extérieurement de volume normal: mais la cavité n'était que de 4, 5, et était presque entièrement formée par le col, la cavité du corps étant rudimentaire comme dans l'utérus du fœtus: la muqueuse utérine présentait également les caractères de l'état jeune. L'ovulation avait été très-active, car on trouvait beaucoup de ces corps jaunes appelés corps jaunes de la menstruation.

M. LÉPINE a étudié quatre fois, avec M. GERMONT, le sang d'individus robustes saignés la veille ou l'avant-veille. Il a toujours trouvé une microcythémie très-prononcée. En ce qui concerne les globules sanguins chez le nouveau-né, M. Lépine soutient, contrairement à M. Hayem, qu'il y a un rapport inversement proportionnel entre le nombre des globules par millimètre carré et le poids de l'enfant. Le nombre absolu des globules ne varie pas: c'est la quantité de plasma sanguin qui subit les mêmes fluctuations que le poids du corps.

M. VIDAL communique le résultat de recherches entreprises avec M. ANDRÉ sur l'anatomie pathologique du molluscum contagiosum ou acné varioliforme. C'est une affection des glandes sébacées où elle débute par le centre. Toute la glande est hypertrophiée; la lésion la plus caractéristique est une dégénérescence colloïde des cellules. On ne saurait attribuer cette affection à des parasites car, seul, le démodex s'y rencontre et rarement. M. Vidal a essayé plusieurs fois, sans succès, de l'inoculer. — M. RENAUT croit qu'il y a là plutôt une dégénérescence cornée.

M. A. ROBIN combat l'opinion de Primavera qui considère l'oxalurie comme fréquente dans la fièvre typhoïde. Pour lui, sur 608 urines de fièvre typhoïde analysées, il n'a trouvé que 3 cas d'oxalurie.

M. GELLÉ montre à la Société les lésions causées par une otite ancienne: altération de la membrane du tympan, des osselets, etc.

M. LEVEN a obtenu dans un cas de dilatation modérée de l'estomac qui avait résisté à tous les traitements, une guérison rapide et complète par l'emploi de la sonde. Les vomissements et même les nausées ont rapidement cessé et la malade est sortie bien portante de son service où elle était entrée dans un état cachectique très-avancé.

M. HENNEGUY a étudié la vitalité des spermatozoïdes dans divers liquides, eau pure ou alcalinisée, ou alcoolisée. L'eau chloroformée éteint plus rapidement que ces liquides leurs mouvements, mais les spermatozoïdes résistent plus que les infusoires.

M. JAVAL fait remarquer que dans les recherches sur l'acuité visuelle, on ne tient pas assez compte de l'éclairage. Pour avoir constamment la même lumière, il place le malade à examiner dans une chambre obscure, éclairée par un bec de gaz. Il se sert, en outre, d'un régulateur à gaz qui permet de maintenir le débit à un niveau donné quelle que soit la pression de l'usine.

L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juin 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. GAVARRET présente, de la part de M. Trouvé, un nouvel appareil d'induction, destiné à la pratique médicale. Au moyen d'une disposition très-simple, M. Trouvé est parvenu à construire un régulateur qui permet au praticien de faire varier, à volonté et avec une grande exactitude, le nombre des émissions du courant induit entre 3 et 56 par seconde de temps.

Ce nouvel appareil peut aussi être employé à la recherche des projectiles dans les plaies par armes à feu.

M. DESPRÉS, candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire lit une observation de corps étranger des voies aériennes qu'il a extrait par la trachéotomie, quatre jours après l'accident.

L'auteur s'appesantit surtout sur les signes des corps étrangers des voies aériennes, qui dans les livres classiques ne sont peut-être pas exposés assez nettement. — Les corps étrangers de la trachée mobile sont révélés par des accès de suffocation plus graves et plus durables lorsque les malades sont couchés que lorsqu'ils sont debout. Cela ressort nettement de l'observation de M. Després; il en ressort aussi ce précepte thérapeutique, que lorsqu'on soupçonne un corps étranger de la trachée mobile, en attendant un chirurgien, loin de mettre les malades la tête en bas il faut les maintenir debout. Dans l'accès de suffocation, le sifflement pendant l'inspiration et le bruit de soupape pendant la toux sont des signes évidents et palpables que l'on perçoit à distance et qui ne ressemblent à aucun signe d'une autre maladie du larynx, sauf les polypes pédiculés, situés au-dessous des cordes vocales inférieures, et qui produisent exactement les mêmes accidents que les corps étrangers mobiles dans la trachée.

Ces signes faciles à apprendre et à retenir dispensent de tous autres symptômes; les narrations des parents ne peuvent être considérées que comme des renseignements et de simples présomptions. Le bruit de soupape dont la découverte est attribuée à Dupuytren, qui l'appelait le bruit de grelottement et qu'il croyait dû au frottement du corps étranger sur

les parois de la trachée, a été réellement décrit par Zuinger (1): il s'agissait d'un enfant de 8 ans qui avait aspiré un haricot ; et, dans cette description, l'auteur fait mention d'un bruit manifeste produit par le haricot qui, à chaque expiration, venait heurter l'orifice du larynx. — Ce qu'il faut ajouter, c'est que le bruit de soupape est surtout évident dans la toux. Dupuytren n'en a pas donné une explication aussi précise. — En dehors des accès il n'existe pas de bruit de soupape ; Dupuytren semblait étonné de ne pas le percevoir au moment où il pratiqua la trachéotomie sur sa petite malade qui, comme celle de Zuinger, avait aspiré un haricot (2).

M. Lefort lit son rapport officiel sur les eaux minérales. M. Briquet reprend la lecture de son rapport sur les épidémies.

Durant la séance, on procède, par le scrutin, à la constitution des commissions de prix pour l'année 1877.

Prix de l'Académie : MM. Bouchardat, Fauvel, Mialhe, Maurice Perrin, Vulpian. — Prix Portal : MM. Barthez, Colin, J. Guérin, Villemin et Woillez. — Prix Civrieux : MM. Baillarger, Charcot, Empis, Lasègue et Luys. — Prix Capuron : MM. Blot, Depaul, Jaccoud, Moutard-Martin, Tarnier. — Prix Barbier : MM. Bouillaud, Chauffard, Hérard, Hirtz, Sée. — Prix Godard : MM. Larey, L. Le Fort, Legouest, Richet, Trélat. — Prix Amussat : Bouvier, Broca, Gosselin, Jacquemier, Ricord. — Prix Huguier : Bernutz, A. Guérin, Marrotte, Verneuil-Voilleunier. — Prix Rufz de Low : Bergeron-Delpech, Hillairet, Magne, Roussel.

A 4 heures 30, l'Académie se forme en comité secret.

A. Josiaz.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 *mars* 1877. — Présidence de M. Charcot.

Cirrhose atrophique d'origine veineuse. — Diminution de l'urée et des urines; par le Dr Guichet.

G. Bonh..., âgé de 39 ans, musicien, entré dans le service de M. Morand, le 7 janvier 1877, décédé le 6 mars.

Cet homme est souffrant depuis plusieurs mois : appétit notablement diminué, amaigrissement, toux quinteuse, essoufflement au moindre travail, pas d'hémoptisies; fatigue, courbature, lassitude générale, diarrhée sanguinolente considérable, œdème des malléoles après la marche.

Etat à l'entrée : Face terreuse, peau sèche et brunâtre, amaigrissement des membres, œdème peu marqué des extrémités inférieures, ascite modérée, veines abdominales développées.

Foie augmenté de volume, le malade éprouve parfois de vagues douleurs dans la région hépatique; pas d'ictère. Craquements fins humides au sommet droit, rien au cœur. Le malade, qui est intelligent et assez instruit, avoue des mécomptes dans sa vie et des habitudes d'excès alcooliques. Pendant tout le mois de janvier, la diarrhée semble vouloir céder, mais l'ascite et l'œdème augmentent, les urines deviennent de plus en plus rares, elles sont très chargées et nous commençons, dès le 1er février, à faire journellement analyser les urines et l'urée. Ce travail, dû à MM. Junilhon et Bonnarel, docteur en médecine et pharmacien de l'hôpital, nous permet de mettre sous les yeux un tableau complet de l'examen quotidien par le *procédé de Lecomte*.

Pendant la première quinzaine de février, l'amaigrissement s'accentue davantage, les urines ne dépassent jamais 250 grammes et la quantité d'urée n'excède pas 7 grammes par jour.

18 *février*. L'abdomen est très-distendu, sa circonférence est de 1 mètre, fluctuation nette, évidente, respiration gênée fréquente, œdème, hémorrhagies.

Du 20 au 25, la mensuration de l'abdomen nous donne une moyenne de 96 centimètres; foie revenu au volume normal, rate petite; la température qui est restée régulière jusqu'au 20, commence à cette date à subir de capricieux écarts, elle descend par deux reprises à 35° 6, pour remonter à 37° 4 ; l'urine et l'urée suivent toujours leur marche décroissante, subdélire presque continu.

(1) *Acta Helvetica*, *Bâle*. T., . 42 p.

(2) Dupuytren ; *Leçons orales de clinique chirurgicale*. Tome III, p. 586.

27 *février*. Ponction avec l'appareil Potain, sérosité citrine dont l'analyse ne fournit pas d'urée ; on arrête l'écoulement après avoir obtenu 300 grammes de liquide. Mensuration après l'opération 0,90 ; pouls 124 ; urine 120 gr. ; urée 4 gr. 23 ; subdélire, respiration gênée et précipitée. — 3 mars : urée 1 gr. 92 urines 80 gr. — Du 3 au 6 mars, incontinence d'urine (quelques gouttes), hémorrhagies intestinales continuelles, marasme, mort.

FÉVRIER.	DENSITÉ.	VOLUME en 24 heures.	ALBUMINE.	URÉE en 24 heures.	OBSERVATIONS.
1	1.028	250	—	6.975	
2	1.029	250	»	7.30	
3	1.029	245	»	7.374	Dépôts urinaires abondants.
4	1.030	245	Traces.	7.497	
5	1.030	245	—	7.276	
6	1.030	250	—	7.45	
7	1.030	250	—	7.40	
8	1.030	250	—	7.675	
9	1.030	245	»	7.693	
10	1.030	250	Traces.	7.475	
11	1.030	250	—	7.625	
12	1.030	245	—	7.693	Hémorrhagies profuses et incoercibles.
13	1.031	230	—	7.498	
14	1.031	235	—	7.778	
15	1.031	240	—	7.92	
16	1.032	235	—	7.896	
17	1.032	235	»	7.99	
18	1.032	230	»	7.981	
19	1.032	225	»	7.625	
20	1.032	220	»	7.502	
21	1.032	220	»	7.524	
22	1.033	200	»	6.98	
23	1.033	200	»	6.92	
24	1.034	200	»	7.02	
25	1.035	196	»	7.448	
26	1.035	200	»	7.40	
27	1.034	120	»	4.256	
28	1.035	180	»	7.20	
Mars.					
1	1.035	120	»	3.	Du 3 au 6 mars jour du décès, incontinence d'urine et des matières fécales, hémorrhagies intestinales constantes.
2	1.035	100	»	2.05	
3	1.036	80	»	1.92	

Autopsie. — La cavité abdominale contient environ 2,500 gr. de sérosité. *Poumons* : droit, caverne au sommet, cavernules disséminées; — gauche, induration considérable vers la portion centrale au sommet, tubercules. — *Cœur* petit, graisseux, — *Pancréas* ferme et présentant de petites granulations comparables à des grains de millet. — *Rate* normale. — *Reins* un peu augmentés de volume, on n'y voit plus aucune trace de pyramides. — *Foie* mamelonné, globuleux, granulé, dur, résistant, criant sous le scalpel ; c'est un cas de cirrhose atrophique, de cirrhose à petits grains, qu'on peut même considérer comme un type de ce genre. — La rétraction de l'organe est loin d'être avancée, il pèse encore 1,400 gr.

Cette observation nous semble intéressante, car elle concorde d'une remarquable façon avec les savants travaux de MM. Charcot et Gombaut, sur les *différentes formes de la cirrhose du foie*, et avec les belles études de M. Brouardel, sur l'*urée et le foie*. D'un côté, en effet, nous observons les troubles des fonctions digestives, le développement des veines sous-cutanées abdominales, les hémorrhagies intestinales, l'ascite, l'absence d'ictère, la marche rapide des accidents et la mort dans le marasme, après un subdélirium prolongé, qui, avec les résultats de la nécropsie, nous donnent les caractères assignés par MM. Charcot et Gombaut à la cirrhose atrophique, à la cirrhose veineuse. D'un autre côté, nous observons, ainsi que l'ont établi les travaux de M. Brouardel, une étonnante diminution dans l'excrétion de l'urée au cours d'une cirrhose.

Atrophie des circonvolutions occipitales postérieures du côté droit ; par L. Dreyfus-Brisac, interne des hôpitaux.

Ség..., âgé de 19 ans, forgeron, entre (service de M. Gubler) salle Saint-Louis, n° 2, à l'hôpital Beaujon.

Ce malade présentait tous les signes d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique ; cependant l'existence d'une prolapsus de la paupière supérieure gauche, fit penser un instant à une affection cérébrale, et examiner l'état de la motilité et de la sensibilité. On ne constata nulle part de paralysie ni strabisme, ni mydriase. Des renseignements fournis par son patron, il résulte qu'il s'était toujours bien porté antérieurement. Le malade succomba au seizième jour environ de son affection, au milieu de phénomènes adynamiques.

Autopsie. — On trouve dans les intestins, la rate, les poumons, les altérations habituelles de la fièvre typhoïde. En découvrant le cerveau, on est frappé de l'état des circonvolutions occipitales postérieures du côté droit. Celles-ci présentent un aspect tout particulier, elles sont d'un brun-noirâtre, dures au toucher, comme racornies, ratatinées, considérablement atrophiées, aussi l'hémisphère droit est-il plus court que son congénère du côté gauche. Les circonvolutions altérées sont réduites à une mince pellicule brunâtre, amorphe ; lorsqu'on incise cette pellicule, on tombe sur une cavité allongée, irrégulière, d'un centimètre environ de largeur, où se trouve une petite quantité de liquide citrin. La substance cérébrale avoisinante est ramollie, les méninges sont épaissies, adhérentes au niveau des circonvolutions atrophiées. Le reste du cerveau est normal, cependant il existe au pied de la corne d'Ammon une petite tache brune et au-dessous on constate une induration très-nette de la substance cérébrale. Rien du côté des vaisseaux de l'encéphale.

En somme, nous nous trouvons en présence d'une lésion non encore signalée, croyons-nous ; c'est en quelque sorte le racornissement, peut-être congénital, de deux ou trois circonvolutions cérébrales, sans que celles-ci, considérablement atrophiées, aient perdu leur forme, leurs plis normaux. Du reste, comme cela arrive souvent pour les lésions occipitales, cette altération est restée latente au point de vue symptomatique.

Kyste hydatique de la rate ; par L. Malassez.

Notre collègue, M. le Dr Gustave Martin (de Nevers), m'a prié de vous présenter la pièce suivante, recueillie par deux médecins militaires, MM. Farine, major, et Charpentier, aide-major, sur un soldat de leur régiment, mort presque subitement ; cet homme, âgé de 22 ans, avait des habitudes alcooliques. Il venait de manger très-rapidement et de courir, lorsqu'il fut frappé d'une perte complète de connaissance : face morbide, yeux excavés, pupilles fortement contractées ; lèvres et ailes du nez fortement étirées et noirâtres ; mâchoire entr'ouverte et laissant écouler de la salive et des mucosités ; de temps à autre, efforts de déglutition. — Insensibilité complète ; bras froids et en résolution complète, doigts cyanosés. — Pouls insensible, battements cardiaques à peine perceptibles. — Râles ronflants et sibilants dans toute la poitrine. — Mort au bout de dix minutes environ.

Autopsie, 24 heures après la mort.

Rigidité cadavérique, cyanose hypostatique du cou et de la nuque, veines superficielles gorgées de sang. Poumons : adhérences pleurales à gauche, congestion intense des deux poumons ; foyer hémorrhagique considérable occupant toute l'épaisseur du sommet gauche ; foyers hémorrhagiques plus petits disséminés dans les deux poumons. — Le tissu pulmonaire surnage. *Cœur*, petit ; les cavités droites sont complétement exsangues. — *Estomac* et foie normaux. — *Rate* : présente à sa face interne une tumeur volumineuse sur laquelle elle s'étale ; son extrémité inférieure seule est libre. Cette tumeur est à peu près sphérique et mesure environ 18 centimètres de diamètre.

C'est un kyste renfermant un liquide transparent, se troublant un peu vers la fin. Les parois sont minces, d'aspect fibreux ; elles se continuent avec la membrane d'enveloppe de la rate ; en dehors, elles adhèrent intimement au tissu splénique, qui, à ce niveau, est très aminci et constitue une véritable couche surajoutée. En dedans était une autre poche qui paraissait n'avoir aucune attache avec la précédente et qu s'était échappée avec le liquide au moment de l'ouverture du kyste. Cette poche est peu épaisse, friable, comme macérée.— Le cerveau n'a pu être examiné.

Quelle est la nature du kyste de la rate ? Les médecins qui ont fait l'autopsie disent n'avoir trouvé aucune hydatide dans le liquide kystique ; mais ont-ils fait l'examen microscopique de ce liquide, et surtout des dernières portions qui sont sorties, portions qui étaient troubles ? Quoi qu'il en soit, la poche flottante trouvée dans la cavité kystique présente sur des coupes microscopiques, cette réfringence et les fines stries parallèles caractéristiques des poches hydatiques ; en sorte qu'on peut affirmer que le kyste de la rate est un kyste hydatique.

Contribution à l'étude des accidents sympathiques oculaires. — Amblyopie sympathique de l'œil gauche. — Enucléation du moignon ossifié de l'œil droit perdu depuis 25 ans. — Guérison. — Rapport sur la candidature de M. de Beurmann ; par M. Landouzy.

Cette observation pleine d'intérêt est un bel exemple d'une des formes insidieuses et mal connues que révèlent parfois les accidents sympathiques, elle montre de plus, comment ces accidents peuvent se développer d'une façon extrêmement tardive à la suite de la production de tissu osseux dans l'intérieur du globe oculaire.

On sait qu'en pathologie oculaire, les mots d'accidents sympathiques servent à désigner toutes les altérations qui peuvent survenir sur un œil sous l'influence d'une lésion quelconque de l'œil du côté opposé. Mackensie, le premier, dans son Traité des maladies des yeux, consacra un chapitre à l'iritis ou ophthalmitis sympathique ; depuis, les travaux de Pritchard (1), de de Brondeau (2) et les observations de tous les ophthalmologistes, sont venus confirmer ses idées et la notion de la sympathie oculaire est aujourd'hui définitivement acquise. Si personne ne conteste l'action désastreuse qu'un œil altéré peut produire sur son congénère, on est loin d'être encore fixé sur la voie par laquelle se transmet cette action ; bien plus, on connait mal les formes cliniques que peuvent revêtir les accidents sympathiques. Cependant, en présence de la marche fatalement progressive qu'ils affectent toujours (quand l'énucléation de l'œil primitivement atteint ne vient pas supprimer leur cause), on comprend toute l'importance qu'il y a de faire dès le début, un diagnostic exact.

Dans la grande majorité des cas, les accidents sympathiques se manifestent sous forme d'irido-choroïdite aiguë, avec production abondante de masses exsudatives dans la chambre antérieure, oblitération de la pupille et désorganisation rapide du segment antérieur, aboutissant en peu de jours, à la perte complète de l'œil, au point de vue fonctionnel. Aussi, ces accidents sont-ils toujours décrits dans les livres, à côté des inflammations aiguës de la choroïde, de l'iris et du cercle ciliaire. Mais dans un certain nombre de cas, ils prennent un aspect tout différent et une marche beaucoup plus insidieuse.

Quelquefois, en effet, il se produit bien comme dans la forme commune une irido-cyclite plastique, mais tout l'appareil inflammatoire ordinaire : injection péri-kératique, larmoiement, photophobie, douleur extrême, font plus ou moins défaut et la désorganisation de l'œil survient sans que le patient ait pour ainsi dire conscience du danger qui le menace.

Chez quelques malades, l'affection présente au début tous les caractères de l'iritis séreuse, mais à la longue, les mêmes accidents surviennent peu à peu et entraînent le même résultat.

Dans quelques cas très-rares, enfin l'ophthalmie sympathique s'est manifestée sous forme de névrite optique ou de névro-rétinite exsudative. On trouve 3 cas de ce genre, rap-

(1) Association medical journal, *6 octobre 1854. Annales d'oculistique*. T. XXXII, p. 172.

(2) *Des affections sympathiques de l'un des deux yeux à la suite d'une blessure de l'autre œil*. Th. Paris, 1858.

portés dans le Traité des maladies des yeux du Dr Abadie (1), l'un est personnel, l'autre est emprunté à la clinique de de Grœfe (2) et le troisième est tiré d'un recueil américain (3), tous sont extrêmement probants.

Dans toutes les formes si diverses les unes des autres, il est également impossible de mettre en doute l'influence sympathique que les accidents revêtent ; la forme de l'irido-cyclite aiguë ou chronique, de l'iritis séreuse ou de la névrite optique, leur origine est bien toujours la même. Leur marche toujours progressive, l'apparition de phénomènes douloureux sur l'œil primitivement lésé, au moment où l'œil jusque là sain commence à se prendre, l'absence de toute cause d'irritation chez ce dernier, enfin et surtout l'influence du traitement chirurgical, ne laissent subsister aucun doute à ce sujet. La guérison rapide après l'énucléation de l'œil primitivement atteint, sans l'emploi d'aucun autre moyen, est, en effet, un caractère capital, une sorte de critérium qui révèle sûrement la nature sympathique des accidents.

Or, nous retrouvons tout cet ensemble de symptômes dans l'observation que nous nous sommes donné la tâche d'analyser. Il s'agit d'un homme de 65 ans, dont l'œil droit avait été perdu à la suite d'un traumatisme accidentel et qui, pendant 25 ans, n'avait ressenti aucune espèce de gêne, soit de ce côté, soit sur l'autre œil. Au bout de ce long espace de temps, peu à peu, sans aucune cause appréciable, il s'aperçut que la vision de l'œil droit jusque là excellente, diminuait sensiblement ; cependant, il n'existait aucune douleur, aucun symptôme inflammatoire, aucune altération des milieux ni de membranes profondes, capable d'expliquer la diminution de l'acuité visuelle. La santé générale était excellente, et il n'y avait aucun signe qui permît d'attribuer l'apparition de cette amblyopie à une lésion cérébrale. En revanche, le moignon atrophié de l'œil droit était devenu douloureux depuis quelques jours et le malade n'en supportait l'exploration avec le doigt que difficilement. L'énucléation proposée dès le début fut faite au bout de quelque temps dans de bonnes conditions, elle fut suivie d'une amélioration rapide, et bientôt d'une guérison complète ; au bout d'un mois, la vision avait recouvré toute son acuité et toute son étendue.

Il est donc certain que chez ce malade, c'était bien à l'influence sympathique qu'étaient dus les accidents et cependant ils consistaient uniquement en une simple diminution de la vision centrale sans aucune lésion appréciable. Cette observation n'est du reste pas isolée. Donders avait déjà signalé comme précurseurs de l'ophthalmie sympathique des phénomènes purement fonctionnels tels que la parésie de l'accommodation, le rétrécissement du champ visuel, la photophobie, le blépharospasme.—Dans un cas observé par Cohn les choses se passèrent à peu près de la même façon que chez notre malade.

« A la suite d'un traumatisme très-violent il se forma d'un côté un vaste exsudat sur la rétine et la vision fut totalement abolie : cinq semaines après l'accident, sans aucune lésion extérieure ou profonde apparente, la vision de l'autre œil commençait à baisser et l'acuité visuelle descendait bientôt à 5/7 ; cinq mois après elle était tombée à 4/7 l'œil restant toujours en apparence en parfait état d'intégrité. L'énucléation de l'œil perdu fut faite et au bout de quatre semaines la guérison était complète et l'acuité visuelle redevenait égale à 1. On trouve dans la littérature ophthalmologique quelques autres cas analogues où le même traitement donna un succès égal. »

Il n'est pas douteux, en somme, que les accidents sympathiques revêtent quelquefois l'apparence d'une amblyopie sans lésion. Peut-être la diminution de l'acuité visuelle isolée en apparence n'est-elle, en ce cas, que le prélude d'accidents plus graves qui se produiraient au bout d'un certain temps ; c'est ce qu'il est impossible de savoir, l'énucléation ayant été faite et ayant amené la guérison chaque fois que l'origine des accidents fut soupçonnée. Quoi qu'il en soit la marche progressive de l'amblyopie et tout ce que nous savons de la gravité ordinaire de toutes les formes d'accidents sympathiques donne à penser que cette affection, abandonnée à elle-même, se terminerait probablement par une perte complète et irrémédiable de la vision. Quand le diagnostic est établi on n'a donc pas le droit d'attendre, il faut recourir sans plus tarder au traitement qui doit enrayer la marche des accidents et restituer la vision.

» Comme toutes les amblyopies, celle qui se développe sous l'influence sympathique n'est certainement pas isolée ; l'examen le plus minutieux ne nous révèle pas la lésion dont elle dépend mais celle-ci n'en existe pas moins sans doute et il est permis d'espérer qu'on pourra remonter un jour à la véritable cause de ce trouble fonctionnel que nous nous bornons à constater aujourd'hui. Les observations ne signalant jusqu'à présent aucun symptôme inflammatoire ni même aucun trouble de circulation nous en sommes réduits, jusqu'à présent, sur ce point, à des hypothèses.

» On sait, du reste, que malgré les nombreuses recherches qui ont été faites récemment, l'étiologie est encore un des côtés obscurs de l'affection sympathique. L'influence nuisible exercée par un œil sur son congénère est incontestable mais on n'est pas encore entièrement fixé sur la voie par laquelle elle se propage. Les uns, suivant l'opinion antérieure, admettent une lésion remontant le long du nerf optique traversant le chiasma et se transmettant ainsi par continuité de tissu jusqu'au nerf optique et au globe oculaire du côté opposé. Les autres, plus nombreux, pensent que c'est l'irritation des filets terminaux des nerfs ciliaires qui agit sur les centres nerveux d'où dépend la nutrition des globes oculaires et détermine ainsi des lésions du côté opposé. L'analogie, la nature des accidents douloureux qui se développent quelquefois dans les points symétriques de la zone ciliaire sur les deux yeux, le développement de l'ophthalmie sympathique dans des cas où le nerf optique était complètement atrophié depuis longtemps et réduit à une simple traînée celluleuse, l'existence fréquente du pincement, du tiraillement des extrémités des nerfs ciliaires sur les yeux énucléés, tout nous semble plaider en faveur de cette opinion. Cependant, il faut reconnaître qu'il existe quelques faits qui lui sont contraires. Un ophthalmologiste des plus distingués, Mooren, affirme avoir vu des accidents sympathiques apparaître à la suite de lésions du nerf optique et disparaître après l'excision de ce tronc nerveux. »

Les lésions trouvées à l'autopsie de l'œil énucléé dans le cas que nous examinons ne nous semblent pas être de nature à éclairer cette question, mais elles n'en sont pas moins intéressantes à étudier.

L'intérieur de la coque oculaire était entièrement occupé par une masse pierreuse en un point de laquelle on retrouvait le cristallin réduit de volume et transformé en une masse crétacée par l'incrustation de sels calcaires. Le reste de la masse était formé d'une substance fibrillaire dans laquelle on trouvait, disséminés, des ostéoplastes très-facilement reconnaissables. Il y avait donc eu ossification du contenu de l'œil à la suite des phénomènes inflammatoires déterminés par le traumatisme.

Ce genre de lésion, bien différent de la dégénérescence crétacée qui existe aussi quelquefois, est relativement assez commun. Longtemps on a cru que c'était la rétine qui subissait en pareille circonstance la transformation osseuse et en effet l'adhérence presque toujours intime qui existe entre le nerf optique et ces sortes de productions semble plaider en faveur de cette opinion. Mais les recherches histologiques ont démontré que c'est généralement la choroïde qui subit la transformation osseuse.

Schien-Gemuseus, de Bâle, a publié récemment le résultat de l'examen de huit yeux ossifiés. Dans tous il a trouvé que l'ossification avait débuté par la limitante interne de la choréo-capillaire ; M. Knapp affirme que c'est là le point de départ constant du processus.

Cependant, le cas que nous avons à examiner est donné comme un exemple d'ossification du corps vitré. Notons d'abord sans attacher trop d'importance à cette remarque, que les productions osseuses, au lieu d'avoir comme d'habitude la forme de paillettes disséminées dans l'étendue de la cho-

(1) T. I p. 319.

(2) Clinique ophthalm. de de Grœfe. — Edition française de Meyer, p. 328.

(3) Sympatische Augen Entzündun mit Neuroretinitis (Thomas Pooleg, *Arch für Ohren und Augen Heilkunde*, New-York 1871).

roïde ou de constituer une sorte de coque moulée sur les enveloppes de l'œil et renfermant les débris altérés de la rétine et du corps vitré, formaient au contraire une masse compacte occupant toute la cavité oculaire.

De plus, les cellules contenues dans les corpuscules osseux étaient dépourvues de pigment et dans aucun point on ne trouvait de granulations pigmentaires. Or, quand l'ossification débute par la choroïde, les cellules de la couche pigmentaire placée à la partie la plus interne de cette membrane, doivent nécessairement être entraînées et englobées par les produits de nouvelle formation s'ils viennent à envahir le corps vitré; comme d'ailleurs le pigment qu'elles contiennent est insoluble et résiste indéfiniment aux altérations pathologiques, on devrait, quand telle est la marche du processus, en retrouver des traces dans les parties ossifiées. C'est en effet ce qui a lieu dans la grande majorité des cas.

Enfin, entre la masse ossifiée et la sclérotique restée à peu près normale, il existait une lame noirâtre isolable formée de tissu conjonctif renfermant quelques cellules pigmentées. Cette membrane était probablement un reste de la choroïde atrophiée par suite de la pression et des altérations nutritives qu'elle avait subie, mais non envahie par l'ossification.

Malgré la rareté du fait, il est donc probable que c'est dans le corps vitré que se sont formés les ostéoplastes. Le tissu conjonctif organisé à la suite de l'hyalitis suppurative causée par le traumatisme a probablement servi de point de départ à la formation du tissu osseux.

Nous ne connaissons aucun autre cas où l'examen histologique ait conduit à la même conclusion; mais Virchow, dans son *Traité des Tumeurs* (1), admet que les ossifications intraoculaires peuvent se développer, soit dans la choroïde, soit dans le corps vitré.

Quoi qu'il en soit, les accidents sympathiques survenus d'une façon très-tardive sont souvent consécutifs à des lésions de ce genre. Chez le malade, qui fait le sujet de l'observation, il s'écoula 25 ans entre le traumatisme et l'apparition de l'amblyopie du côté opposé; aussi, quand on voit apparaître des accidents sympathiques très-longtemps après la perte du premier œil, doit-on penser à la possibilité d'une ossification.

Cette particularité tient peut-être à ce que les nerfs ciliaires intacts au début, ne se trouvent irrités et n'exercent leur influence sur l'œil sain que quand le tissu osseux s'est assez développé pour les comprimer ou les tirailler. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais elle peut servir à faire comprendre la coïncidence fréquente des accidents sympathiques tardifs avec l'ossification de l'œil primitivement lésé.

(1) Virchow. *Traité des tumeurs*. T. II, p. 97.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 juin 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. LARREY présente une observation de M. Fontès, médecin de l'empereur du Brésil, sur une absence congénitale des quatre membres chez un enfant qui doit être aujourd'hui âgé de cinq ans.

M. TILLAUX présente une note de M. Beck (de Strasbourg), sur le drainage au catgut dans les amputations.

M. GUYON présente une thèse sur les affections calculeuses chez l'homme.

M. DESPRÈS reprend la parole sur la trachéotomie. Il rappelle le cas de MM. Verneuil et Paulet. Il a samedi dernier, opéré un enfant qui avait avalé un pendant d'oreille. La trachéotomie a été faite en 20 minutes. L'enfant fut couché, on divisa la peau. Au-dessous du corps thyroïde qui avait un centimètre et demi de hauteur, il y avait deux veines volumineuses que l'on écarta, le corps thyroïde fut relevé, à ce moment il n'y avait pas d'hémorrhagie. Quatre anneaux furent incisés. Le corps étranger fut chassé par la toux. Dès le lendemain, la plaie était réunie par première intention.

M. GILLETTE a vu un malade opéré à Neuilly, dans un cas de tumeur du larynx, par le galvano-cautère. La perte de substance aurait permis d'introduire un petit œuf.

M. DELENS lit un rapport sur un travail de M. Brière à propos d'un cancroïde du nez, autoplastie avec lambeaux pris sur le front. On fit douze points de suture avec un succès complet. Le résultat fut très-satisfaisant.

M. GUYON à propos des calculs chez la femme, propose de faire la taille vaginale qui est très-peu dangereuse.

M. DESPRÈS rappelle qu'il a présenté l'année dernière une femme guérie par la simple dilatation.

M. GUYON déclare qu'il ne veut pas faire de comparaison entre les deux méthodes. Il ne repousse pas la dilatation, mais il pense que l'on peut hésiter parfois s'il s'agit de choisir entre la taille et la dilatation. Il cite un cas de mort en trois jours après dilatation.

M. PANAS a une statistique qui ne repose pas seulement sur un seul fait. Il a fait une taille vaginale qui a été suivie de mort le troisième jour. Il croit que dans ces cas le thermo-cautère donnerait de bons résultats.

M. VERNEUIL dit que pour juger les procédés opératoires il faudrait tenir compte des maladies antérieures. Quant aux plaies récentes de la paroi vésico-vaginale, il se produit souvent des oblitérations veineuses avant la chute de l'eschare.

M. TILLAUX ne croit pas qu'il faille faire la dilatation comme le préconise M. Desprès. Il dit que la taille uréthrale est très-possible et ajoute que M. Reliquet a rejeté complétement la taille vaginale.

M. GUYON dit qu'à la suite de la taille uréthrale l'incontinence d'urine persiste un certain temps.

M. DESPRÈS présente un cas de vice de développement de la mâchoire inférieure: L'enfant a cinq jours et sa mâchoire est absolument dépourvue d'arcade alvéolaire. Il y a aussi arrêt de développement de la langue qui n'est pas plus grande que celle d'un chat.

M. ANGER présente un papier destiné à remplacer le taffetas gommé au caoutchouc. A. G.

REVUE CHIRURGICALE

I. **Traité pratique des maladies de l'ovaire**; par M. A. BOINET, G. Masson, 1877.
II. **Traité des maladies du rectum et de l'anus**; par D. MOLLIÈRE, G. Masson, 1877.
III. **Leçons de clinique chirurgicale**; par Sir James PAGET, traduites par L. H. PETIT. Germer-Baillière, 1877.
IV. **Manuel de pathologie chirurgicale**; par A. JAMAIN et F. TERRIER, 3e édition. Germer-Baillière, 1877.
V. **Manuel de médecine opératoire**; par MALGAIGNE et LEFORT, 8e édition. Germer-Baillière, éditeur.
VI. **Des fractures de l'extrémité supérieure du tibia**; par le Dr A. HEYDENREICH, interne des hôpitaux. A. Delahaye, 1877.
VII. **Etude clinique sur le cancer du corps de l'utérus**; par F. L. PICHOT, 1877 (1).

II. Quoique nous possédions sur les maladies du *rectum* et de l'*anus* les deux excellents articles des dictionnaires, M. le Dr Daniel Mollière a pensé qu'un traité sur le même sujet serait encore le bienvenu. La littérature anglaise est très-riche en travaux de ce genre; elle possède les ouvrages de Curling, de Smith, d'Allingham, etc....; de plus, à Londres, un hôpital spécial est exclusivement consacré aux malades atteints d'affections de cet organe. L'auteur a écrit son ouvrage avec sobriété et surtout au point de vue pratique. De l'anatomie pathologique et de l'étiologie, il ne semble prendre que ce qui peut le conduire à un but thérapeutique. Si cette monographie manque un peu de cette abondance instructive, de ces observations fertiles en déductions, qui n'appartiennent qu'à un chirurgien vieilli dans les hôpitaux, il faut cependant reconnaître qu'elle rendra les plus grands services aux praticiens: elle se lit avec facilité.—Nous citerons parmi les chapitres les plus intéressants et les plus personnels les abcès et les fistules à l'anus, les fissures et les accidents syphilitiques. A propos des rétrécissements syphilitiques du rectum, l'auteur oppose la doctrine lyonnaise aux théories de MM. Gosse-

(1) Voir le n° 15.

lin et Desprès: jamais une plaque muqueuse, jamais un chancre induré, ne sauraient être l'origine des rétrécissements; une semblable conversion est impossible. Les rétrécissements du rectum sont le résultat de la cicatrisation de certains ulcères succédant à des gommes, ou de la rétraction fibreuse des syphilomes ano-rectaux décrits dans ces derniers temps par Fournier; il faut y joindre aussi, comme autre cause, l'inflammation quaternaire des tuniques du rectum, indiquée par M. Trélat. Les méthodes de traitement des rétrécissements sont l'objet d'une exposition très-complète ; on y trouvera la description de nouvelles méthodes, la rectotomie externe de M. Panas, et la rectotomie linéaire de M. Verneuil. — M. Mollière divise en deux grandes catégories les néoplasmes du rectum : les tumeurs benignes telles que les végétations, les condylômes, le fongus benin, le lipome, et les tumeurs malignes, l'épithélioma, le myxome, le sarcome, et le carcinome. Nous signalerons encore quelques pages excellentes sur les tumeurs de la région ano-coccygienne chez des enfants, et sur les résultats de l'intervention chirurgicale dans ces circonstances. L'ouvrage se termine par l'étude des traumatismes et des vices de conformation.

III. « Un livre signé Sir James Paget, dit M. Verneuil, dans sa préface, se pourrait facilement passer de recommandation; il suffirait d'une simple annonce; le nom justement célèbre de l'auteur ferait le reste. » L'exposition, ajoute-t-il plus loin, est d'une simplicité remarquable ; l'auteur affirme tout uniment que les choses se passent d'une certaine manière, et, sans dédaigner d'en fournir la preuve, il ne la donne cependant qu'avec sobriété et, pour ainsi dire, par surcroît. Il compte évidemment qu'on le croira sur parole ; d'emblée, il persuade et convainc; il fait accepter aisément ses hypothèses, qui sont toujours basées sur des arguments sérieux.» Nous ne pouvions mieux faire, qu'emprunter à notre maître ces paroles si vraies, pour caractériser le livre de Paget, qui est offert aujourd'hui au public français, par les soins de M. L. H. Petit. Exposons rapidement ce qu'il contient en substance.

Les premières leçons ont pour objet les rapports de l'état constitutionnel des sujets et des traumatismes. Paget désigne ces rapports sous le nom général de : *Risques divers des opétions*. Risques chez les sujets robustes, chez les sujets affaiblis, chez les enfants, chez les vieillards, chez les scrophuleux, les syphilitiques, les rhumatisants, les goutteux, dans l'anémie, dans la pléthore, chez les grands mangeurs, dans les affections viscérales, etc.... Un autre chapitre est employé à des considérations sur quelques maladies constitutionnelles, dans leurs rapports avec les traumatismes. Plus loin, sous ce titre : *Les calamités de la chirurgie*, il recherche les causes de la mort imprévue à la suite des opérations, et, comment des affections graves succèdent à des opérations légères. — Ce n'est là, il est vrai, qu'une esquisse, mais l'esquisse d'un grand maître, à l'œil juste et à l'esprit pénétrant. Déjà, dans ce journal, nous avons consacré deux articles à cette question des rapports des affections constitutionnelles et des traumatismes; nous avons indiqué, comment M. Verneuil, initiateur comme Paget dans cette voie, rassemblait des faits plus précis, et édifiait une doctrine plus convaincante et plus scientifique. Il nous est donc permis de ne plus insister sur ce sujet.

Le reste de l'ouvrage de Paget a pour objet certains points de la pathologie spéciale et n'offre pas moins d'intérêt. Le médecin anglais s'y montre esprit élevé, généralisateur et excellent observateur.

Amplifiant heureusement la signification d'un mot employé dans un autre sens, il réunit sous une dénomination commune, le *bégaiement*, une série d'affections ayant entre elles de grandes analogies: c'est ainsi qu'il décrit : le *bégaiement* des organes urinaires, de l'œsophage, du rectum. Il consiste en certains spasmes nerveux des muscles de ces organes, qui ont l'allure des spasmes et l'irrégularité des contractions des muscles de la langue et des lèvres, dans le bégaiement de la parole. « Le bégaiement, dit Paget, dans quelque organe que ce soit, paraît dû à un manque d'accord entre certains muscles qu'il faut contracter pour l'expulsion de quelque chose, et d'autres qu'il faut en même temps relâcher pour permettre à la chose d'être expulsée. » C'est ainsi que certains malades ne peuvent uriner en présence de personnes étrangères. Un ecclésiastique était obligé de se passer une sonde avant de monter en chaire; sans cette précaution, après son sermon, il lui était impossible d'uriner. Un enfant restait parfois sur la selle, pendant des heures entières, sans pouvoir déféquer ; et cependant il n'était nullement constipé: cet état se prolongeait quelquefois pendant 4 à 5 jours.

L'ensemble des leçons sur les hernies constitue un enseignement réellement magistral. Paget ne juge pas seulement avec des impressions et des souvenirs: il donne avec sobriété le résultat d'observations nombreuses. Comment reconnaître qu'une hernie est étranglée et qu'il convient d'opérer? Quelles sont les difficultés de diagnostic? L'auteur puise dans les signes locaux et dans les symptômes généraux une série d'indications précieuses. Du côté de la tumeur, il distingue les cas où l'étranglement s'accuse avec violence, et ceux dans lesquels il est, pour ainsi dire latent. Les indications et les contre-indications des tentatives de réduction, la manière de pratiquer le taxis, et, plus tard, l'étude de l'opération de la hernie étranglée et de ses conséquences, sont tour-à-tour l'objet de conseils nombreux, et qui acquièrent une haute valeur, parce qu'ils sont donnés par un chirurgien éminent, qui s'est trouvé souvent en lutte avec les difficultés de la pratique.

La *nevromimésie* (nevrous mimicry) est un terme dont les médecins anglais se servent pour désigner les affections organiques simulées, telles que : certaines douleurs et roideurs des articulations, certaines claudications, et enfin tout le groupe des tumeurs imaginaires, que Paget désigne sous le nom si pittoresque de tumeurs fantômes (phantom-tumours).

Plusieurs leçons intéressantes sont consacrées au diagnostic de ces affections simulées.

Deux ou trois chapitres traitent des différentes variétés d'hypochondrie sexuelle, des pertes séminales, et des causes de l'impuissance. L'auteur anglais s'y montre adversaire résolu des doctrines de Lallemand. Il trouve, en particulier, la description de la spermatorrhée, trop assombrie: une imagination trop bizarre, dit-il, peut seule avoir enfanté une affection si redoutable.

Le traitement de l'anthrax, la phlébite goutteuse, les abcès résidueux, la nécrose latente, la scrophule sénile, et l'apparition de la scarlatine après opérations sont les titres divers des chapitres intéressants, par lesquels se termine l'ouvrage. Nous regrettons qu'il ne nous soit pas permis d'insister davantage, car la lecture d'un tel livre est réellement tout profit, et, dans chaque chapitre, on trouve le sujet de méditations utiles pour la pratique. « *Les Clinicals lectures and essays*, de Paget, ne doivent pas être lues, mais étudiées, dit M. Verneuil, dans la préface du livre, sous peine de laisser échapper plus d'une remarque dont la concision cache l'importance. » Remercions, en particulier, M. Petit de nous avoir traduit ce livre, et surtout d'avoir su conserver le style si pittoresque et si original du grand chirurgien anglais.

IV. La publication d'un grand ouvrage de pathologie externe demande un temps considérable : car, il ne doit pas seulement contenir la description abrégée des affections chirurgicales; il revêt, en général, une allure plus élevée, il fixe la science pour une période donnée. Heureusement, nous avons en France la bonne fortune de posséder un manuel très-bien fait, dont les éditions se succèdent avec une assez grande rapidité pour répondre aux besoins journaliers des étudiants : nous voulons parler de l'ouvrage de Jamain. La troisième édition, qui vient de paraître, est l'œuvre de M. Terrier, et les quelques exemples que nous allons citer prouvent abondamment qu'elle constitue un livre nouveau.

Toutes les études récentes sur les différents points de la pathologie sont exposées avec cette lucidité et cette sobriété, qui plaisent tant aux étudiants, mais que parfois ils vont chercher dans d'autres manuels, aux dépens de la vérité. Parmi les chapitres les plus nouveaux nous citerons : celui des lésions traumatiques en général, où est faite la description des épanchements d'huile et de sérosité (Morel-Lavallée, Peltier, Gosselin). L'histoire de la fièvre traumatique, de la septicémie chirurgicale, de l'infection putride et de l'infection

purulente, d'après les doctrines de Billroth, Gosselin, Verneuil, L. Championnière. L'étude de la pathologie des cicatrices est plus complète dans cette édition. Au chapitre des gangrènes, M. Terrier a ajouté : les grangrènes traumatiques, septiques, les gangrènes dans les fièvres et dans le diabète. La pathologie des tumeurs, leur anatomie et leur classification sont exposées d'après les travaux les plus récents. La description des sarcomes, des épithéliomes, des myxomes, des angiômes, des lymphangiômes, etc., n'existait pas dans l'ancienne édition. Dans les maladies de la peau nous avons remarqué les articles érythème, érisypèle (Recherches de Renaut), l'hydroadénite (Verneuil), les chéloïdes, la sclérodermie (Duret et Lagrange), les adénomes et les maladies des glandes sudoripares.

Les affections des artères sont exposées d'après les études si complètes de Cornil et Ranvier. Les travaux récents sur les troubles trophiques consécutifs aux lésions des nerfs (Mitchell, Erb, Ziemssen, Charcot, Vulpian), sont l'objet d'une étude complète. Les recherches de Hayem ont inspiré le chapitre très-intéressant des myosites. Terminons, en mentionnant, une histoire pathologique du cal et de ses maladies bien plus étendues que dans les anciennes éditions, et aussi, les tumeurs des os. On conçoit que les nombreuses additions ont dû considérablement augmenter l'ouvrage ; aussi la troisième édition comprendra-t-elle trois volumes.

V. L'éloge du livre de médecine opératoire de MM. Malgaigne et Lefort, n'est plus à faire : il est depuis longtemps entre les mains de tous les élèves. Le volume deuxième qui est publié aujourd'hui contient l'exposition de toutes les opérations spéciales. Il est aussi complet que possible et il est enrichi avec profusion de planches très-bien gravées (744). Nous nous permettrons seulement d'en signaler les principaux chapitres, et les opérations plus spéciales à l'auteur. Dans les opérations qui se pratiquent sur les yeux, citons : la description très-complète des différents procédés de guérison de la fistule lacrymale (M. Lefort, à ce propos, a fort heureusement modifié le couteau qui sert à l'incision du sac lacrymal), les opérations contre le trichiasis, l'entropion, l'ectropion. On sait que dans les déviations des cils, M. Lefort, à l'aide d'aiguilles enfoncées dans les bulbes ciliaires, les cautérise par un courant électrique ; la réussite est fréquente, et on a ainsi évité une opération sanglante. Dans des cas rebelles, il incise un lambeau du limbe palpébral, renfermant toutes les racines des cils. Les divers modes de blépharoplastie sont aussi exposés avec détails : l'auteur a pu, dans un cas, à l'aide de greffes épidermiques, hâter la cicatrisation de la plaie laissée par le lambeau, et éviter la rétraction consécutive. L'étude des divers procédés de la cataracte est suivie d'une discussion fort intéressante sur leur valeur réciproque. L'auteur préfère l'opération de Graefe modifiée, car il taille le lambeau selon la méthode de Daviel, évitant ainsi l'incision de la conjonctive, et l'inconvénient trop fréquent de la chute de quelques gouttes de sang dans la chambre antérieure.

D'après le savant professeur de la Faculté, le glaucôme est produit par un épanchement séreux entre la sclérotique et la choroïde; aussi, par une simple ponction de cette membrane à l'aide d'une aiguille tubulée, a-t-il réussi, dans deux cas, à amener la guérison rapide de cette affection redoutable. Les opérations sur le nez, le cathétérisme de la trompe d'Eustache, l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, des polypes et des corps étrangers de l'oreille forment les chapitres suivants. Le bec-de-lièvre, les autoplasties des lèvres, les extirpations des glandes salivaires viennent ensuite. A propos des opérations de la fistule laryngienne, M. Lefort fait connaître le procédé qui lui est spécial, et qui lui a donné un si remarquable succès. Les opérations sur l'œsophage, le corps thyroïde, le thorax, l'abdomen (kystes de l'ovaire), les hernies, la gastrotomie, l'extirpation de l'utérus et de la rate, du rein, les opérations sur l'anus et le rectum, sur l'urèthre (hypospadias et épispadias, procédés nouveaux de Duplay et Anger), la taille, la lithotrithie et toutes les opérations sur les organes génitaux de la femme, tels sont les principaux chapitres du volume. On voit qu'il s'agit d'un ouvrage qui, sous des formes modestes, est très-complet ; aucun des procédés opératoires nouveaux ayant quelque valeur, n'est oublié.

M. Lefort signale, à propos de plusieurs opérations, les heureux résultats qu'il a obtenus par l'emploi de l'*électrolyse* ; il a pu, par cette méthode, encore peu connue, et dont nous avons déjà expdsé les progrès dans un *Bulletin* de ce journal, détruire des polypes naso-pharyngiens, creuser un canal vaginal, chez une jeune fille dont le vagin était imperforé et qui avait déjà subi dix opérations infructueuses dans divers hôpitaux, rétablir le calibre du rectum, de l'urèthre dans des cas de rétrécissement de ces canaux. Terminons en mentionnant le procédé d'autoplastie pour la cure des déchirures du périnée, chez la femme.

VI. M. le professeur Trélat nous a fait une histoire remarquable des fractures de l'extrémité inférieure du fémur. M. Heydenreich vient d'entreprendre un travail du même genre pour l'extrémité supérieure du tibia.

En effet, si les descriptions de Laugier et de ses élèves, de M. Pichot et de Malgaigne nous ont fait connaître les fractures du *tiers supérieur de cet os*, aucun travail d'ensemble n'existait encore sur les fractures sous-articulaires du même os, c'est-à-dire sur celles qui siégent au dessus de la tubérosité antérieure. M. Heydenreich, bien qu'il trace une histoire complète de ces deux formes, a cependant eu plus spécialement en vue ces dernières dans son excellente thèse. Il reconnaît les variétés suivantes :

1° Fractures sous-condyliennes; 2° éclatement de l'extrémité du tibia ; 3° fractures cunéiformes de l'extrémité supérieure du tibia ; 4° fractures verticales de l'extrémité supérieure du tibia.

L'anatomie pathologique, le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces différentes formes sont exposés avec la plus grande clarté.

Elles se produisent plus fréquemment chez les gens âgés, après 40 ans, et elles sont dues à la raréfaction du tissu spongieux de l'os à cette période de la vie. Le point de départ du travail de Heydenreich a été deux cas observés dans le service de M. Duplay à Saint-Louis, dans lesquels il a pu faire l'examen pathologique.

Les recherches dans les musées d'anatomie, une connaissance parfaite de la littérature, et en particulier de la langue allemande, ont contribué à permettre, à M. Heydenreich, de faire une étude très-complète, et une œuvre remarquable qui mérite d'être signalée.

VII. Dans la collection des thèses de la Faculté, on n'en trouve aucune sur le cancer du corps de l'utérus, et, la plupart des auteurs qui ont parlé de cette affection, n'ont fait que signaler son extrême rareté.

Sous l'inspiration de M. Marchand, qui en avait observé avec soin deux cas, M. le Dr Pichot vient de tracer l'histoire clinique de cette affection. Son travail est sagement écrit et fort intéressant.

Nous en indiquons les principales conclusions. Le cancer peut attaquer primitivement le corps de l'utérus, et il forme alors un type clinique particulier. Il affecte deux formes principales : le carcinome mou, ou cancer interstitiel encéphaloïde ; l'épithélioma végétant, débutant par la muqueuse. Il apparaît plus particulièrement chez les femmes âgées : tandis que la plus grande fréquence d'apparition de cancer du col est de 30 à 45 ans, ici, elle se trouve de 45 à 60 ans. Les principaux symptômes au début sont : une métrorrhagie, un écoulement séreux, limpide, inodore, très-abondant, que rien ne tarit. Il n'y a pas de douleur ; le col de l'utérus est légèrement entr'ouvert ; le corps augmenté de volume et irrégulier, parait enclavé dans le petit bassin ; sa durée est environ de 31 mois, tandis que celle du cancer du col n'est n'est que de 17 ; et il donne lieu à plus de troubles utérins quand il apparaît chez de jeunes femmes. Son diagnostic pourra toujours être fait, quand on aura employé toutes les méthodes d'investigation des organes génitaux internes. Lorsqu'après la ménopause, les autres causes de maladies étant écartées, on trouve un écoulement séreux et des troubles utérins inexplicables, on doit songer à lui. Le travail de M. Pichot repose sur 44 observations dont 3 ou 4 inédites et recueillies par lui-même.

H. Duret.

CORRESPONDANCE

Les hôpitaux et les Facultés de médecine en Suisse.

Zurich, mai 1877.

Mon cher rédacteur,

Si le mois de mai n'est pas encore l'époque favorable pour le touriste qui veut parcourir la Suisse, c'est une époque que le médecin peut choisir pour visiter les Facultés et les hôpitaux ; il y trouve bien plus qu'en août et en septembre chacun à son poste. De plus, cette année, le 19 mai, un grand nombre de praticiens et de professeurs appartenant à la Suisse allemande et romande devaient se réunir à Berne : ce congrès constituait donc un attrait de plus. Tout avait été organisé pour que chacun pût tirer profit de son séjour dans la ville fédérale : dès le 18 au soir, il y avait une réunion préliminaire où se rendirent les médecins déjà arrivés à Berne, réunion dans laquelle un certain nombre de pièces anatomiques et de malades très-intéressants étaient présentés. Le lendemain matin, il y avait visite aux hôpitaux, à la nouvelle Maternité, à l'Anatomie, etc.; puis,séance publique dans laquelle nombre de travaux ont été communiqués tantôt en allemand, tantôt en français; enfin banquet auquel prirent part 200 médecins environ ; de nombreux toasts y furent portés alternativement dans les deux langues.

La plupart des médecins qui se trouvaient là réunis parlaient l'allemand et le français ; parmi eux, plusieurs professeurs ou *privat docenten* parlaient ou lisaient également l'anglais et l'italien. Cette connaissance des langues étrangères s'explique quand on considère, d'une part, la situation géographique de la Suisse, placée entre la France, l'Allemagne et l'Italie et divisée en cantons dans lesquels on parle la langue de l'un ou l'autre de ces pays, d'autre part l'éducation si solide qui est donnée dans les gymnases de cette contrée. Chez nous, les études de latin et de grec, dont il faut reconnaître l'importance sont, au collége, fastidieusement prolongées pendant huit ou dix ans; nous en sortons plus aptes à entrer au séminaire qu'à commencer des études scientifiques sérieuses ; en Suisse, au contraire, l'étude des langues étrangères est en grand honneur, même dans les écoles primaires. Si on veut qu'en France nous puissions toujours être capables de suivre le magnifique courant scientifique moderne, d'y prendre part et de marcher à sa tête, il est absolument nécessaire que, comme dans les autres pays, les langues étrangères soient enseignées chez nous aux enfants. La médecine, plus que toute autre est une science universelle : de tous côtés, on fait des recherches : en Allemagne, en France, en Angleterre,en Suisse, en Russie, en Italie, en Amérique et de tous côtés on publie un grand nombre de travaux. Ces travaux font-ils toujours réellement avancer la science ? évidemment non, mais pour connaître les véritables progrès accomplis il faut être à même de les juger, et pour les juger il faut pouvoir les lire. Grâce à l'organisation de nos concours qui excitent chez nous dès le début de nos études médicales une si vive émulation, et qui permettent aux moins connus parmi les étudiants de mettre en lumière les connaissances qu'ils ont pu acquérir, grâce à l'externat et surtout à l'internat des hôpitaux qui répandent dans toute la France et même à l'étranger (Genève en est un brillant exemple), des médecins si distingués, on peut dire que l'Ecole de Paris est la première école de clinique du monde. Dans quelle situation exceptionnelle ne nous trouverions-nous donc pas, si dès notre enfance nous connaissions les langues étrangères ? Du reste, cette lacune n'est plus à signaler, le plus grand nombre des médecins la connaissent et ils dirigent en conséquence l'éducation de leurs enfants. Les générations qui nous succéderont, sous ce rapport, seront plus favorisées que la nôtre.

En Suisse, je l'ai dit, même à l'école primaire, on enseigne l'allemand et le français ; dans ce pays quels sacrifices ne fait-on pas pour l'instruction ! Les cantons et les villes ne reculent devant aucune dépense, le gouvernement lui-même donne l'exemple; un de ses membres annonçait à la réunion de Berne l'organisation d'un bureau de statistique médicale afin que la Suisse ne restât pas, sur ce point, en arrière des autres pays. Il existait déjà trois écoles de médecine, à Bâle, à Zurich, à Berne, une quatrième vient de s'installer tout récemment à Genève.

L'école de médecine de Genève s'élève aux bords de l'Arve, à un kilomètre environ de l'hôpital central. Sa façade principale a un développement de 60 mètres. Bâti presque entièrement en calcaire gris-verdâtre du Jura, l'édifice présente un aspect assez monumental. Il consiste en un rez-de-chaussée assez élevé, occupé d'un côté par les laboratoires de physiologie, de l'autre par les salles de dissection et au centre par deux amphithéâtres pour les cours, l'un grand et l'autre plus petit et un premier étage où se trouvent d'un côté les collections d'anatomie normale, de l'autre les collections d'anatomie pathologique et au milieu les laboratoires d'histologie. Dans le sous-sol, qui donne en partie sur une cour basse très-claire, se trouvent les appareils à grenouilles, les dépôts de cadavres, la glacière pour leur conservation en été, les salles de macération, d'injection, etc. Ces locaux communiquent avec les étages supérieurs par plusieurs ascenseurs mécaniques qui servent à monter les cadavres, les pièces fraîches, etc., dans les salles de cours et de dissections. Les salles de dissection sont asphaltées ; le gaz, l'eau, la ventilation (avec chauffage en hiver), sont partout abondamment distribués. Rien n'a été négligé pour mettre l'installation et l'outillage des divers laboratoires à la hauteur des exigences actuelles de la science.

L'école de médecine de Genève représente en Suisse l'élément français : les cours y sont faits dans notre langue et la plupart des professeurs et des *privat docenten* y sont bien connus à Paris où ils ont été internes, tels sont : Julliard, Prévost, d'Espine, Reverdin, Dunant, Odier, Martin, etc. Parmi les autres professeurs nous citerons encore Laskowsky qui a fait autrefois, avec succès, chez nous des cours particuliers d'anatomie, Schiff, Zahn, Goss, etc. Chaque professeur a un traitement fixe et il reçoit une certaine somme d'argent par élève qui est inscrit à son cours. Les *privat docenten* sont également payés par les élèves. Il y a là, pour tous, pour ces derniers comme pour les professeurs titulaires, un excellent stimulant dont profitent les étudiants qui sont libres de choisir leurs maîtres. Les *privat docenten* font leurs cours tantôt dans les locaux même de l'école, tantôt à l'hôpital : à Genève en effet, comme dans toutes les autres écoles de la Suisse, la plupart des cours se font à l'hôpital ; tels sont non seulement les cours de clinique médicale ou chirurgicale, mais aussi les leçons de pathologie externe, de pathologie interne, de maladies des voies urinaires, etc. Celles d'anatomie, de physiologie, d'histologie, sont faites à l'Ecole. L'hôpital cantonal de Genève est du reste bien aménagé; en ce moment beaucoup de malades ont été transportés dans des pavillons disposés au milieu du jardin : ces pavillons ont été construits pour recevoir dix ou douze lits ; ils sont couverts en ardoise et les côtés sont fermés par des toiles qui forment paroi et qui peuvent être relevées. Le coût total de chacun de ces pavillons a été d'environ 6,500 fr. Les malades y demeurent depuis la fin d'avril jusqu'au 15 octobre, suivant la température. Un certain nombre d'accouchements ont, sous la direction du dr Odier, été faits avec d'excellents résultats sous ces pavillons alors qu'il n'existait pas, comme aujourd'hui, une Maternité séparée à Genève.

Dans les autres villes à Zurich, à Berne, les dispositions générales sont les mêmes comme organisation. Il y a un certain nombre de professeurs, à côté d'eux, un certain nombre de *privat docenten* faisant leurs leçons soit à l'hôpital, soit à l'école de médecine. La distinction qui existe chez nous entre les hôpitaux et l'école de médecine ne s'y rencontre donc nulle part ; les hôpitaux sont en réalité soumis partout à l'Ecole, car tout s'y fait surtout en vue de l'enseignement. Les Facultés, en effet, luttent entre elles pour attirer les étudiants en médecine dont le nombre varie de 70 à 80 à Bâle et de 160 à 170 à Berne ; à Zurich, il est cette année de 196, parmi lesquels on compte 20 femmes. Le nombre des femmes était plus grand autrefois dans cette dernière ville, mais beaucoup d'entre elles se sont rendues à Berne à la suite d'un ordre du czar défendant à toutes celles qui séjourneraient à Zurich de rentrer en Russie. Genève, pour sa première année, a réuni 50 et quelques étudiants.

Ce que les écoles de Berne et de Zurich présentent de plus remarquable, ce sont les magnifiques maternités qui viennent d'y être récemment construites. Ces maternités placées en dehors de l'hôpital général occupent dans les deux villes des situations exceptionnelles d'où l'on jouit d'une vue admirable. Quelques sages-femmes y reçoivent l'instruction qui leur est nécessaire, mais ces établissements sont, avant tout, destinés aux étudiants en médecine. Je ne puis entrer dans le détail de leur distribution, mais tout y est disposé pour l'enseignement de l'obstétrique et de la gynécologie. En ce qui concerne les femmes enceintes, elles peuvent y être reçues quelques jours avant leur accouchement; elles sont, après leur délivrance, placées dans des salles séparées ne contenant pas plus de 4 ou 6 lits, et dès qu'une d'elles a quelques accidents puerpéraux, elle est immédiatement isolée. Pour les étudiants, ai-je dit, tout est favorablement aménagé. Il y a pour eux des chambres où ils peuvent travailler le jour, et la nuit dormir étendus sur des divans ; c'est là qu'ils attendent le moment de l'accouchement en dehors du va-et-vient de la salle de travail et des gémissements des patientes. Voilà pour la pratique. C'est aussi à l'hôpital que les leçons théoriques leur sont faites : une salle de cours leur est réservée. Enfin, dans une autre partie de la Maternité, à Berne tout au moins, se trouve le musée, une collection de bassins viciés ainsi qu'un certain nombre de fantômes sur lesquels ils sont, à tour de rôle, exercés à pratiquer les diverses opérations. Ils peuvent, de cette façon, recevoir à la fois l'enseignement théorique et l'enseignement clinique. Ils sont en outre chargés de faire, en dehors de l'hôpital, au domicile même des malades, un certain nombre d'accouchements, ce qui augmente d'autant le total des cas qu'ils peuvent observer.....

VARIA

Brompton-Hospital : hôpital pour les phthisiques et les maladies de la poitrine.

De récentes discussions ont appelé l'attention publique sur cette grave question : l'assistance des phthisiques. Plusieurs fois déjà, soit dans ce journal, soit ailleurs, nous avons énuméré les causes qui exigent la prompte création d'un hôpital spécial et d'un hôpital maritime pour ces malades. A cet égard, du reste, nous n'aurons guère qu'à profiter de ce qui se fait à l'étranger, particulièrement en Angleterre où ces deux sortes d'établissements existent. En attendant que nous puissions mettre à profit les documents que nous avons pu rassembler, grâce à l'amitié de M. le docteur E. Hart, nous allons traduire le résumé du compte-rendu annuel de *Brompton-Hospital*, que nous devons à l'obligeance de M. Henry Dobbin, secrétaire du *Comité d'administration*.

L'Assemblée annuelle a eu lieu le jeudi 31 mai, sous la présidence de M. Beckwith. Dans la liste des gouverneurs de l'hôpital, nous relèverons le nom d'une dame lady Broke Middleton, fait intéressant qui nous montre la participation active des dames anglaises à l'administration des hôpitaux.

Après communication de diverses affaires d'importance secondaire, le secrétaire a lu le 36e rapport annuel du comité d'administration. Il ressort de ce travail que l'hôpital a reçu dans ses salles, durant l'année 1876, 1,143 malades: 862 sont sortis grandement améliorés; 122 ont succombé et 159 restaient dans l'hôpital au 31 décembre dernier. En raison des travaux exécutés à l'une des ailes de l'hôpital, qui a été fermée pendant six mois, le nombre des malades a été moins considérable que d'habitude. 12,603 malades du dehors ont reçu des soins médicaux et ont obtenu des médicaments.

Le rapport donne ensuite des renseignements sur les recettes et les dépenses, que nous passerons sous silence, pour nous appesantir sur l'enseignement médical fait dans l'établissement. Voici l'énumération des leçons cliniques de l'an dernier : *Des cavernes pulmonaires dans la phthisie*, par M. Douglas Powell; — *De la percussion et de l'auscultation*, par Fr. Roberts ; — *Des variétés cliniques de la phthisie*, par Th. Williams ; — *Des maladies les plus communes de la poitrine*, par Mitchell Bruce. — La présente session d'été a commencé par des leçons sur la *pneumonie*, par John Tatham et sur le *Diagnostic physique des maladies de la poitrine*, par H. Green.

Des améliorations et des agrandissements ont été réalisés dans l'hôpital et bien que les dépenses aient été considérables, le comité est satisfait des travaux accomplis parce qu'ils contribueront au bien-être des malades. Des plans seront préparés en vue de l'édification d'un nouveau bâtiment, qui permettra de recevoir un plus grand nombre de malades.

Des remerciements sont adressés à tous les amis qui ont envoyé des présents : fruits, fleurs, jeux, etc., pour les malades, aussi bien qu'à ceux qui, par leurs talents, ont contribué à procurer des distractions aux malades, en particulier par des amusements populaires ; ces amusements consistent en représentations dramatiques, surtout en concerts, auxquels participent souvent les artistes les plus distingués. C'est encore là une des particularités les plus curieuses de certains hôpitaux de Londres et qu'il serait bon d'introduire chez nous. Enfin, une résolution, adressant des félicitations aux médecins de l'hôpital pour leurs excellents services, a été votée.

Un club scientifique à Vienne.

A Vienne (Autriche), il a été fondé un club dit scientifique, ainsi nommé parce qu'il a pour but de rapprocher tous ceux qui s'occupent de sciences. L'idée de la formation de ce club est toute récente. C'est en 1876 que quelques esprits pratiques, comprenant les besoins du temps, prirent l'initiative de cette création. Aujourd'hui, l'institution est constituée; elle vient même de publier son premier compte rendu annuel.

Ce qui fait l'originalité de ce club, c'est qu'un jour, nous devrions plutôt dire un soir par semaine, y est consacré à la discussion de sujets scientifiques, dont il a été donné connaissance aux membres à l'avance. Une boîte est ouverte pour recevoir les communications, et les communications faites sont affichées de manière que tout le monde puisse en avoir connaissance. En même temps, on expose dans les salles du club, des reproductions d'inventions nouvelles, des échantillons, des modèles, des gravures, des livres, etc.

Voici, par exemple, une des demandes adressées : La formation d'une mer intérieure dans le Sahara amènera-t-elle un changement essentiel dans l'état du climat de l'Europe ? — En voici une autre : Qui est disposé à prendre la parole au sujet de l'exposition des appareils et instruments scientifiques à Londres, en 1876 ?

Pendant les autres jours de la semaine ont lieu des conférences scientifiques sur divers sujets, dont voici quelques-uns, d'après le programme : sur les cristaux artificiels, — sur l'expédition anglaise au pôle Nord ; — sur quelques appareils pour l'analyse technique du gaz ; — sur la télégraphie sous-marine ; — sur l'héliotypie ; — sur les glaciers ; — sur le caoutchouc, etc. Les salons de lecture du club sont fournis de tous les journaux et revues scientifiques : nous en avons parcouru la liste, qui se trouve à la suite du rapport qu'on nous adresse, et nous y avons rencontré beaucoup de recueils français touchant aux diverses branches de la science. — (*Journal officiel*).

Herborisation.

Comme suite à la relation publiée il y a huit jours sur le résultat d'une herborisation faite à Champagne près l'Isle-Adam, MM. Camus et Demay nous font parvenir la liste des plantes récoltées par eux dans la seconde partie de leur herborisation, faite le dimanche 3 juin. Les cantons explorés ont été celui de Vaux (côté ouest) et celui du Grand-Val (3 kil. de parcours).

Ophrys apifera (rare) 22 échantillons.
— arachnites... 301 —

Ce dernier chiffre paraît peu proportionné à celui relaté dans la première herborisation. Nous ferons remarquer que cette variété n'est en pleine floraison qu'au mois de juin.

Orchis ustulata 150 échantillons.
Gymnadenia conopsea, abondant.
Orobanche cruenta, abondant.
— épythimum, abondant.
Aquilegia vulgaris, trouvée dans le marais du Grand-Val où elle forme un véritable champ.
Clematis vitalba. Bryonia dioïca.
Humulus lupulus. Lotus siliquosus.

Nous pouvons ajouter à cette nomenclature le chlora perfoliata (gentianées), plante assez rare recueillie par M. Baudran, étudiant en pharmacie, qui s'était joint dans cette dernière herborisation à MM. Camus et Demay.

37. Moyen d'arrêter les hémorrhagies (*Ricard*).

Les hémorrhagies en général, et les métrorrhagies en particulier, quelle que soit à la rigueur leur cause prochaine, sont, comme on le sait, très-souvent difficiles à réprimer. Les hémostatiques à l'intérieur, les injections astringentes de toute nature, le tamponnement, etc., échouent le plus souvent. Or, un moyen qui me réussit d'une manière presque infaillible, ce sont les injections d'eau chaude à 50° centigrades portées directement sur le col à l'aide du tuyau d'un irrigateur dépourvu de sa canule en caoutchouc. — (*L'Union médicale*).

NOUVELLES

Mortalité a Paris.—1,851,792 habitants (recensement de 1872). Pendant a semaine finissant le 31 mai 1877, on a déclaré 925 décès, soit 26,0 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 21; — rougeole, 12; — scarlatine, 2; — variole, 4; — croup, 20; — angine couenneuse, 25; — bronchite, 35; — pneumonie, 61; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 7; — choléra nostras, »; — dysentérie, »; — affections puerpérales, 6; — érysipèle, 8, — autres affections aiguës, 269; — affections chroniques, 395, dont 133 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 32; — causes accidentelles, 28.

Faculté de médecine. — Dans sa réunion du 31 mai, la Faculté a classé ainsi qu'il suit les candidats à la chaire vacante de pathologie externe ; en première ligne, M. Guyon ; — en 2e ligne, M. S. Duplay ; — en 3e ligne, M. Tillaux.

Faculté de Médecine de Paris. — *Avis*. Messieurs les étudiants qui ont échoué à une date quelconque ou qui échoueront d'ici au 15 juin, sont autorisés à consigner jusqu'à cette dernière date et ils seront mis en série soit à la fin de juillet, soit dans les premiers jours d'août. Il ne sera reçu aucune consignation après le 15 juin, excepté pour les thèses.

Herborisations. — M. Chatin, professeur, membre de l'Institut, fera sa prochaine herborisation le dimanche 10 juin, aux environs de Mantes. — Rendez-vous à 7 h. 3/4 à la gare Saint-Lazare.

Excursion géologique. — M. Daubrée, membre de l'Institut, professeur. M. Stanislas Meunier, aide naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche 10 juin 1877, à Meudon. On se réunira à la gare Montparnasse où l'on prendra à 10 h. 35 le train pour Meudon.

Concours. — Le concours du Bureau Central pour trois places de chirurgien est sur le point de finir. Les admissibles, au nombre de dix étaient : MM. Berger, Bourdon, Blum, Humbert, Félizet, Nepveu, Peyrot, Pazzi, Monod, Richelot. Les épreuves pour le concours du prosectorat n'ont pas encore commencé, bien que les pièces soient remises depuis le 26 mai. MM. Bruilly, Campenon, Peyrot et Reclus se sont présentés pour les deux places qui seront vacantes dans le cours de l'année prochaine, par le défaut de MM. Humbert et Berger. Le sujet des pièces était : Des enveloppes du fœtus : amnios, allantoïde, vésicule ombilicale et chorion.

Par arrêté en date du 4 juin 1877, un concours sera ouvert le 20 novembre 1877 à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen pour un emploi de chef des travaux anatomiques de ladite école. — (*Journal officiel*).

Par arrêté en date du 4 juin courant, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Nancy est déclarée vacante. — (*Journal officiel*).

La peste a Bagdad. — Des dépêches de Bagdad parvenues à l'office de santé, signalent une situation sanitaire fort peu satisfaisante. Du 1er au 17 avril inclusivement, les décès de peste ont monté au chiffre de 90, contre 131 décès causés par d'autres maladies. Il est même à supposer qu'une partie de ces derniers cas se rattachent à la peste, bien qu'ils ne soient pas classés dans cette catégorie, faute de constatation médicale. Dans le dernier *Bulletin officiel* il n'est pas question des attaques de peste, mais on peut supposer que leur nombre est le double des décès. Dans cet intervalle le vent a soufflé alternativement du nord et de l'est, et la température à midi a marqué 25 degrés centigrades. En général, à part Bagdad, la santé est bonne dans toute la Mésopotamie, ainsi qu'à Bassora. Des mesures énergiques sont prises pour circonscrire l'épidémie dans ses foyers actuels et pour atténuer ses effets. D'après les dernières nouvelles, l'épidémie poursuit à Bagdad sa marche ascendante. — (*Revue de médecine et de pharmacie*).

Société de médecine légale. — Séance du lundi 11 juin 1877, à 3 heures précises, au Palais-de-Justice. Ordre du jour : I. Rapport de la Commission d'élection sur les titres des candidats aux places de membres correspondants nationaux. — II. Rapport de la Commission chargée d'étudier la question de savoir si les expéditions des consultations donnés par la Société doivent être soumises au timbre. — III. Rapport de M. Demange sur les mesures législatives qu'il conviendrait d'appliquer aux aliénés reconnus

dangereux. — IV. Rapport de MM. Goujon et Legrand du Saulle, sur un cas d'hermaphrodisme, présenté par M. Lutaud.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous avons reçu les cinq premiers numéros d'un journal hebdomadaire intitulé la *Province médicale*. Ce journal, qui paraît à Bordeaux (rue Arnaud Niqueu, 38), a pour rédacteur en chef M. le dr Poinsot. Un an, 15 fr. Nous devons annoncer aussi le *Journal de micrographie*, revue mensuelle publiée à la librairie G. Masson, sous la direction du dr J. Pelletan. Un an : 25 fr.

LE PROFESSEUR LISTER a accepté une chaire de clinique chirurgicale à King's College; il disposera, en outre, d'une salle de 30 lits dans l'hôpital.

Librairie V. A. DELAHAYE et Ce, libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

BRAIVE (E.). — De la convalescence confirmée. Etude et appréciation des faits observés à l'Asile de Vincennes. Paris, 1877, in-8. — Prix : 1 fr. 50.

CHALLAND et RABOW. — Du chlorhydrate d'apomorphine et de ses applications spéciales à la psychiatrie, plaquette in-8 de 16 pages.

— Quelques recherches sur le chlorhydrate de pilocarpine de Merck. plaquette in-8 de 16 pages.

FAURE (P.). De l'emploi de la méthode de Brand et du bain tiède dans le traitement de la fièvre typhoïde. Paris, 1877, in-8. 1 fr. 50.

HOUEL. Catalogue des pièces du musée Dupuytren, publié sous les auspices de la Faculté de médecine de Paris, 1877, in-8 de 372 pages, et un atlas de 31 planches. 112 pièces, tome Ier.

PUY LEBLANC (F.). Guide médical aux eaux minérales d'Auvergne. Paris, 1877, in-12. 2 fr.

SALATHÉ (A.). — Recherches sur les mouvements du cerveau, volume in-8 de 144 pages, avec 29 fig. dans le texte. Prix, 4 fr.

TAMIN-DESPALLES. — Oxithérapie et azothérapie. Considérations physiologiques et thérapeutiques et description d'un appareil pour l'emploi méthodique des athmosphères artificiellement sur oxiozonées ou sur azotées. Paris 1877, in-8 de 43 pages.

TRÉLAT (U.). — L'assistance hospitalière à Paris à propos d'un projet de suppression du bureau central. Paris 1877, in-8° de 13 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hopital Saint-Louis. — Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques. Service de M. Hillairet. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le mardi. Jeudi conférences cliniques sur les maladies de la peau, salle Henri IV, à 9 h.

Service de M. Lailler. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le mercredi. — Vendredi, conférences cliniques sur les affections cutanées, leur traitement, salle Sainte-Foy et Saint-Mathieu, 8 h. 1/2. Dimanche, conférence sur les sciences, salle Sainte-Foy 9 h. Lundi, spéculum, salle Sainte-Foy n° 6, scrophulide de la main gauche; 9 perforation syphilitique de la voûte palatine ; 18 ulcération syphilitique de la lèvre supérieure ; 20 herpès circiné de la face ; 24 scrophulides malignes. Salle Saint-Mathieu, 54 varices lymphatiques de la jambe gauche ; 58 psoriasis généralisé.

Service de M. Guibont. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le vendredi. Lundi leçon clinique sur les maladies des femmes, salle Henri IV, 9 h. Samedi, conférence clinique sur les maladies de la peau, salles Henri IV, et Saint-Charles à 8 h. 1/2.

Service de M. Vidal. Visite à 9 h. Consultation externe le jeudi. Lundi leçon sur l'étiologie, le diagnostic et la thérapeutique des affections cutanées salle Saint-Jean, 10 h. Vendredi, conférence clinique au lit des malades même salle, 9 h. Mercredi, traitement du lupus par les scarifications. Samedi spéculum, Salle Saint-Ferdinand, accouchements. Salle Sainte-Marie, 9 mycosis fongoïde. Salle Saint-Jean ; 11, paraplégie hystérique ; 15, sclerodermie accidentelle, 19 bis, molluscum généralisé ; 25, acné varioliforme ; 29, glossite syphilitique tertiaire ; 48, arthralgies syphilitiques ; 54, epithelioma papillomateux de la lèvre inférieure ; 55, glossite syphilitique ; 60, épithelioma térébrant du nez ; 61, lupus du pied, pachydermie et icthyose de la jambe ; 72, asphyxie des extrémités.

Service de M. BESNIER. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le lundi. Mercredi, conférences cliniques, salles Saint-Thomas et Saint-Léon, 9 h. Samedi, cours élémentaire de pathologie cutanée au laboratoire de la salle Saint-Léon, 9 heures. Vendredi, *spéculum*. — Saint-Léon : 1, eczéma récidivant de la lèvre supérieure; 2, sclero-dermie; 14, papillomes des mains; 19, phthiriase; 25, eczema artificiel; 27, favus; 54, condylômes des lèvres; 62, sycosis. — Saint-Thomas: 44, psoriasis; 46, syphilides papulo-tuberculeuses des lèvres; 53, zona du tronc; 56, pityriasis rosea; 65, acné miliaire arthritique.

Service de M. FOURNIER. Visite à 9 h. Consultation externe le samedi. Mardi, conférences cliniques sur les maladies syphilitiques, salles Saint-Thomas et Saint-Louis, 8 1/2. Vendredi, cours complémentaire de la Faculté sur les maladies syphilitiques à l'amphithéâtre d'opération, 9 h. 1/2. Saint-Thomas : 2, syphilis maligne; 5, syphilis cérébrale: 21, nécrose du crâne, dénudation de la dure-mère; 38, aphasie. Saint-Louis : 35, glossite tertiaire ; 31, cancer du péritoine.

Cliniques chirurgicales. — Service de M. PÉAN. Visite à 9 h. Consultation externe lundi, mercredi, vendredi. Samedi opérations et clinique chirurgicale à l'amphithéâtre; mardi, *speculum*. — Sainte-Marthe : 37, mal de Pott et synovite du poignet; 39, cancer du foie; 40, rétrécissement du rectum; 36, 38, 45, kystes de l'ovaire; 47, fistule vésico-vaginale; 49, kyste dermoïde de l'angle de l'œil. — (H) 19, infiltration et abcès urineux ; 9, épithélium de la langue, amputation. — Saint-Augustin: 2, amputation sous astragalienne; 11, hémorrhoïdes opérées; 72, résection du coude.

Service de M. DUPLAY. Visite à 8 1/2. Consultation externe, mardi, jeudi, samedi. Jeudi, opération et clinique chirurgicale à l'amphithéâtre, 9 h. Lundi examen des yeux et des oreilles. Samedi, *speculum*.— Sainte-Marthe: 57, tumeur blanche du tarse; 58, cancroïde de l'aile du nez; 70, tumeur de l'aisselle; 75, kyste du vagin. — Saint-Augustin: 46, abcès mastoïdiens; 48, adéno phlegmon du cou; 50, amputation de cuisse; 51, kyste du creux poplité; 53, uréthrotomie externe; 57, otite moyenne; 58, phlegmondu cou; 61, fracture de la rotule.

Hôpital Necker. M. BLACHEZ. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mardi.— Saint-Louis (H.) : 1, fièvre typhoïde; 6, pneumohydrothorax ; 11, fièvre intermittente ; 14, ictère catarrhal ; 20, fièvre intermittente ; 22, insuffisance mitrale, apoplexie pulmonaire.

Sainte-Thérèse (F.) : 2, embarras gastrique ; 6, fissure à l'anus, péritonite: 14, insuffisance mitrale ; 16, métrorrhagie traumatique; 20, hystérie ; 26, insuffisance mitrale.

M. DELPECH. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le lundi. — Saint-Ferdinand (H.) ; 3, épilepsie ; 1, fièvre intermitente tierce ; 5 pneumonie droite, hépatisation grise ; 8, insuffisance mitrale, apoplexie pulmonaire ; — 14, oreillons ; 20, anévrysme de la poplitée ; 26, pleuro-pneumonie ; 30, insuffisance aortique.

Sainte-Anne (F.) : 1, hystérie, incontinence d'urine ; 7, rhumatisme art. aigu ; 8, ictère ; 21, rhumatisme art. aigu.

M. GUYON. Visite à 8 h. 1/2. Consultations, mardi, jeudi, samedi. Clinique, mercredi, samedi. — Saint-André (H.) : 1, plaie contuse du pli du coude ; hémorrhagies secondaires, ligature dans la plaie, ligature de l'hu-

mérale ; 17, cancer du testicule ; 19, fracture du coude ; 29, rétrécissement organique de l'œsophage.

Saint-Vincent : 2, rétention d'urine ; 9, rétrécissement de l'urèthre ; 11, uréthrotomie interne 8, fistules urinaires, uréthrotomie int. ; 28, rupture incomplète de l'urèthre pendant le coït.

Sainte-Cécile (F.) : 8, hernie crurale étranglée, opération ; 10, polype de l'utérus ; 14, rétrécissement fibreux du rectum.

M. Désormeaux. Visite à 8 h. 1/2. Consultations lundi, mercredi, vendredi. Endoscope, lundi, jeudi. — Saint-Pierre (H.) : 32, plaie par arrachement, fracture des os de l'avant-bras et du bras ; 53, carie de la tête de l'humérus ; 28, fracture bi-malléolaire, gangrène du pied, amputation.

Sainte-Marie (F.) : 3, fracture de cuisse ; 9, plaie de poitrine par arme à feu ; 19, tumeur abominale, kyste du foie.

Hôpital de la Charité. — Service de M. Vulpian. — Salle Saint-Jean-de-Dieu (H) : 4, myélite consécutive à une fièvre typhoïde ; 6, leucocythémie ; 24, pleurésie ; 23, méningite rhumatismale. — Salle Sainte-Madeleine (F) : 5, insuffisance aortique et mitrale ; 6, névralgie trifaciale ; 8, anévrysme de l'aorte abdominale ; 14, névralgie du dentaire inférieur.

Service de M. Empis. — Salle Sainte-Marthe (F) : 1, fièvre typhoïde ; 6, rhumatisme articulaire aigu , 9, scorbut ; 16, myélite chronique ; 21, pleurésie purulente ; 25, maladie d'Addison ; 28, corps fibreux de l'utérus. — Salle Saint-Michel (H) : 8, insuffisance mitrale ; 14, diabète ; 16, adénie ; 25, insuffisance aortique ; 27, myélite transverse.

Service de M. Laboulbène. — Salle Saint-Félix (H) : 1, tubercules pulmonaires, épididymite caséeuse ; 4, névralgie lombosacrée , 7, pleurésie gauche avec épanchement, tubercules ; 12, syphilis ancienne, rhumatisme articulaire subaigu ; 13, paralysie générale ; 18, pleurésie gauche, endocardite mitrale et aortique ; 19, pleuro-pneumonie ; 25, rein amyloïde chez un scrofuleux.

Service de M. Bernutz. — Salle Saint-Ferdinand (H) : 1, paralysie saturnine ; 3, endocardite ; 6, urémie gastrique ; 14, pleuro-pneumonie ; 18, endopéricardite, insuffisance aortique ; 27, méningite tuberculeuse. — Salle Saint-Joseph (F) : 1, cystite ; 3, pelvipéritonite ; 12, hémiplégie hystérique ; 14, cancer de l'estomac ; 17, rétrécissement mitral ; 23, ramollissement cérébral.

Chirurgie. — Service de M. Trélat. Opérations le jeudi. Salle Saint-Jean (H) : 12, bec-de-lièvre en cours de réparation ; 13, synovites fongueuses ; 16, abcès par congestion ; 17, abcès ossifluent de l'acromion ; 18, fractures du péroné ; 19, fistule abdominale consécutive à une pérityplite ; 20, fistule à l'anus. — Salle Sainte-Rose (F) : 11, abcès de la grande lèvre ; 12, fibrôme papillaire du sein (opéré) ; 13, endométrite fongueuse ; 14, périnéorrhaphie ; 15, périmétrite ; 16, abcès du sein ; 17, angioleucite du bras ; 20, corps fibreux de l'utérus ; 21, endométrite fongueuse.

Hôpital des Cliniques : Service de M. Broca. (Hommes) : 6, abcès ossifluents ; 9, bec de-lièvre complexe ; 14, sequestre invaginé, osteite ; 28, tarsalgie. — (Femmes) : 3, tumeur de la région parotidienne ; 7, double luxation des rotules ; 9, sarcome du sein ; 11, kyste de l'ovaire.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles. Imp. Cerf et fils. 59, rue Duplessis

5e ANNÉE. — N° 24. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 16 JUIN 1877.

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE.

COLLÉGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Treizième Leçon (1).

Recueillie par le docteur J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Suite de l'étude du muscle fixé tétanisé-tendu. Diminution du volume des disques épais, augmentation du diamètre des espaces inter-fibrillaires et des bandes claires. Ces dernières modifications plus manifestes chez le muscle rouge que chez le muscle blanc. — En se contractant, les disques épais tendent à revenir à la forme sphérique. Les cellules contractiles se comportent de la même façon, de sorte que le retour à la forme sphérique paraît être la tendance générale des éléments anatomiques qui se contractent. — Conditions de production des ondes de contraction. L'onde ne se produit pas dans les muscles qui se contractent normalement. — Résumé du schéma du muscle. La fibrille est formée de disques épais contractiles et d'espaces clairs ou bandes claires élastiques, disposés en série alternante. — Rôle des espaces clairs en tant que doués d'élasticité. Elasticité musculaire. Elle transforme la contraction brusque et instantanée en force constante et augmente son effet utile : Schéma du rôle de l'élasticité musculaire. — Rôle des disques minces : Ils adhèrent au sarcolemme. Ils paraissent destinés à unir, dans le sens transversal, les fibrilles juxtaposées du faisceau. (*7 mars 1876*.)

Messieurs,

Nous savons actuellement que ce phénomène de la contraction amène, au sein de la substance musculaire striée du faisceau primitif, des changements considérables. Etudions maintenant ces changements de plus près, sur des préparations régulières et persistantes. Le muscle tétanisé tendu, fixé dans sa forme par l'action instantanée de l'acide osmique, est détaché de ses insertions ; toutes les parties touchées par le réactif sont rigides, ne subissent plus, pendant les manipulations ultérieures, la moindre rétraction, et présentent une coloration brune qui indique l'étendue des limites de l'injection interstitielle. Dissocions maintenant ce muscle dans l'eau, et divisons-le, à l'aide de la pince et des aiguilles, en ses faisceaux primitifs. Ces derniers seront examinés, soit dans l'eau, soit dans la glycérine. On obtiendra de cette manière des préparations qui, recouvertes d'une lamelle, bordées avec de la parafine et scellées ensuite avec de la cire d'Espagne, resteront indéfiniment persistantes.

Ainsi que je vous l'ai dit dans la dernière leçon, les disques épais, dans le muscle simplement fixé tendu, ne sont point séparés en prismes distincts, et restent tellement rapprochés les uns et les autres, dans le sens transversal, qu'ils forment, par leur réunion, une bande obscure à peu près homogène allant d'un bord à l'autre du faisceau primitif. Au contraire, dans le muscle fixé tandis qu'il était tétanisé tendu, chacun des disques épais est vu isolément, séparé du disque épais latéralement adjacent, par une bande claire, étroite et brillante. Ainsi, la striation longitudinale paraît exagérée dans de semblables préparations. Les phénomènes sont encore plus accusés si, au lieu de faire l'expérience sur des muscles blancs, on agit sur des muscles rouges du cochon d'Inde ou du lapin, par exemple. Dans le muscle rouge tétanisé tendu, les disques épais sont éloignés les uns des autres, dans le sens latéral, et de plus ils ont tellement diminué de hauteur, que cette dernière devient sensiblement égale à celle du disque mince, assez large vous le savez, dans les muscles rouges, mais dont les dimensions longitudinales n'atteignent jamais, dans l'état de repos, la hauteur des disques épais. Si, de plus, l'on compare, au point de vue de leurs diamètres transversaux, les faisceaux primitifs de deux muscles homologues d'un même animal, l'un fixé simplement tendu, l'autre fixé tendu et contracté, l'on constate un fait intéressant, à savoir, que la largeur des fibres musculaires contractées n'a nullement diminué. Elle est au contraire égale à celle des fibres musculaires que l'on a fixées tendues. Cela revient à dire que le changement opéré dans la substance musculaire par l'effet de la contraction a été tout intérieur. Il a consisté seulement en des modifications dans les rapports des particules intra-fasciculaires, sans plus faire varier le volume de la fibre entière qu'il ne fait, nous l'avons vu, varier celui du muscle entier. Si maintenant nous examinons, à l'aide d'un objectif à grand angle d'ouverture, ou d'une lentille à immersion, les préparations de muscle tétanisé tendu, nous constatons de plus que, non-seulement les dimensions réciproques des disques minces et des bandes claires ont subi des variations, mais encore que la figure même de ces disques s'est modifiée.

Au lieu d'affecter la forme de bâtonnets ou de prismes allongés longitudinalement et à faces latérales rectilignes, les disques épais sont devenus convexes en leur milieu. La fibrille musculaire revêt, en vertu de cette modification, un aspect moniliforme.

Les disques épais se sont rapprochés de la forme sphérique autant que pouvaient le faire des particules reliées entre elles, dans le sens longitudinal, par une substance unissante tenace, et qui ne leur permet pas de revenir absolument à la forme ronde.

Je vous ai dit déjà, Messieurs, que ce retour à la forme sphérique se produit constamment dans les éléments cellulaires qui sont tétanisés. J'ai disposé sur la platine de ce microscope un porte-objet électrique, consistant en une lame de verre recouverte de deux lames d'étain, laissant entre elles un minime intervalle et communiquant par des fils métalliques avec les pôles d'un appareil d'induction. Entre les deux lames d'étain j'ai déposé une goutte de lymphe de la grenouille et je l'ai recouverte d'une lamelle. Vous pouvez voir les globules blancs animés de mouvements amiboïdes. Je fais maintenant passer le courant, en donnant, soit une seule secousse très forte, soit une série de secousses répétées à courts intervalles, c'est-à-dire en série tétanisante.

La première secousse ne paraît pas avoir aucune action sur les globules blancs ; ils continuent à se mouvoir régulièrement. Au bout de cinq secousses un certain nombre de prolongements amiboïdes se rétractent, et rentrent dans la masse de l'élément. A la sixième secousse, toutes les cellules sont redevenues sphériques. Si nous arrêtons ici l'expérience elles se remettront bientôt à se mouvoir, mais si, au contraire, nous continuons l'excitation, nous les frapperons de mort, elles garderont indéfiniment la forme ronde, restant d'abord grenues, puis devenant peu à peu translucides, ce qui permettra de voir en leur milieu un noyau bizarre de forme et présentant des bourgeons. Il est probable que cette apparition du noyau s'effectue en vertu de modifications cadavériques, survenues dans la masse de l'élément, et qui pourraient n'être pas sans analogie avec celles qui se produisent dans un faisceau musculaire atteint par la rigidité cadavérique.

Ainsi donc, de même que le globule blanc qui se contracte, le disque épais des muscles striés tend à revenir à la forme ronde au moment où il est modifié par la contraction. Mais ici une question se présente : nous avons observé la contraction dans les muscles striés des mammifères, sans y rien rencontrer qui rappelle les phénomènes que nous avons autrefois observés dans les muscles des pattes des insectes, séparés de leurs insertions, placés dans leur propre plasma ou dans l'albumine de l'œuf, et que

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44, de 1876 ; nos 1, 2, 7, 9, 20, 21, 22 et 23 de 1877.

nous avons vus spontanément parcourus par des ondes. Est-ce à dire que, dans le muscle se contractant en place, tandis qu'il est relié à ses tendons extrêmes et qu'il est excité artificiellement, les ondes de contraction ne se produisent pas? Aeby, qui a si bien étudié l'onde musculaire que ce phénomène intéressant porte son nom, avait déjà fait remarquer qu'il ne se produit jamais, ni sous l'influence de la volonté, ni sous l'influence de l'excitation du nerf moteur que commande le muscle, mais seulement spontanément. Comme nous venons de constater, d'autre part, que les muscles tendus fixés par l'osmium au moment où ils étaient contractés ne contiennent pas d'ondes, il parait naturel d'inférer de ce fait que, de deux choses l'une, ou l'onde d'Aeby n'est qu'un phénomène étranger à la contraction régulière du faisceau musculaire primitif, ou que l'acide osmique ne la saisit pas au passage, et ne la fixe pas dans sa forme. Or, nous savons, Messieurs, que le contraire a lieu et qu'il est facile d'arrêter, sur un point de son parcours, une onde musculaire par l'action brusque et instantanée de l'acide osmique. Nous devons donc chercher une tout autre explication.

Nous avons jusqu'ici, Messieurs, toujours observé les ondes de contraction sur les muscles d'insectes séparés de leurs insertions. Reproduisons cette première condition sur le muscle couturier d'une grenouille. Je découvre le couturier, je coupe son insertion inférieure; il se rétracte énergiquement. Je vais actuellement tétaniser ce muscle revenu sur lui-même. Il est fixé, *contracté et rétracté* par l'acide osmique. Dissocions-le maintenant, et faisons l'examen de ses faisceaux primitifs. Tous ou presque tous présentent des ondes de contraction analogues à celles qui se produisent sur les muscles des insectes, isolés et examinés vivants, dans leur propre plasma. Ces ondes sont de toutes les formes, les unes forment une zone étroite qui embrasse le faisceau primitif sur un point, comme le ferait un anneau, d'autres se continuent à une assez grande distance, le long de la fibre ,en décrivant des zigzags qui leur donnent une apparence hélicoïde ou serpentine.

Que conclure de pareils faits ? Evidemment que l'onde musculaire est un cas très-particulier de la contraction, que les conditions expérimentales qui lui permettent de se produire, c'est-à-dire l'isolement complet des fibres musculaires, ne se réalisent jamais dans un muscle qui reste tendu, et se contracte régulièrement. Nous conclurons de là qu'il est moins naturel de chercher le mécanisme intime de la contraction dans l'onde musculaire, phénomène tout-à-fait anormal, que dans les conditions expérimentales que nous avons créées, en tétanisant un muscle tendu, en le fixant instantanément dans sa forme, et en examinant ensuite les modifications que la contraction lui a imprimées.

En résumé, Messieurs, vous voyez que notre théorie, soumise à un contrôle rigoureux, n'a pas cessé jusqu'ici d'être logique. Nous en avons vérifié expérimentalement les bases principales. Nous avons vu que, dans un muscle contracté, les disques épais diminuent de volume, les bandes claires et les espaces interfibrillaires s'agrandissent, absolument comme nous l'avions supposé dans le schéma.

Comme, au moment de la contraction, le muscle ne perd rien de son poids ni de son volume totaux, et que ceux des disques épais diminuent au contraire, il faut absolument qu'il soit sorti quelque chose de ces disques épais. J'ai supposé qu'il s'agissait du départ d'un liquide, qui, exprimé de la substance contractile, se répand dans son voisinage, et dont, conséquemment, la répartition seule est modifiée au sein du faisceau musculaire primitif. Cette hypothèse est corroborée par l'élargissement des espaces interfibrillaires qui sont comme gorgés d'une substance translucide, évidemment formée par le plasma musculaire, et qui est liquide pendant la vie; la théorie se vérifie donc ici de point en point. Mais un certain nombre de questions de détail restent encore à élucider et, parmi elles, le rôle joué, dans la contraction, par les espaces clairs et les disques minces, me paraît devoir être placé au premier rang, et étudié en premier lieu.

Lorsqu'un muscle est entièrement revenu sur lui-même, les espaces clairs, alternant avec les disques épais, et contenant en leur milieu les disques minces, s'amoindrissent considérablement. Ils deviennent linéaires ou même s'effacent presque absolument. Sur un muscle tendu, au contraire, ils se développent et se montrent sous forme de bandes transparentes assez larges. Si l'on tétanise ce muscle tendu, la largeur des bandes claires s'exagère encore. Il n'en serait plus ainsi si l'on faisait contracter le muscle revenu sur lui-même. Les espaces clairs s'effaceraient, dans ce cas, presque complétement. Mais de ce seul fait qu'ils sont agrandis, au moment de la contraction, dans un muscle tétanisé tendu, l'on peut conclure, je pense, qu'ils ne jouent nullement, dans la contraction, le rôle que leur avait attribué successivement les théories de Krause et d'Engelmann.

Dans ces deux théories, en effet, les espaces clairs disparaissent au moment où la contraction s'opère, soit parce que le liquide musculaire gagne les parties latérales de la case (Krause) soit parce que les disques épais absorbent instantanément l'eau contenue dans les espaces clairs (Engelmann). Or, de deux choses l'une : si les théories sont exactes, les bandes claires devront s'effacer ou s'amoindrir au moment de la contraction ; si cet amoindrissement ne s'effectue pas, il suit que les deux théories sont erronées.

La fonction des espaces clairs, formés de substance isotrope, m'a paru toute différente. Au moment où le muscle se contracte, ils semblent jouer un rôle purement passif. Quand ce muscle revient sur lui-même, obéissant à sa rétractilité, les bandes claires diminuent de hauteur comme le feraient des bandes élastiques qu'on aurait cessé de maintenir tendues par leurs extrémités. Ces parties, selon moi, ne sont nullement aptes à se contracter, mais elles entrent dans le mécanisme du faisceau musculaire strié, en qualité d'agents destinés à venir en aide à la force engendrée par les parties contractiles, à augmenter son rendement, et à concourir de la sorte à l'accroissement de l'effet utile. L'existence des espaces clairs répond donc à un perfectionnement de la machine constituée par l'ensemble du faisceau primitif strié. Pour prendre une comparaison, ils jouent un rôle analogue à celui du volant qui, dans les machines à vapeur, permet d'utiliser la force produite, en l'emmagasinant pour la restituer ensuite d'une manière régulière.

C'est aussi par leur élasticité qu'agissent les bandes claires. Isotropes comme les fibres et les réseaux du tissu jaune élastique, développées par la tension, elles reviennent sur elles-mêmes dès qu'elle a cessé de se produire, comme des corps doués d'une élasticité parfaite. Leur agrandissement au moment de la contraction, sur le muscle tendu, est tout-à-fait momentané.

Elles reprennent aussitôt après leurs dimensions premières. Nous sommes donc fondés à admettre que les fibrilles élémentaires sont formées de disques épais contractiles et de bandes claires élastiques interposées entre eux et les reliant. De telle sorte que la force motrice, de courte durée, engendrée par la contraction des disques épais, agit sur les deux extrémités du faisceau primitif, et, conséquemment, sur la masse à mouvoir, par l'intermédiaire de corps élastiques.

Cette condition est éminemment favorable, ainsi que l'a démontré M. Marey, à l'utilisation de la force produite par la contraction musculaire. L'élasticité du muscle, en effet, empêche que cette force ne vienne se perdre dans les masses à mouvoir, dont les moments d'inertie sont considérables, et capables d'épuiser, en une série de chocs, l'action instantanée de la contraction musculaire. L'interposition des parties élastiques, au contraire, transformant la force de courte durée qui se produit dans chaque fibre en une force continue capable de développer un travail utile, augmente considérablement le rendement du système. C'est ce que l'on peut d'ailleurs, aisément démontrer par un appareil simple, imaginé par M. Marey, et qu'il appelle le *schéma du rôle de l'élasticité musculaire.*

Cet appareil est constitué comme suit : un support solidement établi (*Fig. 30*) supporte une sorte de fléau rectiligne *ab*, à bras égaux ; à l'un des bras est suspendue une sphère métallique d'un poids assez considérable P, à l'autre est attachée par un fil de lin, inextensible et peu élastique, une sphère *p* plus petite et par suite plus légère. Au centre de mouvement du fléau (*m*) est un encliquetage très-mobile qui le retient dans la position horizontale bien que les poids *p* et P ne soient pas égaux. Cet encliquetage permet, si l'on appuie à l'extrémité *a* du fléau, de soulever la sphère P plus ou moins haut, il la maintient alors dans cette nouvelle position, une aiguille *f* parcourant un quart de cercle indique le degré de la déviation.

Si, maintenant, le fléau étant horizontal comme dans la position indiquée par *ab* sur la figure, l'on fait tomber la balle d'assez haut pour qu'en tendant la ficelle qui la retient, elle développe une force capable de vaincre l'inertie de la sphère et de la soulever d'une certaine quantité, un travail sera accompli, et son effet utile indiqué sur le cadran, car l'encliquetage retiendra le fléau dans sa position nouvelle, et l'aiguille marquera sur le cadran l'intensité de la déviation (α).



Fig. 30.

Cela posé, et le poids *p* étant attaché à un fil peu extensible, comme il a été dit, et long d'un mètre, laissons tomber ce poids de la hauteur du fléau de l'appareil ; la corde se tend avec bruit, l'on entend comme un choc, mais le fléau reste immobile. Laissons tomber le poids *p* d'une hauteur double, le choc est encore plus bruyant, mais la sphère n'est point soulevée. Substituons maintenant une bandelette de caoutchouc au fil de lin qui supporte *p*, et recommençons l'expérience. Dès qu'en tombant la balle *a tendu* sa ficelle, le fléau s'incline sensiblement, et s'élevant par degrés, arrive enfin à une nouvelle position *a'b'*, où il est fixé par l'encliquetage. Un travail moteur a donc été produit, dans ce second cas, sous l'influence de la même force vive qui, tout à l'heure, s'éteignait dans un choc et se transformait, sans résultat utile, en chaleur ou en détérioration des pièces de l'appareil.

De la même façon, dans le muscle, la force vive développée au moment où la contraction brusque prend naissance, au lieu de s'adresser immédiatement aux masses qu'elle doit mouvoir, s'emmagasine dans les parties élastiques, c'est-à-dire dans les bandes claires ; elles les distend, et ces dernières les restituent sous forme de force continue, agissant par degrés sur les résistances, de manière à les vaincre et à produire un effet utile maximum.

Cette élasticité des muscles qui, nous venons de le reconnaître, paraît jouer un si grand rôle dans le mécanisme de leur contraction, a depuis longtemps préoccupé les physiologistes. Schwann, Volkmann, Weber, Donders, l'ont étudiée et ils ont cherché à en mesurer l'intensité. Weber, comparant le muscle relâché au muscle contracté, constata même ce fait singulier et paradoxal en apparence, que le muscle en contraction s'allonge beaucoup plus que le muscle relâché si on le charge d'un même poids. Mais M. Marey a fait voir depuis lors qu'il est facile de donner au fait signalé par Weber une interprétation tout autre, et il a démontré que la longueur *absolue* que prend un muscle sous une certaine charge est toujours plus grande pendant le repos que pendant l'activité.

J'arrive actuellement au rôle des disques minces. Ces disques sont, vous le savez, anisotropes comme les disques épais, et les auteurs qui considéraient les parties biréfringentes de la substance musculaire comme douées de contractilité, devraient leur faire jouer un rôle actif dans le mécanisme de la contraction. Je ne pense pas, Messieurs, qu'il en soit ainsi ; et tout d'abord je vous ai montré antérieurement que bien des éléments anatomiques sont anisotropes, sans être pour cela contractiles. De plus, les disques minces, examinés comparativement dans deux muscles homologues, l'un fixé simplement tendu, l'autre fixé par l'osmium tendu et contracté, ne subissent aucune modification appréciable dans leurs dimensions comparatives. Ils ne se comportent donc nullement, au moment de la contraction, comme les disques épais qui reviennent alors sur eux-mêmes. Inversement ils suivent toutes les modifications éprouvées par la bande claire, et sont vraisemblablement élastiques comme elle. Pour ces motifs, je suis conduit à penser que les disques minces jouent purement et simplement, dans le faisceau musculaire strié le rôle de pièces de charpente, en d'autres termes, qu'ils font partie du mécanisme sur lequel agit la force engendrée par la contraction, mais qu'ils ne sont point eux-mêmes contractiles. Ils semblent n'être autre chose que des agents d'union. Ainsi qu'Amici l'avait indiqué, c'est, en effet, à leur niveau seulement que les fibrilles élémentaires paraissent reliées les unes aux autres, dans le sens transversal. L'étranglement du faisceau tout entier au niveau du disque mince, se produisant au moment même de la contraction, corrobore encore cette manière de voir. Enfin, ce qui concourt de plus à démontrer que le disque est une cloison transversale tendue en travers de l'espace clair, et assurant, dans cette direction, la solidarité des fibrilles élémentaires, c'est son adhérence au sarcolemme. Un fragment minime d'un muscle fixé dans sa forme par l'alcool à 36° (de Cartier) est isolé, coloré fortement à l'aide de l'hématoxiline, et dissocié sans grande précaution. Sur un certain nombre de faisceaux primitifs, le sarcolemme sera déchiré irrégulièrement ou fendu longitudinalement comme une gaîne ouverte, et ses lambeaux se montreront rabattus à droite et à gauche. Sur certains de ces lambeaux l'on pourra voir l'empreinte du disque mince se poursuivre sur le sarcolemme, sous forme d'une ligne granuleuse colorée par le réactif.

Telles me paraissent être, Messieurs, les principales fonctions des différentes parties qui forment par leur réunion la substance contractile des muscles striés. Mais je n'ai pas terminé ici l'analyse de cette substance, considérée au point de vue de l'anatomie générale, et je continuerai à l'étudier avec vous dans les leçons qui vont suivre.

AVIS. — *Les* **abonnements**, *les* **annonces** *et les* **livres** *destinés au* **Progrès Médical**, *sont reçus pour l'***Angleterre** *chez MM.* **Baillière**, **Tindall** *et* **Cox**, *20 King William street, Strand à Londres.*

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de l'envoi de cinquante centimes pour frais de réimpression de bande.*

PATHOLOGIE INTERNE

Modifications des souffles extra-cardiaques.

Par **CUFFER**, interne lauréat des hôpitaux (1).

Nous nous proposons d'étudier maintenant les modifications des souffles extra-cardiaques. Au point de vue du diagnostic de cette variété de souffles; il nous a paru très-intéressant de faire cette étude, car nous montrerons que certaines modifications regardées jusqu'à présent comme pathognomoniques de ces souffles ne nous paraissent pas devoir être acceptées sans réserve, attendu que nous les avons observées également dans des souffles intracardiaques, ainsi qu'on le verra. Mais il est d'autres modifications encore peu connues jusqu'ici, lesquelles sont spéciales aux souffles extra-cardiaques et permettent, par conséquent, d'en établir le diagnostic d'une façon positive dans un grand nombre de cas.

Nous n'avons pas l'intention, bien entendu, de refaire l'histoire complète des souffles extra-cardiaques. Un certain nombre de leurs caractères ont été étudiés, il y a quelques années, par M. le docteur Choyau, dans sa thèse sur les bruits pleuraux et pulmonaires, dus aux battements du cœur.

En 1874, le docteur Mez-Bourian publia, sous l'inspiration de M. le professeur Potain, un travail *Sur le diagnostic des bruits de souffle extra-cardiaques*. Dans cette thèse on trouve un certain nombre de renseignements très-précieux tirés d'une remarquable clinique faite par notre excellent maître, en 1872, à l'hôpital Necker. Mais depuis ce temps de nombreuses recherches ont encore été faites, particulièrement par M. Potain: ce sont les résultats de cette étude à laquelle il nous a été donné de prendre une certaine part, que nous allons exposer dans ce chapitre.

La *position* donnée au malade influe énormément sur les souffles extra-cardiaques; ceci est un fait incontestable. (*C'était même là un signe regardé comme pathognomonique.*) Le fait suivant, qui nous a été raconté par M. Potain suffirait pour le prouver.

Un Américain, sujet à avoir des palpitations, avait consulté plusieurs médecins; les uns lui avaient découvert un souffle à la région précordiale et avaient diagnostiqué une affection organique du cœur ; les autres, au contraire, ne lui trouvant aucun bruit de souffle, l'avaient rassuré et lui avaient déclaré que son cœur était parfaitement sain. Cependant, le malade inquiet, tourmenté, poursuivi par cette idée qu'il avait peut-être une affection cardiaque, idée qui d'ailleurs augmentait ses palpitations, le malade, dis-je, vint à Paris consulter M. Potain, lui raconta ses inquiétudes et le diagnostic différent des médecins. M. Potain, avec son tact et sa finesse habituels, pensa aussitôt à un souffle extra-cardiaque. Il lui demanda si les médecins avaient pratiqué l'auscultation dans des positions différentes, et si les médecins pessimistes ne l'avaient pas ausculté dans la position couchée, et les autres dans la position debout. Le malade répondit qu'en effet les choses s'étaient passées ainsi.

M. Potain ausculta alors et constata que le souffle très-net dans la position horizontale, disparaissait complétement dans la position verticale. Après avoir contrôlé son diagnostic de souffle extra-cardiaque en recherchant les autres caractères attachés à cette sorte de souffle, il renvoya le malade parfaitement rassuré.

Cette observation est bien concluante et montre déjà combien l'auscultation du cœur est nécessaire dans les diverses positions au point de vue du diagnostic d'abord, du pronostic ensuite. Mais cette modification n'est pas la seule qui puisse être observée pour les souffles extra-cardiaques, et le malade restant dans la position horizontale, le souffle peut être modifié d'une autre façon.

Le souffle extra-cardiaque peut être modifié *par la respiration*. Il est, en effet, facile de constater que le souffle extra-cardiaque est d'autant plus marqué que les battements du cœur sont plus fréquents et plus énergiques, et les mouvements respiratoires plus rares. C'est ainsi qu'un souffle extra-cardiaque disparaît souvent après une course ou un exercice violent ; dans ce cas, on le sait, les mouvements respiratoires sont accélérés en même temps que les battements du cœur. Au contraire, sous l'influence de l'*émotion*, le souffle extra-cardiaque apparaît plus intense, étant donné ce fait qu'alors le cœur s'accélère en même temps que la respiration se ralentit et devient plus profonde à chaque inspiration, conditions qui, on le comprend aisément, facilitent la production du souffle puisque la lame de poumon située en avant du cœur est plus remplie d'air, et que les battements du cœur sont plus rapides, plus violents, et par conséquent chassent l'air en plus grande quantité et avec plus de violence, toutes choses qui peuvent exagérer le souffle.

Dans le même ordre d'idées, il est une autre modification du souffle extra-cardiaque qui permet de le distinguer assez facilement : Un souffle extra-cardiaque peut, en effet, quelquefois être *saccadé*, au lieu d'être continu.

Le *caractère saccadé, que peut prendre la respiration en avant du cœur*, n'est, pour M. Potain, qu'une variété de souffle extra-cardiaque.—Disons même, en passant, que cette saccade respiratoire peut être perçue avec les mêmes caractères qu'au-devant du cœur, au sommet du poumon gauche et même au sommet droit : il est important de connaître ce fait, puisque certains auteurs attribuent à la respiration saccadée une valeur diagnostique très-grande dans la tuberculose pulmonaire. Or, la valeur séméiologique de ce phénomène, dans les cas douteux de tuberculose, tombe par suite de l'explication que nous venons de donner. — Nous verrons plus loin que ce souffle extra-cardiaque saccadé, qui, par lui-même, n'a aucune gravité, doit cependant être sérieusement pris en considération au point de vue de l'état même du cœur qui le produit dans certains cas.

Le souffle extra-cardiaque saccadé se produit probablement d'une façon analogue au souffle continu, c'est-à-dire par le choc du cœur contre la lame pulmonaire précordiale. Nous disons *probablement*, car on ne comprend pas facilement pourquoi la même cause produit des effets différents (1). Quoi qu'il en soit, le phénomène est le même, et le souffle saccadé se modifie de la même manière que le souffle continu, c'est-à-dire qu'il se produit beaucoup plus facilement et plus nettement lorsque les battements du cœur sont accélérés et les mouvements respiratoires ralentis, et qu'il cesse ou tout au moins diminue beaucoup dans les cas d'accélération simultanée du cœur et de la respiration. L'observation suivante d'une malade soignée au mois de mars 1876, dans le service de M. Potain, à *Necker* montre ces modifications d'une manière très-nette.

Cette malade, âgée de 21 ans, était entrée, salle Sainte-Eulalie, n° 12, se plaignant d'oppression et de palpitations. Elle avait déjà eu, en 1874, une première attaque de rhumatisme articulaire, suivie de palpitations cardiaques.

Au mois de janvier 1876, nouvelle attaque de rhumatisme accompagnée de quelques troubles du côté du cœur ; elle fut alors soignée par M. le Dr Millard, à l'*hôpital Lariboisière*, dans le service duquel elle resta une quinzaine de jours. Elle sortit guérie de ses douleurs ; mais elle continua à ressentir quelques palpitations.

Au mois de mars 1876, elle fut prise de nouveau de douleurs articulaires avec recrudescence des palpitations. Elle entra alors à l'hôpital Necker où nous l'examinâmes. Les antécédents de la malade étaient bien de nature à faire croire à l'existence possible et même probable d'une *endocardite*.

En auscultant le cœur, nous trouvâmes à la base au premier temps, un souffle doux qui avait tous les caractères d'un souffle anémique ; la malade présentait d'ailleurs une anémie assez prononcée, décoloration des muqueuses, souffle veineux jugulaire continu avec renforcement pendant l'inspiration, frémissement des veines jugulaires à la palpation. Ce souffle systolique de la base était bien un souffle intra-cardiaque et

(1) Voir les n°s 12, 15 et 17.

(1) Voir pour plus de détails, le travail de M. le professeur Potain, sur la respiration saccadée, *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, février 1877.

se modifiait de la même façon que ces souffles ; il s'atténuait beaucoup dans la position assise. Mais, pour le moment, ce n'est point là ce qui doit nous arrêter. Il y avait donc un souffle anémique à la base du cœur.

En auscultant la pointe nous entendîmes un autre souffle qui, étant donnée l'histoire de la malade, pouvait au premier abord être pris pour un *souffle d'insuffisance mitrale*. Mais en examinant avec attention, il était aisé de constater que ce souffle n'était pas absolument au premier temps ; il ne se propageait pas vers l'aisselle gauche ; de plus, il ne s'accompagnait d'aucune des modifications du pouls en rapport avec une insuffisance mitrale. Il avait, au contraire, un certain nombre des caractères des souffles extra-cardiaques ; c'est ainsi qu'il se passait dans la partie du cœur recouverte par le poumon et cessait juste au point où commençait la portion découverte du cœur ; de plus, il était plus superficiel qu'un souffle intra-cardiaque, et au lieu de coïncider juste avec la systole ventriculaire, il suivait ce temps de la révolution du cœur ; il était *postsystolique* : Tous ces signes sont, on le sait, des caractères des souffles extra-cardiaques en général. Mais, outre ces modifications, nous en constatâmes d'autres qui relèvent plus directement du sujet que nous étudions. Le souffle *diminuait* beaucoup dans la *position assise*. Ce signe n'était évidemment pas encore suffisant pour affirmer le souffle extra-cardiaque puisque nous le constations aussi dans certains cas de souffles intra-cardiaques ; et cependant il était important au point de vue du pronostic de se prononcer. Il restait à faire l'épreuve au moyen de l'*accélération des mouvements respiratoires*.

Cette épreuve fut parfaitement concluante. Après un exercice un peu violent, la malade fut prise de palpitations assez fortes ; en même temps les mouvements respiratoires s'accélérèrent. Or, l'auscultation pratiquée à ce moment permit de constater que le souffle avait beaucoup diminué d'intensité, bien que les contractions du cœur fussent plus fortes. — Or, *cette diminution d'un souffle, dans ces circonstances, est un signe de souffle extra-cardiaque*. C'est toujours dans ces conditions que les souffles extra-cardiaques diminuent ou même cessent complétement, et cela pour les raisons que nous avons indiquées précédemment.

Pour les souffles intra-cardiaques, c'est absolument le contraire qui se passe, ils augmentent lorsque le malade s'est livré à quelque exercice plus violent que de coutume.

Voici donc un fait qui montre bien l'importance des modifications des souffles, au point de vue du diagnostic et du pronostic, puisque la malade pouvait être regardée comme atteinte d'affection cardiaque si l'on ne s'en était tenu qu'à la constatation d'un souffle à la pointe du cœur survenue dans le cours d'un rhumatisme articulaire.

Nous disions plus haut que les souffles extra-cardiaques modifiés, ainsi que nous l'avons fait ressortir, n'avaient par eux-mêmes aucune gravité.

Cela est vrai ; mais si, dans un grand nombre de circonstances, ces souffles se produisent, pour ainsi dire, à l'état normal, il ne paraît pas moins certain, suivant nous, que les conditions qui favorisent leur apparition, se réalisent lorsque les battements du cœur deviennent plus énergiques et plus fréquents.

Or, un sujet chez lequel on découvre un souffle extra-cardiaque, doit être examiné et suivi avec beaucoup de soin, puisque le souffle indique souvent une disposition du cœur à avoir des palpitations. Cette disposition est toujours fâcheuse, elle indique une faiblesse du cœur qui par conséquent résiste mal, et peut se laisser facilement forcer.

Le souffle extra-cardiaque acquiert ainsi, comme on le voit, une grande valeur. Il importe beaucoup de savoir le reconnaître, ce que l'on fera en procédant avec méthode et en lui imprimant les modifications étudiées précédemment, afin de ne pas le confondre avec un souffle intra-cardiaque organique, ce que l'on serait quelquefois tenté de faire, surtout lorsque l'on constate en même temps le souffle des palpitations.

Il est utile ensuite de reconnaître si le sujet qui le présente n'a pas un cœur facilement irritable, ce qui est important au point de vue du pronostic.

Ce dernier point nous semble de la plus grande valeur. *M. le professeur Potain*, dans sa remarquable leçon d'ouverture de cours de pathologie interne, a signalé la plus grande fréquence des affections cardiaques à la suite des grandes guerres. Les soldats, en effet, à cause des émotions violentes qu'ils éprouvent, sont sujets à avoir des palpitations qui prédisposent évidemment leur cœur à devenir malade. Or, il est certain que les affections cardiaques consécutives à ces fortes émotions se développent chez des individus dont le cœur était primitivement faible, sujet à palpiter. Le souffle extra-cardiaque bien constaté peut donc, dans une certaine mesure, mettre sur la voie et faire reconnaître cette mauvaise prédisposition de l'organe central de la circulation. (*A suivre*).

MALADIES DES PAYS CHAUDS.

Affections de la peau,

Par le Dr **VIGUIER.**

Parmi les maladies de l'Inde, quelques-unes des plus graves s'observent presque uniquement sur les natifs, telles sont la lèpre et l'éléphantiasis. Il est bien rare aussi que les serpents, les scorpions et les cent-pieds atteignent les Européens, leurs trop nombreuses victimes sont presque toujours des natifs.

Le genre de vie et une hygiène meilleure, indépendamment des influences de race, expliquent la rareté des premières maladies chez les blancs ; quant aux morsures d'animaux, ils en sont protégés par l'habitude de marcher habillés et surtout chaussés; le bruit qu'ils font effrayant et faisant presque toujours fuir l'animal, au lieu que l'Indien, qui marche nu-pieds, arrive sans bruit sur le serpent, le touche souvent et celui-ci, se retournant, fait une blessure d'autant plus dangereuse qu'aucun vêtement n'est interposé entre ses dents et la peau.

Mais, en revanche, l'Européen est exposé à d'autres accidents dont les natifs sont ordinairement exempts ; nous citerons, entre autres, diverses affections de la peau, généralement peu graves, mais excessivement fréquentes.

La chaleur détermine une sueur abondante, encore augmentée par la quantité de boisson que l'on absorbe journellement; il en résulte bientôt une irritation inflammatoire des conduits excréteurs des glandes sudoripares, connue sous le nom de bourbouilles (prickly-heat des Anglais). Cette affection est caractérisée par l'apparition de très-petites vésicules accompagnées d'un prurit intense ; elle n'a pas de siége spécial et peut s'observer sur tous les points du corps, bien qu'elle soit plus rare sur les parties habituellement découvertes, comme la face et les mains. Elle est intimement liée à la transpiration et s'il est des personnes qui transpirent abondamment sans avoir de bourbouilles, on ne les observe jamais sur les personnes qui transpirent peu. La nature de ces vésicules est établie par leur mode d'apparition et de disparition ; elles apparaissent, en général, brusquement et si parfois elles conservent le même aspect pendant longtemps, elles peuvent aussi disparaître presque subitement sous l'influence d'un bain froid ou de toute autre cause d'abaissement de la température qui supprime la transpiration.

Les affusions froides que chacun fait une ou plusieurs fois par jour, amènent toujours un soulagement complet et tant que la transpiration est supprimée, il n'y a pas de douleur, à moins que la peau ne soit en contact avec du savon ou toute autre substance un peu irritante, comme les eaux de toilette, etc.; mais quand la transpiration tend à se rétablir on sent, avant que le corps soit humide de sueur, des picotements intolérables qui diminuent d'intensité quand la transpiration est de nouveau franchement établie. Il est bien difficile de supprimer les bourbouilles, et presque tous ceux qui mènent une vie un peu active en souffrent plus ou moins pendant tout l'été. On emploie avec avantage un savon phéniqué (carbolic soap) qui détermine, la première fois qu'on s'en sert, une cuisson assez vive, mais rend ensuite les bourbouilles à peu près insensibles.

Après les bourbouilles, l'affection cutanée la plus commune est l'eczéma, siégeant ordinairement entre les cuisses

et envahissant fréquemment les bourses, mais pouvant aussi s'observer sur d'autres points du corps. Cette maladie, bien plus grave que la précédente, est parfois d'une ténacité désespérante, les poussées se succèdent rapidement et toute la partie interne des cuisses ne forme qu'une vaste surface ulcérée d'où s'écoule une sérosité très-abondante qui incommode beaucoup le malade. Ce n'est que sur les limites de l'ulcération que les vésicules d'eczéma sont nettement reconnaissables.

La santé générale n'est pas ordinairement altérée, et la plupart des malades continuent à vaquer à leurs occupations; ils n'en éprouvent pas moins une gêne considérable.

Pour arriver à la guérison, il faut avoir recours à un traitement général : un régime doux et même un peu débilitant, quelques purgatifs, auxquels on joindra l'eau de Vichy et souvent aussi une petite dose d'arséniate de soude (de 0,003 à 0,005 milligr. par jour) produisent de bons effets. Comme traitement local, le meilleur moyen est d'appiquer une forte couche de ouate que l'on renouvelle dès qu'elle est trop mouillée; on supprime ainsi presque complètement la douleur causée par les mouvements et ce topique, très-facile à maintenir en place, absorbant bien la sérosité, facilite beaucoup la guérison.

Tous les ans, à la fin de la saison des pluies, certaines personnes sont atteintes de furoncles parfois très-nombreux et pouvant revêtir le caractère de l'anthrax.

J'ai observé plusieurs fois une éruption discrète de bulles assez volumineuses (du volume d'un pois environ), siégeant sur diverses parties du corps, mais surtout sur les doigts et les avant-bras. Cette éruption, qui s'accompagnait d'un léger malaise était, du reste, sans gravité et guérissait sans traitement au bout de quelques jours. L'état de malaise qui l'accompagnait fut cause que la première fois que je l'observai, je me demandai si je n'avais pas affaire à une des formes légères de la dengue ; mais le peu de gravité de la maladie et l'absence de douleurs consécutives me firent abandonner cette idée; il s'agissait évidemment d'une sorte de pemphigus bénin.

Parmi les maladies de la peau auxquelles sont exposés les Européens, je citerai encore les piqûres de moustiques qui peuvent être assez nombreuses pour déterminer une véritable maladie. J'ai vu des gens tellement maltraités qu'on eût dit, à première vue, une éruption de variole: dans un cas, les boutons siégeant presque tous au front simulaient la corona veneris.

J'ai observé, à bord du *Meïnam*, une véritable épidémie d'herpès circiné. Sous l'influence du climat, cette maladie qui, du reste, présentait ses caractères ordinaires, devenait assez douloureuse. Près du quart de l'équipage en fut atteint. La cause de cette propagation du mal était probablement que les premiers malades avaient échangé leurs couvertures avec d'autres matelots qui furent ainsi atteints, probablement aussi l'abondance de la sueur favorisait le transport et la dissémination du parasite.

---

38. Pilules sédatives (Ricord).

Camphre	}	āā 3 grammes.
Thridace	}	
Mucilage		q. s.

F. s. a. 20 pilules.

Quatre à six le soir, pour faire cesser les érections douloureuses, dans l'uréthrite aiguë et la balanite.

39. Injection contre la cystite chronique (Ricord).

Nitrate d'argent cristallisé	50 centigr.
Eau distillée	100 grammes.

Faites dissoudre.

A l'aide d'une sonde introduite dans la vessie, on injecte de l'eau dans cet organe ; on la laisse sortir immédiatement, puis on la remplace par la moitié de la solution caustique, qui est évacuée à son tour, après une minute environ de séjour.

Le lendemain et le surlendemain, on fait des injections, avec un mélange à parties égales d'eau de goudron et de décoction de pavot ; puis, le troisième ou le quatrième jour, on revient, s'il y a lieu, à l'injection de nitrate d'argent.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Essai d'urologie clinique. — La fièvre typhoïde (1).
(*Suite et fin*).

Dans les études de chimie clinique, il ne suffit pas de faire des analyses très-sévères, il faut surtout se servir avec sagacité des faits que l'on a recueillis. M. Albert Robin a compris toute l'étendue de cette difficulté et il nous dit « que pour utiliser les matériaux considérables, mais souvent contradictoires qui ont été accumulés par les savants de tous les temps, il faut un fil conducteur, en un mot, une *méthode* : » La méthode de M. Robin procède à la fois, dit-il, de la méthode d'observation et de cette méthode d'expérimentation dont M. Claude Bernard a fait un si brillant usage. Mais cette assertion ne nous suffit pas, car nous savons que les programmes ne valent guère que par la manière dont on les exécute. Voyons la méthode à l'œuvre.

Or pour utiliser les matériaux contradictoires, M. Robin étudie indistinctement toutes les urines des malades qu'il observe, en notant leurs autres symptômes. Les observations recueillies d'après ce principe sont réunies en *dossiers* afférents à chaque groupe pathologique. Et lorsqu'on trouve entre un caractère de l'urine et d'autres symptômes un rapport constant, on regarde ces relations comme autant d'hypothèses directrices *à posteriori* que l'on contrôle par de nouvelles observations cliniques. Voilà la méthode de M. Robin ; c'est celle qu'on pourrait appeler la *méthode des dossiers*. Et il y a loin de cette méthode au *déterminisme* de M. Claude Bernard. Il ne suffit pas de recueillir au hasard et d'empiler des faits, il faut savoir les chercher et les approfondir. Sinon on se livre à un travail bien fatigant et peu fructueux. Il est humainement impossible et absolument inutile d'analyser chaque jour les urines de tous les malades d'un service et d'autre part il peut être intéressant d'analyser le sang, la sueur, les matières fécales chez certains d'entre eux. Sans une idée directrice, on peut laisser échapper des faits très-importants, et les découvertes que l'on peut faire sont abandonnées à l'imprévu. Ce n'est pas que nous voulions livrer les recherches scientifiques aux chances aléatoires de l'hypothèse. Cependant comme il est utile de prévoir avant de voir, nous croyons qu'il faut, avant d'entreprendre un travail, se faire une idée des faits que l'on va trouver. Mais si dans le cours du travail, on s'aperçoit que l'idée première est inexacte, il faut se hâter de l'abandonner ; quand elle aura rempli son rôle d'excitant à l'investigation, on doit la quitter à temps ; c'est là le propre des vrais expérimentateurs. Jamais le hasard n'a produit les grandes découvertes, il n'est pas assez habile pour une pareille tâche ; il passe toujours à côté.

En suivant la *méthode des dossiers*, préconisée par M. Robin, on donne une place trop considérable à la statistique. « Et la statistique, a dit M. Claude Bernard dont M. A. Robin invoque l'autorité, n'est que l'empirisme généralisé ; elle est déplacée dans les questions vraiment scientifiques : les moyennes entre des résultats contraires, entre des affirmations opposées, ne peuvent avoir ni valeur, ni signification. Il faut tenir compte, sous peine de

(1) Par M. Albert Robin. Thèse de doctorat, 1877.

ne pas comprendre la réalité des choses, des circonstances qui ont changé le sens du phénomène ; il faut savoir se placer dans des conditions identiques et lorsqu'on fait varier la situation, savoir à quel élément doit être attribuée l'influence pertubatrice (1). »

Voilà la vraie méthode d'investigation, et M. Robin ne semble pas s'y astreindre toujours. Ainsi lorsque (p. 92), il nous parle des variations de l'urée dans la fièvre typhoïde, il nous donne les moyennes obtenues dans 17 cas observés par lui. Or, que nous importent les moyennes ? Nous disent-elles quels sont les phénomènes si fréquents et si difficiles à bien considérer, qui ont pu perturber la sécrétion ou l'excrétion de l'urée ? Et est-ce sur une moyenne de 17 cas, ainsi pris en bloc, que l'on pourra établir des considérations de quelque valeur ? *Non numerandæ sed ponderandæ sunt observationes.*

M. Robin nous dit que pour étudier l'urologie clinique, il se sert de la méthode des dossiers ; mais il aurait dû nous avertir qu'il a deux ordres de dossiers : des dossiers cliniques et des dossiers chimiques. En effet dans la note de la page 21 nous lisons ces lignes : « J'ai commencé l'étude chimique des pigments et des chromatogènes de l'urine afin de savoir si la chimie était sur ce point d'accord avec la clinique, mais rien n'est encore terminé. » Eh bien, nous pensons, qu'une étude entreprise avec une pareille méthode ne sera jamais terminée. Comment veut-on en effet que la clinique ne soit pas d'accord avec la chimie ? Si ces deux sciences sont en désaccord, l'une des deux se trompe certainement ; ou plutôt ni l'un ni l'autre ne se trompe ; mais comme ni les chimistes ni les cliniciens ne sont infaillibles nous pouvons bien admettre qu'ils peuvent commettre une erreur. Et il est trop commode de dire pour se disculper ; la clinique et la chimie sont en contradiction. Soyons bons cliniciens et bons chimistes, et alors nous trouverons l'accord parfait.

M. Robin applique cette méthode de la séparation de la chimie et de la clinique à l'étude des colorations de l'urine et, nous devons avouer, qu'il n'en résulte pas une grande clarté. M. Robin nous dit qu'en versant de l'acide nitrique méthodiquement dans une urine on peut voir apparaître une teinte bleue ou une teinte rouge. La teinte bleue est due à la décomposition de l'*Indican* et la teinte rouge à la décomposition de l'*urohématine*. Il y a donc deux chromatogènes : l'indican, chromatogène du bleu ; l'urohématine, chromatogène du rouge (voyez p. 21). Quand l'urine fermente on voit aussi apparaître les colorations bleues et rouges. Voilà ce qui s'est passé, nous dit M. Robin : l'indican et l'urohématine ont été dédoublés sous l'influence de la fermentation, en indigose et en rouge d'une part, et d'autre part en un corps incolore, l'indiglucine (voyez p. 37). Plus loin, l'auteur revient sur ce sujet et nous dit que dans le catarrhe des voies urinaires, l'indican a fermenté et s'est dédoublé en indigose et en indiglucine ; l'urohématine fermente aussi et donne du rouge. Ainsi voilà, qui est clair, M. Robin nous affirme qu'il y a deux chromatogènes : l'un pour le bleu, l'autre pour le rouge.

Mais il paraît que c'est la clinique qui vient de parler ainsi, et comme le clinicien et le chimiste ne voient pas les couleurs de la même façon, M. Robin nous dit qu'après avoir étudié chimiquement les chromatogènes, il pense qu'il serait possible que les deux chromatogènes de l'urine ne fussent chimiquement qu'une seule et même substance, donnant en se dédoublant tantôt du rouge, tantôt du bleu. M. Robin ne nous dit pas, il est vrai, sur quoi il fonde cette pensée, et comment il veut mettre la clinique en désaccord avec la chimie. Mais nous allons donner à M. Robin chimiste, un argument contre M. Robin clinicien. Quand on soumet à une oxydation faible l'indigose, que l'on appelle aussi indigotine ou indirubine ou même urrhodine, cette substance se transforme en *Isatine*.

Or, l'isatine est un corps rouge qui, en solution, est d'une teinte rouge foncée. Et il est très-possible que, se produisant sous l'influence des acides étendus ou de la fermentation, il donne une coloration rouge à l'urine. De cette façon on peut regarder l'indican comme l'unique chromatogène de l'urine, par suite des deux réactions successives.

$$\underset{\text{Indican.}}{C^{26}\,H^{31}\,AzO^{17}} + 2\,(H^2O) = \underset{\text{Indigotine.}}{C^8\,H^5\,AzO} + 3\,\underset{\text{Indiglucine.}}{(C^6\,H^{10}\,O^6)}$$

Et

$$\underset{\text{Indigotine.}}{C^8\,H^5\,AzO} + O = \underset{\text{Isatine.}}{C^8\,H^5\,AzO^2}$$

Ce n'est là qu'une hypothèse et il faudrait pour affirmer le fait trouver de l'isatine dans l'urine, et je ne crois pas qu'on l'ait jamais cherchée. Mais, comme cette hypothèse est rationnelle, elle prouve qu'il ne faut pas être aussi affirmatif que l'était tout à l'heure M. Robin, quand il nous disait avec assurance : Voilà ce qui s'est passé ; les deux chromatogènes ont été dédoublés. Et nous voudrions que notre hypothèse contribuât à réconcilier M. Robin, chimiste, avec M. Robin, clinicien. En effet, rien ne l'empêchera de penser que, lorsqu'il trouve une coloration rouge de l'urine, il a affaire à une oxydation un peu plus avancée que lorsqu'il trouve du bleu. Et de cette façon il ne sera pas obligé d'admettre un corps nouveau, l'urohématine, que personne n'a jamais isolé et dont l'existence est purement hypothétique.

Mais, du reste, l'auteur ne craint pas d'admettre des corps dont l'existence n'est pas admise par les chimistes. Ainsi, après nous avoir dit (p. 32) que l'hémaphéine et l'inochrome sont des substances identiques, M. Robin étudie les variations de l'hémaphéine dans la fièvre typhoïde (p. 139). Or, personne n'a retrouvé cette substance décrite par Simon, et qui n'était qu'un mélange indéfini. Nous trouvons au moins hasardé de faire servir au diagnostic et au pronostic les variations d'un corps qui n'existe pas. Mais peut-être M. Robin nous objectera-t-il que dans ce chapitre il fait de la clinique et non de la chimie ; et que l'une de ces sciences peut être en désaccord avec l'autre !

Grâce à ce désaccord, à travers les chapitres qui ont trait aux colorations de l'urine, nous ne voyons pas bien clair, au milieu de la multiplicité des teintes qui nous éblouissent et nous aveuglent. Ainsi, l'urohématine (qui n'existe pas) nous donnera une teinte *rose de Chine* quand elle est en proportion normale, et *grenat* ou *rouge hyacinthe* quand elle est augmentée. Le ton d'*acajou vieilli* est caractéristique de l'hémaphéine (qui n'existe pas non plus). Lorsque l'acide nitrique produit des stries d'un grenat très-foncé, noirâtres, et que le fond du verre devient *noir par réflexion* et *grenat noirâtre par transparence*, c'est qu'il

(1) *Revue scientifique*, 19 octobre 1872.

y a augmentation considérable d'urohématine, d'hémaphéine et d'indican. Cette technique, ajoute M. Robin (p. 22), est d'une extrême sensibilité et d'une rapidité presque instantanée. Trop d'instantanéité, à notre avis ! Et au milieu des acajous vieillis et des roses de Chine, on ne voit que du noir.

Ce n'est pas avec des méthodes aussi peu précises que l'on peut doser les matières colorantes de l'urine, et nous ne reconnaissons pas une plus grande exactitude aux procédés plus compliqués que nous donne M. Robin dans les pages suivantes. Comment s'y retrouver entre les *rouges brunâtres* et les *bruns rougeâtres*, les *bleus foncés à reflets rougeâtres* et les *rouges brunâtres à reflets violets*, les *jaunes sales* et les *jaunes rougeâtres*. C'est cependant sur des teintes aussi vagues que M. Robin fonde toute sa méthode de dosage, qu'il juge si un produit augmente, diminue ou reste stationnaire. Nous avouons que nous ne pouvons accorder aucune valeur scientifique à toutes les assertions contenues dans le XIVe chapitre de l'urologie de la fièvre typhoïde. Ce n'est pas en nous montrant des couleurs à l'infini, que l'on arrivera à caractériser en partie une maladie ou la période d'une maladie. Car on ne sait pas à quelles substances sont dues ces colorations. On est obligé de louvoyer au hasard entre les mille teintes du prisme. C'est là de l'empirisme, et de cet empirisme incertain qui n'est qu'une excroissance funeste de l'expérience.

Lorsque M. Robin traite de l'odeur de l'urine, il s'étend à plaisir sur des détails qui n'ont véritablement pas d'importance scientifique. Ainsi, nous dit-il, l'urine qui exhale l'odeur fade du *pain bouilli* contient de l'albumine. L'odeur de *macération anatomique* est un signe de suppuration des voies urinaires. Celle du *moût de raisin* indique une urine sucrée qui commence à se décomposer. Nous nous demandons si c'est là de la chimie. Peut-être M. Robin nous répondra-t-il que c'est de la clinique. Alors il est absolument inutile aux cliniciens d'avoir recours aux chimistes, pour faire regarder et sentir leurs urines.

Nous venons de voir que M. Robin sacrifie quelquefois à l'inexactitude dans ses procédés dosimétriques. Aussi nous désirerions savoir comment il dose chacun des éléments urinaires dont il étudie les modifications. Or, il oublie plusieurs fois de nous le dire. Ainsi nous ignorons complètement quelles précautions il prend pour doser les matériaux solides de l'urine. Cette opération est fort délicate; tous les chimistes qui l'ont pratiquée souvent, ont été frappés des résultats discordants qu'ils obtenaient. M. Magnier de la Source a étudié l'an dernier devant la Société chimique, l'étendue de ces variations qui peut être considérable quand on ne se met pas à l'abri des principales causes d'erreur (1). Lorsqu'on se contente d'évaporer progressivement l'urine jusqu'à 110 degrés, une partie de l'urée se décompose en acide carbonique et ammoniaque. Quelques auteurs avaient proposé de neutraliser l'urine avec l'hydrate de sodium, pour empêcher cette décomposition de l'urée dont l'agent principal serait le phosphate acide de sodium. Mais, M. Magnier a démontré que cette précaution était insuffisante et que l'urée pure disparait en partie spontanément à 100°. Lorsqu'on se contente d'évaporer à siccité, on peut avoir une erreur de 25 0/0. Ce procédé ne donne pas de résultats comparables entre eux; et pour atteindre ce but, M. Magnier propose avec raison d'abandonner dans le vide 1 ou 2 gr. d'urine à l'évaporation spontanée. Après 24 heures, on a un poids qui ne varie pas pendant 6 jours, en présence de l'acide sulfurique concentré.

On pourrait aussi se servir d'un autre procédé qui nous a donné des résultats constants, mais qui est un peu compliqué. On place 5 cent. cubes d'urine avec de l'acide oxalique et du plâtre dans un tube droit, réuni par un tube coudé à un appareil en U contenant du chlorure de calcium. De cette façon on fait en même temps deux dosages qui se contrôlent l'un l'autre : on dose l'eau dans l'appareil à chlorure de calcium, et les matières solides qui restent dans le tube droit. On peut chauffer ce tube au bain d'huile à une température assez élevée, sans que l'oxalate d'ammoniaque formé se décompose. Ce procédé a un avantage; c'est que le résidu contenu dans le tube droit est tout préparé pour être mélangé à la chaux sodée afin de doser l'azote total de l'urine. Les causes d'erreur sont assez faibles et proviennent pour le dosage des matières solides de la perte de l'acide carbonique, et pour le dosage de l'eau de la solubilité de ce même acide carbonique; mais comme cette dernière erreur est négligeable, la pesée du tube à chlorure de calcium donne exactement le poids de l'eau. En conduisant l'opération avec prudence pendant une heure, on a des poids qui ne varient plus quand on continue à chauffer.

Pour la recherche de l'albumine, M. Robin nous recommande un procédé bien incertain, et que nous n'adopterons jamais, quoiqu'il soit proposé par M. Gubler. D'après l'auteur, l'albumine, dans la plupart des cas de fièvres typhoïdes, est en assez faible proportion pour que la chaleur et l'acide nitrique combinés, l'acide phénique, l'acide picrique, etc., ne la décèlent pas. Il faut donc, nous dit M. Robin, verser lentement de l'acide nitrique le long de la paroi du verre qui contient l'urine, puis regarder par transparence sur un fond noir ; s'il se produit un diaphragme opalin à limite inférieure diffuse, mais à bord supérieur nettement séparé par une couche d'urine transparente d'une légère hostie d'acide urique, c'est qu'il y a de l'albumine. — La clinique se contente peut-être d'un pareil examen ; mais la chimie ne fait pas ses diagnostics par des hauteurs de couches. Dans un liquide aussi complexe que l'urine, est-il sage d'affirmer qu'au second étage vous avez de l'acide urique et au premier de l'albumine ; savez-vous si vos paillettes ou votre givre de nitrate d'urée ne peuvent pas vous induire en erreur, et pouvez-vous affirmer que tout votre acide urique va monter à la partie supérieure du vase comme les grenouilles barométriques quand le temps change ? Et même, en dehors de ces objections, vous n'avez aucun droit d'affirmer la présence de l'albumine. L'albumine a des caractères précis en quelque faible proportion qu'on la trouve. En dehors de ces caractères, il n'y a pas d'albumine vraie. M. A. Robin semble avoir prévu cette observation, car, à la page 106, il nous dit qu'il n'est pas éloigné d'admettre que l'albumine urinaire trouvée au début de la fièvre typhoïde, doit être rapprochée du groupe des albuminoses. Or qui dit albuminose, dit peptone, et les peptones ont un certain nombre de caractères communs indiscutables. Entre autres, ils ne précipitent ni par la chaleur ni

(1) *Bulletin de la Société chimique* ; 5 juin 1870.

par l'acide nitrique ; il est donc impossible que le trouble produit par le procédé signalé plus haut soit causé par une albuminose. Tout au plus, si on obtient par l'acide nitrique un précipité que l'on ne fait plus naître par la chaleur, pourra-t-on dire que l'on est en présence d'un albuminate alcalin.

M. Robin adopte quelquefois sans discussion les hypothèses les plus hasardées. Ainsi en étudiant l'origine de l'indican, il adopte l'opinion de M. Gubler, qui est la suivante : « l'indican est de l'albumine à peine brûlée, dont le carbone serait presque intact, mais qui aurait toutefois fixé sur son hydrogène assez d'oxygène pour devenir dyalisable » (p. 33). On ne viendra plus nous dire, que c'est là de la clinique, c'est de la chimie et de la chimie transcendante par excellence. Mais elle me semble avoir des vues si élevées, qu'elle se perd dans les nues. Pour faire de semblables rapprochements, il faudrait connaître la constitution et les rapports moléculaires des éléments qui composent l'albumine et l'indican. Or, nous n'en savons absolument rien ; on peut tout au plus prévoir après les beaux travaux de M. Schutzenberger que les albumines rentrent dans la classe des amides ; mais c'est là une pure hypothèse ; et quant à l'indican, on ne sait rien sur sa nature. Aussi les rapprochements entre l'indican et l'albumine sont livrés à la fantaisie la plus grande. En outre, si l'on compare la composition centésimale de l'albumine et celle de l'indican, on voit qu'elles ne permettent en aucune façon d'accepter l'hypothèse adoptée par M. Robin. Il suffit de comparer les deux formules :

Indican, $C^{26} H^{31} AzO^{17}$.
Albumine, $C^{72} H^{112} Az^{18} SO^{22}$.

Nous ne voulons certes pas chasser les hypothèses de la science. « Nul ne peut échapper aux hypothèses, disait Axenfeld dans sa leçon d'ouverture, l'essentiel est d'en avoir de bonnes. Or, elles sont bonnes, elles sont excellentes même, quand elles remplissent cette double condition, de partir de l'observation et d'y ramener. » Nous retrouvons dans ces sages paroles la vraie méthode expérimentale, celle de M. Claude Bernard, méthode qui repousse bien loin les conjectures sans fondement.

Au XVIIe siècle, le célèbre chimiste Boyle, reprochait aux médecins de mêler la chimie à leurs vagues rêveries. Serions-nous, par hasard, destinés à rétrograder de deux siècles ? Nous doutons qu'avec des procédés si peu exacts, et avec une méthode de raisonnement aussi aventureuse, on puisse créer pour les maladies des syndrômes urologiques simples et précis. Ceux que M. Robin nous donne sont très-compliqués et nous ne voyons guère quels services immédiats ils peuvent rendre à la clinique qui a à sa disposition des moyens d'investigation beaucoup plus simples et beaucoup plus sûrs. Il faudrait, pour suivre le programme urologique de M. Robin, se donner beaucoup de peine pour obtenir des résultats peu utiles. En ce qui concerne la fièvre typhoïde, il est bien difficile d'arriver à une grande précision à cause des perturbations incessantes qui compliquent la maladie et nécessitent des divisions et des sous-divisions à l'infini. En outre, l'état actuel de la science ne permet aucune certitude à ce sujet, car, pour avoir un miroir exact de la nutrition, il ne suffit pas d'analyser les urines, il faudrait le plus souvent analyser les sueurs, les matières fécales, les autres liquides pathologiques et même les gaz de la respiration.

Avant tout, dans cet ordre de recherches, il importe de connaître parfaitement les procédés analytiques et les réactions des différents corps. On n'acquiert ces connaissances que par un séjour assidu dans les laboratoires, et une étude incessante des mémoires scientifiques. Sinon, on ne fera jamais de vrais travaux originaux. Un critique délicat, Ximenès Doudan, a dit avec juste raison : « Il n'y a de véritable originalité en tout que sous les dernières couches de l'érudition ». Pour bien prévoir, pour bien voir, il faut bien savoir.

Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait pas de nombreux chapitres utiles à retenir dans la thèse de M. A. Robin. Bien au contraire, le travail dont nous venons de parler est l'œuvre d'un travailleur distingué. L'ensemble des matériaux qu'il contient sera apprécié par les médecins. Et c'est justement parce que nous avons vu avec regret quelques taches obscurcir ce tableau, que nous avons cru devoir les signaler. Nous avons relevé tous les passages qui nous ont semblé renfermer la trace d'une méthode dangereuse à notre avis, afin d'empêcher qu'elle ne se propage, grâce à l'autorité du nom de l'auteur. G. DAREMBERG.

Un progrès à la Faculté de médecine de Paris.

Les progrès réalisés à la Faculté de médecine de Paris ne sont pas chose si commune qu'on oublie de les enregistrer quand, par hasard, il s'en produit. Aujourd'hui, si nous en croyons l'*Union médicale*, la Faculté a amélioré le service de la Bibliothèque en prenant une mesure que nous avons réclamée plusieurs fois chaque année, depuis bien longtemps. Voici en quoi consiste le progrès en question :

M. Achille Chéreau, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, vient d'inaugurer, dans le service qu'il dirige, une innovation qui comble une lacune regrettable. Jusqu'ici les fascicules des journaux, publications périodiques, n'étaient pas communiqués aux travailleurs au fur et à mesure de leur apparition ; on les mettait soigneusement de côté pour être réunis au bout de l'année, pour être reliés, et c'est seulement en cet état que les étudiants en médecine pouvaient les consulter, c'est-à-dire que les publications périodiques perdaient le côté particulier de leur intérêt : l'actualité. A cette heure, il n'en est plus ainsi. Les fascicules glissés dans les cartons ou portefeuilles sur le plat desquels se trouve indiqué le titre du journal, et protégé ainsi contre les lacérations, les déchirures, les maculations, etc., sont largement mis à la disposition des lecteurs ; ils sont placés sur une table spéciale, où chacun peut les consulter à sa guise. Il y a maintenant 28 journaux français ou étrangers disposés ainsi.

Ceci nous semble démontrer d'une façon péremptoire que lorsqu'on défend une idée juste, utile, et que, en outre, on met de la persistance à la soutenir, on parvient à la faire mettre à exécution. Si, dans cette réclamation, nous avions été aidés par nos collègues de la presse, cette réforme aurait été accomplie il y a bien des années.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 *juin* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. CHATIN dépose sur le bureau, au nom de M. JOBERT, une note sur un helminthe de la famille des filaires trouvé chez un poisson.

M. LÉPINE appelle l'attention de la Société sur l'utilité des saignées dans certains cas d'épilepsie. Un garçon boucher de 23 ans, de stature athlétique, pléthorique (son sang renfermait 6 millions et demi de globules par millimètre cube) avait toutes les nuits plusieurs accès épileptiques : le malade avait résisté

à tous les traitements depuis deux ans, lorsqu'il entra dans le service de M. Lépine. Après avoir infructueusement employé le bromure de potassium avec la digitale, M. Lépine lui fit plusieurs saignées de 400 à 500 gr.; en même temps, il le soumit au régime des farineux et administra le bromure de potassium. Sous l'influence de ce traitement mixte les accès disparurent, en même temps que le chiffre des globules tomba à moins de cinq millions.

M. Cl. Bernard se souvient avoir vu souvent saigner les épileptiques pendant son internat à la Salpétrière.

M. Lépine a voulu contrôler l'opinion généralement admise d'après laquelle les bains de vapeur seraient nuisibles au début des accès de fièvre paludéenne: *à priori* cette manière de voir se justifie difficilement. M. Lépine a pu constater que quand on administre le bain de vapeur une heure avant l'accès, celui-ci est moins intense; dans un cas même, on obtint la guérison par ce seul moyen.

M. Rabuteau communique les résultats de quelques recherches sur le diamagnétisme animal. On sait que, quand on suspend entre les pôles d'un appareil de Faraday, des substances diverses, des tiges métalliques par exemple, elles prennent tantôt une direction axiale, tantôt une direction équatoriale: dans le premier cas, elles sont dites paramagnétiques, dans le second diamagnétiques. L'eau, le sang, le lait sont diamagnétiques. M. Rabuteau a eu l'idée de suspendre des grenouilles vivantes entre les deux électro-aimants: suivant que la partie du corps placée entre les deux pôles était la région moyenne ou une des extrémités de l'animal, on le voyait prendre une direction axiale ou équatoriale. Le sang, les muscles, et en général tous les tissus ont sans doute une action diamagnétique différente.

M. Pouchet a fait des expériences dans le même sens: elles sont restées entièrement négatives. De plus, dans ces conditions, il n'a constaté aucune modification du courant circulatoire ou des éléments du sang.

M. Laborde fait sous les yeux de la Société l'expérience suivante: que dans une solution de violet de Paris on verse une solution d'acide chlorhydrique au 2 millième, la liqueur prend une coloration vert bleuâtre, tandis qu'une solution d'acide lactique également au 2 millième ne détermine aucun changement de couleur. Or, le suc gastrique ne modifie pas la teinte du violet de Paris, on doit en conclure qu'il ne renferme pas d'acide chlorhydrique. M. Laborde a fabriqué un papier réactif imbibé de violet de Paris: appliqué sur la muqueuse stomacale, il ne change pas de couleur.

M. Berthelot fait remarquer qu'il faut une certaine quantité d'acide chlorhydrique pour déterminer la réaction. Du reste, M. Richet a entrepris dans son laboratoire une série de recherches encore inachevées et qui porteront la question de la composition du suc gastrique sur un terrain nouveau.

L. Dreyfus-Brisac.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juin 1877. — Présidence de M. Bouley.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire; sont présentés: en première ligne, M. Rochard; en deuxième ligne, M. Panas; en troisième ligne, M. Guyon; en quatrième ligne, *ex-æquo*, MM. Anger, Desormeaux et Desprès.

73 votants. — Majorité 37. — Ont obtenu: M. Rochard, 43 voix; M. Panas, 13 voix; M. Desormeaux, 13 voix; M. Desprès, 3 voix; M. Guyon, 1 voix. En conséquence, M. Rochard est proclamé membre titulaire de l'Académie de médecine.

Suite de la discussion sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. Guéneau de Mussy, partisan absolu de la contagion, vient répondre aux objections qui lui ont été faites, dans une des précédentes séances, par M. Jaccoud, et combattre la théorie de la spontanéité, récemment exposée par M. Chauffard. La longueur de la réplique de M. Guéneau de Mussy, jointe à l'heure avancée de la séance, ne permet pas à ce dernier de terminer la lecture de son travail. Nous attendrons donc le complément de cette communication avant d'en entreprendre l'analyse. — La séance est levée à cinq heures.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 mars 1877. — Présidence de M. Charcot.

Lymphadénome du testicule. — Rapport sur la candidature de M. Letulle, interne des hôpitaux au titre de membre adjoint; par M. Malassez.

Parmi les nombreuses et intéressantes communications que nous a faites M. Letulle, il en est une qui me paraît mériter plus spécialement votre attention. Il s'agit d'un cas de cancer primitif du testicule gauche opéré par M. Trélat au mois de février 1876 et que je reconnus être un lymphadénome type, à réticulum fin, à petites cellules (1).

Au bout de quelques semaines (fin mars), la cicatrisation de la plaie de l'opération était complète mais la tumeur s'était déjà généralisée.

Le malade sortit de l'hôpital; les tumeurs secondaires augmentèrent peu à peu; de la cachexie apparut. Il revint à l'hôpital au milieu d'août et mourut à la fin de septembre, sept mois après l'opération, épuisé, ne mangeant plus, vomissant chaque jour, souffrant des tumeurs cutanées, qui sont devenues d'énormes masses violacées, exulcérées.

La numération des globules faite quelques jours avant la mort (27 septembre) donne 3.200.000 globules rouges, 7.500 globules blancs par millimètre cube; soit 1 globule blanc pour 426 globules rouges. Donc pas de leucémie:

Autopsie. La *cicatrice* de castration n'offre qu'une induration diffuse, avec tuméfaction des ganglions du voisinage. Examiné au microscope, ce tissu de cicatrice est envahi par une production de tissu lymphatique constituée par un réticulum fin dans les mailles duquel se trouvent des cellules rondes semblables à des cellules lymphatiques. On trouve aussi des cellules plates sur les travées du réticulum. Tous les éléments du cordon sont dissociés. Les faisceaux conjonctifs réduits, tendent à disparaître. On retrouve au milieu du tissu lymphatique des faisceaux de fibres musculaires lisses, des vaisseaux et des nerfs.

Le *testicule droit*, volumineux, dur, n'offre plus trace du parenchyme testiculaire. Il existe simplement un tissu lymphatique différent du précédent en ce que le réticulum est formé de travées plus épaisses et plus rapprochées les unes des autres. Par des transitions insensibles on arrive à des portions uniquement constituées par du tissu fibreux infiltré de cellules lymphatiques.

Le tissu morbide ne suit pas le canal déférent, qui parait sain, mais le tronc vasculo-nerveux et atteint ainsi les ganglions inguinaux et iliaques envahis.

Ganglions lymphatiques. Les ganglions inguinaux iliaques et lombaires mésentériques sont envahis. Ils présentent des degrés divers d'hypertrophie. Cette hypertrophie porte principalement sur la portion folliculeuse des ganglions. De plus, il existe des travées fibreuses qui sont d'autant plus volumineuses que les ganglions sont plus gros. La portion folliculeuse s'hypertrophie suivant le type ordinaire. Dans les portions caverneuses on trouve, outre les globules blancs, des globules rouges en assez forte proportion: (ce qui causait probablement la teinte rougeâtre qu'offrait un grand nombre de ces ganglions). — Enfin, par places, on voit des cellules volumineuses altérées et dont on ne peut spécifier la nature.

Intestin. Sur l'intestin grêle, il existe un certain nombre de petites ulcérations arrondies, déchiquetées, taillées à pic, assez superficielles et un assez grand nombre de toutes petites saillies. L'examen de ces lésions revèle à leur niveau une infiltration de globules blancs mais pas de réticulum net.

Foie. Les parois de la vésicule biliaire sont très-épaisses. On y trouve une grande quantité de cellules lymphatiques mais pas de réticulum.

Les tumeurs de la peau sont constituées par un tissu lymphatique à réticulum fin, au milieu duquel on retrouve les vaisseaux, nerfs et tissu conjonctif préexistants.

Os. Les os du crâne présentaient en même temps qu'un aspect blanchâtre remarquable, une épaisseur considérable. Le tissu osseux en est friable. Le diploé n'existe plus. Au mi-

(1) Voyez: *Bulletin Société anatomique*, 1876, p. 149 et *Société de chirurgie* (février 1877) Discussion sur le *lymphadénome malin*.

croscope la substance osseuse est plus abondante tandis que les espaces médullaires sont très-étroits. Ce tissu est remarquable par la faible quantité de canaux de Havers. Sur certains points, on voit nettement des systèmes de Havers sans canal central.

Les *vertèbres* et le *sternum* présentent, au niveau du tissu spongieux, un aspect noirâtre remarquable; le tissu osseux est très-friable. De même, pour le tissu médullaire de l'humérus.

On trouve une infiltration de cellules rondes, mais on n'a pas pu apercevoir nettement de réticulum, il a été impossible de déterminer la cause de cette teinte noirâtre si prononcée des os que nous avons examinés.

Je ne crois pas qu'il existe de cas semblables dans la littérature médicale: ces tumeurs sont en effet très-rares; peut-être ont-elles été méconnues et prises pour des sarcomes à petites cellules, l'erreur est facile si on n'a pas le soin de chasser les cellules par le pinceau, cellules qui masquent le réticulum. Quant à moi, c'est le troisième cas qu'il m'a été donné d'observer: pour l'un d'eux je n'ai eu aucun renseignement clinique; pour l'autre, opéré par M. Péan, j'ai su qu'il s'était développé, peu de temps après l'opération, des tumeurs secondaires, dans l'abdomen et que le malade n'avait pas tardé à succomber.

Ces tumeurs paraissent donc d'une très-grande malignité et se rapprocher de tumeurs semblables qu'on observe dans les ganglions lymphatiques.

Nous avons cru intéressant de rapporter la fin de cette observation suivie en détails pendant de longs mois, ainsi que les résultats de l'autopsie. L'examen histologique a confirmé le diagnostic porté après l'opération et a montré la généralisation du tissu morbide dans tous les tissus de l'économie.

Rapport sur la candidature de M. H. de Boyer, au titre de membre adjoint de la Société Anatomique; par M. Longuet.

Depuis le mois de novembre 1874, la Société a bien voulu examiner plusieurs pièces présentées par le candidat. Alors qu'il était interne provisoire, M. de Boyer vous soumettait un cas d'*adénopathie bronchique cancéreuse* intéressant à plusieurs points de vue.

Un homme de 25 ans, opéré à l'étranger pour une tumeur testiculaire ulcérée, survenue après une arthrite blennorhagique, entrait deux ans après chez M. Moissenet avec des accidents de compression du côté des organes intrathoraciques: tout dans la marche de la cachexie, dans l'état des poumons semblait indiquer une adénie bronchique tuberculeuse; à l'autopsie on trouve une généralisation cancéreuse ayant procédé de bas en haut en intéressant successivement les ganglions lombaires, ceux du médiastin, des régions sus-claviculaires; le poumon était parsemé de nodules cancéreux, le foie en était criblé; enfin du côté droit le rein et la capsule surrénale avaient participé à l'altération qui envahissait également les corps vertébraux.

Cette observation est surtout remarquable par la précision avec laquelle les divers symptômes de compression observés pendant la vie avaient été expliqués par une dissection minutieuse des groupes ganglionnaires; cette démonstration s'accompagnait de dessins conservés dans l'album de la Société: Un point de pratique semble aussi ressortir de cette longue observation, c'est que la présence de ganglions dans la région sus-claviculaire peut, dans des cas douteux, être un signe de présomption pour diagnostiquer le cancer du poumon et du médiastin, plutôt que la tuberculose: ce qui est à l'appui des faits de Grisolle et de Walshe.

Pendant son internat aux Enfants, M. de Boyer eut l'occasion de présenter à la Société quelques pièces relatives aux lésions de l'*endocarde* dans le cours de la *diphthérie;* elles ne furent pas toutes suffisamment démonstratives pour entraîner la conviction; dans plusieurs observations cependant l'auteur put noter la coexistence de souffles et d'épaississements congestifs de la mitrale et même de la tricuspide; dans plusieurs cas des apoplexies pulmonaires, soit sous la forme d'infarctus volumineux, soit sous celle de foyers miliaires, semblaient plaider aussi en faveur des coagulations intra-cardiaques pendant la vie et venir ainsi à l'appui des travaux de *Labadie-Lagrave* et *R. Beverley*.

Signalons à la même époque un *cas de néphrite parenchymateuse*, une *myocardite* succédant à la *fièvre typhoïde*, et une fort intéressante *note comparative sur deux cas de chorée cardiaque:* ce travail était destiné à opposer deux observations dans l'une desquelles la chorée avait amené secondairement la mort par *asystolie,* tandis que dans la seconde le myocarde et le péricarde atteints avaient causé la *syncope* terminale.

Les deux enfants dont il s'agissait n'avaient eu aucune affection rhumatismale ou exanthématique capable d'engendrer une lésion cardiaque, seule la chorée était en cause.

La première malade, âgée de 11 ans, mourait avec un cœur énorme (600 gr.), altéré dans presque tous ses orifices; les poumons, le foie, les reins étaient le siége de lésions congestives; son attaque de chorée datait de 3 ans, n'avait duré que 6 semaines, et l'endocardite avait été diagnostiquée dans le cours de cette affection.

La seconde malade, au cours d'une deuxième attaque de chorée, fut prise d'accidents cardiaques et mourait quatre mois après, par le mécanisme de la syncope, sans avoir jamais présenté de troubles asystoliques. A l'autopsie on trouvait un cœur altéré dans sa fibre et dans sa séreuse péricardique, et des lésions aortiques.

Mais ces deux observations ne sont pas seulement intéressantes comme opposition et comme pièces à l'appui du mémoire de M. Roger (Arch. méd. 1862): dans le second cas on avait noté des troubles de l'intelligence et le début à forme paraplégique de la chorée. L'examen des centres nerveux, fait avec un soin minutieux, démontra la présence d'une méningo-encéphalite frontale déjà ancienne et d'altérations médullaires consistant principalement en une asymétrie marquée de la moelle, une méningite cervicale récente, une augmentation de volume de la corne grise à droite, sans lésions cellulaires accompagnées de lacunes, de points ramollis à droite dans la substance de Rolando.

Des lésions analogues ont été signalées dans le cerveau et dans la moelle. Monod, Rœser, Lélut, Hutuy ont signalé celles de la substance corticale et des méninges, dans le cas de Blache on trouva une méningite purulente: Rokitansky, Lackast, Demme, ont noté des lésions médullaires diverses, enfin Marcé dans le tome XI des *mémoires de l'Académie de médecine* 1861 a fait l'étude de l'état mental des choréiques. On avait aussi recherché avec soin s'il n'y avait pas quelque lésion des masses ganglionnaires ou des pédoncules. MM. Magnan, Gray, Meynert, Serre et Lépine d'après M. Charcot, ont en effet signalé dans la chorée des lésions variables de ces divers points d'encéphale.

Depuis cette note, nous signalerons quelques communications toutes récentes du candidat; une *singulière lésion intestinale,* latente, trouvée sur un vieillard de Bicêtre, formant des tumeurs pisiformes, sanguines, situées sur le trajet des artères sous la muqueuse même de l'intestin et consistant en enroulements vasculaires, en pelotons comparables comme aspect aux glomérules de Malpighi et semblables aux tumeurs cirsoïdes des téguments.

Citons encore un beau cas de *lipome arborescent du genou* (pièce déposée au Musée) et deux observations d'*hémorrhagie cérébrale* ayant produit de vastes lésions des méninges des parois ventriculaires, et de grands épanchements extra-cérébraux sans s'accompagner de convulsions cloniques, mais seulement de contractures tétaniques et d'une élévation considérable de la température.

Les observations de M. de Boyer sont toutes intéressantes par elles-mêmes et aussi par la précision des détails qu'elles renferment, aussi croyons-nous pouvoir vous proposer, messieurs, d'agréer sa candidature au titre de membre adjoint.

Rapport sur la candidature de M. Dave au titre de membre adjoint de la Société; par M. P. Oulmont.

Dans une des dernières séances, M. Dave a présenté à la Société anatomique des pièces extrêmement curieuses, provenant d'une malade morte d'inanition dans le service de M. le Dr Raynaud.

On trouvait l'estomac et toutes les parties sous-jacentes du tube digestif parfaitement sains, tandis que l'œsophage présentait une dilatation énorme, au niveau de laquelle la muqueuse était parsemée d'ulcérations. Malgré la rareté du fait, le présentateur crut pouvoir conclure à l'existence, pendant la vie, d'un rétrécissement spasmodique de l'œsophage. Ce qui est certain, c'est qu'après la mort il y avait passage très-facile d'un liquide injecté dans le tube digestif pendant les dernières minutes de la vie, de l'estomac dans l'œsophage et réciproquement. D'ailleurs le cardia admettait parfaitement l'extrémité du doigt. Les communications semblent avoir été plus difficiles pendant la vie, et une fois au moins la sonde œsophagienne ne put pénétrer dans l'estomac.

Au niveau du cardia, les parois œsophagiennes étaient parfaitement saines, à l'œil nu du moins, et nous doutons fort que le microscope eût pu déceler l'existence d'un rétrécissement organique disparu depuis la mort. Il reste donc deux hypothèses : la paralysie de l'œsophage, ou la contracture de sa partie inférieure. L'intermittence des accidents, le rejet brusque des aliments (Brinton), enfin l'intégrité parfaite des fibres musculaires, constatée depuis par un examen histologique, semble devoir faire rejeter l'existence de la paralysie. Quant aux ulcérations, le même examen a montré qu'elles étaient des ulcérations simples, dues probablement à la présence plus ou moins longue des aliments qui ne pouvaient franchir le cardia.

On pourrait encore faire cette hypothèse : que les ulcérations, résultant d'une œsophagite ancienne, ont déterminé une contracture réflexe. — Mais c'est là une simple hypothèse. Quoique extrêmement rares, les faits d'œsophagisme terminés par la mort existent cependant. En dehors des cas d'hydrophobie, on en a un cas au moins, relaté par Pomer dans *The Lancet* (1866). Il s'agit d'un homme à l'autopsie duquel on trouva l'œsophage parfaitement intact.

Les cas non mortels sont plus communs ; il s'en trouve entre autres deux beaux dans la thèse de M. Seney (1873) sur l'œsophagisme chronique. — Dans l'un il y avait évidemment dilatation. Dans un cas de Brinton (1866, *The Lancet*), il semble y avoir eu plutôt paralysie ; l'autopsie, comme dans le cas qui nous occupe, montra une dilatation énorme de l'œsophage.

Quoi qu'il en soit, le fait présenté par M. Dave nous a paru digne d'attirer votre attention. D'ailleurs, le candidat a d'autres titres à votre bienveillance. Il a présenté à la Société un grand nombre de pièces intéressantes, entre autres :

Un cancer de l'intestin généralisé au péritoine ;

Des noyaux fibreux du myocarde, reste d'ancienne myocardite, avec affection mitrale et apoplexie pulmonaire.

Un sarcome volumineux du maxillaire inférieur.

Un cancer généralisé avec noyaux dans le cœur, etc.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer, messieurs, d'admettre M. Dave au titre de membre-adjoint de la Société.

Séance du 23 mars. — Présidence de M. Charcot.

Néphrite interstitielle. Petits reins rouges contractés ; par P. J. Baronoff, externe des hôpitaux.

Goudy C..., 46 ans, couturière, entrée le 14 février 1877 à Lariboisière (service de M. Jaccoud). D'après les renseignements qui nous ont été donnés par la malade, elle avait des antécédents pathologiques douteux, son récit révélait une diathèse de nature rhumatismale.

A son entrée à l'hôpital, elle nous dit qu'elle était venue déjà dans notre service, pour la même affection en 1875 et qu'elle en était sortie améliorée. Depuis cette époque, elle ne peut exécuter que des ouvrages peu fatigants ; mais dans ces derniers temps la maladie a pris une marche aiguë, qui l'a obligée à suspendre son travail et à entrer à l'hôpital. Le faciès dénote un état cachectique très-avancé, il y a un peu d'œdème des membres inférieurs, face pâle, œdème palpébral assez prononcé, abattement et affaiblissement considérable. Elle a eu outre de la dyspnée habituelle, anorexie, le peu qu'elle mange, elle le rend ; en dehors de toute alimentation, elle a même des vomissements persistants, pas de diarrhée, plutôt de la constipation. Elle a de temps en temps de la dyspnée, avec paroxysme, toux et crachats abondants.

A l'auscultation de la poitrine, on entend des râles humides disséminés dans toute la poitrine en arrière, surtout aux deux bases. Quant à l'auscultation du cœur, on trouve un souffle manifeste à la pointe : celle-ci est abaissée de deux espaces intercostaux et en même temps elle est portée à gauche ; aucune autre lésion des orifices valvulaires.

L'*urine* présente les caractères suivants : Dans les premiers jours de son entrée, la quantité de l'urine était de 6 à 700 grammes en 24 heures, très-peu albumineuse, l'urée à son taux normal d'abord, mais plus tard, l'urée était un peu diminuée et la quantité de l'urine n'était que de 300 grammes au moins et de 500 grammes au plus en 24 heures. L'acide urique était aussi un peu diminué, la densité de l'urine n'était que de 1008 à 1012.

Durant cette période la malade, loin de marcher vers l'amélioration, se sentait plus oppressée ; de temps en temps la dyspnée était accrue. — Pas d'hémorrhagie ni par voie nasale, ni par voie utérine, elle n'avait pas non plus d'hématémèse. La rate paraissait grosse, le foie au contraire était d'un volume normal. La rétinite albumineuse était très-peu accentuée, elle était caractérisée surtout par un nuage qui disparaissait quelquefois, ces troubles visuels, d'ailleurs, n'avaient pas une marche continue.

10 *mars*. La face pâle, les pupilles dilatées, le pouls lent, la respiration ralentie et en outre il y avait des vomissements.

12 *mars*. Cinq jours avant sa mort, la diminution de l'urine était plus accentuée, la malade était dans un état de somnolence.

13 *mars*. L'état de la malade était plus grave, la quantité de l'urine était de 300 grammes en 24 heures.

14 *mars*. Urine 250 grammes, la densité 1006 contenait très-peu d'albumine. La malade était dans un état comateux, l'excrétion urinaire presque nulle, à peine 200 grammes, l'urée notablement diminuée. La malade est décédée le 15 à 11 heures du matin.

Autopsie. — *Poumons* sains, mais un peu congestionnés, rien dans la plèvre. *Foie*. De volume normal, mais assez dur et recouvert de larges plaques blanchâtres formées aux dépens de sa capsule. *Rate*. Volumineuse, très-friable, molle. *Cœur*. Très-volumineux, jaune de cuir, le ventricule gauche très-hypertrophié et peu dilaté, oreillette gauche un peu dilatée aussi. Aorte athéromateuse. Le cœur gauche contient une quantité considérable de caillots cruoriques. *Utérus*. parfaitement sain. *Reins*. Petits tous deux à peu près également, ils pèsent 41 grammes chaque ; ils n'ont que 9 centimètres de longueur et 4 centimètres de largeur ; consistance ferme, coloration rouge, capsule adhérente, la substance corticale atrophiée très-fortement.

L'examen microscopique fait au laboratoire de M. Robin, a montré qu'il y avait des dépôts de dégénérescence amyloïde autour et dans les vaisseaux des glomérules.

Ecrasement de la jambe gauche. — Amputation de cuisse. — Mort 9 mois après par infection purulente. — Pas d'atrophie des circonvolutions cérébrales ; par M. Brun, interne des hôpitaux.

Leroy Louis, âgé de 34 ans, journalier, entre le 5 juin 1876, (service de M. Desprès), salle Cochin, lit n° 6. Un sac de farine tombant sur sa jambe gauche l'a écrasée en produisant des désordres tels que l'amputation est jugée nécessaire. Elle est pratiquée le jour même au tiers inférieur de la cuisse. Une ostéomyélite ayant entravé la guérison, le malade se trouve encore à l'hôpital au moment où nous prenons le service, le 1er janvier 1877. Il ne reste plus sur le sommet du moignon qu'une plaie de la largeur d'une pièce de 2 francs environ qui le 20 janvier et le 12 février est touchée avec de l'amadou caustique.

Le 28 février, sans cause appréciable, frisson très-violent qui se reproduit le lendemain avec la même intensité. En même temps le malade se plaint de point de côté à droite et de dyspnée. A la base du poumon droit on trouva un peu de matité et un souffle doux en un point très-limité.

3 *mars*. L'hypochondre droit est très-douloureux surtout à la percussion, les conjonctives prennent une teinte jaunâtre.

4 *mars*. L'ictère se prononce de plus en plus. Tous les soirs petits frissons accompagnés de sueurs. Subdélirium. *Mort* le 12 mars.

AUTOPSIE. — Des abcès métastatiques multiples dans le foie. La rate et le poumon confirment le diagnostic d'infection purulente tardive porté pendant la vie. *Encéphale*. Les hémisphères cérébraux ne présentent pas trace d'atrophie des circonvolutions. Le lobe paracentral, les circonvolutions frontale et pariétale ascendante sont très-développés du côté droit comme du côté gauche. L'amputation, il est vrai, ne datait que de 9 mois 1/2.

Epithelioma volumineux du cuir chevelu chez un jeune homme; par M. Louis SAINT-ANGE, interne des hôpitaux.

Le nommé Queste Gustave, 24 ans, charcutier, entre le 9 mars 1877, salle Saint-Gabriel, n° 3. (Service de M. Léon LABBÉ) à la Pitié.

Ce malade nous raconte que depuis l'âge de 13 ans, il a porté dans la région pariétale du côté droit en arrière et près de la ligne médiane, une petite tumeur du volume d'un gros pois, indolente et de consistance assez ferme. — Cette tumeur, au commencement de l'année 1874, se mit à grossir tout à coup, sans cause appréciable : incommodé de cette difformité le malade alla au mois de juin consulter un médecin, qui fit au niveau de la tumeur une application de pâte de Vienne et complétant l'opération à l'aide du bistouri, enleva (dit le malade) une masse dure d'aspect charnu. — A la suite de cette extirpation, la petite plaie resta longtemps en voie de cicatrisation.

Le malade entra au service le 1er janvier 1875 ; là des cautérisations au nitrate d'argent activèrent la cicatrisation qui finit par être complète.

Au mois d'avril 1875, le malade changea de garnison et fut soumis à des marches prolongées. A la suite, dit-il, des frottements répétés du sac contre la cicatrice, celle-ci fut détruite ; la plaie se rouvrit. — En dépit de cautérisations au nitrate d'argent et de greffes épidermiques, la plaie cette fois ne se ferma pas et une nouvelle tumeur se développa au contraire à son niveau.

Au mois de mars 1876, une seconde tumeur se forma à côté de la première, dans la région occipito-pariétale droite et acquit bientôt un volume plus considérable qu'elle. L'ablation fut pratiquée à l'aide du bistouri ; mais la cicatrisation ne put encore être obtenue, et la tumeur se reproduisit.

Vers la fin de 1876, quelques hémorrhagies se produisirent. Le malade toutefois n'avait pas de douleurs. L'état général se maintenait toujours à un degré satisfaisant. L'affection suivant constamment une marche progressive, le malade fut libéré le 6 février 1877.

Un mois après, il se décide à entrer à l'hôpital et à réclamer une nouvelle opération. Nous le trouvons dans l'état suivant :

Dans la région occipito-pariétale droite, il existe une tumeur du volume du poing, qui se continue au-delà de la ligne médiane avec une tumeur d'un aspect semblable, du volume d'un œuf de poule. — Ces tumeurs sont dures, elles sont ulcérées dans toute leur étendue et la surface est accidentée, végétante et un peu friable. — Elles saignent facilement au moindre contact, à chaque renouvellement de pansement, l'hémorrhagie qui se produit alors, est assez abondante, mais s'arrête facilement à l'aide d'une compression un peu forte. — Aux limites de la tumeur qui est bien circonscrite, la peau est saine et l'os sous-jacent ne parait avoir subi aucune altération. — Dans la région sous-occipitale, il existe deux ganglions tuméfiés et de consistance dure.

L'aspect général du malade est d'ailleurs satisfaisant. La face est pâle, ce qu'expliquent suffisamment les hémorrhagies répétées des derniers temps, mais sans teinte spéciale. — Les forces ne sont pas altérées ; l'appétit est conservé. — Le malade n'accuse pas la moindre douleur, soit spontanée, soit provoquée par les pansements.

Le 20 mars, M. Marchand pratique l'ablation de la tumeur. — Incision de la peau à quelques millimètres de cette dernière, à l'aide du thermo-cautère Paquelin. On ne peut éviter une hémorrhagie assez considérable, mais moindre assurément que celle à laquelle on devait s'attendre par l'incision au bistouri ; on place une ligature (à l'aide d'une suture) sur l'occipitale droite et sur deux artérioles moins importantes. — Dans un deuxième temps, on détache la tumeur des parties profondes à l'aide du bistouri et de la rugine. — L'os est sain.

La large dénudation de l'os ainsi produite dans une étendue de 12-15 centimètres, a permis d'observer les phénomènes curieux de la vascularisation et du bourgeonnement qui préparent, dans le cas de dénudations osseuses, la formation du tissu fibreux cicatriciel. Aujourd'hui (6 avril), sans autre pansement que l'application de charpie et de compresses phéniquées, ce processus est en bonne voie et permet de prévoir une guérison prochaine. — La tumeur enlevée a été examinée au Collége de France, par M. Malassez, et le diagnostic d'épithélioma s'est trouvé confirmé.

M. TAPRET présente les poumons d'un enfant de 3 mois, mort de phthisie aiguë.

M. RIBEMONT présente un utérus bicorne.

Cerveau d'un homme amputé de la jambe depuis trente ans ; par FÉRÉ et MAYOR.

L..., âgé de 37 ans, cordonnier, entre le 12 mars 1877 dans le service de M. Bernutz.

Ce malade n'a pas d'autres antécédents de famille que ce fait : son frère est mort de la poitrine à l'âge de 15 ans. — Lui-même présente quelques signes de scrofule dans son enfance (adénites sous maxillaires terminés par suppuration). A l'âge de 8 ans, on lui ampute la jambe droite au tiers supérieur pour une affection qu'il ne caractérise pas bien, mais qui a succédé à une blessure du pied produite par des chaussures mal faites.

Depuis cette époque il s'est toujours bien porté. — Il y a quatre mois seulement, il commença à tousser. De plus, actuellement, il semble avoir la figure un peu bouffie, et cependant aucun autre symptôme ne peut faire soupçonner chez lui l'albuminurie. L'examen des divers appareils démontre les faits suivants : Le cœur et les organes abdominaux paraissent sains. — Quant aux poumons, le sommet droit offre des signes de cavernes (souffle caverneux, pectoriloquie et gargouillements) tandis que le lobe inférieur ne présente que de la matité avec des râles bullaires secs et assez fins. — A gauche, le sommet semble simplement induré (souffle tubaire, bronchophonie, matité) tandis qu'à la base on entend des râles fins, secs et superficiels.

Les urines sont fortement albumineuses.

Les membres sont mesurés par comparaison à droite et à gauche. — On se convainc que les deux jambes offrent exactement la même longueur (39 centimètres du grand trochanter à la tubérosité externe). — Quant à la circonférence de la cuisse prise à trois travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la rotule elle est de 27 centimètres pour le membre droit et de 34 cent. pour le membre gauche. — 19 *mars*. Le malade meurt subitement sans avoir présenté d'autres symptômes.

AUTOPSIE faite le 20 mars. — Le cœur est sain ainsi que l'aorte. — Le poumon droit présente deux cavernes assez grandes dans son lobe supérieur, et des granulations tuberculeuses nombreuses, groupées irrégulièrement et arrivées à la période de caséification dans tout le lobe inférieur. Le poumon gauche adhère dans toute son étendue à la plèvre pariétale par des adhérences celluleuses mais assez solides. Son lobe supérieur présente une masse grosse comme un œuf de pigeon, constituée par des granulations tuberculeuses jaunes à leur centre. — Cette masse est entourée d'une gangue de tissu conjonctif. — Le lobe inférieur est simplement congestionné.

Le foie est très-peu gras. L'estomac est sain. La rate, très-augmentée de volume et un peu diffluente, ne présente pas par la solution d'iode, la réaction de la matière amyloïde.

Quant aux *reins*, ils ne sont pas augmentés de volume ; leur surface est lisse. Le rein gauche semble sain. Mais le droit est

un peu décoloré et à la coupe ses deux substances sont pâles; cependant les vaisseaux sont fort bien dessinés sur la substance corticale. La solution d'iode ne colore aucune de leurs parties en brun foncé. — Au microscope on reconnait qu'il y a une congestion très-marquée. Les petits vaisseaux aussi bien dans la substance médullaire que dans la corticale sont dilatés, remplis de globules sanguins. — Sur quelques points il y a un peu de desquamation des cellules épithéliales qui, devenues granuleuses, sont tombées au centre du tube, mais la plupart des tubes contournés ou droits sont sains. Il n'y a pas de cylindres hyalins, pas de néphrite interstitielle. Quant à l'examen de la cavité encéphalique et des rapports de ses parois avec les circonvolutions cérébrales, il a donné les résultats suivants:

Le crâne est bien conformé et symétrique (diamètre longitudinal maximum 171 mm. diamètre transverse maximum 130 mm. diamètre transverse minimum 98 m.). L'ossification des sutures est très-avancée. La suture sagittale n'est presque plus apparente dans son tiers postérieur. — L'angle occipital forme une légère saillie.

On pratique sur la voûte du crâne six trous de 4 mm. de diamètre dans les points suivants: Un de chaque côté à 1 centimètre en dehors du bregma; un de chaque côté à 1 centimètre en dehors du lambda; un de chaque côté sur le stephanion (le point d'intersection de la suture coronale et de la ligne courbe temporale se trouve exactement de chaque côté à 55 mm. en dehors du bregma). Des fiches sont introduites par ces trous profondément dans le cerveau.

La calotte osseuse enlevée, on trouve la dure-mère parfaitement intacte. Le cerveau recouvert de cette membrane présente une longueur de 160 mm. On fait sur la dure-mère de chaque côté de la ligne médiane, immédiatement en dehors de la faux du cerveau une incision commençant en avant de l'orifice d'entrée des fiches bregmatiques et se prolongeant environ à 6 centimètres en arrière. De chaque extrémité de cette incision en part une autre de même longueur dirigée transversalement en dehors, ce qui permet de rabattre en dehors de chaque côté un lambeau quadrilatère, qui laisse à nu la partie moyenne des hémisphères, sans que leur forme soit modifiée. Les membranes internes sont ensuite enlevées avec soin. Une fois les circonvolutions mises à nu, on peut reconnaître facilement le sillon de Rolando.

L'extrémité interne de ce sillon est située exactement de chaque côté à 33 mm. de la fiche bregmatique correspondante. A sa partie externe il est à droite à 22 mm. de la fiche stéphanique, à gauche à 20 mm. seulement. Du côté gauche la circonvolution frontale ascendante est un peu plus mince que la droite. Mais la pariétale ascendante est au contraire plus épaisse qu'à droite.

Le cerveau étant complétement mis à nu on peut voir que les fiches introduites au niveau du lambda ont pénétré: celle de droite dans la lèvre postérieure, celle de gauche dans la lèvre antérieure de la scissure perpendiculaire externe, c'est-à-dire que la dernière est située à peu près à 2 mm. en avant de la première. Cette différence concorde assez bien avec celle qu'on a constatée pour la partie externe du sillon de Rolando. Mais elle est trop peu considérable pour qu'on puisse le regarder comme pathologique; on la rencontre souvent plus marquée sur des sujets sains.

En résumé ce cerveau ne présente qu'une anomalie importante: c'est l'avancement, égal des deux côtés, du sillon de Rolando, lequel devrait se trouver à 47 ou 48 mm. du bregma au lieu de 33.

Il n'y a évidemment aucune asymétrie dans le développements des deux hémisphères et pourtant si les points de repère n'avaient été déterminés avec soin, et si on s'était contenté d'une simple inspection de la surface du cerveau retiré de la cavité crânienne, on aurait pu croire, grâce à la disposition des circonvolutions ascendantes que nous avons décrites, que la frontale ascendante gauche avait subi une atrophie notable par le fait de l'amputation de la jambe droite.

M. Féré. Si on avait examiné ce cerveau comme on le fait d'ordinaire, après l'avoir enlevé du crâne, peut-être eût-on trouvé une différence dans la situation relative des deux sillons de Rolando; on en voit une en effet maintenant qu'il est affaissé sur cette table: grâce au procédé que j'emploie, j'ai pu m'assurer d'une manière certaine qu'il n'en existait pas. Si dans des cas semblables on se contente d'indiquer une différence de volume de deux circonvolutions homologues, la lésion peut et doit même rester douteuse, car il n'est point de cerveau normal sur lequel on ne puisse trouver quelque différence de cet ordre et les anomalies de forme des circonvolutions et des sillons sont aussi très-fréquentes. Ce qu'il importe surtout de constater, ce sont des atrophies régionales: ce procédé me parait propre à les faire apprécier assez rigoureusement. Dans la circonstance actuelle, non-seulement il m'a empêché de croire à une lésion absente, mais il m'en a fait apercevoir une qui eût certainement échappé, l'avancement symétrique des deux sillons de Rolando.

L'asymétrie, dans le cas présent, est si peu marquée qu'on peut la négliger, puisqu'on en rencontre souvent d'aussi prononcées sur des sujets sains; mais le fait n'est pas pour cela négatif, précisément à cause de l'avancement symétrique des deux sillons. Il ne me parait point en opposition absolue avec les faits connus. Je ne prendrai pour terme de comparaison que le seul cas où l'asymétrie ait été appréciée par ce moyen et est indubitable: il s'agissait d'une femme du service de M. Charcot, qui avait subi à l'âge de cinq ans l'amputation du bras gauche et qui mourut à 42 ans, et chez laquelle j'ai trouvé le sillon de Rolando avancé de cinq millimètres du côté droit.

Le fait actuel en diffère par deux circonstances: d'abord la suppression n'a porté que sur un segment du membre; et ensuite c'était sur un membre inférieur. Cette dernière particularité me paraît avoir son importance; car, lorsque c'est un membre supérieur qui est supprimé, celui qui reste est forcé d'agir pour deux; si c'est au contraire un membre inférieur, son congénère est réduit à une inaction relative. Or, si on admet que le développement de l'organe est en rapport avec l'exercice de la fonction, il devra en résulter dans les deux cas un arrêt de développement secondaire des régions motrices correspondantes du cerveau, qui devra être d'autant plus manifeste que le sujet était plus jeune au moment de l'amputation, et qui, dans le premier cas, sera unilatérale, tandis qu'elle pourra être bilatérale dans le second.

Le fait actuel se prête assez bien à cette interprétation. L'extrémité interne des deux sillons de Rolando est seulement à 33 millimètres en arrière du bregma. Or, chez l'homme, la distance rolando-bregmatique que j'avais d'abord trouvée de 48 millimètres sur huit sujets, s'est réduite à 47, 3 après l'examen de 30 nouveaux cas; le chiffre le plus bas que j'ai observé est 38 chez un idiot. Chez la femme, la distance rolando-bregmatique est en moyenne de 45 millimètres, et je ne l'ai trouvée que deux fois inférieure à 33, chez deux épileptiques idiotes. Sur quatre enfants depuis la naissance jusqu'à un mois, M. de la Foulhouze a trouvé une moyenne de 33, 25 (th. Paris. 1876, p. 53).

La réduction des distances rolando-bregmatiques est donc très-considérable sur ce sujet. On pourrait admettre, à la rigueur, qu'elle est exagérée par la synostose prématurée de la suture sagittale par un mécanisme analogue à celui qu'on observe dans les cas de suture métopique persistante. Ce ne serait du reste qu'une pure hypothèse; et le fait d'ailleurs fût-il démontré, qu'il serait insuffisant pour expliquer une différence aussi importante. On est donc en droit d'admettre ici un arrêt de développement qu'il sera intéressant de rechercher dans des cas semblables.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 juin 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Verneuil dépose une thèse d'un de ses élèves, sur des tumeurs de la région inguinale chez la femme. Ces tumeurs ont été appelées *kéloïdes*.

M. Saint-Germain, à propos de la trachéotomie de Neuilly, dont il a été question dans la dernière réunion, lit une lettre de M. Krishaber, dans laquelle, il dit qu'il a fait l'opération avec le thermo-cautère, mais qu'il s'est servi du bistouri pour

couper la trachée. Pour lui, la béance de la plaie est plus grande quand on ouvre la trachée avec le thermo-cautère, qui produit aussi un gonflement de la plaie persistant trois ou quatre jours soit que l'on se serve seulement du bistouri, soit que l'on emploie le thermo-cautère pour faire la trachéotomie, la cicatrice de la plaie est toujours la même. Il se résume en disant que chez les adultes et dans les cas de tumeur du larynx on doit préférer le galvano-cautère.

M. Paulet présente un enfant opéré de la trachéotomie il y a 20 jours, par M. Verneuil. La canule est restée douze jours dans la plaie qui n'est point encore cicatrisée. On s'est servi du thermo-cautère n'employant que le bistouri pour ouvrir la trachée.

M. Després, à propos de la lettre de M. Krishaber, dit que pour lui il pense que les hémorrhagies secondaires proviennent du corps thyroïde ouvert pendant l'opération. Il dit que chez l'enfant, lorsqu'on a enlevé la canule, la plaie se cicatrise promptement; il pense qu'il doit en être de même chez l'adulte. De plus, dit-il, il faut des circonstances exceptionnelles pour que la plaie reste longtemps béante, lorsqu'on opère avec le bistouri seul. — A propos de l'enfant présenté par M. Paulet; il dit que l'enfant respire comme si il avait une gène dans la trachée. Pour lui l'enfant aura un rétrécissement de la trachée.

M. Paulet. On a ouvert la trachée avec le bistouri. La trachée n'a pas subi de pertes. Il dit que le cornage n'existe pas et que ce bruit est produit, soit par une petite ouverture qui existe encore à la trachée, soit par le voile du palais qui, paralysé, vient flotter au niveau de la base de la langue.

M. Verneuil, répondant à M. Després, dit: qu'il n'y a pas de rétrécissement. Il cite deux cas dans lesquels l'opération a été faite entièrement avec le thermo-cautère, et il n'en est jamais résulté de perte de substance de la trachée ni de rétrécissement. Il pense que, par le thermo-cautère, on aura plus de succès que par le bistouri. Il est vrai, dit-il, que la plaie se cicatrise plus lentement, mais qu'importe. On reproche au thermo-cautère de produire des œdèmes et un travail ulcératif de la plaie, mais n'a-t-on pas à reprocher aussi ces accidents au bistouri.

M. Després. On ne manie pas avec autant de facilité le thermo-cautère que le bistouri. Souvent, dit-il, on est obligé d'abandonner l'opération et de plus on a eu des hémorrhagies secondaires. Il ne nie pas que l'enfant ait de la paralysie, mais il a aussi du cornage. Le rétrécissement peut être extérieur à la trachée et formé par des brides cicatricielles entourant la trachée.

M. Tillaux lit une observation sur la résection du nerf sous-orbitaire à son entrée dans son canal. Cette opération a été faite par lui sur une femme de tempérament lymphatique, âgée de 31 ans qui, depuis plusieurs années, avait des névralgies sous-orbitaires très-tenaces et qui, de temps en temps, rendait par le nez du pus provenant du sinus maxillaire. Il a d'abord fait, après avoir endormi la malade, une première incision au-dessous du globe de l'œil, puis une autre perpendiculaire à la première le long de l'aile du nez. Il a alors mis à nu le nerf qu'il a chargé et lié avec un fil. Dans un second temps, après avoir soulevé l'œil avec une cuiller, il a décollé la périoste de l'orbite. A ce moment, il s'est produit une légère hémorrhagie due sans doute à l'artère ethmoïdale. Puis, après avoir coupé l'os qui recouvre le canal du nerf sous-orbitaire il a sectionné celui-ci avec des ciseaux en ayant soin de ne pas toucher à l'artère. Cela fait, il a arraché le nerf en tirant sur la ficelle. Il a ensuite remis l'œil en place et pratiqué la suture des deux plaies. La portion du nerf enlevé mesurait 6 centimètres, ce nerf, examiné au microscope, ne présentait aucune lésion, il était seulement un peu hypertrophié. — La malade opérée le 7 mai est sortie complétement guérie le 18 du même mois. — On a exploré le sinus maxillaire qui contenait deux ostéophites que l'on a enlevés.

M. Duplay. On aurait peut-être pu éviter cette opération en explorant d'abord le sinus maxillaire, et en guérissant le sinus on aurait mis fin à cette névralgie.

M. Paulet. Cette opération a été décrite par M. Sédillot; selon lui M. Tillaux a compliqué l'opération en faisant une seconde plaie le long de l'aile du nez. Il se demande aussi pourquoi l'opérateur a cherché à enlever tous les filets du nerf.

M. Magitot demande pourquoi on a enlevé le nerf avant de soigner le sinus.

M. Lucas-Championnière dit qu'il est commun, après la résection d'un nerf, de voir la douleur reparaître au bout d'un certain temps; aussi croit-il que M. Tillaux a bien fait d'enlever le plus possible du nerf.

M. Tillaux dit que le sinus était ouvert depuis longtemps, qu'on l'avait exploré et qu'on avait essayé de plusieurs traitements. Répondant à M. Paulet, il dit qu'une simple section horizontale n'aurait pas permis d'arriver très-facilement à découvrir le nerf.

M. Duplay. Si largement qu'eût été ouvert le sinus, il ne l'a jamais été assez pour permettre d'enlever les tumeurs osseuses, et qu'il aurait peut-être été préférable d'ouvrir plus largement le sinus avant toute opération.

M. Rochart dit que M. Tillaux était en présence d'un cas très-déplorable, et qu'il a bien fait de ne pas regarder à pratiquer une incision de plus.

M. Forget craint que la maladie ne récidive, aussi engage-t-il M. Tillaux à s'informer de temps en temps de sa malade.

M. Polaillon parle de deux cas d'anus contre nature. Dans le premier, l'ampoule était assez superficielle. Il l'a alors perforée avec un très-fin trocart, l'a ensuite débridé et l'enfant a guéri. Dans un second cas, il n'a pu atteindre l'ampoule, il a été forcé de faire l'opération ordinaire de l'anus contre nature. Une fois la section des muscles pratiquée, l'intestin grèle est venu faire hernie au dehors; il a été alors obligé de pratiquer l'ouverture sur une des anses de cet intestin. L'enfant est mort au bout de trois jours.

A. G.

MALADIES DE LA PEAU

I. **De l'influence des émotions morales sur le développement des affections cutanées**; par F. Meyer, ex-interne de l'Antiquaille: th. inaug., Paris, 1876; chez A. Delahaye.

II. **De la symétrie dans les affections de la peau**; par Léo Testut, ex-interne des hôpitaux de Bordeaux: th. inaug. Paris 1877; chez A. Delahaye.

III. **Des différents procédés de trachéotomie dans le croup, et plus particulièrement de la trachéotomie en un seul temps**, par A. Boissier, interne des enfants-malades; th. inaug. Paris, 1877; chez A. Delahaye.

I. D'après des observations personnelles et d'après l'enseignement des auteurs français (en opposition complète avec celui des auteurs allemands, Hebra et Neumann notamment), le Dr Meyer montre que les émotions morales sont une cause occasionnelle fréquente de maladies cutanées.

Incapables de produire ces affections de la peau chez un individu sain, les émotions morales les déterminent au contraire avec facilité chez des sujets en puissance de diathèse herpétique.

Les affections sèches et humides sont sous l'influence de cet ordre de causes, mais celles-là bien plus fréquemment que celles-ci; parmi les affections sèches le psoriasis tient incontestablement le premier rang comme en témoignent les nombreux faits réunis par l'auteur.

Les troubles vaso-moteurs, visibles, incontestables, qui succèdent à toute émotion morale vive, aboutissent à des troubles de nutrition et deviennent, ainsi, l'intermédiaire, le procédé instrumental, par lequel les impressions morales font naître, chez les dartreux, les diverses affections cutanées; leur pronostic et leur traitement sont les mêmes que pour les maladies de peau survenues à la suite de causes différentes.

II. Le Dr Testut, en réunissant un nombre imposant d'observations de maladies de la peau, se propose d'appeller l'attention sur le caractère symétrique que présentent parfois les affections cutanées: puis, utilisant les découvertes récentes de la physiologie des centres nerveux cherche à donner à cet accident de la pathologie cutanée sa formule pathogénique.

S'inspirant de cette idée toute moderne que les affections de

la peau ne sont qu'une manière de troubles trophiques et doivent être rattachées comme tels à une altération organique ou fonctionnelle du système nerveux central ou périphérique; s'appuyant sur l'examen des faits cliniques et sur les résultats de la physiologie expérimentale, l'auteur admet, que les maladies cutanées doivent être liées à un trouble des nerfs vasculaires, lesés soit dans leurs noyaux d'origine intra-médullaire (action directe), soit dans leurs rameaux périphériques (action réflexe).

Une des parties les plus importantes de ce travail considérable est celle que le Dr Testut consacre à l'étude des conditions pathogéniques de la bilatéralité et de la symétrie dans les affections de la peau, bilatéralité et symétrie qu'il a pris soin d'établir sur des faits indiscutables. Pour l'auteur, l'origine de cette symétrie est tout entière dans une association morbide de deux centres vaso-moteurs homologues, les nerfs vasculaires qui partent de deux centres homologues, tenant sous leur dépendance la circulation de deux régions similaires.

Cette association se manifeste selon des modalités diverses et multiples : 1° quand les deux noyaux sont eux-mêmes le siége d'une lésion ; 2° quand les deux noyaux sont sollicités à une déviation fonctionnelle par deux réflexes partis de deux régions similaires; 3° quand une irritation unilatérale actionne à la fois, et le centre vaso-moteur du côté correspondant, et, par l'intermédiaire des commissures, le centre vaso-moteur homologue du côté opposé.

Dans le dernier chapitre sont groupés quelques beaux exemples de sympathie fonctionnelle et morbide entre les organes pairs ou les deux moitiés d'un organe symétrique placé sur la ligne médiane : les yeux, les oreilles, les testicules, les mamelles, les groupes musculaires homologues, les deux hémisphères cérébraux, etc. Ces faits de solidarité entre organes symétriquement disposés par rapport à la ligne médiane trouvent leur explication rationnelle dans les liens qui unissent entre elles l'innervation et la circulation de parties homologues, en même temps qu'ils apportent une confirmation nouvelle à l'interprétation soutenue par l'auteur pour la symétrie des affections cutanées.

Cet aperçu que nous donnons, en quelques lignes, de l'œuvre magistrale de M. Testut suffit pour indiquer son importance et pour montrer combien, cette méthode scientifique de comprendre et d'étudier les maladies de la peau, promet d'être féconde.

III. Faire connaître et apprécier la trachéotomie *en un seul temps*, ce procédé opératoire rapide, qui, *chez l'enfant*, présente d'inappréciables avantages, tel est le but poursuivi par le Dr Boissier.

Avant d'entrer dans la description minutieuse du procédé de M. de Saint-Germain, l'auteur consacre à l'historique de la trachéotomie, à l'examen des diverses méthodes opératoires et à la description des instruments nécessaires à l'opération, des pages pleines de renseignements puisés aux meilleures sources.

Etudiant ensuite l'anatomie de la région laryngo-trachéale, particulièrement en ce qu'elle a d'intéressant pour le cas qui l'occupe, l'auteur a pris soin d'insister :

1° Sur les points de repère importants offerts au chirurgien par le cartilage thyroïde et par la membrane crico-thyroïdienne ;

2° Sur la moindre profondeur et le plus grand diamètre offerts par le tube aérien au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, toutes raisons qui font de cette membrane le lieu d'élection pour la trachéotomie rapide ou par ponction.

Le terrain sur lequel doit marcher l'opérateur étant exactement délimité, le Dr Boissier décrit, dans ses moindrrs détails (aucun de ceux-ci ne saurait être omis) d'après la pratique et l'enseignement de M. de Saint-Germain, le *procédé en un seul temps*.

Deux aides sont indispensables : l'appareil instrumental se compose de deux bistouris (un droit à lame courte et un boutonné), d'un dilatateur et d'une canule.

L'enfant est couché sur un matelas dur placé sur une table, un rouleau (fait d'une bouteille ficelée dans un oreiller) sous la nuque : un des aides tient la tête en extension, l'autre immobilise le patient en se penchant sur lui. L'enfant étant solidement maintenu, l'opérateur se place à son côté droit, fixe le thyroïde entre le pouce, l'index et le médius de la main gauche, et cela, en le faisant saillir en avant : de cette façon la peau est si parfaitement tendue qu'apparaît le bord inférieur du cartilage thyroïde au-dessous duquel se sent une dépression transversale.

C'est au niveau même de cette dépresssion, que l'opérateur, tenant son bistouri comme une plume à écrire, le plonge (par véritable ponction) dans la membrane crico-thyroïdienne d'une longueur de un centimètre et quart, longueur, qui, exactement limitée par la position des doigts rend impossible la blessure de la paroi postérieure de la trachée, à plus forte raison la blessure de l'œsophage.

L'incision faite, l'opérateur (tenant toujours le larynx de la main gauche) procède à l'introduction du dilatateur ; puis, prenant celui-ci de la main gauche, introduit, de la main droite, la canule en la présentant de côté (la courbure de l'instrument regardant l'opérateur).

La canule mise en place et fixée, le dilatateur retiré, l'opération est terminée et le médecin n'a plus qu'à pourvoir aux soins consécutifs qui seront pour moitié dans la guérison : ces soins consécutifs sont étudiés en détail dans la dernière partie de la thèse au même titre que les accidents et les complications immédiates de l'opération.

Une statistique des trachéotomies faites par le procédé de M. de Saint-Germain, soit par lui, soit par les internes des Enfants-malades, montre que les résultats obtenus par cette méthode ne le cèdent en rien à ceux obtenus par les autres procédés opératoires : nous croyons même que si l'on pouvait posséder une statistique dans laquelle l'élément opératoire pût être pleinement apprécié, défalcation faite des complications inhérentes au jeune âge, à la faiblesse des sujets, aux lésions pulmonaires, à la malignité de la diphthérie, etc., etc, nous croyons que l'avantage resterait au procédé *rapide*, car très-certainement, l'hémorrhagie est moins fréquente et moins abondante, quand elle existe, dans ce procédé, que dans tout autre, pour cette seule raison que la trachée étant immédiatement ouverte, la respiration se fait vite et l'écoulement sanguin cesse. Nous ajouterons, que, à ce point de vue, la trachéotomie doit être préférée par les médecins qui ont peur du sang et qui ne peuvent, sans trembler, opérer par les méthodes de Trousseau et de Bourdillat ; par le procédé en un seul temps, la section des vaisseaux et l'ouverture de la trachée se faisant du même coup, en même temps, l'hémorrhagie est réduite à rien comme durée et comme intensité.

Sûreté, facilité, rapidité, simplicité, élégance même, tels sont les avantages incontestables du procédé que M. Boissier s'efforce de vulgariser d'après la pratique déjà considérable de M. de Saint-Germain : ainsi réglée, la trachéotomie, peut, *chez l'enfant*, être pratiquée par tous les médecins et en toutes circonstances et nous touchons à la réalisation du vœu de Lenoir qui demandait, pour le plus grand bien de l'humanité, que la trachéotomie « devînt aussi vulgaire que l'était la saignée. »

L. Landouzy.

BIBLIOGRAPHIE

Handbook for Nurses for the Sick. (Manuel pour les infirmières) ; par Miss Z. P. Veitch. J. et A. Churchill, éditeurs, Londres, 1876.

La lecture du livre dont nous allons rendre compte aux lecteurs du *Progrès médical*, nous confirme dans cette opinion, soutenue par le journal depuis longtemps, qu'une transformation considérable est en voie de s'accomplir dans une branche du service médical regardée jusqu'à ce jour comme secondaire, mais destinée, en vertu même du principe de la division du travail qui s'impose de plus en plus dans toutes les sciences et dans tous les arts, à prendre une importance dont le passé ne peut nous donner qu'une vague idée. Cette branche est celle qui comprend le service des infirmiers et infirmières ; et la transformation, on pourrait presque dire la

révolution qui s'accomplit dans ce service, consiste dans la substitution des laïques aux corporations religieuses et dans l'institution d'un enseignement spécial qui permettra d'exiger à l'avenir, de ceux et de celles qui se consacreront à cette profession, des connaissances et une expérience auxquelles ne peuvent suppléer ni la foi en Dieu ni l'amour du prochain, quelque sincères et désintéressés qu'ils puissent être.

Qu'il faille de hautes qualités morales pour remplir dignement et utilement un service qui exige des attentions, une douceur, une patience, un dévouement exceptionnels, cela n'est pas douteux, et nul ne soutiendra certainement que des connaissances techniques suffisent pour faire de bonnes garde-malades et de bons infirmiers, mais, d'un autre côté, le temps est passé où régnait cette conviction que les vertus morales pouvaient remplacer les connaissances techniques et que ces vertus morales étaient, par grâce divine et spéciale, l'apanage des personnes qui portaient l'habit religieux. Sur ce point la lumière est faite, tellement faite que ce n'est pas sans un sourire que nous voyons Miss Veitch elle-même appuyer l'excellent conseil qu'elle donne aux infirmières de ne pas négliger leur propre santé, sur cette injonction apostolique : « Glorifiez Dieu dans votre corps et dans votre esprit, qui appartiennent à Dieu. »

« Soigner les malades, ajoute-t-elle, exige l'exercice de toutes les vertus *chrétiennes*, patience, douceur, indulgence, bonté fraternelle, abnégation complète de soi-même. » Eh oui, Miss Veitch, soigner les malades exige tout cela. Nous ne vous reprochons qu'une chose : c'est de traiter d'exclusivement *chrétiennes* des vertus qui sont heureusement de tous les temps, de tous les pays et de toutes les confessions ou anti-confessions ; aussi vous aimons-nous bien mieux lorsque vous dites : « Les malades dont les plaies sont le plus repoussantes, à une seule exception près (pourquoi une exception ?), sont ceux auxquels il faut montrer le plus de bonté, car, pour peu qu'ils aient de bons sentiments, ce ne doit pas être une de leurs moindres souffrances que d'être obligés de demander des services qui, ils doivent le sentir, ne peuvent leur être rendus qu'en vertu des plus hauts principes d'humanité; et il ne faut rien moins que de tels principes pour amener une infirmière à montrer la même douceur et la même égalité d'âme à tous ses malades, *même aux ingrats et aux méchants*, aussi bien qu'à ceux qui sont bons et aimables. »

Ces grands principes d'humanité, également accessibles à la raison et au sentiment de tous, nous paraissent absolument suffisants pour motiver des conseils dont nous reconnaissons d'ailleurs toute la sagesse ; ils nous paraissent même infiniment supérieurs aux motifs tirés de la religion, et nous allons en donner un exemple frappant tiré du livre même de Miss Veitch. Parmi les diverses raisons qu'elle donne pour que les infirmières ne négligent point leur propre santé, nous trouvons celle-ci : « Une telle négligence peut être très-préjudiciable aux malades, ne fût-ce qu'en les exposant au risque d'un changement d'infirmière, nécessité toujours déplorable dans les maladies sérieuses. »

Le respect et l'amour de soi, parfaitement légitimes quand ils ne dégénèrent pas en égoïsme, la nécessité de se bien porter pour être capable de remplir des services toujours pénibles et souvent dangereux, l'utilité enfin de ne pas exposer ses malades à un changement d'infirmière au milieu de leur maladie ou de leur convalescence : voilà certes des raisons qui portent en elles-mêmes leur sanction et n'ont aucun besoin d'une sanction ultra-mondaine.

Cela dit, nous devons constater que le langage que tient Miss Veitch à toutes celles qui pourraient avoir l'idée de se faire infirmières, est celui de la plus haute raison. « N'embrassez pas cette profession, leur dit-elle, avec l'idée romanesque d'être *un ange sauveur*, se glissant comme une apparition bienfaisante, et dans un costume aussi gracieux que simple, à travers les salles de l'hôpital, suivie partout par les regards d'amour et les murmures de bénédiction des malades reconnaissants ; car jamais après cela vous n'auriez le courage d'affronter la réalité qui sera pour vous la vie d'une pauvre femme toujours fatiguée, harassée, épuisée, surmenée, et se demandant souvent si elle aura la force de persévérer. »

Voilà la triste vérité, mais la vérité qu'il faut dire ; car de longtemps encore, nous le craignons bien, les membres de cette utile profession ne pourront compter ni sur la grande considération qui est due à leur dévouement, ni même sur une équitable rétribution de leurs services. Toutefois, soyons-en sûrs, considération et rétribution augmenteront à mesure que les infirmières et les infirmiers s'élèveront en valeur morale et scientifique.

Mais que, sur ce mot de valeur scientifique, le lecteur n'aille pas juger que la ligne qui sépare les services des infirmiers et des infirmières des services du médecin et du chirurgien doive, selon nous ou selon Miss Veitch, disparaître. Nous croyons, au contraire, qu'elle doit s'accentuer davantage, et que c'est dans la spécialisation de plus en plus scientifique de leurs services que les infirmiers et les infirmières doivent chercher leur voie, se distinguer, et aspirer à une situation jusqu'ici sans précédents pour eux.

La seule liste des livres écrits par des infirmières comme Miss Nightingale, Miss Veitch et quelques autres dont les ouvrages font déjà autorité dans le monde médical, suffirait, s'il en était besoin, à prouver la thèse que nous soutenons. Or, plus une infirmière est savante, plus elle est convaincue de l'importance d'une stricte obéissance de sa part aux ordres du médecin.

« Un mot d'avis à toutes les infirmières, dit sur ce point Miss Veitch : *Obéissez implicitement aux ordres du docteur*. Il y a une grande différence entre une obéissance stupide et une obéissance intelligente, et c'est cette dernière que l'on vous demande. Une infirmière stupide poursuivra sa tâche les yeux fermés pour ainsi dire, et sans s'inquiéter des symptômes qui peuvent se produire ; une infirmière intelligente notera avec soin tous les symptômes d'un changement dans l'état du malade et en fera part le plus tôt possible au médecin de service, sans pour cela dévier un seul instant des ordres donnés. C'est, en effet, à celui-ci qu'il appartient de décider si une modification du traitement est nécessaire. Les infirmières sont quelquefois disposées à juger par elles-mêmes ou à *penser* que le docteur a voulu dire ceci ou cela. La meilleure infirmière est toujours la plus obéissante, parce qu'elle sait qu'elle est infirmière et non docteur. »

La seule énumération des sujets traités dans le livre de Miss Veitch suffirait à illustrer la thèse que nous soutenons. C'est d'abord, dans un chapitre préliminaire, l'examen des qualités et des défauts qui rendent une femme propre ou impropre au métier d'infirmière ; puis des règles générales pour la conduite des infirmières vis-à-vis des malades.

Ce chapitre n'est vraiment qu'une introduction au livre, lequel se compose de quatre parties principales consacrées : la première, à tout ce qui concerne le coucher des malades ; la deuxième, aux malades eux-mêmes et aux soins particuliers qu'exigent les diverses maladies ; la troisième, aux opérations chirurgicales et aux mesures à prendre avant, pendant et après les diverses opérations : la quatrième enfin, aux notes et rapports écrits des infirmières. Cette dernière partie contient en outre des instructions pour les infirmières attachées aux armées en temps de guerre, une table des abréviations employées dans les ordonnances des médecins, une table des poids et mesures et des diverses températures propres à chaque espèce de bains, et enfin un glossaire.

Nous ne pouvons ici faire autre chose qu'indiquer par un ou deux exemples l'esprit qui a présidé à l'œuvre de Miss Veitch et la façon dont cette œuvre a été exécutée. Rien ne peut mieux faire connaître l'esprit du livre.

« Bien que la plus grande partie de ce que j'ai dit s'applique également aux cas chirurgicaux et aux cas médicaux, on verra que dans cet ouvrage j'ai donné surtout des instructions pour ce qui regarde les premiers. J'ai agi ainsi de propos délibéré, par ce qu'il y a pour les soins à donner aux cas chirurgicaux plus de *règles générales*. Beaucoup dépend, dans le traitement des cas médicaux, du genre de traitement que le médecin veut suivre, et c'est de lui par conséquent que l'infirmière doit attendre les instructions auxquelles elle devra se conformer. En outre je suis d'avis que c'est dans le traitement des cas chirurgicaux que l'infirmière trouvera l'application la plus complète des règles qui font la base même de son art. Je sais bien qu'en parlant ainsi je vais à l'encontre de l'opinion de très-bonnes infirmières ; mais je sais aussi que beaucoup d'autres sont de mon avis. J'indiquerai donc brièvement mes motifs.

Dans les salles de chirurgie la quantité de travail qui doit nécessairement être accompli dans un temps donné, aussi bien que les conjonctures critiques qui peuvent se présenter, habituent les infirmières à disposer méthodique-

ment l'emploi de leur temps et les préparent à faire face, *sans perdre la tête*, aux éventualités soudaines. La nature même des soins qu'elles ont à donner affermit leurs nerfs, et c'est une des leçons les plus importantes pour toutes les femmes qui veulent devenir de bonnes infirmières et acquérir la promptitude de pensée et d'observation aussi bien que d'action. Ces choses ne s'apprennent ni si promptement ni si facilement dans les salles de médecine; c'est pourquoi j'engage les infirmières à commencer leur éducation dans les salles de chirurgie. La vérité est, d'ailleurs, que toute opération critique exige autant de soins médicaux que de soins chirurgicaux ; car il n'y faut pas seulement l'œil et la main exercée de l'infirmière des salles de chirurgie; il y faut aussi l'habileté et l'expérience dans l'alimentation des malades, partie souverainement importante des fonctions de l'infirmière dans les salles de médecine. Tels sont les motifs des conclusions auxquelles je suis arrivée. Je n'hésite pas à affirmer que, même alors qu'elles ne devraient pas partager mon opinion lorsqu'elles auront fini leur éducation dans les deux branches de leur profession, celles que mes observations auront pu déterminer à commencer leur éducation dans les salles de chirurgie, ne trouveront point qu'elles y aient rien perdu. »

L'esprit général du livre indiqué, il nous reste à montrer par une dernière citation comment Miss Veitch écrit lorsqu'il s'agit d'instructions spéciales.

« L'alimentation de ses malades est peut-être la partie la plus difficile de la tâche de l'infirmière, du moins dans les cas graves, car il est impossible d'énoncer sur ce point des règles précises, chaque individu variant, selon sa propre idiosyncrasie, dans la façon dont il prend sa nourriture; aussi est-ce à l'infirmière qu'il incombe d'avoir assez d'habileté et de jugement pour trouver la forme, la quantité et l'heure qui conviennent le mieux à chacun de ses malades. Je sais, par expérience, que les médecins eux-mêmes trouvent difficile de dire exactement à une infirmière quelle quantité de nourriture un malade doit prendre. Soit, par exemple, cette indication : *Petites quantités à fréquents intervalles*. C'est une règle que j'ai trouvée dans un livre à l'usage des infirmières et dans un passage où l'auteur insiste sur l'absolue nécessité des plus grandes précautions dans l'alimentation des malades. Mais quelle est l'exacte mesure d'une *petite quantité* et le laps de temps qui constitue des *intervalles fréquents* ?

» Il m'est arrivé de nourrir un malade en lui donnant un peu d'eau-de-vie et d'eau par parties égales toutes les dix minutes, pendant vingt-quatre heures d'affilée; un autre avec deux ou trois cuillerées à café d'eau-de-vie et de lait, d'eau-de-vie et d'œuf, ou de thé et de bœuf, toutes les heures ; un autre avec quatre cuillerées à café de nourriture liquide toutes les deux heures, accompagnées de lavements nutritifs donnés aussi à intervalles réguliers. Or, toutes ces quantités sont de petites quantités et tous ces intervalles sont des intervalles fréquents, et cependant ni les unes ni les autres ne se ressemblent.

» Voici la méthode que j'ai adoptée dans les cas graves et c'est celle que je recommanderais aux infirmières. Demandez au docteur quelle quantité de lait, de thé, de bœuf ou d'autre nourriture il désire que son malade prenne dans les vingt-quatre heures ; aussi quelle quantité de stimulant, si besoin est; puis, dressez une petite échelle de quantités et d'intervalles, en ayant soin de ne point oublier de laisser le temps nécessaire pour que le malade, s'il a une médecine à prendre, ne soit pas forcé de prendre en même temps médecine et aliments. N'oubliez pas non plus que la nourriture pendant la nuit est tout aussi nécessaire que pendant le jour; car quelques soins que vous preniez pendant le jour, tout sera perdu si vous négligez de nourrir votre malade la nuit. Toutefois il faut tenir compte aussi du temps du sommeil, et c'est justement dans l'arrangement de tous ces détails que la nécessité de beaucoup d'habileté et de jugement de la part de l'infirmière est si absolue. »

Nous nous arrêtons ici ; nous sommes convaincus que nous en avons dit assez pour faire comprendre à nos lecteurs le soin avec lequel cet ouvrage est écrit et l'importance de l'enseignement qui y est donné. A. T.

VARIA

Mort d'Artus.

Le corps de l'internat vient encore d'être cruellement éprouvé. Il y a deux mois à peine il perdait Richerand ; aujourd'hui c'est Artus, mort à l'Hôtel-Dieu, près de ses amis et de ses malades, auxquels il n'a cessé de prodiguer les soins les plus dévoués jusqu'au jour où épuisé et vaincu par la souffrance, il a dû lui-même céder à la maladie qui l'a enlevé.

Artus était interne depuis 1876. Modeste à l'excès, il cachait sous des dehors froids et réservés un cœur affectueux et une force de caractère peu commune. Malade depuis plusieurs mois et connaissant la gravité de son état, il se dévouait plus que jamais à son service de l'Hôtel-Dieu ; il aimait ses malades et savait bien souvent par une charité discrète soulager leurs misères et les soustraire aux inquiétudes du lendemain.

Comme médecin, Artus possédait des qualités sérieuses qui lui assuraient un bel avenir. Travailleur consciencieux, esprit sûr et droit, il inspirait à ses chefs de service une confiance véritable. Aimé et estimé par tous ceux qui l'ont connu, Artus laisse à ses collègues le souvenir d'un ami sympathique et dévoué.

Du service des eaux dans les établissements hospitaliers de Paris.

On nous signale de divers côtés l'insuffisance du service des eaux dans les hôpitaux et les hospices de Paris. Il est des établissements où il est impossible de donner les bains prescrits par les médecins; il en est d'autres où les réservoirs qui servent aux douches sont absolument privés d'eau. Cette pénurie d'eau se fait sentir encore par cet autre inconvénient, que les latrines, trop peu lavées, infectent tout l'hôpital de leur odeur. Nous nous bornons à signaler ces faits à l'Administration, convaincus qu'elle s'efforcera d'y porter remède à bref délai. Ajoutons que si, par malheur, un incendie éclatait dans les établissements ainsi dépourvus, en peu de temps, par ces chaleurs torrides, il y aurait des pertes considérables. Sous ce rapport, nous avons le regret de dire que les précautions, si grandes et si minutieuses qui sont prises dans tous les hôpitaux de Londres, manquent... un peu trop dans les hôpitaux de Paris.

Faculté de médecine de Paris : Enseignement pratique de la botanique.

Par arrêtés du ministre de l'instruction publique : 1° Le professeur de botanique dirige le jardin de la Faculté. Il y fait exécuter les travaux nécessaires au classement et à l'instruction de l'école de botanique, à la culture des réserves, telles que bâches, châssis, couches, pépinières et terres, au chauffage de ces dernières pendant le jour et la nuit, et à la conservation des collections des plantes vivantes qui appartiennent à la Faculté.

2° Il détermine le nombre d'ouvriers auxiliaires qui doivent être loués pour aider le jardinier dans la culture et l'entretien du jardin, des serres, etc. 3° Le jardin botanique est ouvert du 15 mars au 1er novembre, tous les jours, sauf les dimanches et jours de fête, de six heures du matin à six heures du soir.

4° Le directeur, sous l'autorité du doyen de la Faculté, a la police du jardin et veille à la conservation des plantes, au maintien du bon ordre, etc. Il veille aussi à ce que le jardin soit ouvert aux heures réglementaires. Il règle, sous l'autorité du doyen de la Faculté, l'emploi des fonds alloués pour l'entretien du jardin, l'acquisition des plantes, outils et autres objets nécessaires à la culture.

5° Le laboratoire de botanique est ouvert tous les jours et à toute heure aux élèves de la Faculté admis par le doyen, sur la désignation du professeur, pour se livrer aux travaux et aux recherches botaniques. 6° Le directeur, sous l'autorité du doyen, a la police du laboratoire et veille à la conservation des livres, instruments, collections, maintien du bon ordre, etc.

7° Tous les jours, dans l'après-midi, pendant la belle saison et notamment à l'époque où se fait à la Faculté le cours de botanique, les élèves de première année et ceux qui veulent préparer leur troisième examen de doctorat sont, par séries de vingt, exercés aux travaux pratiques de botanique, analyses, anatomie et physiologie végétales ou à tout autre genre de recherches qu'ils désirent poursuivre.

8° Ces travaux sont dirigés par le professeur, sauf aux heures où il retenu pour le service des examens. En son absence, il est suppléé par l'aide ou préparateur attaché au laboratoire.

Inscriptions de juillet 1877. — Examen de fin d'année.

1° Inscriptions.— Le registre des inscriptions sera ouvert le lundi 2 juillet et clos le jeudi 19, *terme de rigueur*. Passé ce délai nulle inscription ne sera reçue sans une autorisation rectorale ou ministérielle qui ne peut être accordée que pour des motifs graves. Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis de 9 heures à 11 heures du matin et de 1 heure à 4 heures.

2° Examens de fin d'année. — Les examens de fin d'année commenceront le lundi 2 juillet.

Messieurs les étudiants actuellement pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions et qui n'ont pas subi les examens de fin d'année règlementaires ou qui ont échoué à ces examens, devront consigner pour ces examens pendant le mois de *juin* les vendredis et samedis de 1 heure à 4 heures. — Les élèves qui ont 3 ou 7 inscriptions devront consigner pour le 1er ou 2e examen de fin d'année du 2 au 7 juillet en prenant la 4e ou 8e inscription. Les élèves qui ont 11 inscriptions devront consigner pour le 3e examen de fin d'année du 9 au 14 juillet en prenant la 12e inscription. Le doyen rappelle à messieurs les étudiants de 1re, 2e et de 3e année qu'ils sont obligés de subir leur examen de fin d'année à la session de *juillet*.

Société médico-chirurgicale de Liége. Concours.

I. La *Société médico-chirurgicale* de Liége accordera un prix de 500 fr. et le titre de membre correspondant à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet librement choisi de la médecine, de la chirurgie, des accouchements, de la pharmacie ou de l'art vétérinaire. Le prix peut être divisé. Le mémoire couronné sera publié dans les *Annales* de la Société. Les auteurs ne doivent pas présenter des travaux d'une étendue excédant cinq feuilles d'impression

(soit 80 pages format in-8 des *Annales*). Il est interdit aux auteurs des mémoires de se faire connaître, soit directement, soit indirectement ; le mémoire doit être accompagné d'une devise répétée dans un pli cacheté contenant le nom, les qualités et le domicile de l'auteur. Les travaux devront être remis avant le 1er août 1877 à M. le dr Davreux, secrétaire-général de la Société, rue de la Casquette, 33, à Liége.

II. La *Société médico-chirurgicale* de Liége décernera une *médaille d'or* à l'étudiant d'une des universités belges, ou de l'école de médecine vétérinaire, auteur du meilleur travail sur un sujet librement choisi, concernant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie, les accouchements, la pharmacie ou l'art vétérinaire. Le prix peut être divisé. Les travaux devront être remis avant le 15 octobre 1877 au secrétaire général de la Société. (Conditions ordinaires du concours. — Voir ci-dessus.)

Congrès périodique international des sciences médicales.
3e Session — Genève — 9 au 15 septembre 1877.

COMITÉ D'ORGANISATION :

Président : Prof. C. VOGT; *Vice-Président :* dr H.-C. LOMBARD ; *Secrétaire général :* dr PREVOST ; *Secrétaires adjoints :* drs d'ESPINE et J.-L. REVERDIN; *Membres :* drs DUNANT, FIGUÈRE, JULLIARD, ODIER, REVILLIOD.

Monsieur, nous avons l'honneur de vous faire savoir qu'il sera fait, pendant la durée du congrès, une exposition des appareils ou instruments *nouveaux* usités en médecine, en chirurgie, en physiologie, etc. Les objets eux-mêmes devront être envoyés francs de port et de douane à l'adresse suivante: Direction de l'Exposition du Congrès médical, dr J.-L. Reverdin, place du Lac, Genève. Ils devront parvenir à la direction avant le 1er septembre prochain. Messieurs les exposants devront faire connaître le plus tôt possible et en tous cas avant le 15 août, l'espace dont ils ont besoin pour leur exposition et *la nomenclature exacte des objets envoyés*. Les frais d'exposition sont à la charge des exposants. Nous avons l'honneur de vous communiquer la lettre suivante qui nous est adressée par M. le conseiller fédéral Droz : « Monsieur, en réponse à votre lettre nous avons l'avantage de vous informer que le département fédéral des péages a fait parvenir à tous les bureaux de péages l'ordre d'expédier par *passavant* tous les envois destinés à l'Exposition d'instruments et d'appareils médicaux qui sera jointe au Congrès international des Sciences médicales de 1877 à Genève et dont la destination sera clairement indiquée dans les papiers d'accompagnement. Toutefois, cette expédition aura lieu moyennant le dépôt du droit d'entrée qui sera restitué dans le cas où les objets en question seront réexportés conformément à la loi et aux règlements, par la station d'entrée. Afin de faire profiter de cette faveur tous les exposants, il sera utile de leur recommander de désigner, dans la lettre de voiture, les envois *comme destinés à cette exposition* en y joignant la mention « *Expédition par passavant* ». L'omission de cette formalité entraînerait la perception du droit d'entrée. *Le Département fédéral de l'Intérieur,* signé : DROZ. » Veuillez agréer, Monsieur, nos salutations empressées, drs JULLIARD, J.-L. REVERDIN.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS.—1,851,792 habitants (recensement de 1872). Pendant la semaine finissant le 7 juin 1877, on a déclaré 919 décès, soit 24,5 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 12; — rougeole, 15; — scarlatine, 1; — variole, 3; — croup, 20; — angine couenneuse, 21; — bronchite, 36; — pneumonie, 57; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 7; — choléra nostras, »; — dysentérie, »; — affections puerpérales, 7; — érysipèle, 8, — autres affections aiguës, 224; — affections chroniques, 445, dont 180 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 30; — causes accidentelles, 33.

HERBORISATION. — M. Bureau, professeur, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 17 juin 1877, à Malesherbes. — Rendez-vous à la gare de Malesherbes à l'arrivée du train partant de Paris (gare de Lyon), à 7 h. 30 du matin. — *N. B.* — Pour jouir de la réduction sur le prix des places, se faire inscrire à la galerie de botanique, de midi à 4 heures. Les inscriptions sont reçues jusqu'à vendredi soir. On est prié d'emporter de quoi déjeuner dans le train.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par décret du Président de la République en date du 12 juin 1877 et rendu sur la proposition du Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, la divisien des sciencee et lettres est érigée en direction, M. le baron Oscar de Watteville, chef de division, est nommé directeur. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts en date du 12 juin 1877, M. Servaux, chef de division-adjoint, est nommé sous-directeur de la direction des sciences et lettres. (*Journal Officiel.*)

HOPITAUX DE LYON. — Le *Lyon médical* nous annonce la nomination de M. J. Drivon comme médecin des hôpitaux de cette ville.

UNE NOUVELLE DOCTORESSE. — Une jeune fille russe, mademoiselle Zénaïde Ocounkoff, a passé le 3 juin sa thèse de doctorat à la Faculté de médecine de Paris.

NOUVEAU JOURNAL. — Aux deux journaux créés cette année en France et que nous avons annoncés, il convient d'ajouter le bulletin thermal des Pyrénées, publié sous ce titre : *Paris médical*. Il paraît le 3 de chaque mois.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort du docteur C.-L. Novida, professeur de pathologie et de clinique médicale à l'université de Milan.

Nous apprenons aussi la mort du naturaliste anglais Russel Reeves, qui a donné son nom à une variété de faisans qu'il a apportés de la Chine. (*Revue scientifique.*)

On annonce la mort de M. le dr Grimotel, médecin honoraire du bureau de bienfaisance, à Genève. (*Annales médico-chirurgie*, de Liège).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

TILLAUX (P.). Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie. 3e fasc. 2e partie, organes génito-urinaires de la femme, périnée, membres inférieurs. 4 fr. 50. — Prix de l'ouvrage complet, un très-fort vol. gr. in-8 avec 250 fig. tirées en noir et en couleur et intercalées dans le texte. Cartonné à l'anglaise. 25 fr.

DARD (A.). Du traitement du prolapsus utérin par les opérations chirurgicales. Paris, 1877, in-8 de 98 pages. 2 fr. 50.

Librairie V. A. DELAHAYE et Ce, libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

BARIÉ (E.). — Etude sur la ménopause. Paris, 1877, in-8. — Prix : 4 francs.

BOILLET (Ch.). — Les habitations humides. Extrait du journal d'hygiène. Paris, 1877, in-8. — Prix : 75 c.

DUHOURCEAU (E.). — Du traitement de la pleurésie chronique par les eaux thermales sulfureuses de Cauterets. Paris, 1877, in-8. — Prix : 50 c.

FOURNIER (A.). — Clinique de l'hôpital Saint-Louis. Des glossites ter-

tiaires (glossites scléreuses, glossites gommeuses). Leçons rédigées et publiées par H. Buzot, interne des hôpitaux. Paris, 1877, in-8 avec 3 planches en chromo-lithographie. — Prix : 4 fr.

Guichet.— Les Etats-Unis (United States of America). Notes sur l'organisation scientifique, les Facultés de médecine, les hôpitaux, la prostitution, la syphilis, l'hygiène, etc., etc. Paris, 1877, 1 vol. in-18. Prix : 2 fr. 50.

Henriet (L.). — Etude sur le traitement des affections calculeuses chez l'homme par la lithotritie. Paris, 1877, in-8. Prix : 3 fr. 50.

Livon (Ch.). — Du croton chloral crotonique. Paris, 1877, in-8. — Prix : 1 fr.

Mauriac (Charles). — Localisation de la syphilose corticale du cerveau, aphasie et hémiplégie droite syphilitiques à forme intermittente. Paris, 1877, in-8, 2 fr. 50.

Mercier (L.-A.). — Traitement des inflammations et d'autres maladies chroniques des organes génito-urinaires. Sur la taille périnéale par dilatation et sur la lithotritie périnéale. Paris, 1877, in-8. — Prix : 1 fr. 50.

Rizzoli. — Clinique chirurgicale. Appendice contenant dix-huit nouveaux mémoires de chirurgie, traduits de l'italien par le dr Andreini. Paris, 1877, in-8, avec 18 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. Prix de l'ouvrage complet : 15 fr.

Wecker (de). — Clinique ophthalmologique du dr de Wecker, à Paris. Relevé statistique par le dr Masselon, chef de clinique des opérations pratiquées pendant l'année 1876. Paris, 1877, in-8 avec fig. dans le texte. — Prix : 1 fr. 50.

William Allingham. — Maladies du rectum. Diagnostic et traitement. Ouvrage traduit et annoté par le dr G. Poinsot, avec une introduction de M. le professeur Courty. Paris, 1877, 1 vol. in-8, prix : 5 fr.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Verneuil (A.). — Mémoires de chirurgie. Tome 1er, chirurgie réparatrice. Paris, 1877, 1 vol. in-8 de 992 pages. — Prix : 15 fr.

Cusset (Jean). — Etude sur l'appareil branchial des vertébrés et quelques affections qui en dérivent chez l'homme, fistules branchiales, kystes branchiaux, kystes dermoïdes. Paris, 1877, 1 vol. in-8 de 240 pages avec planches, 6 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital du Midi. — Service de M. Horteloup. (*Chirurgie*). Salle IX : 7, chancre érosif du prépuce ; 9, épididymite, vaginalite ; 13, chancre ulcéreux de la base du frein ; 19, syphilide papuleuse confluente ; 23, herpès du prépuce et du fourreau de la verge ; 20, plaques opalines des conjonctives. —

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

Crampe des écrivains.

IMPOTENCE FONCTIONNELLE (1).

Messieurs,

Au nombre des maladies professionnelles, il en est une que l'on considère comme spéciale aux individus faisant usage de la plume et dont on s'est cru autorisé à préciser la nature, en même temps que l'étiologie, en lui imposant le nom de *crampe des écrivains*, sous lequel elle est généralement connue et décrite. — Nous allons l'étudier ensemble, aujourd'hui, et nous profiterons de l'occasion que nous offrira cette étude pour rechercher si cette dénomination est bien celle qui lui convient réellement. Ceci nous conduira peut-être à donner au chapitre d'hygiène professionnelle relatif à cette maladie, une importance beaucoup plus grande que celle que vous auriez pu être tentés de lui attribuer tout d'abord.

Le sujet dont l'état nous servira de point de départ et de guide dans ces recherches est un jeune homme de 18 ans, grand, brun et pâle, qui est entré depuis près de deux mois à l'hôpital, et qui occupe le lit n° 41 de ma salle Saint-Athanase.

Dès l'âge de 10 ans, il fut employé, dans une étude d'avoué, à copier des rôles. Il écrivait ainsi depuis huit heures du matin jusqu'à cinq heures du soir, travail assez fatigant pour un enfant de cet âge. Il continua ce métier pendant cinq ans, sans avoir jamais éprouvé de fatigues le fait est assez important à noter ; à l'âge de 15 ans et demi il changea de profession et devint commis mercier. Il n'écrivait plus alors que deux ou trois heures par jour, et passait le reste de la journée, soit à vendre au rayon, soit à confectionner de petits paquets de mercerie. Au bout de deux ans, par conséquent longtemps après les excès d'écriture qu'il avait pu commettre chez son avoué, il commença à ressentir de la fatigue en écrivant. Après un quart d'heure, vingt minutes d'écriture la main devenait lourde, l'index et le médius se raidissaient, s'étendaient de plus en plus, la flexion de ces doigts, si nécessaire à l'acte d'écrire, devenait bientôt impossible et ce jeune homme se voyait obligé de suspendre son travail, pour n'y revenir qu'après un repos plus ou moins prolongé. Ces accidents s'aggravèrent rapidement. Si bien que, en moins de trois semaines, l'écriture étant devenue à peu près illisible, il fallut renoncer à se servir de la plume.

Alors parut un symptôme nouveau : l'anesthésie. Elle débuta par la main droite. Jusque-là, si les mouvements des doigts étaient pénibles et même impossibles pendant l'acte d'écrire, si l'index et le médius se raidissaient dans l'extension, dès qu'ils se trouvaient au contact d'une plume, rien de pareil ne se produisait toutes les fois que les muscles des avant-bras entraient en contraction pour un autre usage. L'anesthésie survenant, le désordre fut plus complet et se généralisa : c'est ainsi que le malade devint fort embarrassé de se servir de la main droite pour manger, pour mettre les boutons de ses habits, nouer sa cravate, se moucher, etc. La main gauche essaya désormais de suppléer la droite, devenue malhabile. C'est alors que, à son tour et très-rapidement, elle fut prise d'anesthésie. Le petit doigt d'abord devint insensible ; puis successivement de dedans en dehors, tous les autres doigts furent pris.

En même temps la force musculaire diminua notablement dans l'avant-bras gauche. De ce côté, les crampes, les contractures ont manqué, mais il faut remarquer que, jamais, le malade n'essaya d'écrire de la main gauche. Un fait assez curieux, sur lequel j'appelle votre attention, c'est que pendant que le membre supérieur gauche se prenait d'anesthésie et de parésie musculaire, ces mêmes symptômes s'atténuaient singulièrement à droite, où ils s'étaient montrés tout d'abord.

A peu près vers cette époque, en juillet 1875, le malade fut examiné par M. Duchenne de Boulogne, à l'hôpital de la Charité. M. Duchenne conseilla l'application de pointes de feu à la région cervicale, la faradisation des muscles de l'avant bras, et l'emploi des bains sulfureux. Dans sa pensée, il s'agissait probablement d'une lésion quelconque du centre médullaire. Ce traitement, suivi pendant trois semaines, à la Charité, ne donna pas de résultat satisfaisant et le malade quitta l'hôpital, à peu près comme il y était entré, avec une anesthésie assez étendue des mains et des avant-bras, un amoindrissement notable de la force musculaire et de la contraction des fléchisseurs de l'index et du médius, dès qu'il voulait essayer d'écrire de la main droite.

Au mois d'octobre 1875, nous l'avons admis dans notre service. Son état ne s'est pas sensiblement modifié. L'anesthésie occupe les deux mains et remonte, en diminuant graduellement, jusqu'au coude. Elle est bien prononcée aux doits et surtout à la pulpe et sur les faces latérales. Le sens du tact est beaucoup plus profondément atteint que la sensibilité à la douleur et à la température.

Cette anesthésie est la cause de troubles singuliers et qui ne sont pas sans analogie avec ceux que présentent les ataxiques. Ce malade perd pour ainsi dire ses mains dans son lit ; quand il se réveille, il reste un certain temps avant de bien se rendre compte de la position qu'elles occupent. Si vous faites chevaucher les doigts les uns sur les autres, il lui est impossible de vous dire quel arrangement vous leur avez donné. Bien entendu, il apprécie fort mal les qualités des objets qu'il tient à la main, et les reconnaît difficilement. De là une grande maladresse dans tout ce qu'il fait, maladresse qui devient plus grande encore si l'attention cesse d'être soutenue, ou bien si les yeux sont fermés. Un jour, il tenait un plateau sur lequel se trouvaient rangées un certain nombre d'assiettes; on l'appelle de l'autre bout de la salle, il tourne la tête de ce côté : ses deux mains lâchent prise et le plateau tombe. L'attention qu'il concentrait sur ses mains, chargées de ce léger fardeau avait un instant faibli, et dès lors, la sensation de contact n'étant pas transmise au centre médullaire par un tégument insensible, les contractions musculaires, — qui n'étaient pas sollicitées par une voie réflexe, mais seulement par un acte de la volonté, — avaient subitement cessé de se produire dès que cette volonté avait été distraite un moment.

Les avant-bras ne sont pas amaigris, la nutrition des masses musculaires ne semble pas avoir souffert. La contractilité électro-musculaire nous paraît également intacte, autant du moins que nous pouvons en juger avec les instruments très-imparfaits que l'administration met à notre disposition.

Le malade n'a jamais éprouvé dans les mains et les avant-bras que quelques fourmillements insignifiants, mais pas de véritables douleurs. Aujourd'hui la faculté d'écrire n'est pas tout à fait perdue, mais elle est sérieusement compromise. Comme au début, l'index et le médius se raidissent

(1) Cette leçon sera insérée dans la *Clinique médicale de l'hôpital de la Pitié*, par M. le docteur Gallard, qui paraîtra prochainement à la librairie J.-B. Baillière et fils.

dans l'extension, dès que le malade saisit une plume, ou même se dispose à la prendre. De plus, à cette contracture partielle des extenseurs des doigts, s'ajoute le désordre musculaire résultant de l'anesthésie cutanée. C'est une incoordination des mouvements, une sorte d'ataxie reproduisant, sous des proportions très-réduites, l'ataxie des sujets affectés de sclérose médullaire. Ces désordres sont bien manifestes sur un spécimen d'écriture que le malade nous a donné ; il a mis huit minutes à tracer les quelques lignes (*Fig. 31*) qui le composent. Ces lignes sont loin d'être parallèles, comme dans l'écriture courante d'une personne qui est en pleine possession de la liberté de ses mouvements ; elles s'élèvent ou s'abaissent avec une grande irrégularité. Les lettres qui forment chaque mot n'ont pas toutes des dimensions égales, certains jambages de L ou B montent très-haut, empiètent même sur la ligne supérieure ; d'autres, au contraire, ne présentent que des dimensions très-réduites. Les pleins et les déliés se succèdent sans ordre ; ou plutôt l'ordre habituel est souvent interverti ; un plein se trouve à la place d'un délié et réciproquement. Ce genre de désordre est à son comble, lorsque le malade écrit avec une plume, aussi préfère-t-il se servir habituellement d'un crayon. Notons enfin que tous les traits de plume pris isolément, sont nets et ne présentent pas de trace de trémulation.

Ce sont bien là des troubles résultant de l'incoordination des mouvements. — Du reste, cettte incoordination n'est pas seulement manifeste dans l'acte d'écrire. Elle apparaît à l'occasion de tout mouvement exigeant un certain degré de précision. Le malade peut porter des objets dans ses mains, en tenant les yeux fixés sur eux; mais il devient très-maladroit pour manger, pour couper le pain, la viande; il lui est presque impossible de mettre les boutons d'un habit, de nouer sa cravate, de se moucher, etc.

Hospital de la Pitié,
Salle St Athanase N° 41,
Service de M. Gallard.

J'ai commencé à ressentir les premières
atteintes de ma maladie, au mois de
Novembre 1872.
A cette époque, lorsque j'avais écrit
pendant un laps de temps assez long, je
m'apercevais que mon pouce, et les deux
premiers doigts de ma main droite, se
contractaient, et mon porte plume se
trouvait serré, comme dans un étau, sans
que je puisse le faire aller ni d'un côté
ni d'un autre.

Alcide [illegible]

Fig. 31. — Spécimen de l'écriture d'un individu affectée de crampe des écrivains.

Ce qu'il nous importe avant tout, Messieurs, de bien retenir dans l'histoire de ce malade, c'est : 1° que les troubles fonctionnels dont il est affecté se produisent surtout lorsqu'il cherche à écrire, à ce point que l'écriture est devenue à peu près impossible pour lui; 2° que ces troubles, tout en étant survenus à une époque où il ne faisait plus d'excès de travail d'écriture, sont bien incontestablement la conséquence des fatigues éprouvées par lui, alors que, encore enfant, il se livrait, sans cesse, à ce travail, pendant des journées entières ; 3° qu'après avoir été limitée, dès le principe, à l'acte d'écrire, la gêne des mouvements s'est étendue de telle sorte qu'elle se fait sentir maintenant dans tous les actes qui exigent une certaine coordination des mouvements des doigts ; 4° enfin, que jamais il n'y a eu chez lui de crampe, à proprement parler, mais une simple contracture, non douloureuse, bientôt suivie d'un certain degré d'anesthésie et de paralysie de la sensibilité tactile.

Si je signale d'une façon toute spéciale ces diverses particularités à votre attention, c'est que je me propose d'en tirer parti dans la discussion qui va suivre. Mais, avant d'entamer cette discussion, je veux vous parler d'un autre malade, chez qui les mêmes troubles des mouvements des doigts se sont produits, à peu près de la même façon, à la suite de travaux d'écriture un peu prolongés, et qui, cette fois, se sont accompagnés de crampes véritables.

Il s'agit d'un employé d'administration, actuellement âgé de 47 ans, à qui je donne depuis plusieurs années des soins assez infructueux au point de vue de la maladie qui nous occupe en ce moment, et qui, sur ma demande, a bien voulu consentir à venir ce matin, à l'heure de la visite, pour vous permettre de l'examiner avec moi. — Il s'est prêté de la meilleure grâce du monde à toutes nos investigations, et il nous a fourni, avec autant d'intelligence que

de précision et de netteté, tous les renseignements propres à nous éclairer sur l'origine et les diverses phases de la maladie dont il est affecté.

Né d'une mère rhumatisante, et peut-être même goutteuse, il n'a jamais fait de maladie sérieuse et n'a eu, lui-même, d'autre manifestation rhumatismale que celle qui lui est survenue en 1870, pendant le siége de Paris. Il avait 25 ans, lorsqu'il songea à entrer dans les bureaux de l'administration dont il fait actuellement partie; mais son écriture laissait à désirer et on lui conseilla, pour faciliter son admission, de prendre quelques leçons, qui modifièrent notablement sa manière d'écrire. Il ne peut nous dire s'il en éprouva de la fatigue; mais, dans les années qui suivirent, son écriture ne resta pas ce qu'elle était devenue et ce n'est qu'après une sorte de lutte, entre la manière ancienne et la nouvelle, qu'elle se fixa définitivement. Il avait alors à faire beaucoup de chiffres, mais, à main posée, et il les traçait d'une façon très-nette. Plus tard il fut occupé à écrire sur des livres de caisse aux époques des échéances, et, pour ce travail, qui devait être fait avec une rapidité souvent excessive, il ne lui était plus possible de prendre ses aises; parfois il était debout, souvent la main n'était plus appuyée; surtout lorsqu'il arrivait au bas des pages; et c'est alors qu'il commença à éprouver de la fatigue dans l'avant-bras et dans la main. Cette fatigue, ressentie dès le principe, seulement quand la main manquait de point d'appui, pour écrire au bas des registres, se traduisait par une certaine difficulté à tenir la plume et par une gêne des mouvements si rapides, résultant de la nécessité dans laquelle il se trouvait d'écrire extrêmement vite.

Les choses étaient dans cet état, lorsque survint la guerre contre la Prusse. Pendant le siége notre homme interrompit, comme tous les Parisiens, son travail habituel et prit le fusil, pour monter la garde aux remparts. Là, il fut atteint de rhumatisme, affectant les muscles de l'épaule droite. Ce rhumatisme, sans être extrêmement douloureux, entraîna une gêne assez prolongée des mouvements, mais seulement des mouvements de l'épaule, l'avant-bras et surtout la main étant alors tout-à-fait intacts. Ce ne fut que plus tard, mais pendant le cours du même hiver, et avant la disparition complète du rhumatisme de l'épaule, que survinrent des douleurs accompagnées de contractures, c'est-à-dire de véritables crampes dans les doigts. Ces crampes affectaient surtout l'indicateur, qui se contractait sur le porte-plume, de façon à le briser ou à le tordre, et qui accentuaient parfois le mouvement de flexion de ce doigt, à tel point que l'extrémité de l'ongle marquait son empreinte dans la paume de la main; le médius ne tarda pas à être entraîné dans le même mouvement de flexion convulsive, et l'écriture devint absolument impossible.

Il ne se produisit aucune amélioration pendant les deux mois de repos forcé, avec séjour à la campagne, qui furent la conséquence de l'insurrection de la Commune. Et lorsque, après le rétablissement des affaires, notre malade dut reprendre son service, rendu plus pénible par l'arrivée des échéances auxquelles son administration devait faire face, il fut obligé de prendre les positions les plus étranges et les plus bizarres pour saisir sa plume, qu'il ne pouvait plus tenir entre ses doigts allongés dans la position habituelle. La lutte continua ainsi jusqu'au mois d'avril 1872, cet homme cherchant par tous les moyens possibles à dissimuler son infirmité, de crainte de perdre sa place, qu'il se sentait inapte à occuper comme par le passé, et il ne se décida à venir me consulter que quand la plume lui fut littéralement tombée des mains.

Je le fis changer de service et pendant quelque temps il cessa absolument d'écrire, ses occupations consistant uniquement, alors, à coller des timbres mobiles sur des quittances; mais, même pour ce travail, si différent de celui de l'écriture, sa main droite fonctionnait irrégulièrement, elle avait de la peine à bien saisir ces petits carrés de papier, pour les passer sur l'éponge mouillée et les poser ensuite à la place voulue, aussi était-il obligé de se servir de préférence de la main gauche. La même inhabileté se retrouvait, du reste pour la plupart des mouvements qui exigent une contraction régulière et bien coordonnée des muscles de la main et des doigts; ainsi il lui était impossible de saisir une épingle, pour la fixer sur une étoffe, de faire le nœud de sa cravate, de tourner les feuillets d'un livre, de jouer aux cartes. Il éprouvait les plus grandes difficultés pour tenir sa cuiller ou sa fourchette, ou pour prendre une tasse par son anse, même pour faire manœuvrer son peigne dans ses cheveux. Les troubles de la motilité n'étaient donc pas limités aux seuls mouvements nécessités par l'écriture, et il est à remarquer qu'ils se produisaient surtout dans ceux de ces mouvements qui nécessitent la flexion et l'extension alternatives des doigts. Aussi lorsqu'il s'agissait d'obtenir le résultat voulu, le premier mouvement du malade était-il de supprimer, en quelque sorte, l'extension et de plier les quatre derniers doigts dans la main, de façon à opposer au pouce, non plus l'extrémité de l'un ou de l'autre de ces doigts, mais bien la face externe des deux premières phalanges de l'indicateur.

Cette attitude est très-fréquente chez les sujets affectés de la maladie qui nous occupe, et j'en connais un qui s'est vu forcé de l'adopter, même pour faire ses cigarettes, qu'il lui est absolument impossible de rouler entre les extrémités de ses doigts, étendus comme cela se pratique habituellement.

Chez ce dernier malade, qui appartient à la même administration que le précédent et y occupe un poste important, l'obligeant à donner de nombreuses signatures, le mal n'a jamais consisté en une crampe douloureuse, avec contracture des muscles fléchisseurs des doigts qui tiennent la plume, mais bien plutôt dans une contraction involontaire, et non douloureuse des extenseurs de l'indicateur. Au bout d'un certain temps de travail, ce doigt s'allongeait et quittait peu à peu le manche de la plume. Plus tard, ce fut une véritable contracture: dès que cet employé prenait la plume, ou même se disposait à la prendre, invariablement l'index droit se roidissait, dans une extension exagérée non-seulement de toutes les phalanges les unes sur les autres, mais aussi de la première sur le métacarpien correspondant. L'écriture était cependant possible encore et le travail pouvait être continué, à la condition de supprimer l'action de l'indicateur et de tenir la plume entre le pouce et le médius aidé de l'annulaire. Bientôt il fallut renoncer à cet expédient : la contracture, persistante dans l'index, commençait à paraître dans les autres doigts. A leur tour, le médius, l'annulaire et même le pouce s'étendaient comme l'index, et la plume était abandonnée, quelque effort que fissent les fléchisseurs pour la retenir et surmonter la contracture des extenseurs.

Chez un autre fonctionnaire, les choses se passaient d'une façon bien plus bizarre encore. Pendant quelques instants, l'écriture était nette et facile, puis, peu à peu, la fatigue survenait, et cela très-rapidement ; alors des mouvements irréguliers et désordonnés se passaient dans les doigts, et, à un certain moment, la plume était projetée sur le papier, contre la volonté du malade, et sans qu'il pût même s'expliquer comment cela s'était produit. Le trouble des mouvements qui amenait ce résultat était assez comparable à celui que l'on remarque chez les individus atteints de chorée, et ce cas n'est pas le seul dans lequel ils aient présenté ce caractère. Duchenne de Boulogne en a cité plusieurs autres assez analogues, sur lesquels Trousseau s'est, du reste, basé pour proposer l'assimilation de cette maladie avec la chorée. — Parmi les plus remarquables je puis citer deux individus dont la main exécutait un mouvement de supination aussitôt qu'ils avait tracé un mot, de sorte que le bec de la plume au lieu de rester en contact avec le papier regardait en l'air sans que ces malades pussent s'opposer à ce mouvement insolite (1). *(A suivre.)*

---

(1) Duchenne (de Boulogne), *Traité de l'électrisation localisée*, 3e éd., p. 1022.

MALADIES DES YEUX

ÉCOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr E. LANDOLT.

Du diagnostic des maladies des yeux (1).

Leçon recueillie par A. CHARPENTIER.

XIe LEÇON. — **Détermination de la réfraction, de l'accommodation et de l'acuité visuelle.**

EXEMPLES CLINIQUES.

Messieurs,

Nous connaissons maintenant les principes qui doivent nous guider dans la détermination de la réfraction, de l'accommodation et de l'acuité visuelle; permettez-moi de vous présenter aujourd'hui quelques exemples cliniques; cela dans un double but, d'abord de vous montrer directement l'application des notions fondamentales que je vous ai exposées dans les conférences précédentes, et ensuite de vous donner chemin faisant certaines indications pratiques qui n'ont pu trouver place dans notre bref exposé théorique.

Nous ferons toujours précéder l'examen visuel d'une *inspection générale* du malade, en dirigeant notre attention surtout sur la *configuration de la face et du crâne*, sur la *distance entre les deux yeux* et leur *position réciproque*, sur la *transparence des milieux dioptriques*; sur le *diamètre* et *la mobilité de la pupille*, et principalement sur la *longueur du globe oculaire*.

La *configuration du crâne* peut nous donner, dans certains cas, des indications sur l'état de la réfraction de l'œil, en ce sens que des figures aplaties laissent supposer de l'hypermétropie, tandis qu'on rencontre certaines formes de myopie plutôt chez des personnes à tête allongée; mais un signe plus précieux que ceux-ci est l'asymétrie du crâne qui est presque invariablement accompagnée d'astigmatisme. (Voir leçon VII).

La *distance entre les deux yeux* nous intéresse pour le cas où nous avons à ordonner des lunettes au malade. Il est en effet très-important de donner aux verres de lunettes une distance correspondante à celle des yeux, distance égale à cette dernière pour les lunettes destinées à voir au loin, distance plus petite pour les lunettes servant à la vision rapprochée. De plus, nous avons déjà vu dans notre deuxième leçon que c'est au point de vue de l'insuffisance des muscles droits internes et par conséquent de l'asthénopie que l'écartement des deux yeux mérite notre attention.

C'est pour la même raison que nous devons examiner la *direction des yeux*, un haut degré d'insuffisance s'accusant souvent par une légère divergence ou convergence des axes visuels. Nous examinons, du reste, rapidement l'équilibre des muscles droits internes et externes à l'aide de la fixation isolée de notre doigt indicateur, comme nous l'avons expliqué dans la cinquième conférence. Un strabisme convergent fera présumer l'existence de l'hypermétropie, le strabisme divergent, la myopie.

Des *troubles des milieux réfringents*, taies de la cornée, dépôts sur la capsule antérieure du cristallin, commencement de cataracte, etc., nous défendront d'espérer une acuité visuelle parfaite, malgré la correction de l'amétropie.

La *diamètre et la mobilité de la pupille* nous renseigneront sur l'état de l'accommodation.

Mais les indications les plus précieuses nous viendront de l'examen de la *longueur de l'œil*, comme nous l'avons déjà indiqué au commencement de nos conférences sur la réfraction.

Après cette inspection qui, avec une certaine habitude, peut être terminée en trois minutes, nous ferons asseoir le malade, le dos contre le jour, en face de l'échelle typographique, placée à 5 mètres au moins sur le mur opposé à la lumière et nous procéderons à l'examen de la *réfraction* et de l'*acuité visuelle* des deux yeux, l'un après l'autre.

Je commence toujours par le meilleur œil, celui-ci nous donnant des indications plus précises et, dans beaucoup de cas, sinon le degré, au moins la nature de l'amétropie de l'autre œil. Nous faisons donc couvrir d'un écran l'œil que le patient nous indique comme le moins bon. Ce simple procédé est déjà assez important : d'abord, parce qu'il faut que l'œil soit complétement exclu de l'acte visuel, ce dont on n'est jamais sûr quand le malade couvre son œil avec la main qui lui permet souvent de regarder entre les doigts ou à travers une fente laissée ouverte entre la main et le nez. De plus, en couvrant l'œil avec la main, il est difficile de ne pas exercer une pression sur lui, et cette pression, quelque légère qu'elle soit, influe toujours considérablement sur la vue de l'œil et nous induit en erreur dans notre examen.

Il ne faut pas non plus permettre au malade de fermer un œil quelle que soit l'élégance qu'il mette à cette expérience. Vous ne savez jamais, s'il ne se trompe pas lui-même, et ne regarde pas néanmoins avec son œil soi-disant fermé, pour suppléer l'autre quand celui-ci est arrivé aux limites de son acuité visuelle. De plus, dans la plupart des cas, quand on ferme un œil, les paupières de l'autre se rapprochent également plus ou moins, et ce fait peut devenir la source d'une autre erreur en masquant en partie une anomalie de réfraction, en particulier l'astigmatisme.

Vous savez, en effet, que beaucoup de myopes (μυειν, cligner des paupières) et surtout les astigmates, ferment à moitié l'œil pour voir nettement. Il se forme ainsi une fente sténopéique qui, en diminuant les cercles de diffusion, augmente quelquefois très-considérablement l'acuité visuelle. Les astigmates peuvent, de plus, exclure le méridien vertical de l'œil et obtiennent ainsi des images rétiniennes d'autant plus nettes. Il faut donc toujours surveiller le patient et insister pour qu'il ait les yeux bien ouverts.

Toutes ces précautions prises, vous examinerez ce que l'œil voit sans lunettes; ensuite, jusqu'à quel degré vous pouvez élever l'acuité visuelle à l'aide de verres sphériques. Puis, vous déterminerez l'astigmatisme, s'il y a lieu, ensuite vous procéderez à l'examen de l'autre œil pour laisser reposer le premier. Après cela, vous examinerez l'accommodation de l'un et de l'autre, y compris la presbyopie, et enfin le degré de l'insuffisance musculaire.

L'ophthalmoscope complétera cet examen en vous indiquant l'état réel de la réfraction de l'œil et en vous donnant l'explication de l'amblyopie.

OBSERVATION I. — Il se présente à vous une demoiselle de vingt ans environ, se plaignant d'asthénopie, c'est-à-dire de ce que ses yeux lui refusent le service lorsqu'elle travaille longtemps, et surtout le soir. Elle est anémique. Racine du nez et région zygomatique aplaties ; légère asymétrie de la face, moitié gauche plus développée que la droite. Direction des yeux normale, pas d'insuffisance. Pupilles égales et bien mobiles. Le globe oculaire gauche ne paraît pas différer notablement de la longueur moyenne, en tout cas il n'est pas allongé. Globe oculaire droit manifestement court.

La patiente vous ayant dit que son œil gauche est le meilleur, vous l'examinez le premier, et vous trouvez qu'il lit sans lunettes le n° 5 de l'échelle de Snellen. L'acuité visuelle est donc normale, et l'œil n'est pas myope, mais il pourrait être hypermétrope et corriger son hypermétropie par l'accommodation.

Essayez si l'acuité visuelle reste la même ou augmente avec un verre faiblement convexe, par ex. + 0,5 : la malade le rejette. Il n'y a donc pas d'hypermétropie manifeste, et vous écrivez : O. G. Emmétropie, $V = \frac{5}{5}$.

L'œil droit, sans verres, ne voit que le n° 36 de l'échelle de Snellen ($V = \frac{5}{36}$) ; avec + 1, il voit les mêmes lettres, mais plus nettement, et même celles du n° 24 ; avec + 3, V devient $\frac{5}{12}$. C'est pour cet œil le maximum de correction, le n° 3,5 rendant la vue moins bonne. Nous avons donc O. D. Hypermétropie manifeste 3 D, $V = \frac{5}{12}$.

Le jeune âge de la malade nous fait soupçonner qu'une partie de l'hypermétropie, à droite comme à gauche, peut être masquée par l'accommodation. Cette présomption est d'autant plus justifiée que les deux yeux se fatiguent très-vite par la fixation, ce qui est presque toujours le cas dans l'hypermétropie.

Comment découvrir l'hypermétropie latente ? Il y a pour

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876; nos 6, 19, 21 de 1877.

cela deux moyens très-sûrs : l'atropinisation et l'ophthalmoscope. Vous ne voulez cependant pas soumettre la malade à l'atropinisation, qui la mettra pour plusieurs jours hors d'état de pouvoir travailler de près ; du reste, c'est inutile, si vous avez l'habitude de déterminer la réfraction à l'ophthalmoscope. Celui-ci vous apprend, en effet, qu'il y a 1 D d'hypermétropie à gauche ; 4 D à droite. Il y a donc, à gauche comme à droite, 1 D d'hypermétropie latente.

A défaut de l'ophthalmoscope, on pourrait penser à déterminer l'état réel de l'amétropie à l'aide du punctum proximum. A l'âge de 20 ans, l'œil dispose de 10 D d'amplitude d'accommodation ; l'œil emmétrope doit donc distinguer de fins objets jusqu'à une distance de 10 centimètres. L'œil hypermétrope, par contre, ne les verra pas d'aussi près ; ainsi un œil hypermétrope de 1 D aura seulement 10 — 1 = 9 D de réfraction positive, et son punctum proximum se trouvera à 11 centimètres. Si l'hypermétropie de l'œil droit est, en effet, seulement de 3 D, cet œil doit disposer de 10 — 3 = 7 D de réfraction positive, et son punctum proximum se trouvera à 14 centimètres ; dans notre cas, où l'hypermétropie totale est de 4 D, cette force réfringente positive ne sera que de 10 — 4 = 6 D, et le punctum proximum sera situé à 16 centimètres. Vous voyez que, si la différence entre l'hypermétropie manifeste et l'hypermétropie latente n'est que de 1 D, la différence dans la position du punctum proximum est également très-petite, et il sera difficile de s'en servir en pratique pour déterminer l'état réel de la réfraction, d'autant plus que l'amplitude d'accommodation présente des variations individuelles. Les mêmes réflexions s'appliquent à la myopie, quand il s'agit de déterminer la part de la myopie apparente qui revient à l'accommodation.

A quoi faut-il attribuer l'insuffisance de l'acuité visuelle de l'œil droit malgré la correction de son hypermétropie ? Ce n'est pas à la petitesse des images rétiniennes, celles-ci étant, après la correction, de la même grandeur que celles de l'œil emmétrope ; est-ce au manque de développement de la rétine ou bien au manque d'exercice ? Peut-être à tous deux à la fois. Dans les hauts degrés d'hypermétropie, la rétine paraît, en effet, être quelquefois moins sensible que dans les yeux emmétropes, et cet œil ayant toujours été, à cause de son anomalie de réfraction, dans des conditions moins favorables que l'œil gauche, le sujet s'est servi presque exclusivement de ce dernier tandis que l'autre a été négligé. Mais nous ne nous contenterons pas de cette explication avant de savoir si l'œil n'est pas astigmate.

Muni de son verre convexe 3, il ne voit pas une différence très-marquée entre les lignes de la figure étoilée de Snellen, cependant il lui semble que les lignes horizontales sont un peu plus nettes que les verticales. C'est donc le méridien vertical qui est corrigé par le verre convexe 3, le méridien horizontal ne l'est pas complétement. Vous superposez au verre sphérique le cylindre concave, 0,25 axe vertical, et il n'y a plus de différence entre les lignes. L'acuité visuelle s'est, en même temps, élevée jusqu'à $\frac{5}{6}$. Essayez alors si, avec le cylindre 0,5 elle augmente encore : ce n'est pas le cas, la malade préfère le 0,25. Montez alors le verre sphérique et le cylindrique dans un cadre de lunettes qui porte pour le cylindre un anneau mobile, et faites chercher par la malade elle-même la position du cylindre qui lui semble la meilleure. Lisez le degré d'inclinaison que forme l'axe du cylindre avec la verticale : il est de 5°, avec cette correction la malade lit déjà quelques lettres du n° 6 de Snellen. Vous voyez que la correction de ce faible degré d'astigmatisme a été suffisante pour doubler l'acuité visuelle. Ce cas n'est pas rare.

Examinons maintenant l'accommodation. La malade lit les petits caractères de Snellen à gauche jusqu'à 11 centimètres, à droite jusqu'à 15. Mais les yeux se fatiguent très-vite. C'est à cette faiblesse de l'accommodation, liée à l'état d'anémie du sujet, qu'il faut attribuer l'asthénopie. Ordonnez des ferrugineux et l'emploi des lunettes suivantes :

G. Convexe 0,5 D.

D. Convexe 3 combiné avec cylindre convexe 0,25 axe incliné de 5° sur la verticale, et tous les symptômes de l'asthénopie auront bientôt disparu.

Vous remarquerez que je n'ordonne pas le verre correcteur de la totalité de l'hypermétropie ; celui-ci serait en effet trop fort, la malade aurait de la peine à s'y habituer.

Mais ce qui est très-important, c'est de faire faire des exercices avec l'œil droit seul. Vous recommanderez à la malade de lire et de travailler chaque jour un quart d'heure à deux reprises différentes avec l'œil gauche et son verre correcteur, l'autre œil étant fermé.

Observation II. — Une mère nous amène sa jeune fille de 15 ans. Celle-ci relève d'une angine très-grave et est encore toute pâle. Cependant, elle se porte bien maintenant, mais depuis qu'elle s'est levée elle remarque qu'elle ne voit plus de près, mais bien au loin.

Le premier fait, l'apparition brusque de cette difficulté de la vision rapprochée, nous fait immédiatement penser à une *paralysie de l'accommodation*, et le second, vision conservée au loin, nous rend cette supposition plus vraisemblable encore. Il vous indique en même temps qu'il n'y a ni myopie ni amblyopie.

En effet, si une jeune personne vous affirme qu'elle ne voit pas bien de près, c'est-à-dire à 20 centimètres environ, sans qu'il y ait lieu de supposer une amblyopie, cela ne prouve pas encore qu'il y ait paralysie de l'accommodation, parce que le patient peut être hypermétrope à un degré tel que tout son pouvoir accommodateur soit dépensé pour corriger son défaut de réfraction (— r) et qu'il ne reste presque plus de réfraction positive pour amener P en deçà de l'infini. La personne peut donc être fortement hypermétrope, mais, dans ce cas, il y a presque toujours astigmatisme ou une certaine faiblesse de la rétine, et la vision au loin n'est pas parfaite non plus.

Ce qui est parésie de l'accommodation dans le jeune âge est presbyopie pour l'âge avancé : un homme de cinquante ans, qui voit bien au loin, mais pas bien de près, est, ou un emmétrope, ou un faible hypermétrope qui commence à devenir presbyte. La supposition de l'hypermétropie devient d'autant moins vraisemblable que le sujet est plus âgé. Un individu, par contre, qui ne voit pas bien ni de loin ni de près — sans autre lésion oculaire — est hypermétrope, et cela à un degré d'autant plus fort que son punctum proximum est plus éloigné et son âge plus jeune.

Les personnes qui vous affirment voir très-bien de près mais pas au loin, sont myopes, et celles qui ne voient ni de près ni de loin, pas même avec des lunettes ordinaires, sont astigmates.

Mais revenons à notre jeune malade : les pupilles sont très-dilatées ; en couvrant et découvrant les yeux elles ne réagissent que lentement et très-imparfaitement. Votre diagnostic est fait. Il s'agit seulement de déterminer le degré de l'affection, c'est-à-dire s'il y a paralysie complète ou s'il y a seulement parésie de l'accommodation, et à quel degré.

La malade lit, sans verre, avec l'un et l'autre œil, jusqu'au n° 5 de l'échelle de Snellen placée à 5 mètres, son acuité visuelle est donc normale ($\frac{5}{5}$). Essayez néanmoins des verres convexes : elle lit même le n° 4 avec + 3, mais elle ne le lit plus avec le 3,5 ; il y a donc H = 3 D ; V = $\frac{5}{4}$.

Il ne faut, en effet, pas se contenter immédiatement lorsqu'on a atteint une acuité visuelle de $\frac{5}{5}$, mais toujours essayer, surtout chez des jeunes personnes, si V n'augmente pas avec une correction encore supérieure.

Dans notre exemple, la parésie de l'accommodation doit être très-considérable, puisque, s'il était resté à la malade seulement 3 dioptries, elles auraient suffi pour corriger l'hypermétropie et lui donner la vision maxima de $\frac{5}{4}$. Mais la correction étant incomplète, la malade distingue, sans verre convexe, seulement le n° 5. (Les cercles de diffusion ne sont pas assez grands pour rendre ces caractères illisibles, mais ils rendent trop diffus ceux du n° 4 qui sont plus petits.)

Inutile d'essayer si la malade lit de près, puisque l'accommodation ne suffit pas pour corriger la totalité de l'hypermétropie, c'est-à-dire pour ramener le punctum proximum à l'infini, elle ne peut, à plus forte raison, pas le ramener à une distance définie.

Dans ce cas, déterminez le verre convexe le plus faible avec lequel la malade obtient son maximum d'acuité visuelle $\frac{5}{4}$. Vous trouvez que c'est avec le n° 1. La malade a donc conservé une amplitude d'accommodation de 3 — 1 = 2 D, au lieu des 12 qui correspondent à son âge. Elle en a perdu 10.

Quel numéro lui donnerez-vous pour lire et écrire à 30 centimètres, en attendant qu'un régime tonique ait ramené la force accommodative totale ? En tout cas, le numéro convexe le plus faible qui lui permette de voir à cette distance, pour ne pas laisser l'accommodation sans exercice.

Pour voir à 30 centimètres il faut une réfraction positive de $\frac{100}{30}$ = 3 D environ à un emmétrope. A un hypermétrope de 3 D, dépourvu d'accommodation, il faudrait 3 + 3 = 6 D, mais puisque la malade dispose encore de 2 D, nous lui donnerons seulement le n° (6 — 2) = 4 D. *(A suivre.)*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. CHARCOT.**

1re LEÇON. — La structure lobulaire du poumon.

Nous avons publié dans le nº 14 du *Progrès médical* de cette année le commencement de la première leçon du cours actuel de notre savant maître sur l'*anatomie pathologique du poumon*. Après avoir rappelé quelle était la méthode qu'il a cru devoir adopter dans son enseignement, M. Charcot a abordé directement son sujet et s'est exprimé ainsi qu'il suit :

Messieurs,

I. Il est temps d'en venir à l'objet particulier de nos études. Il va s'agir d'abord, suivant la méthode que je viens de vous exposer, de nous assurer des connaissances solides relativement à l'anatomie normale. Car, comment pourrions-nous, en procédant d'une autre façon, être mis à même de reconnaître avec certitude les caractères de l'état pathologique dans les diverses parties de cet organe complexe ?

Je suppose connues de vous toutes les particularités d'anatomie descriptive qui le concernent; je pourrais aussi vous supposer munis, dès à présent, de notions approfondies sur l'anatomie de structure et vous renvoyer d'ailleurs aux ouvrages spéciaux où vous trouverez à cet égard les renseignements les plus minutieux. Mais il y a lieu de remarquer, toutefois, que les descriptions des anatomistes n'ont pas été faites, d'habitude, en vue d'une application immédiate à l'étude des lésions. Or, tel détail de structure, de configuration, qui n'a, pour l'anatomie pure, qu'un intérêt de second ordre, peut avoir, au contraire, une importance considérable au point de vue de l'anatomo-pathologie. J'ajouterai que, pour ce qui a trait à l'organe pulmonaire, nous ne possédons pas encore une étude régulière du genre de celle qu'on doit à Kiernan pour le foie, étude où les détails de topographie microscopique si nécessaires à celui qui doit apprendre à s'orienter dans la recherche des lésions délicates, seront considérés d'une façon spéciale. Nous devrons donc nous efforcer de combler autant que possible cette lacune.

Ces considérations qui vous feront comprendre, Messieurs, que, à côté de l'anatomie normale de structure, il y a lieu de donner une place à une anatomie correspondante, faite en vue de l'application à la pathologie et qu'il serait bon peut-être d'appeler anatomie *médicale* de structure, justifieront, je l'espère, les développements dans lesquels je vais entrer.

II. En premier lieu, nous devons nous appliquer à envisager la *structure lobulaire du poumon*. Par nos études passées, relatives à divers viscères, le rein, le foie, par exemple, vous savez combien la notion de l'arrangement lobulaire offre d'intérêt pour l'examen anatomo-pathologique de ces organes. C'est là, vous ai-je enseigné, une des clefs de la situation. Eh bien, ce que j'ai dit alors je puis le répéter aujourd'hui à propos du poumon.

On sait, depuis fort longtemps, que le poumon est composé de parties toutes faites sur le même modèle et dont chacune reproduit en petit, dans ses caractères essentiels au moins, la constitution de l'organe tout entier. Ces *parties similaires* ou, comme on pourrait les nommer encore, ces *éléments de texture* ne sont autres que les *lobules*. Ils ont une indépendance anatomique réelle : il est, en effet, facile de les injecter, de les insuffler séparément. On peut les isoler les uns des autres, sans altérer d'une manière notable leur structure propre, à l'aide de l'hydrotomie et de la dissection. Après ces opérations, ils sont comparables aux feuilles d'un arbre supportées par leur pétiole, celui-ci étant simplement figuré par un ramuscule bronchique.

Mais, tandis que dans d'autres organes, je citerai le foie, les dimensions du lobule élémentaire sont assez minimes (1 μ), elles se montrent dans le poumon, vous le savez, comparativement colossales. Dans le poumon, les grands lobules atteignent quelquefois jusqu'à un centimètre cube. Il y a, du reste, sous ce rapport, de très-grandes variations et il est possible de rencontrer dans la profondeur de l'organe, remplissant l'angle des divisions bronchiques, de très-petits lobules qui, eux, ont à peine les dimensions d'un pois.

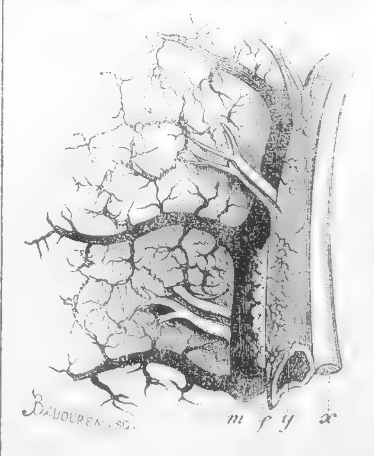
La forme des lobules est aussi très-variable. Les lobules qu'on qualifie de superficiels parce qu'ils sont placés sous la plèvre, ont généralement l'aspect de pyramides dont la base pentagonale ou hexagonale (1) est marquée à la surface de l'organe par des sillons rectilignes s'unissant à angle droit ou obtus, et, en outre, chez l'adulte et surtout chez le vieillard, par une ligne noire plus ou moins foncée, tandis que le sommet, qui reçoit une bronchiole, est dirigé vers les parties centrales. — Quant aux lobules qui constituent les bords tranchants du poumon, ils offrent habituellement la forme d'un coin dont la base est tournée vers le centre. — Enfin, les lobules profonds revêtent des configurations si multipliées qu'on ne saurait guère les rattacher à un type commun.

Tout-à-l'heure, je vous parlais de l'indépendance relative dont jouissent les lobules et de la possibilité de les isoler les uns des autres par la dissection; cet isolement, cependant, ne peut s'opérer sans que la trame conjonctive qui les relie entre eux soit détruite. Et s'il en est ainsi, cela tient à ce que tous les lobules sont comme enclavés dans une trame conjonctive qui les enveloppe de toutes parts d'une sorte de capsule. Celle-ci se confond, d'un côté, avec le tissu cellulaire sous-pleural et, de l'autre, avec les tractus cellulaires qui, à partir du hile, accompagnent les tuyaux bronchiques dans leurs divisions et subdivisions.

La connaissance de cette région de la trame conjonctive du poumon n'est pas, tant s'en faut, à dédaigner. Elle offre même, vous le verrez, un intérêt majeur au point de vue pathologique. Qu'il me suffise de vous faire remarquer pour le moment : 1º qu'elle sert de support à de nombreux vaisseaux ou lacunes lymphatiques, à des ramifications de la veine pulmonaire ; 2º que ces vaisseaux aussi bien que la gangue conjonctive elle-même peuvent être primitivement le siége de lésions importantes. Elle forme ce qu'on pourrait appeler dans le poumon, les *espaces interlobulaires*, se rapprochant des espaces du même nom dont nous avons parlé dans notre description des lobules du foie.

Ces espaces sont tout-à-fait distincts de ceux que, par opposition, je qualifierai d'*intra-lobulaires*. Ces derniers sont constitués par des tractus conjonctifs qui suivent, jusque dans la profondeur du lobule, les ramifications bronchiques et celles de l'artère pulmonaire.

Imitant les auteurs, j'ai comparé plusieurs fois les lobules pulmonaires aux feuilles d'un arbre supportées par leur pétiole. Mais, en réalité, le pétiole en question est au moins double pour chaque feuille, car il est nécessairement composé, au moins par un rameau bronchique et par une branche de l'artère pulmonaire, lesquels sont accolées l'une à l'autre par une espèce de gaîne conjonctive que je vous proposais, il y a quelques instants, de désigner sous le nom d'*espaces intra-lobulaires*, dénomination justifiée par les apparences qu'elle



Séries C, nº 5, fig. *c*, is a diagram showing the principal features in the minute anatomy of the lungs. *x*, pulmonary artery. *y*, bronchial tube with its ramusculi ; *f*, leaflets clinging to bronchial tube ; *m* trunk of pulmonary vein.

Fig. 32.

(1) Voyez Sappey. — *Traité d'anatomie descriptive*, t. IV, p. 410, *fig.* 830.

présente sur les sections propres aux études anatomo-pathologiques et empruntée d'ailleurs à la nomenclature proposée pour le foie par Kiernan. La relation constante qui unit dans ces espaces l'artère pulmonaire et la bronchiole est un fait qui mérite d'être relevé. Elle nous servira plus d'une fois de guide pour nous orienter dans nos études.

J'ai fait placer sous vos yeux une planche qui met assez bien en relief quelques-unes des particularités sur lesquelles je viens d'insister (*Fig. 32*). Elle est empruntée à un intéressant travail de M. Heale sur la structure du poumon (1). Elle montre, entre autres, l'accolement constant de l'artériole et de la bronchiole qui s'enfoncent dans le lobule ; elle montre aussi le trajet isolé des veines pulmonaires dans les espaces interlobulaires. Elle fait voir, enfin, que ces derniers vaisseaux ne se réunissent aux bronches et aux artères pulmonaires que lorsque ceux-ci représentent déjà des branches de calibre.

Chemin faisant, dans cet aperçu sommaire, vous avez pu noter les analogies et aussi les différences qu'offre l'arrangement réciproque des diverses parties qui forment d'un côté le foie, de l'autre le poumon.

Dans le *foie*, le *centre du lobule* est marqué par la présence de la veine intra-lobulaire, appartenant au système des veines sus-hépatiques. Cette veine est là en contact immédiat avec les cellules du parenchyme du foie, sans interposition de tissu conjonctif. — Dans le *poumon*, au contraire, le *centre du lobule* est occupé par une bronchiole accompagnée de son artère satellite, branche de l'artère pulmonaire, et ces deux canaux sont enveloppés par une gaîne conjonctive qui supporte, en outre, des artérioles bronchiques et des lymphatiques.

Dans le *foie*, les *espaces conjonctifs interlobulaires* donnent passage aux canalicules biliaires aux ramifications de la veine porte, à des vaisseaux lymphatiques et à des branches de l'artère hépatique. — Dans le *poumon*, ce sont surtout des vaisseaux lymphatiques et des branches dépendant du système de la veine pulmonaire qui occupent les *espaces interlobulaires*.

Après cette esquisse, destinée à faire ressortir les traits principaux concernant les relations que les lobules possèdent soit entre eux, soit avec les vaisseaux artériels et veineux et les bronchioles, il nous faudra considérer la disposition des parties dans le lobule lui-même. C'est par là que nous commencerons la prochaine leçon. Nous serons entraînés, à ce sujet, dans des détails minutieux, d'une exposition difficile. Toutefois, je crois pouvoir vous dire que, plus tard, vous ne regretterez pas le temps que nous jugeons nécessaire de consacrer à ce travail. Selon notre habitude, d'ailleurs, pour soutenir votre attention sans trop de fatigue, nous saisirons toutes les occasions de relever les applications, qui peuvent être faites à nos études spéciales, des notions que nous essaierons de vous remettre en mémoire. (*A suivre*).

(1) Heale. — *Physiolog. Anat. of the Lung*, London, 1862, p. 79.

40. Sirop de Narcéine.

Eau contenant par litre 6 grammes de HCl à 1,16 de densité.	100 gr.
Narcéine	1 —
Eau	250 —
Sucre blanc concassé	650 —

Dissolvez à chaud la narcéine dans l'eau acidulée, ajoutez les 250 grammes d'eau et de sucre, et faites par simple solution un sirop qui contiendra 10 centigrammes de narcéine pour 100 grammes, 2 centigrammes par cuillerée à bouche de 20 grammes, et 5 milligrammes par cuillerée à café de 5 grammes. (*Répertoire de pharmacie.*)

41. Cholérine.— Pilules contre la cholérine. (Bourgogne.)

Tannate de quinine	1 gramme.
Opium pulvérisé	5 centig.
Essence d'anis	2 gouttes.
Sirop de sucre	q. s.

F. s. a 10 pilules.

Les personnes atteintes de cholérine prendront 100 grammes de vin de Malaga en deux fois, à une demi-heure d'intervalle, puis les dix pilules de tannate de quinine, dans l'espace d'une heure et demie ou de deux heures au plus. — Cataplasme sinapisé sur le ventre. — Quarts de lavement amidonnés.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Influence de la compression ovarienne sur la contracture hystérique récente.

Dans le n° 20 du *Progrès médical* nous avons cité un curieux exemple de l'influence exercée par la compression ovarienne sur la *contracture hystérique récente*. Nous avons observé deux autres faits du même genre que nous allons rapporter en quelques mots.

Le premier concerne une jeune fille de la ville, âgée d'environ 25 ans, qui après une attaque fut prise de *surdité*, de contracture des membres du côté droit et des mâchoires. Ces accidents sont fréquents chez elle et durent plusieurs jours lorsqu'on l'abandonne à elle-même. Alors, ses parents communiquent avec elle en écrivant sur son front, soit avec le doigt, soit avec un crayon, ce qu'ils veulent lui dire et elle comprend parfaitement. Cette jeune fille présente, comme *symptômes permanents* de l'hystérie, une *amaurose* de l'œil droit, une *hémianesthésie* et de l'*hyperesthésie ovarienne* du même côté. Trois fois, depuis moins de deux ans, nous avons pu, par la compression ovarienne, faire cesser en quelques minutes la contracture des mâchoires, celle des membres et enfin la surdité.

Nous avons vu le second cas dans le service de notre maître, M. Charcot, à la Salpêtrière. Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, sujette à de fréquents *états de mal hystéro-épileptique*. Le 4 juin dernier, elle avait de violentes attaques depuis trois heures, lorsque à la suite de l'une d'elles, il resta une contracture très-prononcée des mâchoires et de la langue : toute tentative faite pour écarter les mâchoires était infructueuse. Eclairé par les faits antérieurs, nous pratiquâmes la compression ovarienne à droite, car nous savions par expérience que, chez cette malade, l'hyperesthésie ovarienne, l'hémianesthésie, etc., occupaient le coté droit du corps. La compression ovarienne, en raison de la contraction énergique des muscles du ventre, fut plus difficile qu'elle ne l'était d'habitude. Dès que nous fûmes parvenu à enfoncer nos doigts dans la profondeur du bassin, au niveau de l'ovaire, en d'autres termes, dès que nous sentîmes battre l'artère iliaque, la mâchoire s'abaissa, se dévia à gauche, ce qui donnait une étrange physionomie à la malade ; puis, elle reprit sa position régulière, mais, toujours écartée. La bouche, largement ouverte, permettait de voir au fond de la cavité buccale la *langue tout à fait recourbée en cercle ;* la pointe était collée sur la luette : on eût dit que la malade allait avaler sa langue (1). La compression continuant, la langue s'allongea brusquement comme un ressort, fut prise de mouvements rapides dans lesquels elle s'allongeait et se raccourcissait. Enfin, cette sorte de *folie de la langue* se calma, les choses rentrèrent dans leur ordre normal, la malade ne conservant plus qu'un certain embarras de la parole. Cette jeune fille, nommée Gl...., ayant eu de nouvelles attaques, fut reprise encore des mêmes accidents, lesquels disparurent de nouveau par le même procédé thérapeutique.

(1) On conçoit très-bien en voyant la position de la langue que, en pareille circonstance, les malades se plaignent d'une violente traction des muscles de la région sus-hyoïdienne.

Dans ces deux cas, de même que dans l'ancien, le succès couronna l'entreprise, c'est-à-dire fit disparaître des contractures qui auraient pu devenir définitives. En sera-t-il toujours ainsi dans des circonstances semblables, c'est ce que l'expérience seule peut démontrer? Il ne faut pas oublier qu'il s'agit là de *contractures récentes*, dépendant d'attaques qui viennent de se produire et que, dans les contractures permanentes datant de plusieurs jours et à plus forte raison de plusieurs semaines, la compression ovarienne n'exerce aucune action. — BOURNEVILLE.

Subvention à l'École des Hautes-Études

Désireux d'encourager tout ce qui a pour but le progrès de la science et la diffusion de l'instruction, le Conseil municipale avait accordé l'année dernière une subvention de 24,000 fr. à l'Ecole des Hautes-Etudes. Il paraît que les Commissions de l'Ecole n'ont pas parfaitement compris les intentions du Conseil, et que leurs propositions ne répondent pas à sa pensée.

Le but du Conseil, en votant la subvention, a été de venir en aide à une institution où de jeunes savants se forment aux travaux de la libre recherche, de la science expérimentale, de l'érudition substantielle et originale. Pour obtenir ces résultats, il faut qu'ils puissent, à l'intérieur, avoir à leur disposition des laboratoires largement outillés et des documents scientifiques, et à l'extérieur, étudier et comparer dans les principaux foyers de la science européenne..... Sa préoccupation est que ses libéralités profitent directement à ces hautes études dans lesquelles Paris doit au moins égaler et devrait surpasser toutes les autres villes.

Les commissions de l'Ecole vous proposent, au contraire, une attribution des sommes votées qui constituent une série de récompenses et d'encouragements individuels. Tel recevra une subvention pour être mis à même de passer sa licence ou son agrégation, tel autre pour se procurer un microscope ou des livres, tel encore pour pouvoir consacrer à l'étude des heures qu'il consacre à donner des répétitions, etc....... Mais cette assistance personnelle n'a pas été dans les vues du Conseil. Il ne s'est pas donné pour objectif de faciliter l'obtention des diplômes universitaires, ni d'aider tel ou tel particulier à compléter ou à augmenter ce qu'on pourrait appeler son mobilier scientifique. Ce sont les laboratoires de l'Ecole elle-même qu'il a entendu compléter et augmenter; en envoyant des jeunes gens dans les foyers d'étude de l'étranger, ou en les mettant à même, par des bourses d'études, de continuer ces études pendant une période suffisante pour que ce haut stage scientifique soit sérieux et fécond, ce sont les publications de l'Ecole qu'il a voulu aider à remplir de travaux et de mémoires honorant la science française.

Ces derniers mots font bien ressortir l'intention du Conseil municipal, et l'erreur dans laquelle sont tombées les commissions de l'Ecole, sans peut-être qu'il y ait absolument de leur faute. Elles paraissent avoir été trompées par le sens équivoque du terme *bourses d'études*. L'Ecole a compris qu'il s'agissait de bourses destinées à des étudiants, analogues à celles des élèves des lycées ou à celle que les départements accordent à un jeune homme manifestant, par exemple, de grandes aptitudes artistiques pour lui permettre de faire ses études à l'Ecole des Beaux-Arts. Le Conseil municipal entend, au contraire, donner à un jeune savant, ses études d'élève terminées, le moyen de poursuivre des recherches spéciales, de produire une œuvre originale. L'Ecole a cru qu'il s'agissait de subvenir aux frais d'apprentissage ; le Conseil veut mettre l'apprenti devenu maître à même de faire son chef-d'œuvre. La différence est grande, et l'honorable rapporteur, M. Asseline, a eu bien raison d'insister sur les principes et les règles à suivre dans la répartition de la subvention municipale. Après ses explications, tout malentendu est impossible.

On approuvera le Conseil de demander que les titres et les demandes de tous les candidats soient soumis à son appréciation, avec les annotations des professeurs, et qu'on lui indique les travaux accomplis par les titulaires des bourses de voyage et d'étude. Toutefois nous pensons que, dans cette voie, il y a un écueil à éviter ; le Conseil fera bien, croyons-nous, de laisser aux Commissions de l'Ecole la responsabilité de la distribution des subventions ; il lui suffit de considérer les résultats et de voir, avant de voter une nouvelle subvention, si les candidats de l'année précédente ont justifié par leurs travaux la faveur dont ils ont été l'objet. Si cela n'était pas, une réduction plus ou moins considérable de la somme votée, avertirait les Commissions d'avoir à mieux choisir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance de Mars.

M. Ch. RICHET a profité d'une opération de gastrotomie faite par M. Verneuil, pour étudier le rôle du suc gastrique dans la digestion. Chez le malade observé par M. Richet, l'œsophage était obturé, il était impossible à la salive de se mélanger aux liquides stomacaux. M. Richet a pu voir que les aliments divers exigeaient des quantités variables de temps pour être digérés. L'estomac est vide bien longtemps avant l'apparition de la faim. L'acidité ordinaire du suc gastrique correspond à 1 gr. 7 c. d'HCl pour 1,000 grammes de suc. Le vin et l'alcool augmentent cette acidité. Le sucre la diminue. L'acidité augmente pendant la digestion.

M. CAZENEUVE tire de l'action de l'hydrosulfate de soude sur l'hémoglobine un caractère nouveau pour reconnaître les taches de sang en médecine légale, au moyen de l'examen au spectroscope.

M. Maurice RAYNAUD a cherché quel pouvait être dans l'économie le véhicule du vaccin. L'idée la plus naturelle qui se présente c'est que le sang est ce véhicule. Il suffit pour le savoir d'inoculer à un individu indemne du sang d'individu vaccinifère. Jamais par ce procédé on ne développe l'éruption vaccinale. A ces individus vaccinés avec du sang, on a inoculé le virus et l'éruption est alors apparue. M. Raynaud a fait à une génisse indemne une transfusion de sang pris à une génisse vaccinifère. Aucune éruption n'est survenue, l'inoculation fut faite quelque temps après, pas une pustule ne se développe aux points piqués. Il suit de là que la transfusion de sang vaccinifère donne l'immunité sans passer par l'intermédiaire de l'éruption.

M. D'ARSONVAL présente une étuve extrêmement constante et d'un modèle nouveau. C'est l'eau elle-même, contenue dans l'étuve, qui par sa dilatation vient presser sur une membrane de caoutchouc et opérer ainsi le réglage du bec de gaz qui constitue la source de chaleur. Il indique même une disposition qui permet d'employer un moyen quelconque de chauffage. On comprend toute l'importance que peut avoir un semblable appareil pour l'incubation artificielle, la sériciculture et les observations scientifiques.

MM. MORAT et TOUSSAINT étudient l'effet d'une excitation unipolaire sur le sciatique de la grenouille. Les résultats qu'ils obtiennent sont inverses de ceux que donne l'excitation bipolaire, mais la méthode unipolaire, par la simplicité de ses conditions, paraît se prêter beaucoup mieux que l'autre à l'étude des rapports qui peuvent exister entre les phénomènes électriques et les phénomènes physiologiques provoqués dans les nerfs par l'application des courants électriques.

MM. FELTZ et RITTER font connaître leurs recherches sur l'empoisonnement par les sels de cuivre. Pour eux, l'acétate de cuivre est plus actif que le sulfate. Les accidents toxiques sont plus rapides chez l'animal à jeun. La saveur des sels de cuivre est telle qu'il est impossible de les prendre sans être averti : enfin, l'ictère fréquent indique que les sels de cuivre portent leur action sur la sécrétion biliaire.

M. Tarlet a fait quelques expériences sur la tonicité musculaire. Il en résulte qu'après l'excision de son nerf un muscle se reconnaît immédiatement, bien loin de s'allonger ainsi que Brondgust l'avait soutenu. Cet allongement apparent tient à l'action des muscles antagonistes.

M. Bourneville présente un mémoire déjà ancien, dans lequel on trouve l'analyse du foie d'une femme ayant pris comme médicament une quantité considérable de sulfate de cuivre. Cette femme n'avait jamais présenté de phénomènes toxiques; néanmoins son foie contenait 236 milligrammes de cuivre.

M. Sédillot lit un mémoire sur la trépanation dans le cas de fractures compliquées d'esquilles. Il cite un certain nombre de cas où l'ablation hardie de ces esquilles sauva le malade. Il faut donc revenir à cette pratique de l'ancienne chirurgie presque abandonnée : revenir à la vérité, c'est presque la découvrir une seconde fois.

M. Lautu s'est occupé de l'analyse des eaux d'égout de la ville de Paris. L'égout grand collecteur contient de l'eau dont voici la composition moyenne :

Matières en suspension	1.242 gr.
— dissolution	682
Azote ammoniacal	6.8
— nitrique	1.9
— organique	14.0
— — dans les parties solubles.	18.6
— total	35
Matières organiques	660

Par mètre-cube.

L'eau au moment où on la recueille est incolore et inodore; au bout de dix jours elle entre en putréfaction, elle devient noirâtre et infecte. Le barbotage de l'air rend l'eau d'égout imputrescible. Il ne se forme pas de nitrates, mais l'azote à l'état d'ammoniaque augmente sensiblement.

La chaux a le même avantage. L'action de l'air et celle de la chaux peuvent donc très-bien expliquer l'action épuratrice du sol sur les eaux d'égout.

Les eaux d'égout contiennent de plus des infusoires et des oscillaires. Dans l'eau sodée ces organismes disparaissent ; ils augmentent au contraire beaucoup dans l'eau aérée.

M. Oré présente un cas de transfusion du sang.

M. Lanjorrois propose le bichromate de potasse connu antiseptique chirurgical. P. Regnard.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 juin 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Vidal réfute l'opinion de M. Renaut qui admet que dans l'acné varioliforme les cellules subissent une dégénérescence cornée ; que l'on colore une préparation par le bleu d'aniline, puis par l'acide picrique, les cellules cornées de l'épiderme sont en teintes bleu, tandis que les masses provenant de la dégénération cellulaire dans l'acné le sont en vert. De plus, l'acide acétique qui attaque les cellules cornées est sans action sur celles de l'acné. Il s'agit donc bien dans cette lésion cutanée d'une dégénération colloïde.

M. Magnan attire l'attention de la Société sur les paralysies des nerfs crâniens qui surviennent au début ou dans le cours de la paralysie générale. Elles reconnaissent deux causes, les unes apparaissant à la suite d'attaques apoplectiformes ou épileptiformes, sont passagères, et dépendent de lésions centrales : les autres au contraire sont persistantes, tiennent à des lésions des nerfs et frappent surtout les 2e, 3e, 4e, 6e paires : souvent le nerf optique est frappé avec un des moteurs oculaires, mais la lésion peut être très-accusée dans l'un, moins nette dans l'autre. M. Magnan rapporte deux cas de ce genre et montre que la sclérose du nerf est surtout prononcée à la périphérie, aux points normalement riches en tissu conjonctif. C'est pour le cordon nerveux la même lésion que celle de la moelle dans la myélite interstitielle diffuse de la paralysie générale.

M. Hallopeau fait remarquer que ces paralysies des nerfs crâniens se rencontrent dans toutes les variétés de sclérose qui atteignent la moelle et le cerveau (tabes dorsal, sclérose diffuse, sclérose en plaques, etc.) Aussi ne peuvent-elles éclairer le diagnostic difficile au début.

M. Magnan se rallie à cette manière de voir, mais l'existence d'une sclérose du nerf optique survenue sans cause appréciable est dans l'immense majorité des cas le symptôme avant-coureur de l'ataxie ou de la paralysie générale.

M. Hayem expose son procédé pour le dosage de l'hémoglobine dans le sang. Il ne se sert plus à cet effet du liquide avec lequel il compte les globules, mais de sang dissous dans l'eau. Il emploie une petite cellule double formée par deux anneaux de verre intimement accolés.

Dans l'un on peut mettre 21 mcc. d'un sang dont on connaît la richesse, dans l'autre 2 mcc de sang à examiner et ajouter des quantités de 11/4 mcc., jusqu'à ce que la teinte soit des deux côtés la même. Ce procédé serait trop long; mieux vaut employer comme points de repère des échelles de teintes équivalent chacune à un certain nombre de globules sains.

Il faut aussi tenir compte de l'état de l'atmosphère : l'hémoglobine est rouge par un ciel ouvert, jaune par un ciel très-clair, aussi faut-il 2 échelles différentes. M. Hayem a pu constater qu'avec cette méthode les erreurs ne peuvent s'élever à $\frac{1}{2000}$ d'hémoglobine ; ce qui est plus que suffisant pour toutes les recherches. Ce procédé est plus exact et plus facile à employer que le colorimètre de Laurent et Duboscq.

M. Malassez maintient qu'en se servant de son procédé on arrive à des résultats suffisamment précis.

M. Nicati montre à la Société un appareil destiné à mesurer le champ du regard et en même temps les mouvements de rotation de l'œil.

M. Bochefontaine a fait quelques expériences sur les effets de l'excitation de la face interne des lobes cérébraux chez le chien, région qui paraît correspondre au lobe paracentral de l'homme. Elles ne lui ont encore donné que des résultats négatifs ou peu concluants.

M. Bochefontaine a aussi institué quelques expériences relatives à la compression du cerveau comme moyen anesthésique chez les animaux. Il a reconnu l'exactitude des faits avancés par Dalton.

M. Cl. Bernard s'est aussi servi de ce procédé qui lui a généralement donné de bons résultats. Seulement on ne sait pas encore exactement quelles sont les parties du cerveau qu'il est préférable de comprimer. De plus, dans ces conditions les nerfs acquièrent une extrême excitabilité.

M. Javal indique un procédé rapide d'optométrie.

M. Charles Richet avait dans une séance précédente, montré que par la méthode de Schmidt on pouvait prouver dans le suc gastrique humain pur l'existence d'acide chlorhydrique libre. Une nouvelle méthode, l'agitation avec l'éther, et le titrage des deux acidités permet de démontrer différents faits que nous résumerons ici. Si on prend du suc gastrique pur et frais, on voit qu'il ne contient presqu'un acide minéral (probablement chlorhydrique). Mais en le laissant vieillir, il ne tarde pas à contenir des acides organiques qui s'y forment par suite d'une sorte de fermentation. Au contraire le suc gastrique mélangé aux aliments contient de notables proportions d'acides organiques, et, en supposant l'acide lactique, $\frac{1}{3}$ ou $\frac{1}{4}$ d'acide lactique pour $\frac{2}{3}$ ou $\frac{3}{4}$ d'acide minéral.

Le fait imprévu, c'est que si on fait une digestion artificielle, en dehors de toute action de la muqueuse stomacale, et de toute influence vitale, l'acidité du suc gastrique augmente; tout se passe comme s'il y avait une fermentation acide des matières alimentaires sous l'influence d'un ferment contenu dans le suc gastrique. L'acidité peut augmenter de 20, 50 et même 70 pour 100. L'examen du rapport de partage montre qu'il s'est formé des acides organiques. La putréfaction change aussi l'acidité du suc gastrique, et au lieu de la diminuer l'augmente quelquefois; il s'y développe des acides organiques multiples. Le ferment acide semble être en grande partie retenu sur le filtre avec les matières solides non filtrables; en moindre partie, il passe avec les matières solides. Ainsi ce qu'on appelle suc gastrique (pendant la digestion), est non-seulement le résultat de la sécrétion des glandes stomacales, mais aussi le résultat de la fermentation

acide des matières alimentaires. Ce travail a été fait au laboratoire du Collége de France de M. Berthelot).

L. Dreyfus-Brisac.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 *juin* 1877. — Présidence de M. Bouley.

Suite de la discussion sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. Guéneau de Mussy passe en revue les divers arguments invoqués par M. Chauffard en faveur de la doctrine de la spontanéité vivante et contre la théorie de la spécificité. M. Chauffard a voulu prouver l'identité de la doctrine des principes spécifiques et de la théorie parasitaire. Mais il n'y a aucune analogie possible entre le parasitisme et la spécificité; le premier n'est pas ce qu'on peut appeler une maladie; c'est tout au plus un traumatisme. Les parasites ne pénètrent pas dans le cercle intime de l'organisme, ils agissent comme irritants; les maladies spécifiques, au contraire, sont en quelque sorte des maladies constitutionnelles passagères. Les agents spécifiques s'emparent de l'organisme, le dominent, imposent leur cachet sur tous ses actes. Est-ce à dire que le principe spécifique ne puisse pas être une matière organisée et vivante? Cela est possible; toutefois M. Guéneau de Mussy n'a pas été affirmatif et, après un grand nombre de médecins, il a répété que les principes spécifiques présentent des analogies remarquables avec les graines et les ferments. Pour les unes comme pour les autres, il faut un terrain favorable; le sol morbide s'épuise par l'évolution et l'action des agents spécifiques, comme s'épuisent les terrains qui, pendant un certain temps, ont nourri la même graine, comme s'épuise la matière fermentescible dans les substances fermentées. Il y a multiplication des virus au sein des organes vivants, comme se multiplient les ferments et les germes dans un milieu qui leur convient. Les agents spécifiques, comme les graines, sont modifiés par les conditions extérieures: il y a, en quelque sorte, des saisons pour les contages, c'est-à-dire des modalités qui favorisent leur évolution et concourent à la production des épidémies. En rapprochant ces phénomènes, M. Guéneau de Mussy n'a pas prétendu qu'ils fussent du même ordre et il a signalé à plusieurs reprises l'envahissement abusif du domaine de la pathologie par les micrococcus et les bactéries.

Contrairement à M. Chauffard, il est loin de regretter l'influence produite par M. Pasteur sur nos doctrines médicales. En chirurgie, cette influence a donné naissance à des méthodes de pansement qui constituent un réel progrès: en médecine, elle a fortifié l'espérance de ceux qui espèrent arriver dans la pathogénie des maladies spécifiques à des résultats plus positifs que ceux qui nous sont offerts par la dialectique associée à l'hypothèse. M. Pasteur a, par exemple, excellemment découvert l'origine et le traitement de la maladie des vers à soie, nommé *pébrine*. Il a montré que cette pébrine, si semblable à une maladie spécifique constitutionnelle par son évolution et sa transmission héréditaire, avait sa cause dans des corpuscules qui s'implantent et se multiplient dans le ver à soie.

Ne peut-on certes pas espérer qu'on découvrira même l'agent producteur des maladies considérées actuellement comme spécifiques ou constitutionnelles? Nous ne sommes autorisés, jusqu'ici, à rien affirmer sur la nature et la genèse des principes spécifiques; par contre, les négations absolues sont aussi téméraires. Le doute est bien plus scientifique, plus philosophique que le dogmatisme. M. Guéneau de Mussy ne trouve pas que la doctrine de M. Chauffard soit par elle-même assez satisfaisante, pour faire prononcer l'exclusion de toute autre; il revient sur la théorie qui, tout en admettant l'existence des principes spécifiques comme germes causes des maladies contagieuses, regarde comme possible leur multiplication ou leur germination dans un autre milieu que l'organisme. — Cette théorie, déjà exposée en Angleterre, est entièrement hypothétique.

Sortant de l'étude générale de la spécificité, M. Guéneau de Mussy se place sur le terrain plus circonscrit de l'étiologie de la fièvre typhoïde. La fièvre typhoïde, a-t-il dit, est contagieuse et il est douteux qu'elle puisse se développer en dehors de la contagion. M. Chauffard accepte la contagion de la fièvre typhoïde, mais il affirme qu'elle peut reconnaître une autre origine et que les émanations putrides peuvent, aussi bien que l'influence contagieuse, mettre en vue cette spontanéité qui est, selon lui, la vraie cause des maladies spécifiques. M. Guéneau de Mussy est d'avis qu'on n'est pas autorisé à affirmer que la fièvre typhoïde se développe en dehors de la contagion par cela même qu'on ne peut pas la démontrer; il est impossible d'invoquer la contagion, reprend M. Chauffard, dans les cas où on n'en suit pas la trace. Sait-on combien de temps la matière contagionnante conserve ses propriétés actives? Que de voies sont ouvertes au contage disséminé!

M. Guéneau de Mussy n'admet pas la critique de M. Chauffard à sa proposition: que la matière putride au lieu d'être le principe de la fièvre pourrait bien n'en être que la compagne et l'enveloppe. Il a dit que le contage pouvait se trouver mêlé à des matières putrides, se dégager avec leurs émanations, ce qui n'empêche pas qu'un degré plus avancé de fermentation putride puisse le détruire; il rappelle également que le contage peut se répandre et exercer son action loin du lieu où il a pris naissance et qu'il peut même y être transporté par les vêtements, peut-être par les organismes humains. Pour justifier son opinion que la fièvre typhoïde peut se développer sous l'influence d'émanations putrides, de l'encombrement, M. Chauffard en appelle aux autres affections spécifiques, comme le typhus pétéchial, la dysentérie épidémique; n'est-il pas possible, répond M. Guéneau de Mussy, que ces causes banales ne fassent que créer, non le principe spécifique, mais le terrain nécessaire où il se développe. D'après M. Chauffard, M. Chauveau aurait trouvé que la granulation virulente était *identique* à toutes les granulations contenues dans les humeurs normales ou pathologiques communes; qui pourrait nous persuader, objecte M. Guéneau de Mussy, que cet élément virulent, dont une seule granulation, introduite dans un organisme vivant, peut y porter la mort, n'est qu'un élément anatomique commun, chargé d'une modalité, d'une activité fortement spécialisée? Quelle conclusion peut-on tirer de la similitude d'aspect microscopique des granulations normales et des granulations spécifiques? Si le microscope ne découvre en elles aucune différence, leurs propriétés affirment qu'elles diffèrent essentiellement. — La distinction entre les maladies spécifiques proprement dites et les maladies septiques, établies par M. Chauveau et adoptée par M. Chauffard, semble très fondée, mais n'ébranle en rien la doctrine qui admet l'existence de principes spécifiques comme cause des maladies spécifiques.

M. Guéneau de Mussy transporte maintenant le débat sur le terrain circonscrit : du rôle des égouts, charriant des déjections spécifiques, dans la genèse de la fièvre typhoïde et du choléra. M. Chauffard croit mal fondées les critiques adressées au système des égouts, notamment à la généralisation projetée de leurs communications avec les réservoirs de vidanges; ce n'est guère, dit-il que dans les chaleurs extrêmes de l'été que les odeurs exhalées par les bouches des égouts deviennent sinon fétides, du moins offensantes. Pour M. Guéneau de Mussy, les odeurs des égouts, fétides ou offensantes, peuvent accompagner des exhalaisons spécifiques. Quant aux changements atmosphériques, ils ne peuvent annihiler le rôle de la contagion: la dernière épidémie a été très-démonstrative. La doctrine qui admet l'existence de principes spécifiques ne contredit nullement le rôle dominateur de l'organisme dans l'évolution des maladies spécifiques: elle ne porte aucune atteinte à l'autonomie de la vie et n'a aucun rapport avec le parasitisme. La doctrine de M. Chauffard le conduit à un fatalisme qu'il avoue.

Sans doute, termine M. Guéneau de Mussy, on n'anéantira pas la fièvre typhoïde ; trop de circonstances assurent sa reproduction ; elle ne disparaîtra pas plus, et pas autant même, selon toute probabilité, que n'a disparu la variole, malgré l'admirable digue que Jenner a opposé à ses envahissements, malgré cet aveu, on peut restreindre les ravages d'un semblable fléau.

M. Devilliers fait la lecture de son rapport sur l'hygiène de l'enfance.

M. Depaul, à propos du rapport de M. Devilliers, s'étonne de la mortalité effrayante des nouveaux-nés, malgré la multiplicité des statistiques et des rapports établis sur une question aussi importante. Pour obvier à un pareil résultat, M. Depaul est d'avis d'augmenter le nombre des nourrices par des subsides. A cinq heures l'Académie se forme en comité secret.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 *mars* 1877. — Présidence de M. Charcot.

M. Parrot présente : 1° Une *fracture du larynx* chez un nouveau-né. Très-probablement cette fracture est le résultat d'une tentative criminelle de strangulation. L'enfant portait sur le cou des traces d'ecchymoses : il est mort d'asphyxie lente.

A l'autopsie on a constaté l'existence d'une fracture verticale de la partie antérieure du cartilage thyroïde à peu près sur la ligne médiane ; la muqueuse du larynx était ecchymosée et tuméfiée au point d'obstruer la cavité laryngienne et d'empêcher le passage de l'air.

2° L'*estomac* d'un enfant de un an, rachitique, sur lequel on trouve une concrétion diphthéroïde, aplatie, de un demi-millimètre à cinq millimètres d'épaisseur, présentant à sa surface des plis longitudinaux. Au-dessous d'elle la muqueuse est légèrement injectée mais ne présente aucune solution de continuité. Les lésions de ce genre sont fréquentes chez les nouveau-nés, mais à un an elles sont rares. La fausse membrane, examinée au microscope, est formée par un lacis fibrineux, dans les mailles duquel sont enfermés des leucocytes, des globules du sang, des débris épithéliaux et des micrococcus.

M. Charcot rappelle que l'on a cité des exemples de lésions de la muqueuse de l'estomac, déterminées par l'ingestion d'acides concentrés et dans lesquels la membrane muqueuse était détruite dans une grande étendue et remplacée par un exsudat pseudo-membraneux. Un exemple de ce genre a été récemment présenté dans une société savante.

Hépatite interstitielle syphilitique. Syphilis tertiaire. Contracture des jambes, principalement de la droite, périostose de la face interne du tibia droit ; par M. Boussi.

Favre Mélanie, âgée de 53 ans, ménagère, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Adelaïde, n° 15, service de M. Lancereaux, le 5 février 1877. Elle se plaint de raideur et de douleurs rhumatismales dans les jambes. A 22 ans, cette femme eut aux parties génitales des boutons pour lesquels on lui donna du mercure et de l'iodure de potassium. Ensuite elle eut trois enfants : deux sont morts en bas âge. Le troisième, un garçon, est vivant ; mais fort délicat.

Deux mois avant son entrée, en décembre 1876, la malade éprouva dans les jambes une raideur qui augmenta progressivement. Au bout de quelques temps elle ne put plus marcher; et, quand elle se décida à entrer à l'hôpital, elle fut forcée de se faire amener en voiture.

A son entrée voici les phénomènes qu'elle présente : le faciès est amaigri. Elle ne peut marcher ; les jambes sont demi fléchies sur les cuisses, la droite plus que la gauche. Elle ramène difficilement ces membres dans la rectitude. La jambe droite même ne peut l'être complétement par les tractions. Le genou reste toujours saillant. Cette flexion est produite par la contracture des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux qui sont raides et donnent au toucher la sensation d'une corde. Cette raideur des membres inférieurs est accompagnée de fourmillements et d'élancements dans les cuisses et les mollets plus violents la nuit.

La malade se plaint en outre de maux de tête plus intenses aussi pendant la nuit. La sensibilité du tact et de la douleur est conservée. Sur la face interne du tibia droit l'on constate une périostose sise à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Cette lésion met sur la voie du diagnostic en faisant songer à la syphilis. Les autres appareils ne présentent aucun symptôme : pas d'albumine dans les urines. Aucun signe d'alcoolisme. Les contractures font penser à une lésion syphilitique commençante du côté de la moelle. On ordonne 2 gr. d'iodure de potassium et des frictions mercurielles dans l'aisselle et le pli de l'aine.

19 *février*. La contracture est moins accentuée que les premiers jours. Les muscles de la région postérieure de la cuisse sont moins tendus.

20 *février*. Météorisme depuis quelques jours, du reste, la malade a des borborygmes, un léger œdème des membres inférieurs au niveau des malléoles. Les parois abdominales sont légèrement œdématiées. A la percussion le foie est douloureux et petit. Le cœur fait entendre des battements métalliques dont le météorisme abdominale rend bien compte.

26 *février*. La maigreur se prononce de plus en plus. L'abdomen est distendu par les gaz. Sa surface est lisse, ses veines sont un peu dilatées. La constipation persiste ; absence d'albumine ; œdème très-marqué des membres inférieurs ; contractures presque disparues. Lavement purgatif.

2 *mars*. Apparition d'ictère peu intense plus visible sur les conjonctives, sur la face et sur l'abdomen. Là il est plus marqué et par plaques. La diarrhée succède à la constipation. Cet ictère, joint à la douleur de l'hypochondre droit fait penser à une lésion hépatique de nature syphilitique.

7 *mars*. Epistaxis légère. (Elle en a eu plusieurs depuis qu'elle est ici). — 8 *mars*. L'état cachectique, l'œdème et l'ictère augmentent. L'ascite jusqu'alors inappréciable devient manifeste.

10 *mars*. Elle s'éteint à 8 heures 1/2 du soir. La mort est causée par la lésion hépatique survenue environ 30 ans après les premiers accidents.

Autopsie le 12 mars. — Œdème des membres inférieurs. Tissu cellulo-adipeux presque disparu. Les pelotons graisseux sont colorés par la bile. Quelques litres de liquide s'échappent de la cavité péritonéale. Le péritoine pariétal est pigmenté en quelques points. Le viscéral présente aussi quelques taches de pigmentation sur l'intestin et le cœcum.

Estomac dilaté. La muqueuse est le siége d'une pigmentation uniforme considérable. *Intestins*. Les plaques de Peyer sont pigmentées. — *Foie*. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. De petit volume, du poids de 960 grammes, il se fait remarquer par deux cicatrices transversales, l'une à la partie moyenne du lobe droit, l'autre à celle du lobe gauche. On remarque, en outre, deux cicatrices longitudinales à 0 m., 04 du ligament suspenseur. Elles sont profondes, les lèvres en sont reliées par des fausses membranes. La veine porte et les veines sus-hépatiques sont perméables.

La capsule de Glisson est épaissie ainsi que le ligament suspenseur. La surface hépatique présente, en outre, de nombreux lobules plus nombreux à la face inférieure. Ces lobules, séparés les uns des autres par des sillons plus ou moins profonds, sont, les uns du volume d'une noix, les autres d'une amande.

La vésicule est remplie de bile brunâtre. Le canal cholédoque est libre. Les ganglions de l'épiploon gastro-hépatique sont volumineux, indurés, noirs, fortement pigmentés. Les ganglions péripancréatiques prévertébraux et inguinaux offrent une altération analogue, par contre les ganglions mésentériques sont indemnes. — *Rate*. 18 cent. de long. P. 395 gr. La capsule est absolument noire et recouverte de larges plaques blanches, fibreuses. A l'incision, parenchyme rouge non pigmenté.

Reins. Le gauche pèse 100 gr., le droit 125 gr. Le gauche, lorsqu'on enlève la capsule offre une surface légèrement granuleuse. La coloration est rouge-jaune, uniforme, la substance corticale est légèrement atrophiée. Le droit présente une surface chagrinée, une substance corticale atrophiée. A l'incision, la coloration est à peu près normale. — *Vessie*. Elle est dilatée. La muqueuse est injectée.

Utérus. L'utérus est volumineux, ses parois sont épaissies, indurées, les ligaments larges sont pigmentés. Les trompes sont adhérentes aux ovaires réduits à de simples bandelettes cicatrisées.

Plèvres. Adhérence au sommet droit et à la base gauche. —

Poumons. Le droit est congestionné, le gauche normal. Les bronches sont saines, les ganglions thoraciques sains. — *Cœur.* Le cœur est petit, graisseux à la face antérieure. Le muscle cardiaque est gras et friable. Rien aux valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Le bord libre de la mitrale est légèrement épaissi. Aorte saine, sauf au niveau des mésentériques où elle présente quelques points calcifiés.

Moelle épinière. La dure-mère rachidienne est épaissie dans quelques centimètres au niveau de la région cervicale. La moelle est un peu diffluente. — *Encéphale.* Les méninges offrent quelques plaques laiteuses. Les artères légèrement dilatées n'ont pas une athésomasie très-notable. — *Cerveau.* On constate quelques petits anévrysmes miliaires dans la partie externe de la couche optique et dans la protubérance. Rien au plancher du quatrième ventricule. — *Os.* Sur le tibia droit périostose sur les faces interne et externe. Celle de la face interne, constatée pendant la vie, a 10 centimètres de long et 3 ou 4 mm. d'épaisseur, celle de la face externe au même niveau que l'interne est moins développée.

Le crâne est sclérosé et semble atteint d'une légère hyperortose généralisée. Les côtes ont une raréfaction centrale et une sclérose périphérique.

L'examen microscopique fait sur une coupe fraîche révèle des lésions semblables à celles d'une cirrhose ordinaire, les lobules sont comme enserrés par des faisceaux de tissu conjonctif épais parsemés de nombreuses cellules embryonnaires. Ces lobules sont atrophiés, leurs cellules sont granuleuses mais n'ont pas subi la dégénérescence graisseuse. Rien de notable du côté des vaisceaux.

Réflexions.—Nous croyons avoir sous les yeux une cirrhose syphilitique: le traitement antisyphilitique à 22 ans, pour des boutons à la vulve; les douleurs dans la continuité des membres et à la tête, plus violentes la nuit; les contractures diminuant sous l'influence de l'iodure; les douleurs de l'hypochondre droit et les autres symptômes de la lésion hépatique différant un peu de ceux de la cirrhose ordinaire, etc. plaident en faveur de cette opinion, que confirment, à notre sens, le petit volume du foie sillonné de cicatrices, l'hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques, enfin la périostose du tibia.

Maladie de Bright; par M. Levrat, interne.

Femme de 34 ans, bien portante auparavant, entrée au commencement de décembre à la salle Saint-Pierre à l'Hôtel-Dieu A la suite de froid, elle fut prise presque subitement d'anasarque, et entra à l'hôpital où l'on constata dans l'urine une quantité considérable d'albumine. La malade fut mise au régime lacté. Au mois de janvier, elle passe dans le service de M. Gueneau de Mussy et la note laissée sur elle porte le titre de néphrite parenchymateuse.

Œdème généralisé et très-marqué, ascite considérable ayant déjà provoqué plusieurs fois la suffocation et nécessita quatre ponctions. Albumine en quantité considérable dans les urines; urines rares. Rétinite albuminurique du côté droit.

La malade resta dans cet état sans amélioration pendant deux mois et demi, à ce moment le 7 mars, elle fut prise de deux attaques éclamptiques, auxquelles succéda le coma; mort le 17 mars.

Autopsie. — Les reins sont petits, non mamelonnés, la substance tubulaire paraît normale. La substance corticale est blanche à la coupe, elle est diminuée d'épaisseur et dure; la coloration blanche a l'aspect d'un piqueté blanc. Gravelle urique dans les deux reins. Calcul d'acide urique dans le bassinet du rein droit.

Contusion d'une hernie inguino-pubienne. — Perforation intestinale; par M. Audouard, interne des hôpitaux.

Collé Auguste, mécanicien, âgé de 38 ans, a été admis dans la soirée du 19 mars 1877, dans le service de M. Delens, à l'hôpital Beaujon. Il venait de recevoir dans une rixe un coup de pied qui l'avait atteint au bas-ventre. A l'examen du malade on ne trouve pas trace de contusion sur l'abdomen. Mais il indique avec la main la région hypogastrique gauche comme étant le siége de vives douleurs. Toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen est douloureuse à la palpation et principalement le pli de l'aine gauche.

Au niveau de l'orifice inguinal externe gauche, on trouve une petite hernie inguino-pubienne réductible datant de 15 ans. Le malade ne s'en préoccupait plus et ne portait pas de bandage depuis longtemps. La nuit du lundi au mardi a été bonne. Il n'y a eu ni fièvre, ni vomissements.

20. Les douleurs abdominales sont encore plus vives; on constate une hyperesthésie cutanée, exagérée au niveau de la hernie. La palpation superficielle arrache des cris au malade et provoque des contractions violentes de ses membres. On ne trouve toujours pas trace d'ecchymoses au point contus. La hernie est réductible et on sent nettement que la cavité du sac est vide. Ballonnement modéré du ventre. Facies un peu altéré le pouls est petit, filiforme. Tempér. M. 37°,6. Vers onze heures du matin le malade est pris de hoquets et de vomissements bilieux abondants qui se renouvellent dans la journée.

21. — L'état général a empiré. Le malade a les traits tirés. les lèvres présentent une teinte cyanique. Les douleurs abdominales persistent, et il se débat toujours avec énergie lorsqu'on explore l'abdomen. Il y a peu de ballonnement du ventre. Le malade n'a pas eu de gardes-robes depuis son entrée à l'hôpital. Les vomissements poracés persistent. Les urines sont peu abondantes; elles offrent une teinte rouge brique. Pas de dyspnée. Pouls petit. Tempér. M. 36°,8. On donne de la glace au malade. A une heure de l'après-midi, il fait de nouveaux efforts pour vomir et il meurt brusquement.

Autopsie. — On constate une ecchymose cutanée au niveau de la hernie inguino-pubienne. L'incision de la paroi abdominale donne issue à des gaz et à un liquide abondant, qui contient des matières fécales et dans lequel baignent les viscères de l'abdomen. Il y existe une péritonite généralisée; les masses intestinales sont agglomérées les unes aux autres, et on trouve des plaques pseudo-membraneuses qui déterminent déjà quelques adhérences avec le péritoine pariétal. Le grand épiploon est rétracté et rejeté à droite.

En engageant le doigt dans l'orifice inguinal interne gauche, on pénètre dans le sac herniaire, qu'on trouve vide d'intestin et d'épiploon, mais rempli de matières fécales liquides. Il offre une profondeur de trois centimètres environ et le fond ne dépasse pas la branche horizontale du pubis.

En face de cet orifice interne, à la distance de deux travers de doigt environ, on découvre une anse d'intestin grêle perforée. On peut bien admettre qu'elle était logée dans le sac herniaire au moment de l'accident; le sommet de l'anse étant pris entre le corps contondant et un plan résistant formé par la branche horizontale du pubis, la déchirure des tuniques de l'intestin se serait produite en ce point. Une fois rentrée dans l'abdomen, l'anse herniaire a été maintenue par la péritonite sur la fosse iliaque gauche, tout en conservant sa forme allongée. Les portions ascendantes et descendantes sont accolées, parallèles et réunies par l'exsudat inflammatoire gauche. Quant à la perforation, elle occupe le sommet de l'anse et a une étendue d'un centimètre dans le sens longitudinal. En aucun autre point du tube digestif, on ne trouve de lésion. — *Foie.* Rien à noter. — *Reins.* Normaux. Légère congestion. — *Cœur.* Sain. — *Poumons.* Rien à signaler. — *Cerveau.* Congestion assez intense des veines superficielles de l'encéphale. Substance cérébrale normale.

M. Desprès rappelle qu'une observation semblable existe dans les bulletins de la Société. Elle est due à M. Duguet.

Granulie, perforation d'une caverne; emphysème généralisé, petit abcès de voisinage dans un espace intercostal. — Mort. — Autopsie; par MM. Féréol, médecin des hôpitaux et Gaston Graux, interne des hôpitaux.

Sch., Théodorine, âgée de 24 ans, entre le 12 janvier 1877 dans le service de M. Féréol (salle Sainte-Joséphine, n° 11, hôpital Lariboisière).

Antécédents. Très-bonne santé, constitution robuste, tempérament sanguin, aucune maladie dans son enfance. Pas de diathèse héréditaire ou acquise: son père et sa mère sont bien portants, elle n'a eu depuis son enfance aucune maladie constitutionnelle; d'ailleurs elle a toujours été dans de très-bonnes

conditions hygiéniques ; elle a toujours habité la campagne, et n'est à Paris que depuis un an et demi. Sa menstruation a toujours été régulière, elle a eu ses règles pour la dernière fois le 6 décembre ; à l'époque suivante, le 6 janvier, elle n'a pas perdu de sang. Cette jeune fille est souffrante depuis un mois et plus malade depuis onze jours ; c'est un état de malaise et de dyspnée de plus en plus grave qui l'a déterminée à entrer à l'hôpital.

Voici dans quelles conditions auraient débuté ces accidents. Elle soigna pendant trois semaines deux personnes (le mari et la femme) qui moururent, presque en même temps, de la poitrine. Pendant tout ce temps, cette fille vécut dans une atmosphère surchauffée, prenant beaucoup de fatigue, et ne sortant jamais. Lorsqu'elle quitta cette maison, il y a un mois, elle fut saisie par le froid, et eut le jour même un frisson violent et de fortes quintes de toux. Cette malade, qui n'avait jamais toussé auparavant, ne cesse de tousser depuis cette époque et fut prise d'une très-grande gène pour respirer. Elle put néanmoins continuer à marcher pendant une vingtaine de jours et ce n'est que le 2 janvier (il y a 11 jours) qu'elle a pris le lit. — Le 2 janvier survint un peu de diarrhée : notre malade eut des nausées mais ne vomit pas ; elle eut aussi, nous dit-elle, beaucoup de fièvre. Ce même jour elle fut prise d'une surdité presque absolue. Depuis cette époque tous ces phénomènes se sont aggravés rapidement, et, à son entrée à l'hôpital, le 12e jour de sa maladie, nous la trouvons dans l'état suivant :

Etat actuel : Dyspnée considérable, R. 44 ; figure injectée, anxieuse, présentant une sorte d'abattement ressemblant un peu à l'aspect typhoïde : P. 124, un peu d'urate ; T. vag. 40°,6. Surdité très-prononcée ; la diarrhée qui s'était établie pendant les premiers jours de la maladie, a cessé depuis quelques jours. On ne trouve ni taches rosées, ni augmentation de volume de la rate, ni gargouillement dans la fosse iliaque. Pas de douleur à ce niveau. Insomnie persistante, surtout à cause de la dyspnée. Pas de céphalalgie, pas d'épistaxis. La langue est nette, non suburrale, sans rougeur à la pointe. Dans la *poitrine* on trouve de la submatité à la base droite et, dans les deux poumons, des râles fins en grande abondance. A la base droite ces râles prennent le caractère de vrais râles crépitants. Il n'y a pas de souffle. — 30 ventouses sèches.

13 janvier matin. T v. P. 120 ; R. 36. Langue large un peu sèche. Insomnie complète à cause de la dyspnée. Pas de taches, pas de gargouillement, pas de diarrhée, rien au cœur. La poitrine est remplie de râles fins, sous-crépitants. Les crachats n'ont aucun caractère spécial ; ils sont aérés et mousseux, ne sont ni visqueux ni adhérents. Dans les urines on ne trouve ni sucre, ni albumine.

Diagnostic. Malgré la surdité, la fièvre typhoïde est éliminée, en raison de l'absence de phénomènes abdominaux. Le diagnostic reste un peu hésitant entre une poussée de granulations tuberculeuses et une bronchite capillaire. L'absence d'antécédents héréditaires ou personnels, la constitution robuste et le peu d'altération de l'état général, sont en faveur de la bronchite capillaire. La rareté des crachats, l'intensité de la dyspnée, les hautes températures, la suppression des règles, et enfin l'état typhoïde léger donnent plus de probabilité au diagnostic de granulie.

Soir. Tv. 40, 2 ; P. 132 ; R. 48.

14 janvier, matin. Tv. 40.2 ; P. 120 ; R. 156. — Même état d'orthopnée. Véritable suffocation. Pas de taches, pas de gargouillement. Pas d'œdème des paupières, ni des malléoles. Crachats très-peu abondants, mousseux, liquides, non gommeux, striés de quelques filets de sang. Râles fins partout dans toute la poitrine ; sonorité mauvaise au sommet droit ; à ce niveau râles fins plus abondants. — *Traitement* : Vomitif. Sinapismes sur les cuisses et aux poignets. Potion : Todd et codéine. Vésicatoire sous la clavicule droite.

15 juin, matin. T. vag. 40,6 ; P. 120 ; R. 60. Orthopnée ; pas de repos. Malgré des efforts considérables d'inspiration, l'air pénètre très-mal dans les poumons. Hier dans la journée, la malade a eu de véritables accès de suffocation. Pendant ces accès, elle devenait subitement d'une pâleur extrême, et la respiration se suspendait ; puis la figure devenait rapidement rouge, vultueuse, et la malade paraissait sur le point d'asphyxier. La surdité est toujours complète. — *Traitement* : Deux vésicatoires aux bases en arrière.

Soir. T. v. 40,2 ; P. 148 ; R. 60. Pendant un des accès de suffocation pour combattre l'asphyxie imminente, on pratique une saignée de 250 gr.

16 janvier, matin. T. 40 ; P. 144. La malade a été soulagée hier soir pendant quelques heures ; ce matin, la dyspnée est de nouveau aussi intense. Mêmes signes stéthoscopiques. Râles fins et abondants partout. Submatité dans toute la hauteur du poumon droit, mauvaise sonorité à gauche. Même prescription. Potion Todd.

Soir. T. v. 40 ; P. 148 ; R. 64. La malade se plaint de souffrir au niveau du cou.

En effet, le cou est légèrement déformé à sa partie supérieure ; de chaque côté de l'angle de la mâchoire on voit une légère tuméfaction. Il est facile de reconnaître le début d'un emphysème sous cutané, à la sonorité des parties tuméfiées et à la crépitation gazeuse.

17 janvier, matin. T. v. 39,3 ; P. 124 ; R. 48. Depuis hier au soir, l'emphysème a fait des progrès considérables. Aujourd'hui, toute la base du cou, les régions sus et sous-claviculaires, les joues sont déformées par l'infiltration gazeuse. Les téguments sont beaucoup plus distendus à droite qu'à gauche.

En présence de cette complication, on peut admettre deux hypothèses pour expliquer le passage de l'air dans le tissu cellulaire. On peut avoir affaire à un de ces cas de catarrhe suffocant observés par M. Roger chez les enfants et décrits dans son *Mémoire sur l'emphysème spontané généralisé* (Arch. de Médecine, 1862) ; dans ces cas il se produit de l'emphysème sous-pleural, puis médiastin et enfin sous-cutané. Ou bien il peut s'agir ici d'une caverne tuberculeuse ouverte dans le tissu cellulaire des parois thoraciques et permettant à l'air de passer directement du poumon dans le tissu cellulaire sous-cutané. — Comme les jours précédents, nous avions admis, en raison de la marche de la maladie, l'existence d'une granulie ; nous supposâmes que ce devait être une caverne qui donnait passage à l'air pour produire l'emphysème, mais comme d'autre part nous n'avions pas trouvé de signes de ramollissement, nous pensâmes que cette caverne devait être assez petite.

Soir. T. v. 39,3 ; P. 134. L'emphysème s'est beaucoup étendu. La tête est devenue monstrueuse. Les yeux sont refoulés en avant par l'emphysème intra-orbitaire. Le cou, le thorax, le dos, les bras sont envahis. Les parois abdominales et les membres inférieurs seuls sont respectés. L'emphysème est toujours plus intense dans le côté droit que dans le côté gauche. Très-grande agitation, subdelirium.

18 janv. T. axill. 37°,8 ; P. 160. Même état, la joue droite est luisante et beaucoup plus distendue que la gauche. Même agitation avec délire. — Mort dans la matinée à onze heures.

AUTOPSIE, 26 heures après la mort. — Rigidité cadavérique ; pas de putréfaction. A l'ouverture du *thorax*, on constate que le tissu cellulaire du médiastin est infiltré de gaz, mais ce tissu cellulaire parait beaucoup moins distendu qu'il ne l'est ordinairement dans les cas où l'emphysème a débuté par le médiastin. — Il n'y a pas d'air dans les cavités pleurales.

A gauche, plèvre normale. — A droite, nombreuses adhérences celluleuses, lâches, à larges mailles. De ce côté le poumon ne peut être détaché de la plèvre ; pour ne rien détruire on l'enlève avec la paroi thoracique correspondante.

Les *poumons* examinés en place, sont le siége d'une éruption de tubercules miliaires des plus confluentes. Il y a en divers points un peu d'emphysème sous-pleural, mais cette lésion est peu prononcée, et il est évident que ce n'est pas par cette voie qu'a pu se faire l'infiltration gazeuse. Dans les cas où l'emphysème s'est généralisé à la suite d'un emphysème sous-pleural, la plèvre viscérale est beaucoup plus soulevée par les gaz qu'elle ne l'est dans le cas actuel. C'est donc par un autre mécanisme qu'a dû se propager l'emphysème, et voici en effet ce que l'on trouve. En détachant avec précaution le poumon droit de la paroi thoracique, c'est-à-dire, en détruisant peu à peu les adhérences qui unissent les deux feuillets viscéral et pariétal de la plèvre droite, on voit au

niveau du 3e espace intercostal, à peu près sur la ligne mamelonnaire, un point très-limité où le poumon et la paroi sont unis d'une façon plus intime.

Après dissection on reconnaît qu'il y a en cet endroit du côté du poumon, une petite caverne ayant à peu près le volume d'une lentille ; cette petite caverne est incomplète, il lui manque une paroi, celle que formait la paroi thoracique ; tandis que du côté de la paroi thoracique, on trouve une petite perte de substance, une petite ulcération en forme de cupule ; au fond même de cette cupule, existe une perforation, et en ce point la plèvre pariétale fait défaut. C'est donc par là que la caverne pulmonaire communiquait avec le tissu cellulaire sous-pleural de la paroi thoracique, c'est par là que l'air contenu dans le poumon passait, à travers la plèvre, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ainsi se trouve expliquée la prédominance de l'emphysème, dans le côté droit ; ainsi s'explique aussi le peu de distension du tissu cellulaire du médiastin, puisque ce tissu n'a été envahi que secondairement.

Cette caverne était d'ailleurs la seule qu'il y eût dans les deux poumons : les tubercules miliaires qu'on trouvait en grande abondance dans les deux poumons n'étaient en aucun autre point arrivés au ramollissement, aucun ne dépassait le volume d'un grain de millet. Autour des tubercules, existait une forte congestion pneumonique, à droite surtout et dans les parties inférieures, cette congestion était très-intense, mais néanmoins le tissu crépitait, et ne s'enfonçait pas au fond de l'eau.

Tous les autres organes étaient sains ; le cœur, le péritoine, l'intestin. — Les ovaires ne présentaient pas les traces d'une ovulation récente. Il semble donc que l'amenorrhée du 6 janvier, coïncidait avec une absence d'ovulation, cette absence d'ovulation elle-même étant en rapport avec le développement de la tuberculose.

Il nous reste enfin à signaler une lésion découverte d'une façon toute fortuite et sur laquelle rien ne pourrait éveiller l'attention ; en divisant le 5e espace intercostal droit, afin de détacher la paroi thoracique adhérente au poumon nous trouvâmes un petit abcès, situé par conséquent deux espaces intercostaux au-dessous et un peu en dehors de la lésion que nous avons déjà signalée sur cette paroi.

Cet abcès avait le volume d'une amande et était situé immédiatement sous la plèvre, sans cependant que cette dernière présentât, du côté de sa surface interne, rien qui pût en décéler la présence. En ce point comme sur presque toute la surface interne de la plèvre pariétale droite, il y avait des adhérences celluleuses avec vascularisation très-développée. Cet abcès était à égale distance des deux côtes, et séparé de chacune d'elles par une certaine épaisseur de tissus sains ; les côtes ne présentaient aucune altération. De toute part la cavité de cet abcès était tapissée par une surface tomenteuse analogue aux membranes dites pyogéniques. Le contenu était du pus crémeux, bien lié.

La présence de cet abcès qui n'offre aucun rapport avec la lésion dont nous avons déjà parlé, ne peut guère s'expliquer. Il s'agit probablement là d'un de ces abcès qui se développent autour des séreuses, comme autour des synoviales enflammées.

Réflexions. — Nous désirons maintenant attirer l'attention sur les quelques particularités intéressantes de cette observation.

Et d'abord, sans vouloir d'ailleurs en tirer aucune conclusion au point de vue de l'étiologie possible de la tuberculose dans ce cas particulier, et, à plus forte raison, au point de vue de la contagion de la tuberculose en général, qu'il nous soit permis de faire tout au moins remarquer cette coïncidence étrange : Une jeune fille d'une bonne santé, d'une constitution robuste, vit pendant un mois enfermée dans une pièce extrêmement chauffée où agonisent deux tuberculeux, et en sortant de ce milieu malsain, elle est foudroyée par une tuberculose à marche suraiguë.

Le diagnostic ensuite a présenté de sérieuses difficultés et en particulier cette surdité presque absolue, que rien ne pouvait expliquer, éveillait forcément dans l'esprit l'idée d'une fièvre typhoïde, à forme thoracique, et, si l'on ajoute que l'épidémie n'était pas encore finie, on comprendra combien ce diagnostic pouvait en imposer.

Toutefois, il manquait trop de symptômes à la fièvre typhoïde pour qu'on pût s'arrêter à ce diagnostic ; restait à se prononcer entre la granulie et la bronchite capillaire. Ce furent précisément ces quelques symptômes typhoïdes incomplétement accusés, et la suspension des règles au début d'une affection fibrile qui servirent de base au diagnostic et firent admettre la granulie.

Nous avons déjà longuement parlé du mécanisme de l'emphysème, nous n'y reviendrons que pour faire remarquer combien notre fait vient à l'appui de l'opinion soutenue par M. Roger dans son mémoire, à savoir que l'emphysème spontané qu'il y décrit ayant son triple siège dans le tissu cellulaire sous-pleural, dans le médiastin et dans le tissu cellulaire sous cutané est une affection spéciale à l'enfance. Chez l'adulte, l'emphysème généralisé se faisant toujours par un tout autre mécanisme et succédant à des désordres bien autrement graves, doit impliquer un pronostic bien plus sévère. Mais, notre diagnostic admis, il n'y avait pas lieu d'opposer à l'emphysème un traitement énergique : en particulier, les piqûres ou les incisions de la peau, qu'on a conseillé de faire en pareil cas, n'étaient pas applicables. Car en raison du volume supposé de la caverne, nous ne pouvions avoir l'espérance de la trouver et par conséquent de remplir l'indication qu'on a posée, à savoir de transformer la fistule borgne interne, cause des accidents, en fistule complète, pneumo-cutanée.

Enfin, le petit abcès sous-pleural, est un exemple de ces abcès (qu'on a rarement l'occasion de voir à leur début), se développant au voisinage de la plèvre enflammée. M. Leplat a démontré dans son mémoire inséré dans les archives de médecine de 1865, que le plus souvent les lésions osseuses étaient consécutives à ces abcès, et non pas ces abcès consécutifs aux lésions osseuses ; que presque toujours ces abcès se développaient à côté de pleurésies aiguës ou anciennes, sans qu'on pût se prononcer sur le mode de propagation de l'inflammation. Notre fait tient à l'appui de cette opinion. Dans notre cas, l'abcès était au voisinage d'adhérences pleurales vasculaires, et, de plus, la côte la plus voisine était encore absolument saine ; ni le tissu osseux, ni le périoste n'étaient altérés; une certaine épaisseur de tissus sains séparait la côte de la poche purulente.

M. Verneuil. La théorie que j'ai émise pour expliquer la formation des abcès de la paroi thoracique, dont M. Leplat attribue le développement à une inflammation périostale externe, est la suivante : Certains abcès que j'appellerai *extra thoraciques*, se forment dans des bourses séreuses situées à la face externe du thorax et des côtes, au-dessous des muscles préthoraciques. Ces bourses séreuses sont faciles à voir : grâce à leur présence, la face externe des côtes est toute préparée, toute disséquée, lorsque les muscles ont été enlevés. Il en existe deux variétés : les unes sont vastes, larges, elles ne peuvent passer inaperçues ; les autres sont représentées par des espaces conjonctifs plus ou moins lâches.

Une seconde variété d'abcès que je désignerai sous le nom d'abcès *interstitiels*, est due à la suppuration d'adénites intercostales. On sait en effet que des ganglions lymphatiques très-peu volumineux se rencontrent au tiers postérieur des espaces intercostaux. Je n'ai observé aucun abcès de cette seconde variété qui se fût développé dans les ganglions satellites d'une artère intercostale, mais j'ai observé un cas de cancer mélanique du sein dans lequel des ganglions satellites de la mammaire interne avait produit une suppuration de ce genre. L'analogie m'autorise donc à regarder les premiers comme possibles.

M. Trélat demande à M. Verneuil s'il applique cette théorie aux abcès froids des autres régions, et s'il nie l'existence des abcès périostiques externes.

M. Verneuil. Les abcès péri-osseux avec intégrité du périoste sont certainement très-rares, et, pour ma part, je n'en ai pas rencontré. Ce que j'ai vu souvent, ce sont des abcès péri-articulaires développés alors que l'os était malade et le périoste sain. Ces abcès-là étaient développés dans des bourses

séreuses; aussi est-ce surtout au genou que je les ai observés, à cause de l'abondance des bourses séreuses autour de cette articulation. Je n'ai jamais rencontré, pour ma part, un abcès développé au voisinage de la diaphyse d'un os malade, et séparé de cette diaphyse altérée par un périoste sain.

M. TRÉLAT. D'après mon observation personnelle, je pense et j'ai déjà enseigné qu'il peut exister des inflammations et des abcès de périostite externe. Cette conviction repose, non sur l'examen des pièces anatomo-pathologiques, mais sur l'observation clinique de deux cas forts intéressants. Dans le premier, il s'agit d'un jeune garçon, alors âgé de 13 ans, que je soignai il y a trois ans. Il s'agissait d'une périostite fémorale, et certaines personnes avaient pensé à une ostéite-juxta-épiphysaire. D'abord, je le tins en observation: le gonflement ne fit pas de progrès, puis la fluctuation apparut, une incision fut pratiquée, et je trouvai le périoste gonflé, nulle part l'os n'était à nu. Ce malade guérit, et guérit sans nécrose. Après trois ans, il est revenu me voir; il m'a raconté avoir vu sortir, il y a quelques mois, trois petits morceaux d'os. Eh bien, l'interprétation de ce fait me paraît devoir être la suivante: Il a existé d'abord une périostite externe partiellement guérie, puis l'inflammation a envahi peu à peu le périoste dans sa totalité, et enfin est survenue la nécrose.

Dans les deux autres cas, il s'agit d'étudiants en médecine qui vinrent me consulter pour des abcès froids d'origine costale. Je conseillai de se garder avant tout de ces collections. Un traitement général et local fut institué, et la guérison survint sans ouverture des abcès. La possibilité de cette terminaison a déjà été signalée par Bouvier. Y a-t-il eu nécrose dans ces deux cas? Je ne le pense pas, car je ne connais pas de nécrose sans élimination de séquestres. Je crois, au contraire, que je me suis trouvé en présence de périostites externes. En résumé, je crois recevable l'opinion suivante: Il peut exister des inflammations qui ont pour point de départ la couche externe du périoste; elles se traduisent par du gonflement et de la suppuration, sans qu'il se manifeste quoi que ce soit du côté de l'os. Que si la couche profonde ou ostéogène vient à être envahie, alors on voit survenir la nécrose.

M. HOUEL. Je pense qu'il faut rattacher à une de ces périostites externes, le développement de l'abcès que nous a présenté M. Graux. Cet abcès était situé sous la plèvre, parallèlement aux côtes; la plèvre était saine, ainsi que le périoste, et il n'existe aucun ganglion dans la région qu'il occupait. Je pense qu'il devait son origine à une de ces altérations sur lesquelles M. Trélat vient d'insister.

M. VERNEUIL. Ne pourrait-on pas penser, puisque la plèvre et le périoste étaient intacts, que cet abcès s'est développé dans le tissu cellulaire. Je désirerais pour ma part rencontrer une de ces périostites externes. Les abcès que j'ai rencontrés le long de la diaphyse des os, étaient toujours développés dans une bourse séreuse, normale ou accidentelle.

M. BERGER rappelle que l'absence de tout gonflement du côté du périoste l'avait amené à penser que l'abcès dont il s'agit s'était peut-être développé dans une bourse séreuse.

M. TRÉLAT. Je me rappelle un autre fait semblable à ceux que je citais tout-à-l'heure. Après avoir pratiqué une opération sur les voies génito-urinaires d'un enfant, je vis se développer un abcès à la partie supérieure du creux poplité. Le drainage fut pratiqué, et la guérison survint sans nécrose. Je le répète, je ne puis, pas plus que M. Verneuil, vous montrer pièces en main le siége des collections dont je parle. Mais j'ai en ma faveur un puissant argument: la guérison.

Bosses occipitales; par M FÉRÉ, interne provisoire des hôpitaux.

J'ai eu l'occasion de rencontrer deux nouveaux cas d'une déformation crânienne dont j'ai déjà présenté un exemple à la Société il y a deux ans (*Bull. soc. anat.* 1875, p. 482).

La première pièce provient du nommé Pierr... Joseph, 76 ans, né au Puid (Vosges); la seconde du nommé Desha... André, né à Coignon (Saône-et-Loire).

On voit sur la face externe de ces deux crânes que l'angle de l'occipital est éloigné de 25 mm. du sommet de l'angle rentrant formé par les bords postérieurs des pariétaux. Cet écartement va en diminuant vers les parties latérales et le bord de l'occipital finit par se mettre en contact avec le bord postérieur du pariétal correspondant à peu près à la partie moyenne de ce dernier. L'espace laissé libre entre ces os est rempli par une grande quantité d'os wormiens de volume variable. La direction des os wormiens présente une obliquité différente sur les deux pièces, de sorte que la saillie de l'angle occipital qui n'est guère que de 15 mm. sur la première, atteint 2 cent. sur la seconde. — A l'intérieur du crâne, on observe une disposition inverse, c'est-à-dire un enfoncement correspondant à l'occipital; la capacité du crâne est augmentée.

Sur la première pièce, la suture coronale est encore très-distincte; il en est de même de la sagittale, sauf dans la région obéliale (le trou pariétal gauche laisse à peine une trace, le droit est encore perméable). Quant à la suture lambdoïde qui est le siége de la déformation on peut y noter cette particularité, que les os wormiens qui la remplissent sont très-nettement plus soudés en arrière avec l'occipital qu'ils ne le sont en avant avec le bord postérieur des pariétaux.

Le second sujet, quoique beaucoup plus jeune (mais c'était un paralytique général), présente une ossification beaucoup plus avancée: la suture coronale est encore assez distincte, mais la suture sagittale est à peu près complétement oblitérée et les 2 trous pariétaux sont petits. Dans la suture lambdoïde, on retrouve la disposition déjà signalée: la soudure des os wormiens est presque complète avec l'occipital, elle l'est beaucoup moins avec les pariétaux.

Sur le premier sujet seulement, j'ai cherché si les rapports du lambda avec le cerveau étaient modifiés par la déformation: les chevilles introduites par deux trous percés de chaque côté du sommet de l'angle formé par les bords postérieurs des pariétaux, ont été retrouvées dans les scissures perpendiculaires externes. Ce résultat semblerait indiquer une augmentation de volume de la portion occipitale du cerveau. Les rapports du bregma étaient normaux (48 mm. en avant du sillon de Rolando).

Dans ma première communication, j'avais émis l'hypothèse d'une déformation provoquée, due à des compressions exercées sur la tête du nouveau-né dans certaines localités; aussi je dois faire remarquer que les deux sujets dont il s'agit sont originaires de pays où ces manœuvres n'ont point été signalées. Dans des cas beaucoup plus nombreux où on rencontrait une légère saillie de l'occipital sans os wormiens dans la suture lambdoïde il eût été impossible aussi d'invoquer cette cause.

Le rachitisme ne peut guère non plus être mis en cause, car on ne retrouvait aucune autre déformation sur les squelettes et ces 2 crânes ne présentent point la forme générale des crânes rachitiques.

Procédé de coupe du crâne; par M. FÉRÉ, interne provisoire des hôpitaux.

On voit, sur la pièce présentée, une coupe que je propose d'utiliser, soit pour la conservation simultanée de l'encéphale et du crâne, soit pour l'étude de la topographie crânio-cérébrale sur les sujets dont on ne peut point disposer entièrement.

Si on commence un trait de scie sur les arcades sourcilières et qu'on dirige l'instrument de telle sorte qu'il passe au-dessous de la partie moyenne des deux conduits auditifs, il va tomber dans le trou occipital, très-près du bord postérieur de ce trou, et il termine sa course en sortant entre l'os occipital et l'arc postérieur de l'atlas.

Lorsque la partie de la tête ainsi détachée repose sur sa convexité, on voit que la cavité crânienne n'est ouverte qu'au niveau de la partie la plus inférieure des fosses sphénoïdales (la dure-mère est ordinairement intacte, rarement la substance cérébrale a été effleurée), et vers le trou occipital. Tout l'encéphale est donc resté dans la boîte crânienne; le bulbe est seulement coupé un peu court. La direction de la coupe donne, comme on le voit, très-approximativement la limite inférieure de l'encéphale. On enlève avec la gouge le plafond des orbites,

les ailes sphénoïdales, les rochers, l'apophyse basilaire, et après avoir incisé la dure-mère, on commence à dégager le cerveau par la partie antérieure, et en agissant avec quelque précaution on le retire sans la moindre détérioration. Cette préparation a l'avantage de conserver un crâne sur lequel on peut mesurer à peu près tous les diamètres usités, sans détruire les saillies de la face.

Mais cette coupe peut être surtout utile pour l'étude de la topographie crânio-cérébrale. Si, en effet, on laisse le cerveau en place et qu'on laisse reposer la surface de coupe sur un plan incliné mobile, de sorte que l'on puisse rétablir sur une même ligne verticale le centre du conduit auditif et le bregma, on aura replacé le crâne dans la direction qu'il occupe normalement dans la position du regard horizontal qui sert de base dans la recherche des points de repère. Les coupes verticales pratiquées sur une tête ainsi disposée sont même préférables à celles qui sont faites sur le sujet entier, car la direction peut en être beaucoup plus rigoureusement déterminée.

Ce mode de préparation permet aussi de recourir à la congélation artificielle. On peut aussi provoquer le durcissement du cerveau dans le crâne par les procédés chimiques, mais on n'obtient que de mauvais résultats, parce que tous les liquides employés jusqu'ici produisent en même temps une réduction de volume.

Fracture intra-capsulaire du col du fémur avec rotation en dedans du membre inférieur et conservation des mouvements volontaires ; par M. Ozenne, interne provisoire des hôpitaux.

Dans la soirée du 15 janvier 1877, Mme L..., âgée de 82 ans, en accomplissant un mouvement de rotation sur elle-même ne put se maintenir en équilibre, et fit une chute, dans laquelle le côté droit du corps et particulièrement la région trochantérienne, vint frapper le sol. A la suite de cette chute, Mme L... ne put se relever, et c'est avec peine qu'elle se traîna jusqu'à son lit. — Ce même jour, la malade est apportée à l'infirmerie de Sainte-Périne, et le lendemain, à la visite, on constate ce qui suit :

La malade est dans le décubitus dorsal, se plaignant, au niveau de la hanche droite, d'une douleur continue, qui s'exaspère par les mouvements du tronc, et qui, par moments, s'irradie dans le membre inférieur correspondant. La pression exercée d'abord au pli de l'aîne, puis au niveau du grand trochanter, ne la réveille qu'en ce dernier point. Invitée à lever le pied en détachant le talon du lit, la malade peut le faire, mais ne reste dans cette attitude que peu de temps; il lui est également possible de faire quelques mouvements d'adduction et d'abduction.

A ces troubles fonctionnels se joignent les signes physiques suivants : saillie plus prononcée du grand trochanter, qui est porté en haut et un peu en avant. — Raccourcissement du membre, apparent à la vue et à la mensuration qui donne une diminution de 1 cent. 1/2 à 2 cent. — *Adduction, flexion et rotation en dedans* : l'une et l'autre peuvent être assez facilement corrigées, mais se reproduisent aussitôt qu'on abandonne le membre à lui-même, et l'on n'observe pas, ce qui a été quelquefois constaté, la transformation de la rotation en dedans en rotation en dehors. Pas de mobilité, pas de crépitation, pas de gonflement; aucune trace d'ecchymose. — En présence de ces signes, M. Delens, après avoir d'abord songé à une contusion, puis rejeté cette idée, porte le diagnostic de : *fracture extra-capsulaire insolite du col du fémur*.

Du 16 au 25 janvier, les accidents ci-dessus mentionnés s'accentuent, et on en n'relève aucun nouveau, relativement à la lésion locale. Les douleurs deviennent de plus en plus vives, surtout si l'on imprime des mouvements au membre et au tronc, et se propagent dans toute l'étendue de la cuisse. Elles se font toujours ressentir plus vivement au niveau de la région trochantérienne. La flexion, l'adduction et la rotation en dedans se prononcent davantage, et il devient impossible de ramener les membres au parallélisme. Le raccourcissement ne subit que peu de changement (2 à 2 cent. 1/2). Comme les premiers jours ni gonflement, ni ecchymose n'ont paru et la mobilité, de même que la crépitation, restent absentes. — Durant ce laps de temps, la malade est prise d'agitation extrême, d'hyperesthésie générale, de délire, sans que l'on puisse découvrir aucune complication du côté des viscères, puis une constipation rebelle, de la rétention d'urine (urines ammoniacales et albumineuses) et une période de coma précédent la mort, qui a lieu le 25 janvier.

Autopsie. — L'examen de l'articulation, qui seul a pu être fait, fournit les données suivantes : Le grand et le petit trochanters ne présentent aucune lésion. — La capsule de l'articulation est intacte dans toutes ses parties.

Au niveau de la ligne sinueuse, qui marque le point de jonction de la tête et du col, dont la longueur, comme on l'observe souvent chez les vieillards, est notablement diminuée, existe une solution de continuité complète. Mais cette fracture n'est pas perpendiculaire à l'axe du col; elle offre une double obliquité, le fragment supérieur étant obliquement dirigé de haut en bas et de dedans en dehors, le fragment inférieur ayant une direction inverse. Le 1er a l'aspect d'un coin ou plutôt d'un clou, dont l'extrémité renflée, arrondie, est représentée par la tête fémorale, et la tige ainsi que l'extrémité pointue par toute la portion centrale du col, qui, restée attachée à la tête, va en s'effilant jusqu'à la partie inféro-interne du grand trochanter, dont elle se sépare à ce niveau. — Quant au fragment inférieur, il représente une cavité irrégulière, dont les parois sont formées par la couche corticale du col. Cette cavité, remplie par le fragment supérieur, et qui offre un fond étroit, correspondant au point d'union du col et du grand trochanter, va en s'élargissant, et peut être comparée à la portion creuse et érodée d'un bout de sein ou d'un entonnoir.

Comme l'os, le périoste a été détruit dans tous les points, sauf dans un seul, au niveau du bord inférieur du col. Sur toute la longueur de ce bord, on voit cette membrane, doublée d'une lame fibreuse résistante, mettre obstacle à la séparation complète des deux fragments.

Remarques. — De ces différentes lésions, deux doivent particulièrement attirer l'attention : 1° la forme et la direction des fragments.

2° la bandelette périosto-fibreuse, située au niveau du bord inférieur du col. — Dans cette observation on peut remarquer, d'une part, que quelques-uns des signes propres à la fracture du col du fémur (motilité, crépitation, gonflement, ecchymose) ont fait défaut, mais nous n'y insistons pas, leur absence étant souvent constatée ; que, d'autre part, parmi les signes notés, il en est deux qui se sont présentés d'une façon anormale. En effet, il y a eu conservation de quelques mouvements volontaires et rotation du membre inférieur en dedans.

Sans rappeler les différentes théories qui se sont élevées pour l'explication de ces deux phénomènes, et en particulier pour la rotation en dedans, nous pensons que, dans le cas actuel, la cause doit en être recherchée dans la forme et la direction des fragments, et dans la persistance de la languette périosto-fibreuse. En effet, le fragment supérieur est taillé et dirigé de telle sorte que, si l'on cherche à imprimer un mouvement de rotation en dehors au fragment inférieur, on ne peut y parvenir, ce dernier venant s'accrocher à l'extrémité pointue du premier, qui forme arc-boutant ; en outre, la languette fibreuse se tend fortement et oppose une nouvelle résistance. Essaie-t-on, au contraire, la rotation en dedans, l'accrochement n'a pas lieu, et le mouvement est possible.

En résumé, deux causes : 1° la forme et la direction des fragments ; 2° la persistance d'un lien fibreux paraissant avoir agi pour donner lieu à la rotation en dedans, soit en la produisant directement, soit en mettant obstacle à la rotation en dehors.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 juin 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. Paulet, à propos de l'opération dont M. Tillaux a parlé dans la dernière séance, cite une thèse faite à Strasbourg sur le procédé opératoire de M. Sédillot. On ne parle dans cette thèse que d'une seule incision curviligne faite au-dessous de

l'œil. De plus, on va chercher le nerf sous-orbitaire, aussi près que possible de la fente sphénoïdale, aussi n'a-t-on point besoin de fracturer la base de l'orbite qui recouvre le nerf. M. Sédillot a fait cette opération une fois, ainsi que M. Bell, de Strasbourg, en 1862.

M. Tillaux n'a pas voulu décrire une nouvelle opération, son but a été d'indiquer la succession des temps. Ceci, dit-il, présente une malade ayant un anévrysme cirsoïde de la main gauche, et prie ses collègues de lui donner leur avis.

M. Guyon lit une observation sur un cas de ligature faite un mois après la blessure. Cet homme, âgé de 54 ans, de bonne santé, fut, le 14 avril dernier, amené dans son service pour une blessure des plis du coude, déterminée par la chute d'une plaque de tôle. L'artère cubitale fut liée et il ne se produisit pas d'hémorrhagie jusqu'au 1er mai. Le 2 mai, M. Delens fit la ligature de l'humérale; le 12 mai, nouvelle hémorrhagie dans la plaie, on lie alors le bout inférieur de la cubitale. Depuis lors il n'y eut pas d'hémorrhagie, le fil n'est tombé que le 31 mai. Les deux premières ligatures ont été faites avec du catgut; la dernière fut faite avec un fil de soie.

M. Nicaise rappelle un cas de ligature des deux bouts de l'artère, faite dans la plaie 21 jours après l'accident. La plaie avait lieu dans la tabatière anatomique. La compression de l'humérale, de la cubitale et de la radiale n'arrêtant pas l'hémorrhagie, on a appliqué trois ligatures. Une sur chacun des deux bouts de la radiale et une autre sur une petite artère qui s'anastomosait avec la radiale.

M. Lucas Championnière a fait, l'année dernière, une ligature sur l'arcade palmaire blessée depuis 24 à 27 jours; pas d'hémorrhagie secondaire.

M. Panas a vu Nélaton faire, au bout de six semaines, la ligature des deux bouts de la radiale dans la tabatière anatomique.

M. Tillaux à propos de sa malade, pense que c'est un anévrysme cirsoïde de la main gauche; les artères radiale et cubitale sont dilatées, l'artère humérale est elle-même sinueuse au pli du coude. La maladie existe depuis l'enfance; depuis quelque temps il est survenu une momification de l'extrémité supérieure du médius. Il a fait d'abord une compression sur les deux artères, mais la malade ne peut supporter cette compression à cause de la douleur qu'elle détermine. Il demande ce qu'il doit faire.

M. Nicaise a eu dernièrement un malade ayant un anévrysme cirsoïde de toute la jambe. Il fit une compression méthodique avec des bas élastiques peu serrés; le malade a éprouvé de l'amélioration et au bout d'un mois est sorti du service.

M. Duplay partage l'opinion de M. Tillaux pour le diagnostic et pense que le traitement local n'a aucune chance de réussir. Ce n'est qu'au crâne, dit-il, que les injections de perchlorure peuvent avoir quelque succès; on pourrait tenter la ligature d'abord, puis l'amputation, mais l'humérale étant dilatée presque dans l'aisselle, ce serait dangereux.

M. Trélat. Les ligatures à distance ont donné de mauvais résultats dans de pareils cas. Il engage M. Tillaux à faire faire un gant de caoutchouc pour essayer la compression; quant à l'amputation elle ne devrait être tentée que s'il se produisait des hémorrhagies ou si les douleurs étaient insupportables.

M. Larrey demande si on pourrait tenter la compression digitale ou essayer les moyens palliatifs (glace dans la main) ou enfin faire tenir le bras de la malade dans l'élévation.

M. Terrier dit que les veines étant aussi dilatées, les moyens palliatifs seraient inutiles; quant aux injections de perchlorure elles n'empêcheraient pas les dilatations de se reproduire loin. Il pense que l'on doit suivre l'avis de M. Trélat et appliquer un gant.

M. Th. Anger. Il pense qu'en coagulant le sang dans les doigts on pourrait diminuer l'artère de volume; aussi engage-t-il M. Tillaux à pratiquer des injections de perchlorure au niveau du médius et de la paume de la main. Pour lui, l'injection au perchlorure, telle qu'on la fait ordinairement, est trop forte.

M. Després s'oppose à toute injection; en effet, cela pourrait amener des embolies ou, tout au moins, la gangrène. Il est d'avis de faire d'abord des ligatures multiples au niveau de la main, et si cela ne suffisait pas, il faudrait pratiquer la ligature de l'humérale.

M. Terrier. Les injections sont une chose grave.

M. Trélat présente un enfant opéré par lui d'une division unilatérale et totale de la lèvre et de toute la partie supérieure du palais. Il fera une communication la prochaine fois.

M. Ch. Porak parle d'un enfant mort d'une syphilis osseuse héréditaire; à l'autopsie on a trouvé des fractures multiples. A. G.

BIBLIOGRAPHIE

Transactions of the American Neurological association. (New-York, 1875, vol. I.

Nous sommes heureux de rappeler aux lecteurs du *Progrès médical* l'existence à New-York d'une Société spécialement destinée à l'étude du système nerveux et de ses maladies Cette société est composée de deux genres de membres, 50 actifs et 25 correspondants, on ne reçoit nécessairement dans l'association que les médecins qui ont déjà produit quelques travaux sur le système nerveux. Les actes de la Société et les mémoires originaux sont réunis en volume chaque année, c'est du premier de ces recueils que nous allons donner un bref résumé: Ce volume, orné de plusieurs planches, ne comprend pas moins de 20 mémoires :

I. J. Putnam. *Etude d'un cas d'analgésie circonscrite de la peau après la fièvre typhoïde.* Il s'agit d'un garçon de 18 ans. Peu de temps après sa convalescence le malade s'aperçut que certaines sensibilités étaient diminuées à gauche et que les écorchures guérissaient moins vite sur la main gauche que sur la droite. La peau du bras, de l'épaule gauche, du cou, du tronc du même côté était anesthésiée; la sensibilité reparaissait en dessous de la 8e côte. La main supportait l'eau à la température de 110° F. (43°44 c), on pouvait piquer la peau sans éveiller de douleur, mais le contact était facilement perçu sur le bout des doigts et en jetant des gouttes d'eau sur la peau, chaque goutte était nettement perçue; la main pouvait être tenue pendant deux minutes dans l'eau à 120° F. (49° c) et 10 secondes dans celle à 160° F. (71°, 64 c): Cette perversion de la sensibilité s'est un peu amendée pour le côté gauche du cou: Ce cas est regardé par l'auteur comme d'origine périphérique. Il est intéressant de lire au complet cette observation qui est semblable à celles d'hémianesthésie hystérique et d'analgésie de même cause.

II. S. Webber. *Etudes sur la myélite.* Ce mémoire est basé sur deux observations cliniques accompagnées d'autopsies, d'examens histologiques suivis dans toute la longueur de la moelle. Chacune de ces observations se rapporte à une affection différente de la moelle :

Toutes deux cependant reconnaissaient pour origine probable une congestion médullaire intense et prolongée. Le siége des lésions était la corne antérieure dans la première observation et la corne postérieure dans la seconde, mais le reste de la moelle n'était complétement sain dans aucune des deux — les symptômes observés ont été comparables a ceux de la paralysie spinale, dite infantile, observée chez l'adulte, et l'auteur ne saurait trop lui-même dans quel groupe de myélites les ranger. Il y eut myélite aiguë diffuse et par points des altérations locales plus prononcées: ces deux cas longuement décrits et bien observés serviraient utilement à contrôler quelques-unes des observations de myélite ascendante aiguë.

III. Schmidt. *Structure et propriétés du tissu nerveux.* Dans ce volumineux mémoire l'auteur étudie principalement la structure de la substance corticale du cerveau et du cervelet et celle des ganglions qu'il considère comme jouissant, de par leur structure, d'une certaine autonomie. On lira avec intérêt une série de déductions philosophiques par lesquelles l'auteur est amené à conclure que l'on peut trouver dans la structure et dans la texture des éléments nerveux la raison des prédispositions héréditaires, du développement intellectuel sous l'influence de l'éducation. En somme l'auteur considère comme

Locke que le cerveau, organe de la pensée, ne peut manifester son activité s'il n'a été au préalable soumis aux influences journalières de la sensation.

IV. Hammond.— *Dépôts mélaniques du cerveau dans l'impaludisme.* Ce mémoire porte sur des cas pathologiques et sur des expériences faites sur des animaux. On regarde le pigment dans ces cas comme étant d'origine splénique ; on est d'avis que surtout dans les districts infectés par la malaria, beaucoup de troubles nerveux sont provoqués par le dépôt de ce pigment dans le cerveau. A ce propos un des membres de la Société rappelait que chez un de ses malades le frisson était remplacé par un paroxysme épileptique.

V. Lente.— *Des névralgies et des autres névroses accompagnant la cicatrisation du cuir chevelu.* Il s'agit dans ce travail de plusieurs cas remarquables de névralgies, d'amauroses et d'autres troubles de la vue complétement et rapidement guéris par l'incision de cicatrices anciennes du cuir chevelu. Il faut *enlever* le tissu cicatriciel ; on doit attribuer probablement ces accidents à la compression des filets sensitifs par le tissu inodulaire.

VI. Jewel.— *Diabète insipide à la suite d'une lésion de l'oreille externe.* Un enfant s'alite avec de la fièvre, des vomissements, de la soif; au bout de quelques jours on s'aperçoit d'une rougeur du conduit auditif, puis la polyurie s'établit, elle alterne avec une abondante évacuation de pus par l'oreille et disparait quand la guérison de l'oreille est complète. L'auteur croit qu'il y a eu là une irritation réflexe transportée au plancher du 4e ventricule par l'intermédiaire du pneumogastrique et du glosso-pharyngien. Il est à regretter que le traumatisme qui avait causé l'otite n'ait pas été spécifié ni même reconnu, car on pourrait peut-être voir, croyons nous, dans ce cas non pas une polyurie réflexe mais bien l'évacuation d'un abcès par l'oreille s'accompagnant de polyurie ; en tous cas la guérison a été complète et durable.

VII. Hay.— *Cas de manie avec hémiplégie traumatique.* Il s'agit d'une femme de 56 ans, atteinte d'hémiplégie gauche, sans paralysie faciale ni déviation de la langue ; la malade a sauté d'un train en marche, et est restée insensible pendant trois semaines. A l'autopsie on trouve un caillot méningé au-dessus de la *circonvolution frontale du côté gauche*, occupant presque tout le lobe frontal. Il n'est nullement question d'aphasie dans l'observation; l'auteur insiste au contraire sur les cris que poussait la malade, qui n'était sortie de l'anesthésie au bout de trois semaines que pour devenir maniaque.

VIII. Van Bibber.—*Sur une complication particulière de l'hémiplégie droite.* Le sujet de l'observation est une enfant de cinq ans chez laquelle les muscles du côté paralysé se sont hypertrophiés d'une façon remarquable.

IX. Cross.— *Mouvements musculaires complexes automatiques.*

X. Lincoln.— *Un cas d'affection athétoïde.* Il s'agit dans ces deux mémoires de l'affection que M. Hammond a décrit sous le nom d'*athétose* (voir le *Progrès médical* n° 17, 28 avril 77) : Dans l'observation de *Lincoln*, on sera frappé de voir que l'enfant a eu pendant deux mois une endocardite rhumatismale; peut-être faudrait il alors considérer comme purement choréiques les mouvements dont il s'agit : on lira avec intérêt la discussion qu'ont fait surgir ces observations entre les membres de la Société.

XI. Kinnicutt.— *Insanité de l'enfance causée par l'onanisme.*

XII. Jewell.—*Insanité causée par une blessure du plexus brachial.* — XIII. Hay.— *Un cas de lésion du plexus brachial.* — XIV. Putnam.— *Même sujet.*

XV. Miles.—*Cas de paralysie spinale aiguë.* Le malade avait été sous l'influence d'une excitation vénérienne excessive et ensuite soumis au froid. Sur le champ il fut partiellement paralysé du côté gauche et le lendemain du côté droit ; le troisième jour l'hémiplégie double était complète, mais les muscles de la face et de la déglutition étaient indemnes ; il n'éprouvait ni gêne ni douleur, la sensibilité était intacte et le jeu des sphincters normal. Les muscles répondaient comme d'ordinaire à l'irritation mécanique.

Au bout de quelques jours la puissance est revenue dans tous les muscles sous l'influence d'un traitement qui semble avoir été antisyphilitique, quoique il ne soit pas fait mention de cette diathèse au cours de l'observation. Au bout d'un certain temps on put constater un léger degré d'atrophie des interosseux des pieds et des mains et la marche était gênée. Il nous semble qu'il ne s'agit pas dans ce cas d'une paralysie infantile chez l'adulte, car on ne note par le fait que des symptômes se rapportant à une congestion intense de la moelle et peut-être à quelques lésions petites et disséminées. L'auteur ne dit pas si le malade eut de la fièvre.

XVI Hunn.—*Fracture de l'apophyse odontoïde et luxation de l'atlas.* La malade n'a eu que de l'anesthésie des membres inférieurs, sans paralysie, et sans grand trouble médullaire.

XVII. Emerson.— *Phosphore dans le traitement des névralgies et des névroses.*

XVIII. Van Bibber.—*Sur le traitement des muscles paralysés par le relâchement élastique.*

XVIX. Mac Lane Hamilton.—*Nouveau dynamomètre*; on presse une poire en caoutchouc contenant un liquide coloré qui monte plus ou moins haut dans un tube de verre fermé.

XX. Van Bibber.— *Troubles trophiques cutanés à la suite d'une lésion nerveuse.* Une aiguille étant entrée dans le bras d'une femme, y est restée deux mois et en fut retirée sans grande douleur ; le lendemain, il survint une poussée de bulles sur le bras; de vives douleurs précédaient chaque éruption : une anesthésie du territoire du médian accompagnait ce trouble cutané. — Il s'agit nettement d'un cas de zona traumatique.

Plusieurs planches accompagnent ces descriptions dont nous n'avons pu donner qu'un faible aperçu; il est aussi fort intéressant de lire les discussion engagées entre les membres de la Société à propos de ces observations; il est fait mention de nombre de cas semblables.

Souhaitons donc un heureux succès à cette nouvelle société dont le but et les tendances se rapprochent tant du genre d'études auxquelles le *Progrès médical* a déjà accordé une si large place.

H. de Boyer.

NOUVELLES

Du service des eaux dans les établissements hospitaliers.

Mercredi dernier, dit le *Journal Officiel* un incendie s'est déclaré à Angers, à l'asile maternel de la rue de Bouillon, dirigé par Mme Béranger. Le feu s'est propagé avec une rapidité incroyable, écrit le *Petit journal de Maine-et-Loire*, et en un instant tout l'étage supérieur de ce vaste asile, qui reçoit chaque jour plus de deux cents enfants, était en flammes. Les secours sont arrivés promptement et l'on a pu empêcher en partie les flammes de gagner les étages inférieurs; mais en une heure, de cinq à six heures, le feu a dévoré toute la toiture, tout ce que contenaient les greniers et l'étage supérieur, considérablement endommagé les classes et tout le reste de l'établissement.

Cet accident devrait servir d'enseignement à nos architectes et à nos ingénieurs en leur montrant la nécessité de pourvoir abondamment d'eau les hôpitaux, les hospices et les asiles, et de faire en sorte que les réservoirs soient toujours remplis, enfin de prendre, au point de vue des incendies, toutes les précautions que commandent l'expérience et la prudence.

Errata. — C'est par erreur que le compte-rendu du mémoire de M. Boissier a été mis sous le titre général : *Maladies de la peau;* il devait être inscrit sous le titre : *Maladies des Enfants* (p. 475). — A la page 479 col. 2, le *Nouveau journal* que nous voulions annoncer a pour titre ; *Paris médical*. — Même page, même colonne, au lieu de *Grimotel*, lisez *Crimotel*.

Faculté de Paris. Mlle Anna Dahms, a été reçue docteur en médecine à la Faculté de Paris, le 4 juin 1877, avec la note très-satisfait pour sa thèse et des félicitations de la part du Président.

Concours pour le bureau central (*Médecine*). — Ce concours a commencé le 4 juin. Le jury est ainsi constitué : MM. Hérard, Hillairet, Empis, Guyot-Simonnet, Ollivier, Raynaud, Bucquoy, Tarnier.

Concours. — Le concours pour trois places de chirurgiens du bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Berger, Monod et Pozzi.

Le Choléra. Le choléra sévit de nouveau avec une grande intensité dans notre colonie cochinchinoise. Les victimes sont, jusqu'à présent, des Annamites. (*Union médicale*).

Herborisation. — M. Chatin, professeur, membre de l'Institut, fera sa prochaine herborisation le dimanche 24 juin, aux environs de Vélizy-Versailles. — Rendez-vous à 7 h. 15 à la gare Montparnasse.

Soutenance de thèses pour le doctorat ès-sciences physiques. — M. Per-

sonne, chef des travaux chimiques à l'école supérieure de pharmacie, membre de l'Académie de médecine, a été admis au grade de docteur ès-sciences physiques par la Faculté des sciences de Paris, le 17 mars 1877. La thèse de chimie qu'il a présentée avait pour titre : *Etudes cliniques sur le chloral.*— (*Union médicale*).

Nécrologie. — Nous apprenons la mort très-regrettable de M. le docteur Henri Zandyck, décédé le 10 de ce mois à Seclin, dans sa 60e année, des suites d'une albuminurie. M. le docteur Zandyck, par son savoir, son dévouement et l'affabilité de ses manières avait conquis, comme praticien, une juste considération dans la ville de Dunkerque, où sa mort prématurée éveille les plus sympathiques regrets. Ses confrères de l'association médicale du Nord l'avaient plusieurs fois délégué pour les représenter aux assemblées générales de l'œuvre, et nos confrères parisiens qui avaient pu apprécier sa distinction et sa bienveillance s'associeront à notre douloureux hommage.— (L'*Union médicale*).

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Louis-Elphège Mare, étudiant en médecine, décédé à Argentan dans sa 24e année.

Librairie DENTU, Palais-Royal, 15, 17, 19, galerie d'Orléans.

L'amour pur. — Confirmé par les évangiles. Réflexions sur quelques textes par l'auteur de la Société d'amour pur. Paris, 1877, in-8. — Prix : 1 franc.

Librairie Alphonse DEREUNE, 52, boulevard Saint-Michel.

Kercéa (D.) — Etude sur le chlorhydrate de pilocarpine. Paris, 1877, in-8.

Librairie GAUTHIER-VILLARS, 55, quai des Grands Augustins, à Paris.

Annuaire des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie, publié par la *Gazette des eaux*, édition considérablement augmentée, 18e année. Paris, 1877, in-18 de 284 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital des enfants. — Service de M. Archambault. — Salle Saint-Louis : 2, syphilide tertiaire, traitement par le sirop de Gibert en voie de guérison ; 5, rougeole grave ; 6, pleurésie consécutive à une pneumonie franche ; 7, grande excavation pulmonaire, bruit de pot fêlé ; 9, angine couenneuse en voie de guérison ; 10, péritonite tuberculeuse ; 11, affection cérébrale, hémiplégie avec contracture à gauche, paralysie du moteur oculaire droit, tumeur ressemblant à une exostose au frontal et à l'occipital ; 12, ulcérations de la bouche et du gosier de nature douteuse, scrofuleuse ou syphilitique ; 19, tumeur abdominale ; 20, pleurésie ayant subi la ponction ; 21, 22, coqueluche ; 26, pleurésie latente ; 27, pleurésie tuberculeuse ; 28, pleurésie grave en voie de guérison ; 2, pleurésie tuberculeuse consécutive à la rougeole ; 30, ecthyma syphilitique, broncho-pneumonie consécutive à la rougeole, diarrhée ; 32, syphilide héréditaire. — Salle Sainte-Geneviève : 3, coqueluche grave avec broncho-pneumonie ; 4, tuberculose ; 10, chorée cardiaque ; 16, rhumatisme, chorée, insuffisance mitrale ; 25, coqueluche datant de six mois, signes de pneumonie chronique ; 27, angine couenneuse commune.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecine.* — Service de M. Dujardin-Beaumetz. Leçons de clinique thérapeutique le jeudi, à 10 heures, dans l'amphithéâtre de l'hôpital. Consultation le samedi. Spéculum le mercredi. Laryngoscopie et ophthalmoscopie le mardi. — Salle Saint-Lazare (H.) : 2, néphrite épithéliale ; 9, anévrysme de l'aorte, traité par l'électropuncture, 10, pleurésie ; 13, paralysie générale au début ; 15, congestion médullaire, paraplégie incomplète ; 20, carcinome de l'estomac. — Salle Sainte-Agathe (F.) : 1, syphilis ; 2 pleurésie ; 3, néphrite interstitielle, accidents urémiques ; 8, insuffisance mitrale et insuffisance aortique ; 19, rhumatisme articulaire aigu.

Service de M. Mesmet. Consultation le mardi. Spéculum le vendredi. — Salle Saint-Hilaire (H.) : 9, insuffisance mitrale, albuminurie ; 19, cirrhose du foie d'origine alcoolique ; 7, aphasie sans hémiplégie ; 15, rhumatisme aigu mono-articulaire ; 29, pleurésie ; 30, cirrhose. — Salle Sainte-Cécile (F.) 3, phlegmon périnéphrétique ouvert dans les voies urinaires ; 4, anurie hystérique ; 6, chorée ; 10, pleurésie rhumatismale ; 27, scarlatine à la période de dessication.

Service de M. Constantin-Paul. Consultation le jeudi. Spéculum le mercredi et le vendredi. — Salles Saint-Eloi et Saint-Etienne (H.) : 20, kyste hydatique du foie ponctionné, en voie de guérison ; 22, insuffisance aortique ; 19, phthisie laryngée ; 7, diabète sucré ; 44, pleurésie chronique 28, pneumonie du sommet gauche. — Salle Sainte-Jeanne (F.) : 6, cirrhose, intoxication palustre ; 16, dilatation de l'aorte, pneumonie ; 15, pneumonie caséeuse du poumon droit ; 13, ophthalmie scrofuleuse ; 21, hystérie, grossesse.

Service de M. Lancereaux. — Consultation le lundi. Spéculum le mercredi. Accouchements, salle Sainte-Marguerite. — Salle Saint-Antoine (H.) : 5, 15, 25, néphrite interstitielle ; 26, épilepsie saturnine ; 14, coliques de plomb ; 19, hémiplégie syphilitique avec aphasie ; 24, insuffisance aortique avec anasarque ; 34, paraplégie syphilitique, gommes du cuir chevelu. — Salle Sainte-Adélaïde : 2, 3, myélite chronique ; 5, cancer du foie ; 6, fièvre typhoïde avec angine interne ; 13, absinthisme ; 15, tumeur abdominale chez une syphilitique ; 20, cancer de l'utérus à 28 ans ; 23, endocardite chez une femme enceinte de 7 mois, avec anasarque sans albuminurie.

Chirurgie. — Service de M. Benjamin Anger. Clinique chirurgicale et opérations tous les jours à 9 h. 1/2. Consultation les lundi, mercredi et vendredi. — Salle Saint-Barnabé (H.) : 14, contusion de l'épigastre, péritonite ; 16, abcès de la région sus-hyoïdienne ; 32, fracture compliquée de jambe ; 33, tumeur blanche du genou, néphrite parenchymateuse ; 52, tubercules du testicule, fistule scrotale ; 58, résection du coude. — Salle Sainte-Marthe : 4, plaie de la face ; 5, gommes ulcérées ; 9, cancroïde de la lèvre inférieure ; 16, coxalgie ; 17, rétrécissement du rectum ; 19, fracture du col du fémur.

Hôpital Cochin. — Service de M. le dr Bucquoy. — Salle Saint-Jean (F.) : 4, mal de Bright, pleurésie ; 6, métro-péritonite ; 9, insuffisance et rétrécissement mitral, insuffisance tricuspide-aortique ; 16, polyurie ; 19, insuffisance mitrale et tricuspide ; 21, kyste hydatique du foie ; 22, mal de Bright. — Salle Saint-Philippe (H.) : 3, pneumonie ; 1, insuffisance mitrale ; 5, laryngite tuberculeuse ; 9, cancer de l'estomac ; 20, goutte. — Salle Sainte-Marie (H.) : 1, ulcère de l'estomac : 4, asthme ; 6, pleurésie ponctionnée.

Service de M. le dr Desprès. — (H.) : Baraque I : 7, orchite blennorrhagique ; 33, épithelioma de la région parotidienne. — Baraque II : 10, hématome de la jambe ; 11, tumeur blanche du genou, scrofule des vieillards ; 13, petite tumeur du triceps brachial (fibro-lipome ou kyste hydatique (?) ; 18, mal plantaire perforant ; 21, gangrène sénile du pied gauche ; 22, nécrose de l'extrémité supérieure de l'humérus, suite de coup de feu. — Baraque III : 8, paralysie radiale à frigore ; 9, fracture intra-capsulaire du col du fémur. — Salle Cochin (F.) : 3, polype de l'utérus (métrorrhagies) ; 9, kyste de l'ovaire ponctionné ; 18, iritis syphilitique ; 22, abcès froid de la région trochantérienne ; 26, brûlures étendues.

Hôpital Beaujon. — *Médecine.* Service de M. Gubler, Salle Saint-Louis (H.) : 13, néphrite aiguë ; 29 *bis*, hémiplégie syphilitique ; 25, cirrhose du foie ; 15, méningo-myélite chronique. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 2, 18, 19, lésions aortiques doubles ; 13, hémiplégie syphilitique.

Service de M. Moutard-Martin. Salle Saint-François (H.) : 8, pneumothorax, 9, érysipèle phlegmoneux de la face ; 20, pleurésie purulente. — Salle Sainte-Claire (F.) : 5, fièvre typhoïde ; 11, bronchite aiguë ; 15, péricardite, double épanchement pleural.

Service de M. Millard-Beaujoin (H.) : 4, insuffisance mitrale ; 8, pleurésie purulente ; 12, intoxication saturnine ; 10, paralysie radiale ; 7, pleurésie aiguë. — Salle Sainte-Monique (F.) : 1, pleurésie aiguë ; 13, affection cardiaque, asystolie ; 11, albuminurie ; 15, pleurésie purulente avec phénomènes typhoïdes ; 16, rhumatisme articulaire aigu, endocardite ancienne. — Salle Sainte-Hélène (femmes en couches) : 8, ictère puerpéral

Chirurgie. Service de M. Delens. Pavillon I : 25, fracture de l'avant-bras par morsure de cheval ; 30, phlegmon diffus consécutif à une plaie contuse avec fracture de l'avant-bras par morsure de cheval ; 38, hématocèle du scrotum traumatique avec rupture de l'urèthre ; 40, choroïdite atrophique ; 4, 12, fracture de la rotule ; 3, plaie du dos du pied avec subluxation des deux derniers métatarsiens.

Service de M. Lefort. Pavillon II (H.) : 5, fracture de la rotule ; 10, abcès froid sous-deltoïdien ; 15, fracture compliquée de jambe ; 22, plaie par arme à feu de la région précordiale ; 36, ophthalmie blennorrhagique, hypospadias ; 40, uréthrotomie externe. — Pavillon IV (F.) : 2, fistule vésico-vaginale.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Desnos. Visite à 9 h. Salle Sainte-Marthe (H.) : 2, pérityphlite ; 3, cirrhose hypertrophique ; 5, carcinome du foie ; 10, tœnia ; 23, sclérose en plaques ; 28, périencéphalite diffuse ; 48, pleurésie droite. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 7, sclérose antéro-latérale ; 9, asthme et eczéma ; 23, périmétrite ; 35, épistaxis abondante.

Service de M. Dumontpallier. Visite à 8 h. 1/2, Salle Saint-Raphaël (H.) : 1, alcoolisme, athérome ; 3, paraplégie ; 7, pleuro-pneumonie ; 8, 9, pa-

ralysie générale; 10, affection cérébelleuse? 12, ataxie locomotrice; 13, néphrite interstitielle; 17, gangrène pulmonaire; 20, tuberculose aiguë, 21, intoxication saturnine chronique; 31, cirrhose du foie. — Salle Sainte-Eugénie (F.): 2, abaissement utérin, rectocèle, cystite; 3, ataxie locomotrice; 4, corps fibreux utérin; 8, pneumonie du sommet; 16, syphilis secondaire; 19, ataxie locomotrice; 20, anémie; 24, affection mitrale, athérome; 25, rhumatisme génital; 26, démence sénile; 31, néphrite parenchymateuse; 33, diabète; 50, métrite hémorrhagique; 51, corps fibreux utérin.

Service de M. GALLARD. Visite à 9 h. Salle du Rosaire (F.): 6, hématocèle péri-utérine; 13, kyste de l'ovaire; 16, polyurie, pneumo-thorax; 17, corps fibreux utérin, 18, déplacement de la rate; 20, dysménorrhée; 26, ovarite aiguë; 32, pachyméningite cervicale. — Salle Saint-Athanase (H.): 12, pleurésie tuberculeuse, pneumothorax; 18, tic douloureux de la face; 20, pleurésie aiguë; 31, carcinome de l'estomac et du foie; 34, 36, saturnisme; 35, albuminurie, néphrite parenchymateuse; 50, endocardite; 54, pleurésie tuberculeuse.

Service de M. GOMBAULT. Visite à 8 h. Salle St-Michel (H.): 3, broncho-pneumonie alcoolique; 5, paralysie générale; 9, hémiplégie droite, laloplégie; 12, péricardite sèche; 14, fièvre typhoïde forme thoracique; 17, carcinome stomacal, rétrécissement de l'œsophage; 21, colique saturnine; arthralgie, myosalgie. — Salle Notre-Dame (F.): 2, gastralgie; 6, grossesse, rein flottant; 12, Stomatite herpétique; 24, phlegmon du ligament large, péricardite chronique; 27, aphasie, accidents épileptiformes; 32, insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral; 37, péritonite partielle; 35, péricardite chronique latente; 43, métrorrhagie, ménopause; 45, endopéricardite scarlatineuse.

Service de M. LABBÉ. Opérations le samedi. Visite à 9 h. Salle Saint-Gabriel (H.): 2, nécrose du fémur; 3, épithélioma du cuir chevelu; 8, rétrécissement de l'urèthre; 9, fistule uréthro-périnéale; 14, carie de l'os iliaque et du radius; 18, nécrose du péroné, arthrite purulente du genou; 20, hernie inguinale étranglée; 30, résection de l'épaule; 31, pierre dans la vessie; 35, enchondrome du 4e métacarpien; 38, fracture des 2 fémurs, fracture compliquée de l'humérus, plaie de tête; 40, fractures multiples de l'os malaire, phlegmon de l'orbite; 45, carcinome du testicule.

Service de M. VERNEUIL. Clinique et opérations lundi, mercredi, vendredi. Visite à 8 h. 1/2. Salle Saint-Louis (H.): 1, 2, ectropion, suture des paupières, 3, carcinome du maxilaire inférieur; 4, éléphantiasis; 6, hémorrhoïdes; 10, bubons strumeux; 11, contusion de l'œil; 12, névrome douloureux d'un moignon; 21, contusion de la main; 32, plaie de l'œil, hernie de l'iris. — Salle Saint-Augustin (F.): 4, coxalgie hystérique; 7, épithélioma de la lèvre; 10, cystite calculeuse 23, fistule vésico-vaginale; 27, carcinome du sein. Salle Saint-Louis (suite): 51, hémorrhoïdes; 54, coxalgie rhumatismale; 58, fracture de côtes.

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE.

COLLÉGE DE FRANCE. — **M. RANVIER.**

Quatorzième Leçon.

Recueillie par le docteur J. RENAUT.

SOMMAIRE.— I. Du rôle des échanges dans la contraction musculaire.— La rapidité de ces échanges est proportionnelle à la surface présentée par les éléments contractiles. Raison de la division de la substance musculaire en disques superposés de petit volume. La structure du muscle strié n'est pas en rapport avec la contraction considérée en elle-même, mais avec le *mode brusque* de la contraction. — II. Rôle des parties élastiques dans le faisceau musculaire strié : Plus un muscle est riche en parties élastiques, plus son temps perdu (retard du mouvement sur l'excitation) est considérable. — III. Etude graphique de la contraction musculaire : Historique sommaire, appareils enregistreurs, petit myographe de l'auteur : Description de l'appareil. — Secousse musculaire. Secousse de rupture plus grande que celle de clôture : l'amplitude décroît par la fatigue, la durée de la secousse augmente : ce résultat est dû à l'affaiblissement de la contractilité, l'élasticité du muscle restant constante. — Tétanos produit par une seule secousse, modification du tétanos par la fatigue et le froid. (*9 mars 1876.*)

Messieurs,

Lorsque la contraction s'opère dans un muscle strié, les disques épais diminuent de volume. C'est de leur mouvement que naît le travail moteur exécuté par la masse musculaire, qui agit alors comme une force sur les parties du squelette auxquelles elle s'insère. Le raccourcissement total et apparent du muscle entier n'est que la résultante du raccourcissement de tous les disques épais. En agissant, ces derniers dépensent une certaine quantité de force vive, provenant de la transformation d'une quantité précisément égale des forces vives calorifiques que tendent à développer sans cesse, dans leur intérieur, les actions chimiques pendant le repos. Pour qu'une nouvelle contraction ait lieu il faut nécessairement que cette force vive soit restituée. Ce sont les échanges nutritifs dont la substance musculaire est constamment le théâtre, qui sont chargés de la régénérer.

Ces échanges, on le conçoit, seront d'autant plus rapidement effectués que les éléments contractiles qui les subissent présenteront une surface plus grande, et que leur masse entière sera divisée en particules plus petites, accessibles, isolément et à un même moment, aux sucs nutritifs. Cette condition est précisément réalisée dans le faisceau primitif des muscles striés. Les fibrilles élémentaires n'y sont pas étroitement unies entre elles dans le sens transversal ; elles sont séparées au contraire les unes des autres par des interstices capables de se développer et de s'agrandir. Dans le sens longitudinal, les disques contractiles sont aussi séparés les uns des autres, ou même fractionnés dans leur continuité (strie intermédiaire, division en disques accessoires), par des bandes claires à la fois élastiques et perméables aux sucs nutritifs. La substance véritablement capable de se contracter, présente, en vertu de ces conditions, une très-grande surface pour un volume très-petit (2). Aussi les échanges y sont-ils rapides. La contraction peut s'effectuer à brefs intervalles et s'exécuter brusquement. Nous avons vu, en effet, qu'à ce moment il se fait un départ de liquide, et que ce dernier, sortant à la fois de tous les disques épais qui commencent à revenir sur eux-mêmes, s'accumule dans les interstices qui les séparent. Toutes choses égales d'ailleurs, avec quelle lenteur s'effectuerait cet écoulement si chacun des faisceaux primitifs d'un muscle, par exemple, était formé d'un seul disque épais occupant toute sa longueur ? L'instantanéité de la contraction brusque, particulière aux muscles striés, et la possibilité de répéter cette contraction à brefs intervalles, sont donc en relation avec la striation même du muscle. Ceci revient à dire que la forme de l'élément anatomique, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, est directement en rapport avec son mode de fonctionnement.

Les muscles ne sont donc striés que pour exécuter des contractions brusques. C'est pour assurer la rapidité des échanges nutritifs que leur substance musculaire est divisée et fragmentée en prismes minuscules, offrant une énorme surface à l'absorption des liquides et à leur issue. Ce qui le montre bien, c'est que les éléments musculaires à contraction lente ne présentent aucune trace de striation. Leurs fibrilles élémentaires, disposées longitudinalement autour du noyau et juxtaposées comme des baguettes, sont absolument homogènes, comme vous le verrez plus tard. Les échanges organiques s'exécutent, on le conçoit, dans de pareils faisceaux musculaires, *avec une lenteur extrême*. Aussi leur contraction est en même temps lente à s'établir, longue, et soutenue. Le mode brusque de la contraction ne se peut pas effectuer dans de semblables appareils.

Ce que je viens de dire des parties contractiles des muscles striés est également applicable aux parties élastiques. Abondamment répandues, nous l'avons vu, dans certains muscles, tels que les muscles rouges, elles doivent nécessairement modifier leur fonctionnement dans un sens particulier et lui imprimer des caractères spéciaux. Avant d'entrer dans l'étude expérimentale des phénomènes, je crois qu'il convient, Messieurs, de se demander quels devront être les caractères dont je viens de parler, de les prévoir, et de les formuler, afin de les pouvoir vérifier ensuite.

Les considérations les plus simples de mécanique nous apprennent que si un mouvement est propagé par l'intermédiaire de milieux à la fois extensibles et élastiques, la transmission de ce mouvement subit un plus grand retard

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44, de 1876; nos 1, 2, 7, 9, 20, 21 22, 23 et 24 de 1877.

(2) Cette notion est absolument élémentaire, mais, pour donner une idée saisissable à la simple vue de la multiplication des surfaces résultant de la division de la substance contractile d'un muscle strié en fibrilles élémentaires cylindriques, isolées les unes des autres, il suffit de supposer un cercle de rayon R (*Fig. 32*) que l'on considérera comme la base d'un cylindre droit dont la hauteur est H. La surface développable de ce cylindre est égale à $2 \pi RH$.

Disposons maintenant à l'intérieur de ce cylindre, par exemple, huit cylindres plus petits de même hauteur, H, ayant pour bases des cercles d'un même rayon égal au quart de celui du grand cercle. L'inspection de la figure montre que ces huit petits cercles sont loin d'occuper toute l'aire du grand.

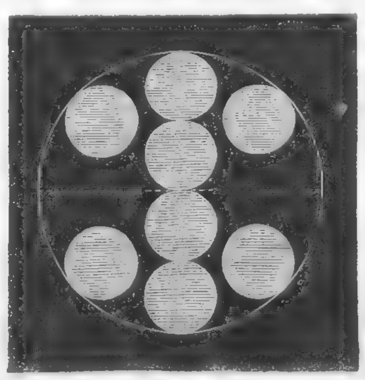


Fig. 32.

Or, la somme des surfaces des huit cylindres enveloppés est déjà égale à $8\left(2 \pi \frac{R}{4}\right)H = 4 \pi RH$, ou au double de la surface du cylindre enveloppant.

que si l'ensemble du système considéré était formé de matériaux rigides. Pour le démontrer, considérons deux poids inégaux P et P_1 ($P > P_1$) accrochés aux deux extrémités B et A du fléau d'une balance, par des fils rigides inextensibles Bb, Aa. Les deux poids sont maintenus sur une même ligne horizontale xx' au moyen de l'artifice suivant : En B, qui suspend le poids le plus lourd P, est attaché un fil Bc fixé en *c* par un crochet, et qui empêche P de tomber au-dessous de xx'. Tout le système ainsi constitué est donc à la fois en équilibre et homogène. (*Fig. 34.*)

Coupons maintenant en *d* le fil Bc. Le poids P commence aussitôt à tomber(nous supposerons, pour plus de simplicité, qu'il se meut dans sa chute d'un mouvement uniforme, condition qu'il serait facile de réaliser expérimentalement). Le système étant homogène, et le fil A*a* inextensible, l'extrémité du fléau A et P_1 solidaire du mouvement du fléau qui le supporte, s'élèveront au-dessus de xx'. Mais ils

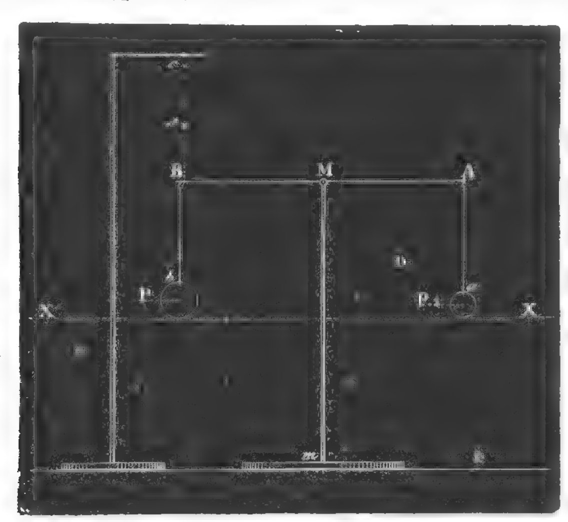


Fig. 34.

ne commenceront à effectuer leur mouvement qu'au bout d'un temps variable, nécessaire pour vaincre l'inertie des pièces de l'appareil, soit $T = t + t'$, ce temps t, étant le temps nécessaire à vaincre l'inertie du fléau AB ; t' le temps nécessaire pour vaincre celle du poids P_1, ce temps T est le retard ou le *temps perdu* par le système dans la transmission du mouvement.

Mais si l'on suppose à la place du fil rigide inextensible A*a*, soutenant P_1, un fil extensible et élastique, les choses ne se passeront pas si simplement. Car au début de la chute de P, l'inertie du fléau AB étant vaincue au bout du temps t, comme précédemment, l'extrémité A du fléau commencera à s'élever, mais en s'élevant elle rendra le fil extensible, et l'allongera d'une quantité variable avec son coefficient d'extensibilité. Cet allongement déterminera, pour s'effectuer, une nouvelle perte de temps θ ; après quoi, sa limite d'extensibilité étant atteinte, le fil A*a* prendra une longueur définitive. C'est à ce moment seulement qu'il se comportera comme un fil rigide et que le mouvement ascensionnel de P_1 commencera à s'effectuer, après qu'au bout d'un temps t', son inertie aura été vaincue, c'est-à-dire que le mouvement commencera au bout d'un temps qui ne sera plus $T = t + t'$, mais $t + \theta + t' = T + \theta$. Le temps perdu dans la transmission du mouvement, sera donc nécessairement augmenté dans le système, par la substitution en A*a* d'un fil extensible à un fil rigide.

Tous les muscles striés étant composés de parties contractiles et élastiques, et ces dernières servant à la transmission du mouvement engendré par les premières, nous pouvons déduire des considérations qui précèdent, qu'entre le moment précis du début de la contraction et le moment où le mouvement musculaire commence à paraître, il doit s'écouler un certain temps, qui est le *temps perdu* du muscle strié. Nous pouvons aussi prévoir que plus les parties élastiques d'un faisceau primitif seront abondantes par rapport aux contractiles (comme c'est le cas dans les muscles rouges), plus le temps perdu par le muscle sera considérable ; que d'un autre côté si, dans un même faisceau, l'élasticité restant constante, la contractilité augmente ou diminue, le temps perdu diminuera ou augmentera corrélativement, etc., etc. Pour vérifier toutes ces inductions et aussi pour élucider un certain nombre de problèmes d'une autre nature, nous allons étudier la contraction brusque des muscles striés à l'aide de la méthode graphique.

Je ne vous ferai point ici, Messieurs, l'exposé historique de cette méthode, instituée pour la première fois en France et formulée dans sa généralité par Poncelet et M. Morin, et que mon collègue et ami, M. Marey, a portée, dans ces dernières années, à un haut degré de perfection. En ce qui regarde l'enregistrement des mouvements des muscles, je vous rappellerai simplement qu'Helmholtz, à qui l'on doit l'invention du premier myographe, inscrivait ces mouvements sur un cylindre tournant et enfumé. Le muscle était suspendu à un crochet, et son nerf moteur était excité par un courant interrompu. Mais son appareil, ainsi que celui de Valentin, qui enregistrait les contractions musculaires sur un disque tournant, et de Fick qui les recueillait sur une plaque animée d'un mouvement pendulaire, sont aujourd'hui inusités. Nous nous servirons, dans nos recherches, tantôt du myographe de Marey, que vous connaissez tous et que je ne vous décrirai pas, tantôt d'un myographe beaucoup plus simple que chacun peut construire, et dont le maniement s'effectue avec une extrême facilité. Voici quelle est la disposition de ce petit myographe (*Fig. 35*) :

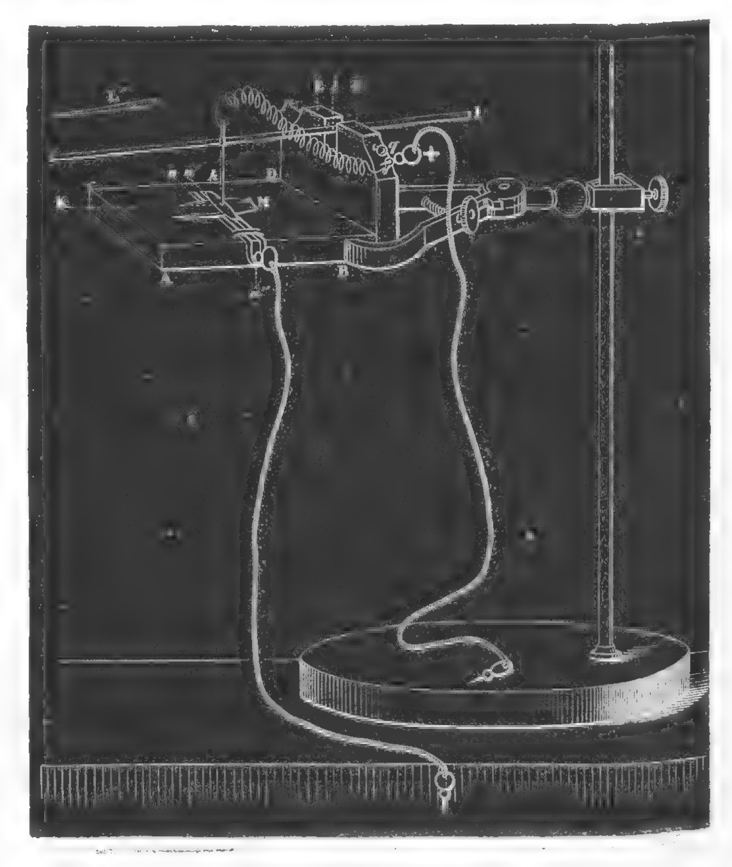


Fig. 35. — Petit myographe.

Deux plaques de liége rectangulaires ABCD, BDEF forment la charpente de l'instrument. La plaque horizontale ABCD, destinée à supporter en M le muscle exploré, est munie d'une armature métallique $n\ n'\ n''$, consistant en un ruban de cuivre courbé en U, dont les deux chefs $n\ n'$ sont juxtaposés dans toute la largeur de la lame de liége ; en n'' le ruban infléchi en U est disposé en boucle pour recevoir

l'un des électrodes (soit le pôle négatif), d'un appareil d'induction. Ce ruban métallique est collé au liége par de la cire d'Espagne. La plaque de liége verticale est creusée d'une encoche pratiquée sur son bord supérieur EF et au milieu de ce bord. Cette encoche forme une mortaise dans laquelle est inséré au point *l* le levier L L', fait d'une paille légère très-peu vibrante, portant en L un style écrivant, et pouvant tourner autour d'un axe *p q*, consistant en une épingle qui le traverse parallèlement à EF. De plus, ce levier est muni en *h* d'une tige métallique rectiligne, communiquant avec le pôle positif d'un appareil d'induction, et terminée par un petit plateau métallique K à sa partie inférieure. Le muscle M est donc placé entre l'armature *n n' n''* qui le supporte et la base K de la tige *h* qui s'appuie légèrement sur lui. Si maintenant nous faisons passer le courant, le muscle est excité et se contracte ; il se gonfle au moment où il se raccourcit, soulevant la tige *h* et le levier dont elle est solidaire. Ce mouvement est enregistré sur un cylindre garni d'un papier enfumé et animé d'un mouvement de rotation uniforme autour de son axe. La plupart de nos recherches ont été faites à l'aide de ce petit myographe, que l'on peut modifier facilement et sans frais pour les expériences, et dont j'ai cru devoir, pour ces raisons, vous donner la description. (*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

Crampe des écrivains (1)

IMPOTENCE FONCTIONNELLE.

D'après ces quelques exemples, vous voyez, Messieurs, que la maladie dont nous nous occupons ne mérite certainement pas le nom de *crampe*. Qu'est-ce, en effet, qu'une crampe, sinon, une contraction involontaire, spasmodique et douloureuse de certains muscles ? Or, si nous avons eu la contraction spasmodique et douloureuse chez l'employé qui est venu ce matin à l'hôpital, vous n'avez pas oublié qu'elle n'a jamais existé chez notre malade du nº 41, qui a toujours eu plutôt de la faiblesse que de l'exagération des contractions musculaires, quoiqu'il ait eu une certaine roideur dans l'extension des doigts. Elle n'existait pas davantage chez ce fonctionnaire qui jetait sa plume sur le papier à la suite de mouvements choréiformes, n'ayant pas le caractère de contracture et qui ne s'accompagnaient pas de la douleur, conditions essentielles de la crampe. On ne peut pas dire qu'elle existât davantage chez celui dont l'index s'écartait involontairement du manche de la plume, car, si ce mouvement était le résultat d'une contraction involontaire des muscles extenseurs, cette contraction, tout en étant spasmodique, n'était pas douloureuse, et la douleur est le caractère le plus essentiel de la crampe.

Voilà donc quatre faits dont un seul nous présente un type incontestable de crampe véritable, tandis que dans les trois autres, les troubles, qui ont rendu l'écriture impossible ont consisté en des désordres variés : Contraction non douloureuse des extenseurs des doigts dans deux cas, bientôt suivie chez un malade d'anesthésie palmaire avec ataxie consécutive; enfin, chez le dernier sujet, mouvements désordonnés, rappelant plutôt les désordres de la chorée que ceux de l'ataxie.

Cette diversité des manifestations morbides a été remarquée de tout temps, mais elle n'a jamais été signalée d'une façon aussi nette que par Duchenne de Boulogne (2) qui a rapporté à quelques types principaux les symptômes qui peuvent se produire. Ainsi, outre la crampe, on trouve : 1º des paralysies plus ou moins complètes des muscles, dont les contractions doivent se combiner pour produire les mouvements des doigts nécessaires à l'écriture; le tremblement de ces mêmes muscles ; 3º les convulsions choréiformes, comme cela a eu lieu chez nos malades ; 4º enfin, dans quelques cas très-rares, ce n'est pas un trouble musculaire qui se produit, mais un trouble de la sensibilité, par exemple une douleur très-vive, affectant les allures d'une névralgie temporaire, et 5º dans d'autres cas, une paralysie cutanée.

(1) Voir le nº 25.
(2) Duchenne (de Boulogne). *De l'Électrisation localisée.*

Mais quel que soit le désordre observé, contracture, paralysie, tremblement, convulsions choréiformes, douleur névralgique ou anesthésie, le caractère le plus important de ce désordre, c'est de ne paraître qu'au moment et à l'occasion de certains mouvements déterminés ; quelquefois même la seule intention de ces mouvements suffit à la provoquer.

On est allé jusqu'à prétendre que ces mêmes muscles, si maladroits quand il s'agit de conduire une plume, se montrent habiles et dociles à la volonté pour l'exécution de tous les autres mouvements. C'est une erreur contre laquelle je ne saurais trop m'élever et contre laquelle protestent tous les faits que je viens de faire passer sous vos yeux.

On a bien admis que la même gêne se rencontre pour le maniement de certains objets ténus, qui exige de l'adresse et de l'agilité des doigts, comme par exemple le burin d'un graveur ou les pinces d'une fleuriste. Mais, en faisant cette réserve, on a eu plus particulièrement en vue les désordres qui surviennent chez les individus maniant les instruments dont je viens de parler, au même titre et de la même façon que chez les individus maniant la plume. Il n'y a donc là qu'une sorte d'assimilation entre les mouvements des doigts de l'écrivain et ceux du graveur ou de la fleuriste, expliquant comment la même fatigue, survenue à la suite de mouvements tout-à-fait semblables, peut et doit déterminer des désordres morbides absolument identiques. Il en résulterait que les graveurs, les fleuristes, ou ceux qui exercent une profession analogue peuvent être exposés à contracter la *maladie des écrivains*, de la même façon et au même titre que ces derniers. C'est-à-dire que cette maladie, dont la nature reste à déterminer, mais à laquelle le nom de crampe ne convient pas, affecterait uniquement les mouvements de la main et des doigts, à l'exclusion de tous les autres, et que le désordre qui la caractérise se manifesterait seulement à l'occasion de l'accomplissement de certains actes professionnels déterminés, la main restant parfaitement apte à accomplir tous les autres mouvements qui pourraient lui être commandés par la volonté.

Je ne saurais en aucune façon, Messieurs, admettre le bien fondé de ces deux propositions, et si je suis obligé d'emprunter à Duchenne de Boulogne (1) les faits *obligés* à vous démontrer que la maladie dont il s'agit n'affecte pas exclusivement la main, je puis trouver dans ceux qui viennent de passer sous vos yeux la preuve que le désordre des mouvements n'est pas exclusivement limité à l'acte de l'écriture, et que la main, devenue inhabile à écrire, ne demeure pas « apte à accomplir tous les autres mouvements. »

C'est ainsi que notre premier malade, du nº 41, est gêné dans les mouvements qu'il doit accomplir avec ses mains, pour manger, pour se moucher, pour nouer sa cravate ou attacher les boutons de ses habits ; et sa main gauche est aussi inhabile que sa main droite. De même, notre employé ne peut ni se peigner, ni saisir une épingle pour la fixer à une étoffe, ni accrocher ses boutons, ni nouer sa cravate, ni monter sa montre, ni tourner les feuillets d'un livre, ni détacher une carte de son jeu pour la jeter sur la table ; en un mot, il ne peut faire, avec dextérité, aucun des mouvements qui exigent le concours de plusieurs doigts placés dans l'extension. L'action de rouler une cigarette, qui diffère notablement de l'action d'écrire, est généralement très-difficile, sinon impossible, pour tous les sujets qui sont atteints de l'affection dont nous nous occupons.

M. Jaccoud (2) apprécie cet acte pathologique bien plus sainement que ne l'ont fait les auteurs classiques précédemment cités, et il est tout-à-fait dans la vérité lorsqu'il

(1) Duchenne (de Boulogne). — *De l'électrisation localisée*, etc., 3º éd.. 1872, p. 1021 et suivantes.
(2) Jaccoud. — *Traité de pathologie interne*, 1875, t. I, p. 524.

dit : « Bien loin de constituer un trouble univoque, cet état morbide présente toutes les formes connues des désordres de la motilité qu'il semble résumer en lui... Quelle que soit sa forme, la névrose a pour effet de gêner d'abord, puis d'empêcher l'acte d'écriture.

» L'acte d'écrire n'est pas le seul qui puisse être troublé par ces anomalies ; on les observe, mais plus rarement, dans certains mouvements professionnels qui, comme ceux de l'écriture, sont le résultat d'une coordination artificielle acquise par l'exercice. »

Si les désordres fonctionnels, caractéristiques de cette maladie, ne sont pas exclusivement limités aux troubles du mouvement nécessité par l'acte d'écrire, sont-ils au moins spéciaux aux individus qui manient la plume ou tout autre instrument analogue, dont l'usage exige des mouvements rapides et parfaitement coordonnés ? En aucune façon, et c'est ce que Duchenne a parfaitement démontré par des exemples aussi probants que possible, que je tiens à vous rapporter, pour qu'il ne reste, à cet égard, aucun doute dans vos esprits.

Je vous ai déjà dit que je fais très-bon marché des faits relatifs à des individus qui manient des instruments comparables à la plume, et que je suis, si l'on veut, très disposé à ranger, à titre de simple variété, sous le même titre que la *maladie des écrivains*, les désordres des mouvements de la main et des doigts dont peuvent être affectés des graveurs, des fleuristes, ou toutes autres personnes exerçant des professions analogues. Mais, s'il s'agit de désordres survenus à la suite de mouvements des mains très-différents de ceux de l'écriture, ou mieux encore de mouvements se passant dans une partie du corps autre que la main et les doigts, il me sera bien permis de ne plus y voir une simple variété de la *maladie des écrivains*. C'est ce à quoi nous autorisent des observations déjà nombreuses.

Ainsi, Duchenne a vu une pianiste de grand talent, en être arrivée à ne plus pouvoir jouer quelques minutes sans ressentir une douleur des plus vives dans tout le membre supérieur droit, le bras et l'avant-bras. Elle éprouvait d'abord une sensation d'affaiblissement dans la main droite, qui ne tardait pas à perdre une partie notable de sa force, puis survenait la douleur qui augmentait graduellement en suivant le trajet du nerf médian et remontant jusqu'à l'épaule. Il lui fallait alors quitter le piano et la douleur cessait au bout de quelques minutes pour ne revenir que si la malade recommençait le même exercice. Duchenne s'est assuré que cette douleur ne siégeait pas dans les muscles et qu'il n'y avait ni crampe, ni contracture. Il l'attribua à ce que la malade avait voulu se fortifier la main en s'exerçant sur un piano dont les touches étaient très-dures.

Un jeune médecin qui a suivi avec un succès déjà très-marqué la voie tracée par Duchenne de Boulogne et qui est destiné à le remplacer dignement aussi bien dans la science que dans la pratique, M. Onimus, a observé des troubles analogues chez d'autres musiciens dont les doigts ont à accomplir des mouvements non moins agiles que ceux des pianistes, chez les violonistes. Comme, chez ces derniers artistes, ce sont les doigts de la main gauche qui sont surtout en mouvement, c'est du côté gauche que les désordres se produisent. Les crampes dont ils sont affectés débutent, en général, par un sentiment d'incertitude dans le pincement ou le serrement des cordes du violon. C'est surtout chez les violonistes solistes, que ces troubles existent le plus fréquemment et la préoccupation morale a une grande influence sur leur apparition pendant l'exécution des soli. Il est rare cependant que les crampes soient assez violentes pour empêcher le jeu de l'instrument ; mais aussitôt après, il y a une contraction douloureuse dans la main et une roideur dans les doigts et le poignet.

Dans un cas, où quelques-uns de ces phénomènes étaient survenus à la suite d'un traumatisme, M. Onimus a obtenu une guérison complète par l'emploi des courants continus.

Ce même observateur a eu occasion de constater qu'il survient des troubles analogues chez les employés du télégraphe, dans le maniement de l'appareil Morse. Ces troubles consistent principalement dans une roideur spasmodique des doigts qui saisissent le manipulateur. Le pouce est presque toujours le premier atteint, et, dès que cette roideur survient, l'employé n'est plus sûr des mouvements qu'il imprime. Il ne peut plus séparer exactement les différents points ou les diverses lignes qui doivent représenter des lettres ; c'est surtout pour les lettres qui sont figurées par des points que la difficulté est plus grande.

Un de ces employés, après avoir eu le pouce atteint de crampes, s'est servi uniquement de l'index pour agir sur le levier ; l'index, au bout de deux mois, fut atteint de crampes, à son tour ; il essaya alors successivement du médius et enfin du poignet, et les mêmes troubles se manifestèrent au médius et au poignet. Les employés ainsi atteints peuvent parfaitement se servir du télégraphe à cadran, sans ressentir le moindre trouble fonctionnel.

Dans tous les cas que je viens de citer, les désordres observés dans le bras et l'avant-bras, au moins autant que dans la main, ont été la conséquence d'un exercice de ce dernier organe, poussé jusqu'à la fatigue, mais différant notablement de l'acte de l'écriture. En voici quelques autres dans lesquels les désordres sont survenus loin des mains, à la suite de mouvements se passant dans les diverses sections du membre supérieur :

Un tailleur sentait son bras droit se tourner violemment en dedans, dès qu'il avait fait quelques points de couture et jamais il n'éprouvait, à l'occasion d'aucun autre mouvement, ces troubles fonctionnels que Duchenne a reconnu dépendre d'une contracture spasmodique, mais non douloureuse, du muscle sous-scapulaire.

De même, un maître d'armes voyait son humérus du côté qui tenait l'épée, se tourner sur son axe, en rotation en dedans, et son avant-bras s'étendre fortement sur le bras, aussitôt qu'il se mettait en garde.

Un ouvrier ferblantier éprouvait une contraction douloureuse, une véritable crampe des muscles deltoïde et biceps brachial, dès qu'il levait le bras armé de son marteau, et ce phénomène, qui ne se produisait dans aucun autre mouvement, l'empêchait de pouvoir continuer à se livrer à son travail habituel.

Un savetier éprouvait également des contractions dans le deltoïde du côté droit, dès qu'il se mettait à l'ouvrage. Mais ces contractions, non douloureuses, s'étaient étendues d'abord au splénius, puis aux muscles de la face du même côté, et elles donnaient lieu aux grimaces les plus étranges, que Duchenne a analysées avec le plus grand soin en étudiant l'action de chacun des muscles qui les provoquaient (1).

Voulez-vous maintenant que, des membres supérieurs, nous passions aux membres inférieurs. Nous y verrons les mêmes effets se produire, absolument de la même façon, sous l'influence de causes analogues, c'est-à-dire par suite de l'excès de travail ou de l'action prolongée de certains muscles, agissant simultanément pour produire quelques mouvements assez délicats et assez compliqués.

Duchenne a vu un tourneur, chez lequel les fléchisseurs du pied sur la jambe se contracturaient, dès qu'il appliquait son pied sur la planche, pour faire mouvoir le tour. Et cependant ce phénomène n'apparaissait pas dans les autres mouvements du membre inférieur et en particulier dans ceux de la marche.

Mais la marche peut être compromise dans d'autres cas ; c'est lorsqu'elle a déterminé elle-même la fatigue à la suite de laquelle se produisent les désordres observés, comme cela a lieu dans les cas de spasmes du long péronier latéral, survenant si fréquemment chez les individus qui ont fait de longs trajets à pied (2).

Revenons au cou et à la face ; nous trouvons d'abord un

(1) Duchenne (de Boulogne). — *Mécanisme de la physionomie humaine*, 2e édition, Paris, 1876.

(2) Duchenne. — *Impotence fonctionnelle et spasme fonctionnel du long péronier latéral* (*Archives de médecine*, avril 1872).

paveur dont les deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens se contracturaient pendant la contraction instinctive des muscles qui maintiennent la tête en équilibre entre la flexion et l'extension. Cette contracture était telle, que sa tête se fléchissait avec une force extrême lorsqu'il faisait effort pour soulever l'instrument qui sert à enfoncer les pavés dans le sol, ou même lorsqu'il inclinait simplement la tête en avant. Il suffisait que sa tête fût appuyée pour que la contracture cessât. Jamais cette contracture n'apparaissait lorsqu'il était couché ou renversé, ou si sa tête était appuyée sur le dos d'un fauteuil.

Dans deux autres cas, la contracture d'un des sterno-mastoïdiens, déterminant la rotation involontaire de la tête du côté contracturé, a été observée; dans un cas même elle a été poussée si loin et fut si persistante que l'on a pu croire, pendant un certain temps, à une lésion des articulations vertébrales de la région cervicale. C'était chez une jeune femme de 24 ans, pianiste, qui depuis trois ans était affectée d'un torticolis, contre lequel les traitements les plus rationnels avaient échoué. Duchenne reconnut la nature de la maladie aux caractères suivants : D'abord la contracture n'apparaissait que pendant la station verticale et cessait dès que la tête trouvait un point d'appui, soit dans le décubitus dorsal, soit quand la malade était renversée sur le dos d'un fauteuil. Puis, au moment où le spasme se produisait pendant la station verticale, il ordonna à la malade de repousser sa main appliquée contre la nuque et le spasme cessa immédiatement. Enfin, en s'efforçant de vaincre cette résistance opposée à l'extension de sa tête en arrière, la malade put exécuter, avec la plus grande facilité, des mouvements très-étendus de latéralité de la tête sur le cou, tandis que, auparavant, ces mouvements de latéralité lui étaient tellement impossibles, qu'on avait pu les croire empêchés par une déformation des surfaces articulaires. La guérison, qui fut la conséquence de cette découverte, a été obtenue par une sorte de gymnastique, dans laquelle on mettait en jeu les muscles antagonistes de ceux qui étaient contracturés.

A côté de ces faits, nous pouvons placer ceux dans lesquels les troubles divers se sont produits à la suite d'une contraction longtemps prolongée des muscles de la face et plus particulièrement du système moteur de l'œil, dans l'acte de la lecture. C'est d'abord un individu qui a été observé par le professeur Andral, et dont la tête se tournait involontairement à droite, par suite de la contraction des muscles rotateurs, lorsqu'il lisait. Cet état durait jusqu'à ce qu'il eût posé son livre. Ce qu'il y a de plus remarquable dans ce fait, c'est que ce malade adonné passionnément à la lecture, et qui en avait fait abus toute sa vie, était en même temps affecté de véritable crampe des écrivains.

Comme pendant de cette observation, Duchenne (de Boulogne) rapporte avoir été consulté par un savant qui avait, pendant plusieurs années, fatigué sa vue en déchiffrant des manuscrits. Sa vue — qui avait toujours été bonne et n'était nullement troublée si son regard était vague ou errant, — ne tardait pas à se fatiguer ou à se brouiller, dès qu'il lisait ou que ses yeux étaient seulement arrêtés, avec une certaine fixité, sur un objet quelconque. Alors il voyait double et il était facile de constater que ce phénomène dépendait de la contracture spasmodique du muscle droit interne de son œil gauche, et que cette contracture disparaissait dès qu'il ne regardait plus avec la même fixité.

De ces faits, on peut rapprocher le suivant : un étudiant de Strasbourg, se préparant à passer ses examens pour le baccalauréat, s'était livré à un travail forcé et continu. Cette trop grande contention d'esprit et les efforts qu'il faisait pour vaincre le sommeil provoquaient, disait-il, un serrement douloureux dans les tempes, le front et les yeux, ce qui l'avait forcé de discontinuer ses études. Il ne pouvait se livrer à la lecture sans en être aussitôt empêché par le retour de ses troubles fonctionnels. Duchenne a constaté qu'alors ses sourcils étaient élevés, par la contracture des muscles frontaux, et que ses paupières se fermaient par la contracture des muscles orbiculaires ; tandis que sa face s'injectait et que ses veines temporales étaient gonflées. Cet état, provoqué seulement par la lecture, a duré plusieurs années, et ce jeune homme, qui n'a pu guérir, s'est tué de désespoir.

Nous ne connaissons qu'un seul exemple de désordres semblables observés dans les muscles du tronc et il nous est également fourni par Duchenne, à qui j'ai emprunté tous ceux qui précèdent. Ce malade était un brave curé de campagne, grand amateur de musique, qui, n'ayant pas d'autre instrument à sa disposition, avait résolu de faire jouir ses paroisiens des charmes du serpent d'église. Il s'était mis à l'étude avec plus d'ardeur que de succès, et, soufflant avec acharnement dans son instrument, pendant des journées entières, il ne parvenait à lui faire produire que les sons les plus bizarres et les plus discordants. Cela ne prêtait ni à l'édification ni au recueillement des fidèles et c'est aux distractions nombreuses de son assistance que ce pauvre ecclésiastique s'est aperçu de l'infirmité dont il était affecté. Voici en quoi consistait cette infirmité, qui avait d'abord été prise pour une paralysie de la moitié droite du diaphragme, et dont Duchenne a mieux déterminé la nature, en l'attribuant à la contraction spasmodique des muscles de l'abdomen, du côté droit et surtout du grand oblique : Cette contraction, qui dans l'origine n'avait pas la même gravité, était devenue douloureuse et avait pris le caractère d'un véritable crampe; elle se produisait à chaque effort d'inspiration et se prolongeait pendant toute la durée du mouvement inspiratoire, avec une telle violence que le tronc en éprouvait un mouvement de torsion de droite à gauche. On sentait alors le muscle grand oblique se durcir, en s'opposant au mouvement d'expansion de la poitrine, du côté correspondant, et, en raison de l'amaigrissement du sujet, on distinguait, même à travers la peau la direction des faisceaux contracturés de ce muscle. Ce conflit entre les muscles inspirateurs du côté droit, qui sollicitait l'ampliation de la poitrine, et les muscles expirateurs du même côté qui déterminait son resserrement convulsif, s'opposait au développement de l'épigastre et de la base du thorax du côté droit, conséquemment à l'expansion du poumon correspondant, d'où une gêne notable et permanente de la respiration, sans parler des mouvements expiratoires désordonnés déjà signalés.

(A suivre.)

MALADIES DES YEUX

ÉCOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr **E. LANDOLT.**

Du diagnostic des maladies des yeux (1).

Leçon recueillie par A. CHARPENTIER.

XIe LEÇON. — **Détermination de la réfraction, de l'accommodation et de l'acuité visuelle.**

EXEMPLES CLINIQUES.

OBSERVATION III. — Voici un vieillard de 70 ans qui se plaint de l'insuffisance des lunettes convexes qu'il porte depuis plusieurs années. Il a commencé à se servir de lunettes pour voir de près, seulement à l'âge de 50 ans, ce qui vous fait supposer qu'il était légèrement myope, la presbyopie débutant pour l'emmétrope à 45 ans, pour l'hypermétrope plus tôt, pour le myope plus tard.

Vous déterminez son état de réfraction, et vous trouvez de l'emmétropie des deux côtés : à gauche $V = \frac{5}{6}$, à droite $V = \frac{5}{18}$. L'emmétropie que vous constatez n'exclut nullement la possibilité que notre patient ait été myope autrefois. Au contraire, le diagramme de Donders (fig. 19), nous apprend que le pouvoir réfringent passif de l'œil (r) diminue à partir de l'âge de 65 ans et qu'à 70 ans il est d'une dioptrie plus faible qu'il n'était avant 65 ans. Notre malade peut donc parfaitement avoir eu une myopie d'une dioptrie qui, plus tard, a fait place à l'emmétropie.

Pour lire à une distance de 22 centimètres, il faut à notre

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876; nos 6, 19, 21 et 25 de 1877.

vieillard une lentille convexe de 4,5 D. Les lunettes portent l'ancien n° 12 (3 D). Elles seraient donc de 1,5 D trop faibles. Vous vous étonnez que le patient ait pu se servir si longtemps de ces verres, car il nous affirme qu'il lit encore à l'heure qu'il est avec ses lunettes de gros caractères, seulement il ne peut pas continuer longtemps et il lui faut une très-bonne lumière.

Faites-vous montrer alors comment il lit : il lira le n° 1 $\frac{1}{2}$ de Snellen en tenant le livre très-éloigné de l'œil, et si vous le faites lire à la lampe, il placera celle-ci de préférence entre le livre et l'œil. Le n° 3 lui permet, en effet, de lire à une distance de 33 centimètres, sinon d'une façon continue, au moins pendant un instant, et la forte lumière rétrécit ses pupilles de façon que les cercles de diffusion produits par les caractères pour lesquels il n'est pas bien adapté deviennent plus petits, et les images rétiniennes d'autant plus nettes. Avec + 4,5, il lit en effet jusqu'à 22 centimètres. Lui donnerez-vous ce numéro ?

Je crois, qu'ayant depuis des années l'habitude de lire et d'écrire à une distance plus grande, il préférera un numéro plus faible. Prescrivez-lui le n° 4 qui ramène son punctum proximum à 25 centimètres, il en sera très-content et cela d'autant plus que la différence entre ses anciens verres et les nouveaux n'est pas trop considérable, qu'il aura par conséquent plus de facilité à s'habituer à ces nouvelles lunettes.

En examinant l'un et l'autre œil séparément, vous aurez remarqué que ce n'est que l'œil gauche qui lit les tout petits caractères à la distance indiquée, l'autre œil, dont l'acuité visuelle est insuffisante, ne lit que des caractères plus grands. Cela est tout naturel, s'il lui faut dans la vision éloignée des lettres d'une grandeur triple de celles que distingue l'autre œil, il lui faut également de plus grands caractères pour voir de près.

L'acuité visuelle de $\frac{5}{6}$ de l'œil gauche n'est pas au-dessous de la règle pour l'âge du malade. A 70 ans, la transparence des milieux dioptriques et la sensibilité rétinienne ont généralement assez souffert pour diminuer l'acuité visuelle de plus de $\frac{1}{5}$. L'éclairage oblique démontre, dans ce cas, l'opacité des milieux, l'ophthalmoscope, la sénilité du nerf optique. Mais l'autre œil qui n'a que $V = \frac{5}{18}$ n'est pas normal. Faites fixer alors à cet œil un petit point lumineux placé à une distance rapprochée il le verra sans doute multiplié et vous y trouverez un commencement de cataracte qui vous explique cette polyopie.

Observation IV. — Un jeune homme de trente ans, entre chez nous la tête en l'air, avec des lunettes sur le nez. C'est un myope ; il a les yeux non-seulement saillants, ce qu'on rencontre quelquefois même chez des hypermétropes, mais grands et surtout longs, comme vous pouvez vous en convaincre en écartant et retirant les paupières.

Pendant cet examen, il vous raconte qu'il a un frère et deux sœurs myopes, et un autre frère qui ne l'est pas du tout. Il n'a jamais bien vu de loin, et s'est servi quelquefois des lunettes de son frère aîné.

Vous lui demandez si ses parents ont été myopes : point du tout, son père surtout a toujours eu une excellente vue, puisqu'il a atteint l'âge de 70 ans, sans porter des lunettes et sans cesser de distinguer les caractères les plus fins. Preuve irrécusable de myopie, car sans cela, ce vieillard aurait eu besoin de lunettes convexes.

Les lunettes qu'il porte lui ont été choisies, dit-il, par un excellent opticien, et sont les meilleures qu'il ait jamais trouvées. Elles portent le n° 6 1/2 : c'est un faible numéro, à ce qu'on lui a affirmé, et il en est convaincu. Il vous affirme qu'il n'a pas mal aux yeux, qu'au contraire, il a les yeux très-forts et voit les plus petits objets et lit les plus mauvais caractères d'imprimerie, même quand le jour baisse. Aussi ne demande-t-il pas absolument à être examiné, il demande seulement un collyre pour lui faire passer les douleurs névralgiques qu'il éprouve quelquefois dans le front et dans les yeux, comme une sorte de migraine.

Vous examinez comme d'habitude les yeux l'un après l'autre, et cela avec d'autant plus de précaution que le patient a été jusqu'à ce jour son propre médecin, et qu'il est bourré de termes scientifiques : l'irido-choroïdite, la cataracte pyramidale, le gérontoxon, sont pour lui choses familières.

Pour commencer, vous lui donnez un livre avec des caractères d'imprimerie très-fins, et vous déterminez la plus grande distance à laquelle il puisse les lire. En insistant bien, vous arrivez à 20 centimètres, ce qui correspond à 5 D.

A distance, il ne distingue aucune des lettres de l'échelle; vous commencez par lui donner le verre concave 4 ; il lit jusqu'au n° 12 ; avec 4,5, il lit quelques lettres du n° 9 ; avec 5, il lit presque toute la ligne du n° 7, à l'exception des lettres O et E, qui cependant ne sont pas difficiles à distinguer ; par contre, il arrive quelquefois à deviner l'une ou l'autre des lettres du n° 6. Le verre 6, lui paraît beaucoup meilleur, cependant, il ne voit pas davantage. La myopie de l'œil gauche, est donc de 5 D, V, environ $\frac{5}{7}$; même chose à droite.

Les lunettes portent le n° 6 1/2 (ancien), ce qui correspond au nouveau 5,7. Vous vérifiez, et vous trouvez que les verres sont même plus forts que ne l'indique leur numéro, et qu'ils correspondent au 6 du nouveau système (6 de l'ancien et non 6 1/2). Le jeune homme a donc toujours porté des lunettes plus fortes que ne le demande sa myopie ; nul doute que ces verres n'aient considérablement fatigué ses yeux par suite de l'effort d'accommodation qu'ils exigeaient. Maintenant, à l'âge de 30 ans, où l'accommodation n'est plus aussi puissante qu'à 20, cette fatigue devient une gêne intolérable, et le patient finit même par vous avouer que, malgré son bas numéro, il ne voit pas aussi bien au loin que d'autres personnes.

A quoi faut-il attribuer son amblyopie ? Il y a probablement des troubles choroïdiens, causes à la fois de la myopie et de l'amblyopie, troubles que nous constaterons à l'ophthalmoscope. Mais d'abord, voyons vite s'il n'y a pas d'astigmatisme, ce que les confusions étranges des lettres, nous ont fait soupçonner.

Vous lui présentez la figure rayonnée de Snellen, à une distance de 4 mètres environ, parce que la largeur des lignes est inférieure à celle du noir des lettres n° 9 de l'échelle, qu'il voit à 5 mètres. Vous donnez à son œil gauche, le n° — 5 sphérique ; après avoir cherché un peu, le malade vous indique qu'il ne voit nettement que la ligne de gauche inclinée de 10° sur l'horizontale (80° par rapport à la verticale) ; tandis que toutes les autres lignes sont plus ou moins indistinctes, surtout celle qui est perpendiculaire à la direction indiquée, c'est-à-dire, inclinée à droite de 10° sur la verticale.

Il y a donc astigmatisme régulier ; l'un des deux méridiens principaux est incliné de 10° contre l'horizontale, l'autre de 10° contre la verticale, et ce dernier a une myopie de 5 D, puisque les lignes perpendiculaires à sa direction, sont vues nettement.

Pour déterminer la réfraction de l'autre méridien, vous conbinez avec le verre sphérique 5, un verre cylindrique convexe 0,25, à axe incliné de 10° contre l'horizontale. Le malade voit moins bien. Donc ce méridien est probablement plus myope que l'autre. Vous essayez des cylindres concaves, en partant de 0,25. Le malade voit mieux enfin avec 0,75, axe $_{80}\measuredangle^{0}$ (1); toutes les lignes de la figure lui paraissent également nettes, et l'acuité visuelle, que vous devez toujours consulter comme dernier arbitre de votre correction, est devenue $\frac{5}{5}$ exactement. Pour l'œil droit, vous trouvez la même amétropie, seulement l'inclinaison du méridien astigmate est symétrique à celle de l'œil gauche, de sorte que le cylindre correcteur 0,75 doit avoir cette inclinaison $^{0}\measuredangle_{80}$.

Notre examen nous a prouvé que la différence de réfraction entre les deux méridiens est 0,75 D. C'est incontestable, mais sommes-nous également sûrs que la myopie est 5 D dans l'un, 5,75 D dans l'autre méridien ? Non, parce qu'une partie de la myopie peut être dûe à un effort d'accommodation. Pour nous en convaincre, nous combinerons avec notre cyl. 0,75 des verres sphériques de plus en plus faibles, et vous serez étonnés de constater qu'avec sphérique — 4 combiné avec cylindrique — 0,75, le malade voit tout aussi bien qu'avec le n° 5. Il vous dit, de plus, qu'il voit plus gros et que ce verre fatigue beaucoup moins sa vue que ne faisaient ses lunettes.

Ce cas vous arrivera très-fréquemment, de voir des myopes astigmates qui, n'arrivant jamais à voir nettement, se sont laissés entraîner à porter des verres concaves sphériques de plus en plus forts, parce qu'ils prennent pour de la netteté la petitesse des images. Avec cela, leur accommodation est dans un état de contraction permanente ; il s'ensuit quelquefois une asthénopie extrême, accompagnée de douleurs névralgiques et de photophobie, et, qui pis est, la choroïdite qui a produit la myopie, peut trouver dans cette irritation permanente de la région ciliaire, une cause puissante d'aggravation.

Après avoir vérifié à l'ophthalmoscope le degré de la myopie, qui se trouve être en effet de 4 D, vous ordonnez au malade, pour voir au loin, les lunettes suivantes :

O. G. — Concave sphérique 4, combiné avec concave cylindrique 0,75, axe $_{80}\measuredangle^{0}$.

(1) Nous indiquons l'inclinaison de l'axe par un double trait et par rapport à la verticale O°.

O. D. — Concave sphérique 4, combiné avec concave cylindrique 0,75, $^{9}\angle_{30°}$.

Pour voir de près, vous lui donnez uniquement les verres cylindriques qui corrigent la différence de réfraction entre les deux méridiens, c'est-à-dire cylindriques concaves 0,75, inclinés comme ci-dessus. Il s'en trouvera admirablement ; déjà tout ce qu'il regarde lui paraît plus net, les lettres plus noires, et qui mieux est, il peut éloigner bien davantage les objets, bien que les verres n'aient qu'une action très-faible, et seulement dans un méridien.

Vous lui donnez de plus les conseils hygiéniques qu'il ne faut jamais oublier à l'égard des myopes, mais sur lesquels nous ne pouvons insister dans ces leçons consacrées surtout au diagnostic. Votre client vous quitte alors en doutant sérieusement de l'infaillibilité de son opticien et de ses idées d'irido-choroïdite et de force visuelle, mais tout en se méfiant à part lui, de la découverte que vous avez faite sur l'état de ses yeux : pas de collyre et une ordonnance de lunettes compliquées !

Votre patient revient après quelque temps. Il a essayé de suivre vos conseils : pour lire, cela va très-bien, pour voir de loin aussi, mais il lui est impossible de jouer du piano. S'il se sert de ses lunettes faibles, il doit se rapprocher beaucoup trop, pour voir nettement ses notes. C'est évident, puisque sa myopie est de 4 D, correction faite de la différence des méridiens, et que pour voir à la distance des notes du piano, 50 cent., il ne faut que $\frac{100}{50} = 2$ D. Bien qu'il ne soit pas nécessaire de neutraliser complétement sa myopie, il faut la diminuer de 2 D. Vous lui donnez donc encore : A gauche concave sphérique 2 avec cyl. concave 0,75 axe comme ci-dessus. A droite, idem. Et toutes ses difficultés auront disparu.

Observation V. — Voici enfin un jeune homme d'environ 16 ans. Il n'a jamais très-bien vu ni de loin ni de près, cependant il n'a jamais trouvé des lunettes capables de corriger la défectuosité de sa vue. Depuis qu'il suit des cours de mathématique, la défectuosité de sa vue devient un obstacle très-sérieux d'une part parce qu'il ne voit pas jusqu'au tableau noir, d'autre part parce qu'il a la plus grande difficulté à exécuter des dessins géométriques.

Ses yeux ne présentent aucune altération visible à l'œil nu ; ils ne sont ni excessivement courts, ni excessivement longs. Mais ce qui vous frappe, c'est l'asymétrie de la face, très-prononcée dans ces cas. Tout cela vous fait penser immédiatement à l'astigmatisme.

Examinez l'œil gauche suivant les règles indiquées : Sans verre correcteur, il lit à peine les deux premières lignes de Snellen (n°s 60 et 36), mais confusément, et s'il s'efforce de voir davantage, il commet les erreurs les plus grosses et les plus étranges. Il confond des lettres qui ne se ressemblent point, lit quelquefois une lettre compliquée tandis qu'il ne voit pas même à côté une lettre très-simple.

Le verre convexe 1 D augmente l'acuité visuelle jusqu'à $\frac{5}{24}$, mais pas au-delà ; des verres convexes plus forts la diminuent.

Présentez au malade la figure étoilée de Snellen et faites-la lui regarder avec le verre convexe. Il ne voit nettement qu'une seule ligne, et encore n'est-elle pas absolument noire, c'est la ligne verticale, toutes les autres sont confuses.

Vous ajoutez un cylindre convexe 0,5 en dirigeant son axe perpendiculairement à la ligne qui paraît nette : toutes les lignes deviennent confuses. Le méridien ne paraît donc pas être hypermétrope, puisque les lignes ne sont pas plus nettes avec + 1 et qu'elles le sont moins encore avec cyl. + 0,5. Mais, en faisant tourner le cylindre devant l'œil, vous trouverez une position dans laquelle la ligne verticale paraît plus nette qu'avec le verre sphérique seul. Le méridien horizontal est donc plus hypermétrope que 1 D.

Essayez des cylindriques encore plus forts, la ligne verticale deviendra de plus en plus nette, des lignes voisines s'accentueront aussi, enfin, avec cyl. + 4, toutes les lignes sont bien distinguées, à l'exception de l'horizontale et d'une ou deux lignes voisines.

Avec cette combinaison, sphérique + 1 et cylindrique + 4 axe vertical, l'acuité visuelle devient $\frac{5}{9}$. C'est un résultat magnifique en comparaison de ce qu'elle est avec le verre sphérique seul. Mais vous ne vous en contentez pas, sachant bien que le méridien vertical n'est pas absolument corrigé, puisque les lignes horizontales ne paraissent pas aussi nettes que les verticales.

Vous savez déjà que ce méridien n'est pas plus hypermétrope que de 1 D. Essayez de voir s'il est emmétrope, c'est-à-dire si les lignes deviennent nettes sans autres corrections que celle du méridien horizontal ; celui-ci a une hypermétropie totale de 4 + 1 = 5 D (4 du cylindre, 1 du verre sphérique). Avec cylindrique + 5 axe vertical, les lignes sont vues à peu près comme tout à l'heure, peut-être plus nettement, et en ajoutant un cylindre négatif de 0,75 D, les horizontales deviennent aussi nettes que toutes les autres, et l'acuité visuelle s'élève à $\frac{5}{5}$. Vous avez donc affaire à un astigmatisme mixte, hypermétropie 5 dans le méridien horizontal, myopie 0,75 dans le méridien vertical, et vous ordonnez : convexe cyl. 5 axe vertical combiné avec concave cyl. 0,75 axe horizontal. L'œil droit se trouve dans des conditions analogues.

J'ai rencontré exactement ce degré d'astigmatisme avec la même acuité visuelle, $\frac{5}{24}$ avant et $\frac{5}{5}$ après la correction, chez un de nos confrères les plus distingués ; seulement les axes des méridiens principaux sont quelque peu inclinés.

Ce qui est très-intéressant, c'est que le Dr B. arrive à corriger tout aussi bien son astigmatisme à l'aide du verre cylindrique concave 5,75 axe horizontal, en mettant en jeu son accommodation. Dans ce cas, une accommodation de 5 D corrige l'hypermétropie du méridien vertical, tandis qu'elle augmente la myopie du méridien horizontal d'une quantité égale, celle-ci devient alors 0,75 + 5 = 5,75 D.

Mais ce cas offre encore un intérêt plus grand, parce que notre confrère peut neutraliser complétement son astigmatisme et rendre son acuité visuelle normale, en appliquant la pointe du doigt sur un point du globe oculaire situé en haut et en dedans, un peu en arrière du bord cornéen, et à peu près au niveau de l'équateur du cristallin.

Je ne veux pas multiplier les exemples, Messieurs, espérant qu'avec les indications contenues dans les dernières conférences, vous arriverez facilement à déterminer la nature et le degré des divers cas d'amétropie, et les observations précédentes, que nous avons choisies parmi les plus compliquées, vous aideront dans les cas les plus difficiles.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Etiologie de la fièvre typhoïde.

La discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde n'est point terminée ; et l'Académie semble vouloir la continuer longtemps encore. « Du choc des idées jaillit la lumière », dit-on ; nous souhaitons vivement que le proverbe, dans le cas présent et pour la plus grande gloire de la savante compagnie, trouve son entière application.

Dans les n°s 11 et 12 du *Progrès médical*, année courante, nous avons analysé les premiers discours prononcés par MM. Guéneau de Mussy, Bouley, Bouchardat et Jaccoud. Aujourd'hui, nous donnons le résumé succinct des lectures faites depuis le 20 mars dernier.

La réplique de M. Guéneau de Mussy aux objections qui lui ont été faites par M. Bouley porte sur ces deux questions : 1° Les émanations des égouts sont-elles nuisibles ? 2° Les égouts non isolés de l'atmosphère des rues et des maisons peuvent-ils devenir des voies de propagation des épidémies ? Au siècle où nous vivons, il semblerait que poser les questions en de tels termes, ce serait les résoudre. Point du tout. Il paraît que la chose est plus compliquée, M. Guéneau de Mussy, s'appuyant sur des faits qui se sont passés à Paris même, épidémie de fièvre typhoïde à la caserne du Prince-Eugène et dans le quartier Saint-Laurent, épidémie de choléra à la Salpêtrière en 1849, épidémie de Courbevoie, montre qu'il y a une relation évidente entre le développement de la maladie infectieuse et le voisinage de l'égout collecteur. Les épidémies observées en Angleterre et ailleurs ont presque toutes la même origine : la source du mal est donc flagrante.

Les substances contenues dans les égouts ne donnent pas naissance à la fièvre typhoïde si elles ne sont pas elles-mêmes

contaminées par les déjections de malades atteints de fièvre typhoïde, voilà un point sur lequel MM. Guéneau de Mussy et Bouley sont d'accord. Mais prétendre que les égouts *infectés par des déjections typhogéniques*, non-seulement ne propagent pas le mal, mais l'atténuent en détruisant les miasmes par fermentation, voilà ce que ne peut admettre M. Guéneau de Mussy. La conclusion découle des prémisses : il faut assainir les égouts ; il faut répandre des instructions ou des ordres de police pour désinfecter les déjections des cholériques et des typhoïdiques aussi bien que les réservoirs qui reçoivent ces déjections ; il ne faut pas craindre, en présence d'une question d'intérêt public de l'ordre le plus élevé, d'insister auprès de l'administration municipale pour obtenir des améliorations aussi complètes que possible.

M. Guéneau de Mussy ne pense pas que la simple décomposition putride des matières animales puisse produire à elle seule la fièvre typhoïde; en cela il est en désaccord avec M. Jaccoud. M. Jaccoud, en effet, n'admet pas que *les matières fécales communes* puissent donner naissance au poison typhogénique, mais il croit que ce poison peut se développer dans les matières fécales en dehors de la propagation par contage. Il base son opinion sur la statistique des épidémies de fièvre typhoïde observées depuis un nombre déterminé d'années. Ces épidémies ont été relatées au nombre de 105 ; or, si sur ce chiffre, 36 fois les observateurs ont nettement constaté que la maladie avait tiré son caractère épidémique de la dissémination du poison par les matières fécales, 24 fois les déjections spécifiques étaient nettement absentes de la localité affectée et cela depuis un nombre très-considérable d'années. Le poison typhoïde peut donc apparaître spontanément en des lieux où il n'existait pas depuis longtemps et où il n'a pu être apporté par un véhicule quelconque.

Mais, comment le poison typhoïde naît-il? M. Jaccoud avoue que l'interprétation du fait est hérissée de difficultés et qu'il est actuellement impossible de le savoir; le poison se développe-t-il aux dépens des matières fécales? M. Jaccoud le croît fermement sans l'expliquer davantage. Voici du reste les conclusions de son discours : 1° Les matières fécales ne deviennent typhogéniques qu'autant qu'elles renferment le poison typhoïde ; 2° le plus ordinairement la présence du poison résulte de l'introduction de déjections typhoïdes dans la masse excrémentitielle, auquel cas les matières fécales sont un simple agent de transmission ou de propagation de la maladie; 3° dans d'autres circonstances (qui, d'après les faits, sont aux précédents comme 2 est à 3), le poison typhoïde prend naissance ou est apporté dans la masse excrémentitielle sans introduction préalable de déjections spécifiques; et, dans ce cas, les matières fécales ainsi modifiées, sont pour la maladie un agent de génération.

Avec M. Chauffard, la question s'éloigne des égouts et des matières fécales pour planer dans les régions élevées de la pathologie générale. La fièvre typhoïde peut se transmettre par la contagion directe ou indirecte ; voilà un premier fait admis par tous les observateurs. La fièvre typhoïde n'atteint qu'une fois dans sa vie un même individu ; voilà un second point sur lequel tous les médecins sont unanimes. De ces deux faits découle forcément cette notion, la spécificité de la fièvre typhoïde.

Donc, la fièvre typhoïde est une maladie *spécifique*, donc elle ne peut reconnaître que des causes *spécifiques*, donc, pour expliquer le développement de la fièvre typhoïde, il faut admettre l'existence réelle d'un agent *spécifique* qui pénètre les humeurs et qui s'y multiplie. Les précédents orateurs ont tous admis, plus ou moins, la contagiosité et la spécificité de la fièvre typhoïde, mais aucun d'eux n'a essayé de porter le débat sur le terrain de la pathogénie proprement dite de cette maladie. Or, il est évident que là gît la question tout entière. Personne, bien certainement, ne viendra contester l'utilité d'une discussion sur le mode de propagation de l'épidémie ; mais peut-être serait-il plus avantageux de rechercher d'abord la manière dont l'épidémie se développe primitivement et surtout d'étudier en quoi consiste la maladie elle-même.

Pour beaucoup d'esprits très-distingués, la doctrine pathogénique, qui est en honneur aujourd'hui, suffit amplement à résoudre le problème. Toute maladie spécifique est due à l'action d'un agent spécifique. Cet agent est un être parasitaire, un ferment animé, un microzoaire, micrococcus, vibrion ou bactérie, qui entre dans l'organisme et s'y multiplie de lui-même si le sol est favorable. Tant que la multiplication de l'agent spécifique dure, tant que cet agent peut vivre, des troubles fonctionnels symptomatiques sont provoqués qui constituent la maladie spécifique. Dès que l'agent a disparu de l'organisme, la maladie spécifique est guérie, car les troubles fonctionnels symptomatiques cessent. Une semblable théorie est bien séduisante en vérité, et cadre merveilleusement avec des phénomènes naturels de même ordre qui sont maintenant acquis à la science, les fermentations ; mais, selon M. Chauffard, elle est contraire « aux faits, à la clinique, aux vérités fondamentales de la science et de l'art. » Vouloir faire de toutes les maladies contagieuses des maladies parasitaires, c'est peut-être aller bien loin ; vouloir faire des maladies contagieuses spécifiques et virulentes des maladies parasitaires, c'est assurément dépasser le but.

(*A suivre*) M. LONGUET.

Introduction de la photographie dans les établissements scientifiques.

Comme on l'a remarqué déjà bien souvent, et comme M. de Fourtou lui même le disait dernièrement, *les ministres passent et les bureaux restent* ; mais ce qu'il y a de plus curieux, ce n'est pas de voir les bureaux continuer sous un nouveau ministre l'œuvre mise en train par son prédécesseur; ce qu'il y a de plus curieux, c'est de voir le nouveau ministre approuver des rapports et signer gravement des arrêtés auxquels il est aussi étranger que l'enfant qui vient de naître. Lorsque l'ancien ministre est M. Waddington et que le nouveau est M. Brunet, cette opération du geai qui se pare des plumes du paon devient tout-à-fait réjouissante.

Donc, M. Waddington, entre autres projets des plus utiles au développement de l'instruction publique, avait pris à cœur d'introduire la photographie dans nos établissements scientifiques et littéraires, pour vulgariser, par son emploi, les richesses de nos bibliothèques et pour faciliter aux savants les recherches et les vérifications dont ils auraient besoin.

Ce n'est pas, on peut bien le penser, dans le journal dont

le rédacteur en chef publie, avec le concours de M. P. Regnard, l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, dans le journal qui réclame le droit pour les médecins français d'introduire l'emploi de la photographie non-seulement dans les hôpitaux, mais dans tous les établissements hospitaliers, comme il est introduit déjà, et fort librement, dans les hôpitaux et les asiles d'Angleterre; ce n'est pas dans ce journal, disons-nous, que l'utilité de l'introduction de la photographie dans les établissements scientifiques sera contestée. Au contraire, nous affirmons que l'on commence à peine à se faire une juste idée de la grande utilité que l'on peut retirer de l'emploi de la photographie pour la reproduction d'objets, de documents précieux, et quelquefois uniques, dont la perte serait irréparable.

Prenons un exemple. — M. Paul Bert a récemment proposé, par un amendement au budget, d'ajouter à la somme annuellement accordée pour le matériel du *Muséum d'histoire naturelle*, 10,000 fr. pour la bibliothèque.

« Une somme totale de 20,000 fr., dit M. Bert, serait nécessaire pour sauver de la destruction des manuscrits précieux et des collections brochées que l'exiguité du crédit annuel n'a pas permis de faire relier. Le complément (10,000 fr.) serait demandé au budget de 1879. »

Eh bien! au lieu de se contenter de *sauver de la destruction des manuscrits précieux*, ne vaudrait-il pas mieux assurer par la photographie, non-seulement leur survivance, mais leur multiplication? Il ne s'agit plus de garder jalousement ce que nous avons de plus précieux dans nos collections; il faut au contraire faire profiter le monde entier de ces richesses et lui demander les siennes en retour.

Que signifierait *la commission des échanges internationaux*, qui a été récemment instituée au ministère de l'instruction publique, et dont l'idée relève évidemment de la même inspiration que celle qui a créé *la commission de photographie*, si elle ne devait pas demander à cette dernière la reproduction de ceux des objets et documents qui sont destinés à l'échange et ne peuvent, dans bien des cas, être reproduits que par les procédés photographiques?

« *La commission des échanges internationaux* est chargée de correspondre avec les comités analogues existant dans divers pays, en vue de réunir et d'adresser aux nations étrangères les œuvres et documents officiels, littéraires, scientifiques et artistiques destinés à être échangés. Cette commission recevra également les documents correspondants envoyés en échange et sera chargée d'en faire la distribution dans les divers établissements publics. »

D'un autre côté, *la commission de photographie* vient de soumettre à l'approbation du Ministre de l'Instruction publique un arrêté en vertu duquel l'emploi de la photographie est autorisé dans les établissements scientifiques et littéraires dépendant du Ministère de l'instruction publique, à des conditions que l'on trouvera détaillées dans l'*Officiel* du 12 juin 1877, et dont voici les principales:

Toute personne qui voudra obtenir l'autorisation de reproduire ou de faire reproduire par la photographie des objets conservés dans un des établissements dépendant du Ministère de l'instruction publique, devra adresser, par écrit, sa demande au chef de l'établissement et énoncer:

1° Les objets dont on désire prendre ou faire prendre les clichés; — 2° Le caractère et la destination du travail pour lequel ces clichés sont demandés; — 3° Le nom et l'adresse des opérateurs; — 4° La durée des opérations; — 5° L'engagement de se conformer aux règlements de ces établissements; — 6° La déclaration que le demandeur assume absolument la responsabilité de toute nature que pourrait entraîner la reproduction. — En cas de refus par le chef de l'établissement, recours au ministre. — Nul compte ne devra être tenu des demandes de reproduction de pièces qui sont déjà dans le commerce.

Nous passons sur les détails relatifs aux heures, jours, précautions à prendre, etc. Les personnes qui auront reproduit par la photographie un ou plusieurs objets déterminés, devront:

1° Déposer au Ministère de l'instruction publique un bon cliché de chacun de ces objets. Le cliché sera signé par l'opérateur; — 2° Faire parvenir à l'établissement auquel ces objets appartiennent deux exemplaires du tirage. L'envoi de ces deux exemplaires ne dispensera pas du dépôt légal. Les clichés déposés deviendront la propriété de l'Etat qui pourra en faire usage pour des travaux d'ordre administratif ou privé.

Enfin un laboratoire central sera installé dans une dépendance du Ministère de l'instruction publique. Il servira:

1° A conserver les clichés déposés; — 2° A exécuter les travaux photographiques ordonnés par l'administration; — 3° A exercer aux opérations photographiques les personnes désignées par le Ministre pour remplir des missions déterminées; — 4° A vérifier, avant le départ, l'état des appareils et des produits emportés par ces missionnaires.

Bien que tout cela ait l'honneur insigne d'être approuvé et signé par M. Joseph Brunet, ce ne sera cependant point à M. Brunet, mais à M. Waddington que nous adresserons nos remerciments et nos éloges. C'est à lui qu'ils reviennent de droit, et nous n'avons, pour ce qui concerne la profession médicale, qu'un regret, c'est de ne pouvoir adresser à ceux auxquels l'assistance publique paraît inféodée, les éloges et les remercîments que mérite, en cette circonstance, un ministre qui n'a pas à craindre que M. Joseph Brunet le fasse oublier. A. T.

Reconstruction de l'Ecole pratique.

Décidée l'année dernière en principe, la reconstruction de l'Ecole pratique a été l'objet d'un premier projet auquel la Faculté de Médecine a demandé diverses modifications que nous fait connaître le rapport de M. Viollet-le-Duc au conseil municipal (1). Le plus considérable des changements proposés par la Faculté consistait à agrandir la superficie de l'établissement projeté, ce qui nécessitait:

1° Ou la démolition de l'ancien bâtiment des Cordeliers contenant le musée Dupuytren et sa reconstruction en façade sur la rue des Ecoles, de manière à profiter du terrain vide restant entre l'alignement de cette voie et le vieux bâtiment; 2° ou la cession du terrain en forme de triangle, entre la rue des Ecoles, la rue Racine et le boulevard Saint-Michel (?); 3° ou l'acquisition de toutes les maisons en bordure sur les rues Racine et Monsieur-le-Prince; 4° ou la suppression de la rue Antoine-Dubois et l'acquisition de la totalité de l'îlot situé entre cette rue et la rue Dupuytren; 5° ou enfin le prolongement de la rue Casimir-Delavigne jusqu'au boulevard Saint-Germain et l'annexion au terrain de l'Ecole pratique de tout l'emplacement qui resterait libre entre cette école et la rue Casimir-Delavigne prolongée.

A la première de ces combinaisons, on objecte spécialement que cette destruction d'un bâtiment solide, classé comme monument historique, serait une aggravation de dépenses hors de proportion avec les résultats à obtenir; à toutes les autres, on oppose deux raisons: ces modifications sont interdites par la loi intervenue à ce sujet, et, en restant dans les prévisions de cette loi, on peut donner satisfaction aux besoins exprimés par la Faculté. Une loi pouvant défaire ce qu'a fait une loi, cette argumentation se réduit à une question de fait: le projet actuel satisfait-il à toutes les exigences d'un établissement du genre de l'Ecole pratique? Il se peut que l'espace accordé soit suffisant pour l'installation de tous les services indispensables;

(1) Séance du 5 juin 1877.

mais dans cette hypothèse, il reste encore à remplir une condition nécessaire : l'isolement. A ce point de vue, il est fâcheux que la Faculté n'ait pas insisté sur l'acquisition des maisons en bordure sur les rues Racine et Monsieur-le-Prince, ou tout au moins sur la dernière, l'isolement étant, à la rigueur, suffisant du côté de la rue Racine en raison de la nature des constructions existant de ce côté. Il faut s'attendre, quand les amphithéâtres seront en pleine activité, quand de nombreux animaux seront en expérience, à voir se renouveler les plaintes des habitants de la rue Monsieur-le-Prince.

A part ce point capital, presque toutes les demandes de la Faculté ont été accueillies. Le nombre total des tables de dissection a été porté à 178, dont 28 pour l'enseignement libre, qui disposera d'une salle de dissection et d'un amphithéâtre particuliers; une salle est réservée aux élèves militaires; les bancs des petits amphithéâtres ont été disposés parallèlement au petit côté du rectangle; le grand amphithéâtre transformé, le laboratoire de thérapeutique déplacé de manière à faire correspondre les locaux attribués au service du professeur d'anatomie placés au 1er étage, avec ceux installés au rez-de-chaussée; une salle de collections ajoutée au laboratoire d'anatomie; des laboratoires supplémentaires (cinq en tout) établis pour la pathologie interne, la pathologie externe et l'hygiène; le musée spécial pour les collections servant aux études et aux cours, supprimé et remplacé par des salles particulières; des salles de manipulation pour la chimie, seront construites; on n'a refusé que des salles analogues pour la physique et la pharmacologie, qui auront des locaux spéciaux dans les bâtiments de la Faculté.

En présence d'un pareil bon vouloir, on regrettera que la Faculté n'ait pas demandé que toutes les salles de dissection fussent situées au rez-de-chaussée; si nos souvenirs ne nous trompent, on se propose d'en installer au 1er étage, et il est inutile d'insister sur ce qu'a de vicieux une pareille disposition. Il eût mieux valu réclamer à ce sujet que de demander la séparation des élèves civils et des élèves militaires, dont le motif échappe ; quant aux bancs des amphithéâtres, on a négligé un détail au moins aussi important que leur orientation : un léger appuie-mains coûterait peu, ne restreindrait guère l'espace, et diminuerait beaucoup la fatigue des élèves réduits à prendre des notes sur leurs genoux.

Le rapport de M. Viollet-le-Duc prévoit une dépense d'environ 150,000 fr. pour l'établissement d'un système de chauffage et de ventilation qui doit faire l'objet d'une étude très-complète. Ces deux services sont, sans contredit, d'une grande importance pour l'hygiène de l'Ecole pratique. Mais il en est un autre aussi important dont le rapport ne dit mot et sur lequel la Faculté n'a présenté aucune observation. De ce silence, nous concluons que le service des eaux est parfaitement assuré, que les fontaines et les lavabos, les robinets d'eau chaude et d'eau froide seront distribués partout en abondance, dans les salles comme dans les cours. Il serait trop pénible de croire qu'on n'y a pas songé.

E. T.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs, la mort de M. le Dr Hybre (d'Agen), ancien interne des hôpitaux de Paris. — On nous annonce la mort du docteur Le Maout, bien connu pour ses travaux de botanique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 juin 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Gellé a étudié l'appareil de l'ouïe dans la série animale et surtout dans les différentes espèces de singes. En ce qui concerne la caisse du tympan, on voit qu'elle change d'aspect et de siége avec les espèces. On peut en conclure que c'est plutôt un réservoir d'air qu'une caisse de résonnance.

M. Dejérine fait une communication sur l'existence de lésions des racines antérieures des nerfs dans la paralysie diphthéritique. Dans trois cas de paralysie diphthéritique ayant duré, le 1er, trois semaines, le 2e, douze jours, le 3e, huit jours, paralysie qui dans le 1er cas était généralisée et dans les deux autres limitée aux membres supérieurs, il a trouvé des lésions évidentes des racines antérieures. Ces lésions qui étaient d'autant plus marquées que la paralysie avait duré plus longtemps, consistaient en une atrophie dégénérative d'un certain nombre de tubes nerveux dans chaque racine antérieure.

L'examen, fait à l'état frais, après action de l'acide osmique et du carmin, a porté, dans les trois cas, sur toutes les racines antérieures. Les tubes malades présentaient des altérations à un degré d'évolution variable suivant l'âge de la paralysie, depuis la fragmentation simple de la myéline et du cylindre-axe jusqu'à la réduction granulo-graisseuse de la myéline, coïncidant avec la multiplication des noyaux des segments interannulaires donnant au tube nerveux un aspect moniliforme. Ces tubes altérés se trouvaient en assez grand nombre dans chaque racine au milieu de tubes absolument sains. Dans un des cas, en examinant les nerfs musculaires, M. Dejérine a trouvé également quelques tubes altérés. Ces lésions permettent d'assigner à la paralysie diphthéritique, dans certains cas du moins, une origine médullaire. M. Dejérine donnera ultérieurement le résultat de l'examen des moelles.

M. Regnard fait au nom de M. Jolyet et au sien une communication sur les phénomènes respiratoires que présente le cobittis fossilis. On sait que ce poisson va à la surface de l'eau, absorbe de l'air, replonge et rend immédiatement du gaz par l'anus : il a donc une respiration double, intestinale et bronchiale. MM. Regnard et Jolyet ont pu constater que la dernière a une activité triple de la première, que l'air rendu par l'intestin ne renferme plus que 16 à 18 d'oxygène et qu'enfin il y a très-peu d'acide carbonique excrété par l'anus (5 cent. par heure et kilogramme). Ces résultats concordent, le dernier surtout, avec ceux déjà obtenus.

M. Bert fait ressortir l'intérêt de ces recherches au point de vue de la physiologie générale : elles établissent que l'excrétion de CO^2 et l'absorption d'O ne sont pas des phénomènes corrélatifs, puisqu'il y a ici association en deux temps et fonction respiratoire. Chez cet animal, chez qui le sang de la veine porte est riche en oxygène, il serait intéressant d'étudier le fonctionnement du foie.

M. Bert donne le résultat de nouvelles recherches sur les maladies virulentes. On sait que M. Pasteur, prenant du sang riche en bactéridies, et filtrant ces dernières, a constaté que le liquide qui passait sur le filtre était inoffensif : dans ces cas évidemment, c'étaient les bactéridies qui causaient la maladie. D'autre part, M. Bert a soumis du sang charbonneux à l'action soit de l'oxygène comprimé, soit de l'alcool ; les bactéridies succombaient et cependant le liquide, débarrassé de l'alcool, conservait une action virulente intense. Les animaux auxquels on injectait ce liquide, succombaient sans que leur sang renfermât de bactéridies. Enfin, M. Bert a soumis certains liquides très-riches en bactéridies à l'oxygène comprimé et à l'alcool et alors ils perdaient toute virulence.

Il semble que de ces recherches on peut conclure à l'existence de deux causes toxiques au moins : il y a d'abord un virus qui résiste à l'alcool et à l'oxygène comprimé ; il y a ensuite la maladie bactéridienne : le premier tue un cochon d'Inde en 12 heures, le second en 30 à 40 heures. Dans la première maladie, les globules sanguins sont profondément altérés, crénelés : dans la seconde, ils présentent peu de modification. Du reste, ajoute M. Bert, il est difficile d'affirmer qu'un sang ne renferme pas de bactéridie. Le seul moyen de s'en

assurer est de soumettre ce liquide au procédé de M. Pasteur par la culture des bactéridies. Un résultat négatif est alors probant.

M. Laborde demande à M. Bert ce qu'il peut répondre à l'objection de M. Davaine. D'après ce savant, un liquide dépourvu de bactéridies ne donne pas le charbon, mais une septicémie aiguë. Ce n'est pas une objection, réplique M. Bert, c'est une question de mots. Il faudrait tout d'abord définir le charbon, définir la septicémie, ce qui est impossible aujourd'hui.

M. Trasbot fait remarquer que depuis longtemps les vétérinaires ont distingué le charbon et la septicémie. Delafond montra que dans le charbon, les bâtonnets étudiés plus tard par Davaine sous le nom de bactéridies, ne se produisaient que tardivement ou même après la mort de l'animal. M. Trasbot a obtenu des phénomènes charbonneux en inoculant du sang non bactéridien.

M. Galippe dépose, au nom de M. le dr Magne (de Villefranche), une note sur un cas curieux d'empoisonnement survenu à la suite d'ingestion d'une morue cuite dans un vase de cuivre étamé. L'examen des organes des personnes mortes n'a pas encore été fait. La casserole employée avait conservé son étamage : les aliments n'avaient pas un mauvais goût, ni une coloration anormale.

M. Galippe a étudié l'action du sel de cuivre en solution alcoolique. L'alcool exagère leur pouvoir caustique et vomitif. A doses massives, l'alcool cuprique ne donne pas de vomissements, mais jette l'animal dans le coma. A petite dose, le sel de cuivre donne à l'alcool une saveur très-désagréable et une coloration verdâtre nette.

M. Nicati dépose sur le bureau une note de M. de Wecker sur le drainage au catgut de l'œil dans le glaucôme et le staphylôme antérieur. M. Nicati a fait des expériences sur le lapin et a constaté que, par ce moyen, on diminue la tension oculaire.

M. Bochefontaine donne les résultats de l'autopsie d'un ouistiti du Jardin d'acclimatation, mort de méningo-encéphalite. On ne trouva nulle part de tubercules, mais de nombreux kystes vermineux dans le foie et sous la muqueuse stomacale. L. Dreyfus-Brisac.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 juin 1877. — Présidence de M. Bouley.

M. Bouley fait au nom d'un médecin de Pau, une communication relative à un cas de rage spontanée chez une chatte. Tout en tenant un grand compte des détails interprétés de l'observation qui lui a été transmise, M. Bouley n'hésite pas à émettre quelque doute.

M. Devilliers à propos du procès-verbal de la dernière séance, vient répondre aux objections qui lui ont été adressées par MM. Depaul et J. Guérin. Ce qui parait ressortir du travail de M. Devilliers, c'est que les conséquences de l'alimentation prématurée sont constamment déplorables et que la morti-natalité n'est soumise à aucune règle fixe.

M. Briquet, a commencé la lecture de son rapport sur les épidémies de 1875. Aujourd'hui, la diphthérie a fait tous les frais de la séance. Il résulte, dit en terminant le Rapporteur, des documents reçus par l'Académie :

1° Que durant l'année 1875, la diphthérie a existé soit à l'état sporadique par petits groupes de malades, soit à l'état épidémique, soit à l'état endémique dans environ 160 communes appartenant à 35 arrondissements, dépendant de 27 départements ;

2° Que les localités dans lesquelles cette maladie est apparue, étaient pour la plupart situées dans des vallées parcourues par des cours d'eau importants, auxquels se rendaient de nombreux affluents.

Cependant des pays très-salubres ont été atteints par la diphthérie, et l'on a vu dans le cours d'une épidémie, deux communes voisines, placées dans les mêmes conditions hygiéniques, être l'une épidémique et l'autre indemne. Enfin, dans les contrées où règnent fréquemment des épidémies de diphthérie, des communes qui étaient restées indemnes pendant une première épidémie de diphthérie, ont été très-maltraitées, dans l'épidémie suivante ; ce fait, qui paraît extraordinaire n'est que le résultat de cette loi des épidémies, qui veut que les localités et les sujets prédisposés à subir l'influence épidémique la subissent tôt ou tard, et que, lorsqu'on lui a payé un large tribut, on est quitte avec elle, tous les prédisposés ayant été atteints.

3° Que la diphthérie attaque les campagnes infiniment plus souvent que les villes, circonstance qui prouve combien est puissante l'influence de l'hygiène. Mais, dans les grandes villes, dans celles où existe une population ouvrière nombreuse, telles qu'Abbeville, le Havre, Rouen et Paris, et où il n'y a plus d'hygiène pour certaines classes, la diphthérie règne en permanence. Il existe cependant, pour faire exception à la règle, et par conséquent pour la confirmer, une ville très-grande, très-populeuse, très-ouvrière, située dans une profonde vallée, parcourue par un grand fleuve, Lyon, où nous ne trouvons dans les renseignements qui nous sont transmis, aucun indice de la présence de la diphthérie. En serait-il, dans cette ville, de la diphthérie comme du choléra ?

4° Que les épidémies débutent, le plus ordinairement, dans les trois derniers mois de l'année, après des pluies abondantes ou après des vents d'ouest, de nord-ouest, ou de sud-ouest, et une température basse. 5° Qu'elles ont sévi plus spécialement sur les classes pauvres, sur ceux dont la constitution était lymphatique.

6° Que les enfants au-dessous de l'âge de 12 ans, ont été les victimes les plus ordinaires de cette maladie, mais que, néanmoins, dans chaque épidémie, des adultes et même quelques vieillards ont été atteints ;

7° Que partout les sujets du sexe féminin ont fourni un nombre de malades bien plus considérable que ceux du sexe masculin et, d'après les données de MM. Ragaine et Beaupoil, la proportion serait comme 10 est à 6 ; cette proportion est trop forte pour la rapporter à la petite différence qui existe entre les deux populations ; elle doit tenir à la constitution plus faible et plus lymphatique des personnes du sexe féminin et aussi à ce que les uns se tiennent beaucoup hors de la maison, tandis que les autres, infiniment plus sédentaires, sont plus en rapport avec les malades. Aussi M. Saintou a-t-il pu constater que, dans l'épidémie qu'il a observée, les mères avaient été plus que toutes autres personnes, les victimes de la contagion ;

8° Que dans l'épidémie de Rew, sur 833 enfants il y eut 80 décès ; dans une autre, sur une population générale de 6,203 personnes il y eut 68 décès ; dans une autre, sur 569 malades il y eut 139 décès, et dans les hôpitaux de Paris, sur 573 malades il y eut 416 décès ;

9° Enfin, d'après MM. Beaupoil et Ragaine, il est constaté que les enfants, qui avaient gagné leur maladie par voie de contagion à la fin d'une épidémie, étaient aussi fortement pris que ceux qui l'avaient gagnée de la même manière au début du fléau. D'où ils sont portés à conclure que le miasme spécial ne perd pas de sa force, même au bout d'une année. Et de là, ne pourrait-on pas tirer cette conclusion, que les épidémies de diphthérie ne cessent que parce qu'il n'existe plus de sujets prédisposés.

M. Germain Sée a exposé la première partie d'un travail intitulé : *Etudes sur l'acide salicylique et les salicylates. Traitement du rhumatisme aigu et chronique, de la goutte et de diverses affections du système nerveux sensitif par les salicylates.* — Après avoir fait l'historique de l'acide salicylique et relaté ses effets physiologiques tant sur les animaux que sur l'homme dans l'état de santé ou de maladie, M. Germain Sée interprète les troubles sensoriels et cérébraux qui résultent de son ingestion ; puis, il insiste sur l'élimination de l'acide salicylique et des salicylates par les urines, les autres organes et liquides des sécrétions. — La séance est levée à cinq heures.

A. Josias.

Trichine. — On écrit de Thionville à la *Gazette de Strasbourg* que la trichinose continue à faire des victimes parmi les hommes de la garnison ; jusqu'ici six d'entre eux sont morts.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 9 mars 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Rétrécissement traumatique de l'urèthre. — Infiltration d'urine. — Vessie bilobée. — Néphrite suppurée; par M. Ed. LEBEC, interne des hôpitaux.

Gat.... G., 48 ans, entre le 19 janvier 1877 à l'Hôtel-Dieu. (service de M. LE DENTU.)

Cet homme est tombé le périnée sur le bord d'une cuve de brasseur il y a vingt-deux ans. Il se fit une déchirure du canal et eut une hématurie prolongée. Le rétrécissement se montra au bout de deux ans seulement. On le sonde et, depuis vingt ans, il continue à se passer des bougies. Il y a quatre ans, abcès urineux au périnée à gauche. — Un mois avant son entrée, la miction devient plus difficile, la sonde n° 6 ne passe plus, un gonflement douloureux se montre au périnée.

Etat à l'entrée. L'état général semble assez bon, P. 104, T. 38° 9. Langue un peu sèche. Vessie distendue. La sonde n° 6 passe avec peine. Le scrotum est œdématié et mou, indolore. Au périnée existe un gonflement allongé dessinant le bulbe, augmenté de trois à quatre fois son volume, et remontant vers la racine de la verge. La douleur est assez vive. Pas de fluctuation bien manifeste. En raison des antécédents, la pensée se porte naturellement vers un abcès urineux ou une infiltration d'urine franche au début.

20 *janvier.* Nous constatons que les choses ont changé d'aspect. Le scrotum est énorme, dur, rouge, douloureux, le périnée distendu, la verge œdématiée. Ces phénomènes sont faciles à expliquer: hier soir, l'urine était limitée à la loge périnéale moyenne des bulbo-caverneux. Pendant la nuit, elle a fusé le long de la verge et s'est répandue sous les téguments. P. 108. Insomnie. Langue sèche. — Une incision est faite à droite de la racine de la verge; une autre à la partie inférieure du scrotum, par laquelle coule une grande quantité d'urine et de pus. Le doigt pénètre dans une excavation large et anfractueuse.— *Soir.* Etat général meilleur : P. 104; T. 39° 2.

23 *janvier.* On passe une sonde n° 6. La langue est moins sèche, le pouls plein, modéré, 84. — *Soir*, frissons, fièvre.

24 *janvier.* Le testicule droit vient faire hernie à travers l'incision supérieure; les bords de l'incision ont une teinte gangréneuse. Frissons dans la journée. La tuméfaction locale est moindre.

28 *janvier.* T. 41°,2; P. 112. Fièvre violente. Langue humide. Sueurs profuses depuis deux jours. Diarrhée. Un clapier purulent est ouvert sur le pubis. Mauvais état général.

31 *janvier.* Le matin, la température tombe à 35°, 4. Est-ce un signe d'urémie? Pas de vomissements, pas d'œdèmes. — *Soir.* La température monte à 38°, 2.

1er *février.* T. 38°; P. 100. Adynamie. Mort à 5 heures.

AUTOPSIE. *Abdomen.* Pas de péritonite. Intestins sains. Dans le petit bassin, on trouve une *tumeur* trilobée, placée derrière la symphyse pubienne. Le lobe supérieur, gros comme une noix, est formé par une hernie de la muqueuse vésicale. Les lobes inférieurs, gros comme le poing, sont constitués par la vessie et une poche purulente placée au-dessous et sur les côtés. La poche supérieure ne présente pas de fibres musculaires dans sa paroi; on en découvre dans la poche inférieure. Les deux cavités sont superposées et communiquent, par un orifice large comme le petit doigt, à bords froncés. Dans la cavité supérieure est une sorte de membrane brune, adhérente à la muqueuse, contenant des éléments calcaires. Dans la poche inférieure, du pus; en somme, c'est une vessie bilobée. On comprend les difficultés que l'on eût rencontrées, si un calcul avait pris naissance dans la poche supérieure, au niveau de la fausse membrane que j'ai signalée.

Uretères débouchant au-dessous de l'orifice de communication des deux poches. Le gauche est dilaté dans toute son étendue, il est perméable et un peu comprimé au voisinage de la vessie par l'extrémité de la poche purulente.

Urèthre. Rétrécissement dans la portion bulbeuse. Il est long de 6 millimètres, large de 3 une fois étalé. En arrière, la muqueuse est couverte d'une sorte de fausse membrane en stries longitudinales. Deux perforations où un stylet passe sans peine, se voient l'une au point rétréci, l'autre plus en arrière. Toutes les deux communiquent largement avec les foyers *d'infiltration d'urine*, et vont depuis la racine de la verge qui est disséquée, en passant sous la racine des bourses, se terminer dans l'épaisseur du périnée, près du rectum. En plusieurs points, les tissus sont sphacélés.

Reins volumineux; longueur 18 centimètres, mous, friables, teinte marbrée de jaune et de brun à l'extérieur. Les bassinets sont dilatés. La substance rénale est infiltrée d'abcès miliaires qui, par points, sont réunis et forment des cavernes.

Les cavités thoracique et crânienne ne présentent rien à noter.

Cancer des ganglions prévertébraux, du foie et d'un rein; par MM. FAISANS, interne des hôpitaux et LUC, externe du service.

Del.. Julie, brunisseuse, 17 ans, entre le 27 janvier, dans le service de M. GRANCHER à l'hôpital Temporaire.

Son père et sa mère sont encore vivants, et jouissent d'une bonne santé. Ses frères et sœurs sont aussi bien portants. Elle n'a jamais eu d'autre maladie que celle qui l'amène à l'hôpital. Réglée à l'âge de 11 ans 1/2, elle a toujours eu ses règles à époque fixe. Jamais de grossesse. Elle a commencé à 12 ans son métier de brunisseuse, et s'est toujours trouvée, depuis, dans de mauvaises conditions hygiéniques, travaillant beaucoup, se nourrissant fort mal, logeant dans un endroit malsain.

Les renseignements que l'on obtient sur le début de sa maladie sont assez vagues; vers la fin du mois d'*octobre* 1876 elle aurait commencé à souffrir du ventre ; cette douleur, d'abord fugace et mal déterminée, augmente graduellement et devient continue. La malade éprouvait en même temps dans les reins une sensation de courbature très-pénible. Elle n'avait plus la même ardeur au travail et se fatiguait vite. Vers cette même époque, elle commença à maigrir d'une manière sensible ; l'appétit avait presque complètement disparu. Elle n'allait à la selle qu'à l'aide de lavements. A la fin du mois de *décembre* la douleur devint très-vive dans l'hypochondre droit. C'est à ce moment, ou dans les premiers jours de janvier, que le ventre augmenta de volume et que la peau commença à jaunir; cette coloration jaune a augmenté graduellement jusqu'à ce jour. Au milieu du mois de *janvier* elle éprouva au creux épigastrique une douleur qui devint de plus en plus forte; cette douleur était surtout très vive après le repas ; vomissements alimentaires et bilieux; elle vomissait ses aliments une heure ou une heure 1/2 après leur ingestion. C'est à cette date qu'elle remarque à deux ou trois reprises la coloration noire de ses selles, jamais d'hématémèse. Elle entre à l'hôpital Temporaire le 27 janvier 1877.

28 *janvier.* La malade est dans le décubitus dorsal, et dans un état d'apathie dont elle ne sort qu'avec peine; ses réponses sont lentes. La peau de la face et du corps présente une coloration jaune foncé, plus prononcée sur la sclérotique. La température n'est pas augmentée. Le pouls est à 120, T. axillaire 37°,4. Le ventre est très-volumineux, et distendu d'une façon uniforme, ses parois sont sillonnées de veines bleues, très-gonflées. Il est sensible sur toute son étendue, surtout dans l'hypochondre droit, mais il faut exercer des pressions assez fortes pour éveiller une vive douleur. En déprimant assez fortement les parois, on ne constate rien d'anormal. — La percussion donne partout un son tympanique, sauf dans les parties déclives où l'on obtient de la matité sur une petite étendue; sensation de flot assez confuse; il y a en somme de l'ascite, mais en petite quantité; ce qui domine c'est le tympanisme. Il n'est pas possible, à cause de ce tympanisme, de limiter par la percussion le foie et la rate.

La langue est humide, les gencives sont rouges, fongueuses et saignent au toucher ; l'haleine est fétide. La malade n'a pas été à la selle depuis six ou huit jours. — Pendant qu'on l'examine elle a du hoquet à plusieurs reprises; ce hoquet dure déjà depuis quelques jours. Les poumons et le cœur ne présentent rien d'anormal.

L'urine est très-foncée et, vue obliquement, présente des reflets verts-clairs. Traitée par l'acide nitrique, elle offre une coloration verte très-foncée; il n'y a pas d'albumine. La quantité d'urée n'a pas été cherchée ce jour-là. La malade éprouve,

quand elle urine, une sensation de brûlure très-pénible.

Diagnostic. M. Grancher pense qu'une tumeur, dont il est impossible de déterminer la nature, siége au niveau du hile du foie, comprimant les voies biliaires et la veine porte. Traitement : Huile de ricin, 30 grammes. Lavements tous les jours. Un vésicatoire sur l'hypochondre droit.

29 *janvier*. Même état. Constipation persistante ; le purgatif n'a produit aucun effet, pas de vomissements, la sérosité obtenue par le vésicatoire est traitée par l'acide nitrique, elle contient beaucoup de matière colorante biliaire.

30 *janvier*. Même état, inappétence absolue ; insomnie presque complète. L'urine présente les mêmes caractères, toujours pas d'albumine, elle ne contient que 3 grammes d'urée (?) Les jours suivants la quantité d'urée augmente : le 31 janvier, 6 grammes ; le 1er février, 7 grammes ; le 2, 13 grammes 1/2 (Esbach). La numération des globules sanguins a été faite tous les jours. Les chiffres des globules rouges et ceux des globules blancs suivent une marche inverse, les premiers diminuant très rapidement, les seconds augmentant. De 4,000,000, les globules rouges tombent à 1,000,000, ou un peu plus. Le 4 février, au matin, le rapport des globules blancs aux globules rouges est de 1 pour 100. La malade meurt le 5 février à midi.

Autopsie. *Abdomen.* A l'ouverture du ventre, il s'écoule près d'un litre de sérosité citrine. L'estomac et les intestins sont très-distendus par des gaz. Le *foie* dépasse légèrement le rebord des fausses côtes. La surface est lisse ; des néo-membranes relient sa face supérieure au diaphragme. Le grand épiploon a conservé sa minceur et sa transparence ; en somme, on ne constate à première vue que de la périhépatite adhésive. Les fausses membranes de la face supérieure du foie sont déjà organisées et très-résistantes. L'épiploon gastro-hépatique, épaissi, rétracté, semé de nodules blanchâtres, volumineux. Ces masses forment autour des canaux hépatique et cholédoque une série de tumeurs qui les compriment. Le canal hépatique est dilaté au niveau du hile ; mais ses parois suivies fort loin dans l'intérieur du foie paraissent saines. Autour d'elles, au contraire, le tissu hépatique est très-dur, et présente la même coloration blanc jaunâtre que celle des tumeurs situées dans l'épiploon gastro-hépatique. La surface du lobe de Spigel est lisse, mais on y observe des zones rouge vif, séparées les unes des autres par de petites masses blanchâtres, en plaques et en granulations analogues à celles du petit épiploon. La vésicule biliaire est distendue par une grande quantité de bile ; le canal cystique, perdu au centre de la tumeur épiploïque ne peut pas être retrouvé.

L'estomac contient une grande quantité de sang noirâtre, d'aspect goudronneux. Au niveau de la petite courbure on voit de petites plaques blanchâtres, disséminées, saillantes sur la face interne. Sur ces points, la paroi est raide et présente une grande consistance. Sur d'autres points de la muqueuse, toujours à droite du cardia, on trouve un semis de granulations blanchâtres, ayant le volume d'une demi-lentille. Une plaque plus grande que les autres est exulcérée, ce qui explique la présence du sang contenu dans la cavité de l'estomac. Le cardia est intact.

Au-devant de la colonne lombaire, on voit une masse énorme, occupant les ganglions mésentériques, refoulant en avant les intestins, et fusionnant en un bloc, un grand nombre de ses circonvolutions. Cette masse est blanchâtre, de consistance lardacée. Une section pratiquée d'avant en arrière dans ce bloc, montre sur la coupe l'ouverture béante des quelques anses intestinales et des gros vaisseaux prévertébraux. La surface interne de l'intestin est intacte dans toute son étendue : L'aorte et la veine cave sont entourés par la tumeur, mais ne paraissent pas comprimés. Les vertèbres au-dessous de la tumeur sont complétement saines, ainsi que le ligament vertébral commun antérieur, dont on voit très-bien les fibres nacrées.

La *rate* est englobée dans des adhérences très-résistantes ; à la coupe, elle ne présente rien de particulier. Le pancréas a aussi été épargné. Le *rein* gauche est volumineux, jaune verdâtre, de consistance très-ferme. La capsule se détache facilement. — Intérieurement il est farci de masses blanchâtres qui ont envahi surtout la substance corticale intermédiaire aux pyramides de Malpighi. On voit se détacher de ces masses des granulations de même couleur, qui circonscrivent la base des pyramides, de sorte que celles-ci semblent entourées d'une couronne blanchâtre.

Le rein droit est plus petit. Sa capsule s'enlève facilement. La propagation cancéreuse qui ne fait que commencer se présente sous l'aspect de quelques granulations blanches déposées dans l'intervalle des pyramides.

Les organes pelviens sont intacts. Les organes thoraciques et le cerveau sont à l'état normal.

Remarques Il s'agit ici d'une lésion cancéreuse, qui, très-probablement, a débuté par les ganglions mésentériques, et qui, de là, a irradié vers le foie, vers l'estomac et vers les reins. Du côté du foie, la propagation semble s'être faite en suivant le trajet des canaux cholédoque et hépatique qui sont complétement englobés dans la tumeur, mais dont les parois ne sont pas altérées. — L'aspect du rein gauche, et les lésions commençantes du rein droit, font voir que l'altération cancéreuse a suivi le trajet des vaisseaux, pénétrant par la partie moyenne des colonnes de Bertin, et se prolongeant sur la voute vasculaire qui occupe la base des pyramides de Malpighi.

Endocardite végétante ; par M. F. Balzer, interne des hôpitaux.

La nommée And...., 50 ans, marchande de vins, entre le 2 janvier 1877, au nº 29 de la salle Saint-Joseph, dans le service de M. Lépine (Hôpital Temporaire). Elle raconte qu'elle a depuis un an des palpitations, des douleurs à la région lombaire, et de l'œdème des parois abdominales : elle n'a jamais eu de rhumatismes. C'est une femme d'apparence assez vigoureuse ; sa face est bouffie, d'un jaune pâle ; la peau de la poitrine et du dos est extrêmement brune, mais on ne trouve pas de taches pigmentaires sur les muqueuses. Les membres inférieurs sont très-œdématiés ; le ventre est gros, tendu, sonore à la percussion ; on ne perçoit pas de sensation de flot ni de matité dans les régions déclives. — A l'auscultation de la poitrine, nombreux râles sous-crépitants et râles sibilants aux deux bases ; aux deux sommets, en arrière, respiration rude, soufflante, presque caverneuse ; pas de gargouillement. Les crachats sont muco-purulents et spumeux. Dyspnée assez intense. A l'auscultation du cœur, on constate un souffle systolique assez rude, ayant son maximum à la pointe. Le pouls est petit, mais régulier ; 92 pulsations. Traitée par l'acide nitrique et la chaleur, l'urine renferme une notable quantité d'albumine. — Traitement : Régime lacté.

4 *janvier*. — La malade est très-oppressée, le souffle systolique de la pointe est rude et s'entend jusqu'à la base. Respiration rude en avant, mais sans râles. Prescription : un gramme de scammonée.

6 *janvier*. Malgré l'effet du purgatif, la malade est aujourd'hui dans l'orthopnée : on entend des râles sous-crépitants à l'auscultation du poumon droit. Le souffle du cœur est plus fort. L'œdème des jambes est dur et ne paraît pas avoir diminué. La malade a rendu environ 400 grammes d'une urine louche. Prescription : 40 gr. d'eau-de-vie allemande, qui n'amènent que trois selles, comme la purgation précédente.

9 *janvier*. On trouve de la matité au-dessus du pubis ; il y a un peu d'ascite. — 10. Pas d'amélioration : râles sous-crépitants à droite. — Prescription : un vésicatoire sur le côté droit, un gramme de scammonée, un gramme de teinture de digitale.

11 *janvier*. La malade a eu trois selles abondantes. Pouls : 100.

13 *janvier*. Malgré une nouvelle purgation avec 40 grammes d'eau-de-vie allemande, l'œdème augmente, les bras sont tellement œdématiés qu'on a peine à sentir le pouls. Au contraire, l'enflure des jambes a peu augmenté ; le ventre est très-gros. Pouls : 80 ; même quantité d'albumine dans l'urine.

14, 15 *janvier*. L'oppression continue à augmenter ; on supprime la teinture de digitale que l'on remplace par la macération aqueuse. La malade meurt le 15, dans la soirée.

Autopsie. — On trouve les deux poumons unis à la plèvre par de fortes adhérences : ils sont lourds, durs, fortement congestionnés, surtout aux deux bases.

Le *cœur* est volumineux, surchargé de graisse. Le ventricule droit est rempli de caillots noirs, ainsi que l'oreillette :

l'auricule droite renferme des caillots grisâtres, adhérents probablement d'origine ancienne. — L'oreillette gauche est également très-dilatée : l'orifice mitral laisse passer deux doigts ; ses deux valves restent souples malgré plusieurs épaississements partiels. Les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées ; sa cavité renferme un petit caillot étalé. La pointe du cœur est formée par le ventricule droit : le ventricule gauche présente, au contraire, à ce niveau une forme hémisphérique : L'endocarde est très-épaissi et présente d'énormes végétations. Celles-ci en certains points s'élèvent à plus d'un centimètre au-dessus du tissu musculaire. L'endocarde présente un aspect blanc, nacré, et offre une surface externe, blanchâtre, festonnée, envoyant des prolongements de tissu fibreux entre les faisceaux du tissu musculaire qu'elle recouvre. Il y a une sclérose interfasciculaire évidente, mais qui ne semble pas se continuer jusqu'à la surface externe du cœur. Mais, en certains points, notamment vers la pointe, l'endocarde est moins adhérent et presque mobile au-dessus du tissu musculaire sous-jacent. Sur la coupe, l'aspect de la surface interne tranche par sa couleur rosée plus terne, au niveau des végétations. Celles-ci présentent assez bien l'aspect de petites crêtes de coq, légèrement acuminées et serrées les unes contre les autres. Elles sont d'autant moins saillantes qu'on se rapproche davantage de l'orifice aortique, dans la direction duquel leurs extrémités libres paraissent inclinées.

L'altération de l'endocarde est surtout marquée à la pointe ; elle s'étend jusqu'au tiers supérieur du ventricule gauche, remonte sur les piliers presque jusqu'à l'insertion des cordages tendineux. Elle diminue de profondeur à mesure qu'elle se rapproche de la base. Les valvules aortiques sont saines et l'orifice aortique à peine athéromateux.

Les *reins* sont petits, durs ; les capsules fibreuses sont très-épaissies, adhérentes à la couche corticale qui est granuleuse, atrophiée, et renferme de nombreux petits kystes.

Les *capsules surrénales* sont saines.

La *rate* a son volume normal, mais elle est dure, son enveloppe fibreuse est épaissie. Le foie est diminué de volume, il présente assez bien l'aspect caractéristique de la cirrhose, surtout sur son bord tranchant. Il est dur : sur les coupes, on voit qu'il est envahi par la graisse, et il offre l'apparence du foie muscade.

Examen microscopique fait dans le laboratoire de Clamart. Après avoir été durcies par la gomme et l'alcool, les coupes ont été colorées à l'aide du picro-carminate d'ammoniaque, puis conservées dans la glycérine. Elles montrent un épaississement considérable de l'endocarde, et une augmentation des deux espèces d'éléments qui le composent, des fibres élastiques et des faisceaux de tissu conjonctif.

Les fibres élastiques forment d'épais faisceaux dans la partie de l'endocarde qui recouvre les fibres musculaires : sur beaucoup de points, leur aspect ordinaire s'est modifié, et elles se présentent sous formes d'amas granuleux qui prennent la teinte d'un vert sombre sous l'influence de l'acide picrique. Le tissu conjonctif présente des faisceaux larges, fortement colorés par le carmin, séparés les uns des autres par les fibres élastiques, dans la portion la plus externe de l'endocarde, étroitement serrés et sans interposition de fibres élastiques dans la partie qui avoisine les végétations ; l'épaisseur de cette couche de tissu conjonctif varie d'ailleurs suivant les points.

L'endocarde envoie entre les faisceaux musculaires de larges prolongements, formés principalement de tissu conjonctif et dans l'épaisseur desquels on voit de gros vaisseaux.

Ceux-ci paraissent peu nombreux au centre de l'endocarde ; il en existe un plus grand nombre au voisinage des fibres musculaires, mais ils sont surtout remarquables à la face interne de l'endocarde. Cette face est irrégulière et envoie de minces prolongements au milieu des dépôts fibreux qui constituent la majeure partie des végétations que nous avons décrites. En certains points, elle est séparée nettement de ces dépôts par plusieurs rangées de cellules fusiformes.

Immédiatement au-dessous de ces cellules, on aperçoit de nombreux vaisseaux très-rapprochés les uns des autres, et le plus souvent remplis de globules rouges. Quelques-uns d'entre eux présentent de grandes dimensions ; leurs parois sont formées par plusieurs couches de cellules fusiformes. Ils s'avancent au milieu des petites saillies de l'endocarde dont nous venons de parler. Ailleurs, ils sont en contact presque immédiat avec les dépôts fibrineux, dont ils ne sont séparés que par l'épaisseur de leurs parois. Du reste, sur beaucoup de points, on voit le tissu de l'endocarde se continuer directement avec les végétations fibrineuses ; parfois on trouve au point de contact, des amas assez considérables de cellules embryonnaires plus ou moins développées. — Les dépôts fibrino-globulaires se présentent sous la forme, tantôt de végétation à base large, tantôt de petites houppes pédiculées. Elles sont constituées principalement par de la fibrine formant des réseaux à mailles plus ou moins larges, et dont les travées habituellement épaisses, sont colorées en jaune-rougeâtre par le carmin. Ces mailles sont elles-mêmes remplies fréquemment par un fin réticulum de fibrine ou par des globules blancs. Ceux-ci forment en plusieurs points des amas plus ou moins considérables : tantôt ils sont bien conservés et facilement reconnaissables, tantôt ils sont granuleux, et cessent de se colorer nettement ; on voit aussi au milieu des mailles de fibrine des cellules énormes, avec un protoplasma granuleux et un noyau fortement coloré par le carmin. La périphérie des caillots est constituée par des lames de fibrine en plusieurs points ; cependant, on voit à la surface de fines travées de fibrine, englobant des globules blancs. Signalons en outre, plusieurs accumulations de globules rouges en divers points de la périphérie.

Le tissu conjonctif du myocarde est également très-altéré ; outre les larges travées qui se continuent avec le tissu de l'endocarde, il existe une sclérose péri-fasciculaire très-accusée. Et l'on voit même en beaucoup de points, le tissu conjonctif pénétrer dans l'épaisseur des faisceaux et dissocier leurs fibres. Cette sclérose intra-fasciculaire est surtout très-nette sur une coupe parallèle à la surface de l'endocarde et comprenant les piliers : ceux-ci sont entourés d'une gaîne de tissu conjonctif et élastique entièrement épaissie ; la membrane externe des vaisseaux présente de même un développement considérable.

En résumé, il s'agit ici d'une endocardite chronique à marche progressive, comme le témoignent le développement anormal des vaisseaux et la prolifération cellulaire à la surface de l'endocarde. Les végétations sont formées par les prolongements de l'endocarde et surtout par les dépôts de fibrine et de globules blancs ; la sclérose atteint également le myocarde. Vu l'absence d'affections rhumatismales antérieures, il est rationnel d'attribuer ces lésions à l'alcoolisme ; et cette opinion est corroborée par l'existence des scléroses du foie, de la rate et des reins.

Hernie crurale étranglée survenant chez une femme qui portait depuis longtemss une adénite crurale avec empâtement de la région. — Difficulté du diagnostic. — Variété rare d'étranglement : pincement latéral de l'intestin; par M. Charles Leroux, interne des hôpitaux (1).

Lec...., Félicité, 37 ans, entre le 27 janvier 1877 dans le service de M. Dumontpallier, envoyée par un médecin de la ville comme étant atteinte d'étranglement interne.

A 9 heures du matin, en effet, elle présente tous les signes d'une obstruction intestinale. La malade est abattue, les traits sont profondément altérés, les yeux excavés, entourés d'un cercle bleuâtre, le nez pincé, le pouls insensible, la température basse (35,5 dans l'aisselle) ; les extrémités sont froides, cyanosées, le ventre est ballonné et offre une sonorité exagérée, le diaphragme est refoulé, la respiration gênée, les mouvements respiratoires à peine sensibles ; les battements du cœur sont faibles, réguliers, fréquents. La malade répond parfaitement, mais d'une voix éteinte, aux questions qu'on lui pose et on recueille non sans peine les renseignements suivants : vers le mois d'août dernier, elle fit un effort en se chaussant et ressentit une douleur dans l'aine. Quelques jours après, nous dit-elle, un médecin constate dans la région inguinale droite une adénite suppurée, pratique une incision

(1) La pièce anatomique a été déposée au musée Dupuytren.

qui donne alors issue à du pus. La cicatrisation s'effectue, mais cependant il reste dans la région un certain degré d'empâtement et d'induration.

Le 19 janvier, c'est-à-dire six mois après, elle fait un nouvel effort et ressent une douleur abdominale assez vive, puis elle est prise quelque temps après de nausées, de vomissements alimentaires, bilieux, qui persistent ainsi plusieurs jours. Le 24, les garde-robes sont complétement supprimées; aucun gaz ne sort plus par l'anus et le ventre se ballonne, les traits s'altèrent. Le 26 au soir, premiers vomissements fécaloïdes. Le 27, son état est tellement grave qu'elle se fait apporter à l'hôpital dans la situation désespérée où on la trouve au moment de la visite.

En présence de ces symptômes, on pense immédiatement à une obstruction intestinale. Mais y a-t-il hernie, y a-t-il étranglement interne? On cherche les régions le plus souvent atteintes de hernie, c'est-à-dire les régions inguino-crurales. Du côté gauche, on ne constate absolument rien, mais, à droite, à la base du triangle de Scarpa, immédiatement au-dessous de l'arcade fémorale, on trouve la peau légèrement tendue, sans changement de coloration, soulevée par une tumeur rénitente en un point, presque fluctuante en un autre, et tout autour un empâtement considérable. Y a-t-il là quelque hernie crurale, ou bien n'a-t-on affaire qu'à un empâtement chronique autour d'une vielle adénite suppurée, coïncidant avec un étranglement interne? Le fait reste douteux.

Rien dans les autres régions, rien au niveau du canal inguinal. Il y a donc à hésiter entre une hernie crurale, dont on n'a aucun symptôme tangible, et un étranglement interne. Toujours est-il que dans ces circonstances, M. Dumontpallier demande l'avis de MM. Verneuil et Marchand. Après un examen attentif, le diagnostic reste douteux. M. Verneuil et M. Marchand hésitent entre étranglement interne et hernie crurale, les caractères de cette dernière ne pouvant être perçus. Dans tous les cas, quelle est la conduite à tenir? L'état de la malade ne permet pas de temporiser, il faut agir. M. Verneuil est d'avis d'aller dans la région crurale voir ce qui se passe et de modifier sa conduite suivant les circonstances qui s'offriront, quitte à faire ensuite l'entérotomie pour supprimer un des facteurs de l'affection : l'obstacle au cours des matières, si le second facteur, l'étranglement, ne siége pas dans la région crurale. Il conseille, en outre, de relever la température de la malade par l'alcool à l'intérieur et les injections sous-cutanées d'éther.

M. Marchand à qui était confiée la malade, voyant son état s'aggraver rapidement, sa température baisser, la syncope menacer de mettre fin à la scène, court au plus pressé et rétablit le cours des matières en pratiquant l'entérotomie par le procédé de Nélaton. L'opération a lieu à onze heures. Il fait à trois ou quatre travers de doigt de l'arcade et parallèlement une incision de quelques centimètres, incise couche par couche jusqu'au péritoine qu'il coupe sur la sonde cannelée. Il sort aussitôt par cette boutonnière une quantité notable de liquide péritonéal. Au moment de saisir l'intestin, un effort de la malade fait sortir de la plaie deux ou trois anses intestinales que l'on réduit facilement. L'intestin est rouge, violacé et légèrement ramolli. M. Marchand le saisit et le fixe rapidement aux bords de la plaie abdominale; le sectionne et donne issue à une assez grande quantité de liquide brunâtre, répandant une odeur fécaloïde. Toutefois on s'attendait à un écoulement de matières plus considérable. L'opération terminée la malade semble un peu soulagée; le ventre est encore assez gros; le pouls n'est toujours pas perceptible. A midi, on lui fait prendre quelques cuillèrées de potion de Todd et on pratique une injection de 10 gouttes d'éther. Avant l'opération la malade n'avait pas 36°, une demi-heure après la première injection sous-cutanée, le thermomètre indique 37°, (T. A.) A 1 heure de l'après-midi. T. 38°; on sent à peine le pouls; elle se trouve mieux et semble moins abattue. A 1 heure 1/2, deuxième injection d'éther. — A deux heures la température est à 38, et lorsqu'à trois heures on s'apprête à lui faire la troisième injection, on la trouve morte.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une certaine quantité de liquide péritonéal. On trouve les anses intestinales agglutinées; çà et là quelques dépôts fibrineux très-mous, peu adhérents. Le péritoine pariétal est fortement injecté. Il y a une péritonite généralisée tout-à-fait au début et encore peu intense. L'intestin grêle s'est engagé dans l'anneau crural vers la partie moyenne de sa longueur. Toute la portion située au-dessus de la hernie est dilatée, remplie de gaz et de liquide fécaloïde. Les parois de cette portion sont violacées, fortement injectées, ramollies. Au contraire toute la partie d'intestin grêle située au-dessous est pâle, revenue sur elle-même. La suture de l'intestin à la paroi abdominale siége à un mètre au-dessus de l'anse étranglée.

Lorsqu'on regarde l'intestin au niveau du pli crural droit, on voit qu'il ne s'est engagé dans le canal crural qu'une partie de sa circonférence. Il n'y a là qu'un pincement latéral, aussi sa cavité, quoique fortement diminuée, n'est pas complétement oblitérée; on peut faire passer le petit doigt du bout supérieur vers le bout inférieur en contournant l'éperon formé en ce point. Le mésentère est tendu; il y a là un coude très-marqué de l'intestin. La portion herniée passe au travers d'un orifice très-serré, refoulant au-devant d'elle le péritoine qui, à ce niveau, offre un plissement rayonné. Le péritoine est, de plus, fortement injecté avec quelques taches ecchymotiques.

L'intestin ouvert au niveau du point pincé présente les lésions suivantes : la muqueuse est injectée, violacée, d'autant plus noirâtre qu'on s'approche du point pincé; elle est plissée, ramollie et offre çà et là des ulcérations très-nettes qui ne semblent pas s'étendre au-delà du tissu sous-muqueux.

L'orifice par lequel s'engage l'intestin offre les rapports suivants : en haut, l'arcade crurale, en bas le tissu fibreux qui revêt la crête pectinéale, en dehors la veine, en dedans le ligament de Gimbernat; autrement dit, c'est par l'orifice crural même que s'est engagé l'intestin. On a une hernie crurale moyenne.

La dissection de la région crurale montre les couches suivantes : la peau est adhérente aux parties sous-jacentes; on la détache avec peine; le tissu cellulaire sous-cutané est épaissi, induré dans toute la région, formant un bloc dur avec les organes sous-jacents. On découvre ensuite (sans avoir rencontré jusqu'alors, si ce n'est assez loin sur les côtés, de feuillet aponévrotique) un immense ganglion de 3 centimètres de diamètre et d'un centimètre d'épaisseur qui se confond littéralement avec d'autres ganglions plus petits; le tout englobé dans du tissu induré. En fendant ce ganglion, on voit qu'il tend à se ramollir profondément et en pénétrant plus loin en arrière dans une poche d'où s'échappe un pus noir verdâtre semi-liquide d'odeur infecte, fécaloïde, ce pus s'étend latéralement au-dessous de tout ce tissu induré déjà signalé et remonte en haut jusqu'à l'arcade générale en enveloppant complétement, sauf en arrière, les parties que l'on rencontre après l'avoir évacué. Ce pus retiré, on voit que la cavité qui le contenait offre des parois déchiquetées dans la plus grande partie de son étendue; mais au fond on rencontre une saillie noirâtre qui n'est autre que la portion herniée entourée de son sac.

Le sac herniaire adhère profondément aux parties voisines mais, dans le reste de son étendue, il est entouré de pus noirâtre. Le fond du sac offre un orifice irrégulier qui fait communiquer sa cavité propre avec la cavité purulente périphérique. Son collet repose sur le tissu fibreux qui revêt la crête pectinéale et répond à l'arcade fémorale en haut, à la veine en dehors et au ligament de Gimbernat en dedans. La cavité du sac contient du pus analogue au précédent et la portion d'intestin herniée. Cette dernière, située au delà du ligament de Fallope est du volume d'une noisette, offre une coloration violacée noirâtre, est assez ramollie, se déchirant facilement, mais ne présentant aucune perforation. Elle adhère, par son extrémité, au fond du sac par une bride assez résistante et baigne dans le pus. Au niveau de l'anneau, l'intestin est fortement appliqué sur le collet plissé du sac et c'est en forçant qu'on passe entre lui et l'intestin une sonde cannelée; il n'y a cependant pas de véritable adhérence, il n'y a qu'agglutinement.

En ce point, l'intestin est très-noir, offre un sillon profond

et semble prêt à se perforer. La muqueuse à ce niveau est très-ramollie, noirâtre, ulcérée, plissée, laissant un tout petit orifice qui fait communiquer la cavité intestinale intra-abdominale avec la cavité de la hernie.

Etant données ces dispositions anatomiques, on peut dire que l'étranglement siégeait au niveau du collet qui, lui-même, répondait à l'orifice crural. En résumé, il y a là une adénite avec périadénite anciennes recouvrant et masquant un petit sac herniaire.

Dans l'intestin grêle, on trouve une assez grande quantité de liquide fécaloïde. Pas de lésions dans les autres viscères, sauf un peu de congestion pulmonaire.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous paraît intéressante à trois points de vue différents :

1° Le diagnostic, en raison de la disposition même des lésions anatomiques, offrait une véritable difficulté, puisque des chirurgiens des plus expérimentés ont pu hésiter. Aussi faudra-t-il désormais se défier de ces vieilles lésions dans des régions suspectes, quand il existe des symptômes d'étranglement ;

2° Les pincements latéraux de l'intestin ne sont pas très-fréquents. Dans ce cas, il y eut hernie et étranglement d'une portion restreinte de la circonférence d'une anse intestinale avec persistance du conduit, rétréci, il est vrai, mais encore perméable aux matières et surtout aux gaz. Or, on a pu voir dans la partie clinique de cette observation qu'il n'y avait pas eu depuis plusieurs jours issue de matières fécales, ni de gaz par l'anus. Il y a donc une question intéressante de physiologie pathologique à se poser.

Pourquoi ni les matières liquides, ni les gaz ne passaient-ils pas, puisque le conduit était encore en partie perméable ? Il est très-probable qu'il y avait paralysie de l'intestin, mais quelle en était la nature ? La paralysie était-elle réflexe ou bien était-elle due au début de péritonite constatée à l'autopsie ? Les deux hypothèses sont probables et toutes deux, nous le croyons, devaient contribuer à laisser stagnantes les matières et les gaz ; aussi avons-nous vu qu'au moment de l'ouverture de l'intestin très-peu de matières se sont écoulées au dehors et cependant, à l'autopsie, on en a encore trouvé une assez grande quantité dans la cavité de l'intestin, au-dessus de l'étranglement ;

3° Les injections sous-cutanées d'éther conseillées par M. Verneuil, paraissent avoir relevé la température qui n'était pas à 36° avant l'opération et qui, une heure après, avait atteint 38°.

M. BERGER. Les pincements latéraux de l'intestin sont très-rares. Je n'en connais que quatre cas. Ordinairement, l'intestin était pincé sur une grande étendue de sa circonférence, et malgré cela, les malades ont eu de la diarrhée qui même a pu être cholériforme. Dans le fait qui nous est présenté, il y a eu, tout au contraire, une constipation absolue.

M. DESPRÉS a vu dans le service de Velpeau le fait suivant, qu'il faut ajouter à ceux dont parle M. Berger : Une femme de 30 ans, entrée à la Charité, dans le service de Velpeau, pour une hernie crurale très-petite, étranglée depuis deux jours. La malade rendait du gaz par l'anus, et Velpeau avait jugé qu'il s'agissait d'un étranglement peu serré et ne fit ni taxis ni opération. La malade eut dans les trois jours une petite selle et rendait toujours quelques gaz. Le cinquième jour de l'étranglement, la malade changea subitement, prit le facies péritonéal et mourut. A l'autopsie, on trouva un pincement de la fin de l'intestin grêle. Toute la portion pincée était gangrenée, des matières fécales étaient épanchées dans le ventre, Il restait une perforation de l'étendue d'une pièce de un centime, qui occupait le 1/3 du calibre de l'intestin.

Quant à la constipation, il y a lieu de croire, quand on la rencontre, que depuis plusieurs jours il existe de la péritonite. On voit la constipation se produire dans ces conditions après l'ovariotomie, à la suite des pelvi-péritonites. Dans les simples pincements, il peut y avoir des selles et des gaz peuvent être rendus.

M. BERGER. M. Le Dentu insiste beaucoup sur ce fait que le passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur demeure possible.

M. VERNEUIL. Il y a certainement, sur cette pièce, place pour le passage des matières, et néanmoins il n'en passait pas. Dans des cas de ce genre, on a vu parfois la diarrhée succéder à la constipation. Je crois qu'il faut tenir compte dans l'interprétation de ces faits de l'état dans lequel se présente l'intestin de la contracture, du rétrécissement dynamique qui accompagne l'étranglement. Lorsque nous pratiquons l'opération de l'anus contre nature, il nous arrive souvent de ne voir s'écouler après l'ouverture de l'intestin qu'une quantité insignifiante de matières ; puis quelque temps après il s'en écoule une nouvelle quantité. De même, lorsque nous ponctionnons l'intestin dans les cas d'étranglement, nous voyons une seule anse se vider, une dépression locale de la paroi abdominale se produire à ce niveau, et tout le reste de la masse intestinale demeure ballonné. Il y a donc, dans ces conditions pathologiques, des rétrécissements dynamiques et momentanés de l'intestin. Au contraire, ponctionnez l'intestin distendu d'un cadavre, et vous verrez toute la masse intestinale se vider : c'est qu'il n'y a plus le rétrécissement sur lequel j'insiste.

M. BERGER. Ce rétrécissement dynamique dont parle M. Verneuil, était facile à constater, même à la vue dans une opération de hernie congénitale. Il fallut pour faire sortir les matières les pousser avec les doigts.

M. VERNEUIL pense que les injections hypodermiques d'éther employées chez le malade qui a fourni cette pièce pour relever sa température avant l'opération, pourront rendre de véritables services. Il a vu différents cas dans lesquels ces injections (qui ne sont nullement douloureuses, et qui, à la dose de dix gouttes, peuvent être répétées autant que cela est nécessaire), ont relevé la température d'une façon remarquable. C'est un moyen qu'il recommande d'employer dans les cas où il est indispensable de relever la température avant d'opérer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 juin 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. LARREY, à propos des ligatures des deux bouts de l'artère dans les plaies, dit qu'on a attribué cette méthode à Nélaton, mais Dupuytren avait fait déjà allusion à ce procédé opératoire et même avant ce dernier, Guthrie avait dit qu'on devait toujours pratiquer la ligature des deux bouts de l'artère surtout à la paume de la main. Legouest avait parlé de cette ligature devant la Société de chirurgie.

M. DESPRÈS, Nélaton a dit qu'on devait lier les deux bouts de l'artère dans les plaies en suppuration. Boyer en France avait déjà fait la ligature des deux bouts d'une artère blessée.

M. TRÉLAT dit qu'il a publié autrefois sur les ligatures une leçon de M. Nélaton qui ne s'attribuait pas cette découverte mais qui citait Guthrie.

M. NICAISE lit un rapport sur une observation de M. Connor à propos d'une tumeur calcaire prérotulienne chez une femme de 50 ans.

La lésion siégeait au-dessous de la bourse prérotulienne.

Il y a trois modes de calcification :

1° Les sels calcaires peuvent se déposer sans aucune modification préalable des tissus ;

2° La calcification a eu pour point de départ un tissu pathologique de nature fibroïde peu pourvu de vaisseaux ;

3° La calcification a été précédée par la dégénérescence granulo-graisseuse du tissu.

Cette concrétion, qui pesait 23 grammes, était composée en grande partie de phosphates et de carbonates de chaux.

M. TRÉLAT a fait cinq opérations d'uranoplastie et d'uranostaphylorrhaphie. De ces cinq opérations, l'une a été un échec complet, les quatre autres ont été des succès.

Tous ses opérés étaient âgés de 15 à 17 ans.

Il ne convient d'opérer qu'après l'âge de deux à quatre ans ; avant cette époque on a peu de succès.

Si on est en présence d'une division totale de la lèvre, du bord du maxillaire et du palais, ainsi que du voile, il faut, si c'est un enfant, commencer par réunir les lèvres, mais a-t-on affaire à un jeune sujet, il faut débuter par réunir les bords

alvéolaires, puis la réunion des lèvres sera la dernière opération. Si il y a division totale moins le bec de lièvre, il faut commencer par réunir le bord alvéolaire. Enfin, n'y a-t-il qu'une division du voile du palais et de la voute, il faut faire les deux opérations en une seule fois; en effet, les deux opérations faites successivement nécessitent un délâbrement presque aussi grand que quand on fait l'opération en une seule fois.

OPÉRATION : Anesthésie par le chloroforme. Le malade est dans le décubitus dorsal, la tête fortement fléchie sur le dos, de cette façon on évite un écoulement de sang dans les voies aériennes. On commence par fixer solidement les mâchoires et la langue, à cet effet, M. Trélat a fait fabriquer un appareil qu'il présente. Lorsque tout est bien fixé, on fait l'avivement, puis les incisions libératrices, l'hémorrhagie qui se produit alors est facilement arrêtée par la compression ou par des lotions d'eau glacée. On doit ensuite se hâter de pratiquer le décollement des deux lambeaux, puis on termine l'opération par des sutures faites avec des fils d'argent très-minces et très-flexibles. Les opérés ont un appareil uranostophilin trop court. Beaucoup conservent un coryza postérieur. La parole est très-variable. Cette opération a un bon but, c'est de remédier à la difficulté des fonctions de déglutition et d'améliorer l'aspect du visage.

M. TILLAUX. Au point de vue de l'utilité de l'intervention chirurgicale chez l'adulte, on doit distinguer les perforations et les absences acquises. Dans les cas de perforations acquises on obtient de très-bons résultats, mais s'agit-il de division congénitale, surtout si le sujet est adulte, il faut hésiter avant de pratiquer l'opération. Un médecin américain lui a cité le cas d'un homme qui s'était fait opérer et qui, après guérison, a demandé à ce qu'on lui refit sa perforation tant il était gêné.

A propos de l'incision libératrice il dit qu'il faut toujours la faire en dehors de l'artère palatine postérieure, on n'a pas alors d'hémorrhagie, de plus la section de l'artère peut amener la gangrène du lambeau. Il croit aussi que l'incision ne doit pas dépasser le canal palatin.

M. LANNELONGUE demande que la discussion soit renvoyée à la prochaine séance.

M. TRÉLAT répondant à M. Tillaux dit: que l'on doit avant tout faire attention à la position sociale du sujet. Il dit aussi que ce n'est pas parce que l'on ménage ou ne ménage pas l'artère palatine postérieure, que l'on a eu des gangrènes, mais bien parce que l'on a taillé le lambeau dans la muqueuse, et que l'on n'a pas été assez près du périoste.

M. TILLAUX. Que la perforation de la route palatine soit large ou petite, il faut toujours faire l'incision libératrice le plus près possible du bord alvéolaire.

M. LEMAY parle d'un cas d'accouchement difficile chez une primipare; la présentation avait lieu par l'épaule; on fut obligé de couper le cou de l'enfant, qui était déjà mort. Le corps fut facilement extrait, mais c'est en vain que l'on appliqua le forceps pour extraire la tête. La malade étant très-fatiguée, on lui donna un peu d'extrait d'opium, et le lendemain la tête fût trouvée dans le vagin. Il croit que dans ce cas, il y avait une contraction tétanique occupant une partie voisine du col. L'opium l'ayant fait disparaître, la tête pût alors être expulsée. Un rapport sera fait à la prochaine séance. A. G.

SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE

Séance du 27 juin 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARDAT.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL procède au dépouillement de la correspondance et annonce à la Société 27 adhésions nouvelles.

M. DUMESNIL dépose sur le bureau diverses brochures offertes à la Société.

M. E. TRÉLAT étudie l'*hygiène de la vue relativement au sens plastique*. On sait que l'œil s'atrophie ou se développe suivant les conditions dans lesquelles on le met pendant l'enfance. De même la capacité plastique peut se fausser ou se perfectionner. Il serait donc bon d'avoir des milieux éducateurs qu'on obtiendrait au moyen de salles éclairées uniformément, d'un seul côté et par un seul jour.

M. GUBLER fait sur l'*étiologie de l'athérome artériel*, une communication très-écoutée. — La classe riche n'est atteinte d'athérome qu'à un âge avancé; chez les manouvriers, au contraire, on le rencontre même dans la jeunesse. L'alcool a été accusé de ce méfait; mais les riches en boivent tout autant que les pauvres. M. Gubler pense que, si l'athérome est plus fréquent dans une classe que dans l'autre, cela tient à la différence d'alimentation; en effet, l'une a un régime surtout azoté et l'autre un régime surtout végétal. Or, les végétaux contiennent une quantité considérable de sels calcaires; d'un autre côté, les solutions renfermant des sels minéraux abandonnent ces sels dans les tissus qu'elles traversent et on peut admettre que la tunique moyenne des artères peu vasculaire, peu active dans sa nutrition, se laisse incruster, étouffer par les sels en solution dans le sang: de là l'athérome artériel.

M. LIOUVILLE propose de constituer les bases d'un congrès d'hygiène pour 1878.

M. VALIN expose les conclusions d'un mémoire sur la désinfection, par l'air chaud, du matériel des hospices.

M. FIEUZAL lit une note sur les inconvénients des divers systèmes d'éclairage et les moyens d'y remédier.

La Société nomme des commissions pour la nomination des membres correspondants nationaux et étrangers, des membres titulaires.....

M. Vidal est élu membre du conseil d'administration. Les statuts de la Société, mis aux voix, sont adoptés à l'unanimité. I. BESSON.

BIBLIOGRAPHIE

Catalogue et Atlas du Musée Dupuytren; publiés par M. HOUEL, conservateur des collections, agrégé libre de la Faculté, etc. T. I, Paul Dupont et G. Masson, éditeurs, 1877.

Sous les auspices de la Faculté de Médecine, M. Houel entreprend une œuvre considérable, patiente et laborieuse d'une utilité incontestable. Grâce à ce catalogue, descriptif et analytique, les immenses matériaux accumulés dans le Musée Dupuytren seront mis entre les mains des travailleurs français et étrangers: grâce à l'atlas qui reproduit les plus importantes des pièces de cette riche collection, le monde savant prendra une idée complète du Musée et pourra utiliser ses nombreuses richesses dont la plupart, ignorées, sont trop longtemps restées improductives. L'ordre choisi pour la classification des pièces dans le catalogue est le même que celui qu'a suivi M. Houel pour leur arrangement dans le Musée: c'est par appareil ou système qu'elles ont été disposées:

1° Appareil de la locomotion; os et articulations; 2° système musculaire; 3° système nerveux; 4° appareil des sens; 5° appareil circulatoire; 6° appareil digestif avec ses glandes annexes; 7° appareil respiratoire; 8° appareil génito-urinaire; 9° système cutané et cellulaire. — Un neuvième et dernier chapitre comprend les monstres et la tératologie.

A la description complète de chaque pièce est jointe une observation sommaire avec indication du lieu de publication et du donataire: la description, dans la généralité des cas, est suffisante pour que le lecteur soit dispensé de recourir au travail original.

Le tome premier, mis en vente, comprend toutes les pièces ayant trait aux fractures et à la carie des os: les tomes deux et trois, dont la publication est imminente, seront consacrés à la pathologie osseuse et articulaire.

L'atlas du tome premier qui comprend trente-une planches et cent douze pièces, reproduites par le procédé d'impression photographique de Thiel, éclaire merveilleusement le texte en même temps qu'il tend à faire de l'œuvre de M. Houel une véritable anatomie pathologique iconographique.

Par la somme énorme de documents qu'il renferme, cet ouvrage a sa place marquée dans la bibliothèque de tous les travailleurs, aussi, sa publication complète sera-t-elle attendue avec une impatience qui soutiendra l'ardeur de l'auteur.

La manière large dont M. Houel a conçu l'œuvre à laquelle il consacre tous ses efforts (le catalogue formera de six à sept

volumes avec atlas) fait pressentir que nos collections d'anatomie pathologique ont trouvé un historien digne d'elles et que le jour prochain où la Faculté, reconstruite sur les vastes plans qu'on sait, donnera au Musée Dupuytren l'espace, l'air et la lumière qui lui manquent, notre musée n'aura plus rien à envier aux collections célèbres des pays étrangers.

L. LANDOUZY.

HYDROLOGIE

Les eaux thermales de la Bourboule.

On manque souvent de notions précises en hydrologie, et cependant chaque médecin prescrit l'usage des eaux minérales. Il en est quelques-unes dont l'emploi est devenu vulgaire, *la Bourboule* est dans ce cas : Connues depuis longtemps ces eaux n'étaient guère répandues avant le commencement du siècle, les communications peu faciles, une installation balnéaire insuffisante n'attiraient pas à la Bourboule un public de malades et de touristes aussi nombreux que maintenant.

Mais peu à peu, grâce aux ressources que laissent à chaque saison les baigneurs, on a pu mieux connaitre ces eaux, les étudier au point de vue médical et physiologique, faire des travaux importants dont le résultat a été de mettre au jour de nouvelles sources de températures différentes, condition essentielle sans laquelle on ne saurait amener l'eau thermale au degré prescrit par le médecin, sans altérer les propriétés par l'adjonction d'éléments étrangers ou même par simple dissociation des éléments organiques, auxquels elle doit souvent toute son efficacité.

Les eaux de la Bourboule possèdent une minéralisation sans analogue. Comme le remarquait le Dr Desnos, ce sont des eaux chlorurées sodiques fortes, des eaux alcalines assez puissantes, des eaux éminemment arsénicales; outre le sel marin, le bicorbonate sodique et l'arsénic, elles contiennent des principes fort nombreux, tels que le fer, la chaux, la silice, si bien combinés, si bien dosés en quelque sorte que M. le professeur Gubler a pu comparer ces eaux à une véritable lymphe minérale. — On voit dans combien de cas pathologiques on pourra utilement employer ce médicament, et nous ne craignons pas de donner ce nom à une eau minérale quand, comme celle dont nous nous occupons, on peut en mesurer la dose, en apprécier les résultats, en favoriser l'action par le régime et par la connaissance exacte de la constitution du malade. Il faut donc placer au premier rang des agents de la médication arsénicale, si employée aujourd'hui, l'eau de la Bourboule : c'est ce qui explique ses succès comme tonique dans la scrofulose et la tuberculose au début, comme moyen curatif dans les cachexies, les affections cutanées, les maladies chroniques du pharynx et du larynx, etc. On ne saurait du reste employer au hasard telle ou telle source; on devra recourir aux conseils du médecin, seul capable d'apprécier selon le cas s'il faut prescrire l'eau à forte thermalité, celle de la *source Perrière*, ou bien une eau tempérée comme celle des sources *de la Plage* et *Sedaigne* ; — parfois même on aura avantage à se servir de l'eau froide de la *Fenestre*, surtout dans les cas où le traitement devra avoir une certaine durée. Il y a donc dans les sources de la Bourboule une diversité *précieuse* qui explique bien le succès toujours croissant que les praticiens retirent de leur emploi, surtout de la source Périère, soit à domicile, soit aux thermes. C.

VARIA

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Avis.* — Volontariat d'un an, sursis d'appel. — MM. les étudiants qui ont contracté l'engagement conditionnel d'un an et qui désirent obtenir un sursis d'appel, sont invités à demander au doyen de la Faculté le certificat exigé par l'autorité militaire. Les certificats de cette nature seront délivrés au secrétariat à partir de ce jour jusqu'au 11 août inclusivement de dix heures à quatre heures. MM. les étudiants qui négligeraient de demander cette pièce d'ici à cette époque, ne pourraient l'obtenir ensuite qu'à partir du 1er novembre. — (*Gazette des hôpitaux.*)

On demande un médecin civil pour être affecté à l'hospice colonial, au dispensaire et à la prison de Saint-Louis Sénégal. — (*Gazette des hôpitaux*).

Nos lecteurs se souviennent que nous les avons plusieurs fois entretenus de cette réforme si simple, si naturelle et si logique, qui consiste à demander que les accouchements soient faits dans les hôpitaux par des accoucheurs. Nous espérons que la voix du Conseil municipal saura se faire entendre. — (*Journal des connaissances médicales.*)

Nous ne saurions trop applaudir à cette initiative. Nous nous permettrons une simple remarque, qui ne s'adresse d'ailleurs qu'à la forme : Pourquoi médecins-accoucheurs. Est-ce que tout médecin ne doit pas être accoucheur ? Ne suffit-il pas d'indiquer que les médecins seront nommés au concours et que, par conséquent, ils auront à justifier de connaissances spéciales en ce cas. — (*La Tribune médicale*).

BIBLIOTHÈQUE DE SAINT-PÉTERSBOURG. — Il a été publié récemment le rapport annuel sur la Bibliothèque impériale de Saint-Pétersbourg. D'après ce rapport relatif à l'année 1876, le budget de la bibliothèque est de 85,569 roubles (le rouble 3 fr. 95). Sur cette somme il en a été dépensé pendant l'année qui vient de s'écouler, 16,995 pour achat de livres. Le nombre des ouvrages nouveaux entrés à la Bibliothèque, pendant l'année dernière, a été de 19,854, formant 25,415 volumes. Les salles de lecture ont été fréquentées par 159,508 lecteurs qui ont consulté 337,536 volumes. Le journal russe le *Golos*, en citant ces chiffres, ajoute que plusieurs des sections de la Bibliothèque sont tellement remplies qu'il n'y a plus de place pour les livres. (*Journal officiel.*)

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LE PROFESSEUR **CHARCOT** reprendra son cours le lundi 2 juillet ; il consacrera les dernières leçons aux *pneumonies chroniques* et à la *tuberculose pulmonaire*.

MORTALITÉ A PARIS. — 1,988,806 habitants (recensement de 1876). Pendant la semaine finissant le 21 juin 1877, on a déclaré 954 décès, soit 24,9 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 21; — rougeole, 21; — scarlatine, 1; — variole, 4; — croup, 8; — angine couenneuse, 26; — bronchite, 29; — pneumonie, 44; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 29; — choléra nostras, »; — dysentérie, »; — affections puerpérales, 7; — érysipèle, 8, — autres affections aiguës, 298; — affections chroniques, 382 dont 149 dues à la phthisie pulmonaires; affections chirurgicales, 37; causes accidentelles, 39.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — AVIS : MM. les étudiants qui désirent concourir pour l'admission à l'emploi d'élève de l'École de santé militaire du Val-de-Grâce, trouveront au secrétariat de la Faculté les instructions dont ils pourront avoir besoin.

AVIS. — *Cours libre à l'École pratique.* — Le doyen a l'honneur de prier MM. les docteurs en médecine qui désirent faire des cours libres à l'École pratique pendant le premier semestre de l'année scolaire 1877-1878, de vouloir bien faire parvenir *leur demande avant le 15 juillet prochain.* Les demandes après avoir été soumises à l'assemblée de MM. les professeurs seront remises à M. le Ministre à qui il appartient d'accorder les autorisations nécessaires.

AVIS. — MM. les étudiants sont priés de déposer au secrétariat leur feuille d'inscription, la veille du jour où ils doivent prendre l'inscription.

CONCOURS pour la nomination à deux places de chef de clinique médicale. Un concours public pour la nomination à deux places de chef de clinique médicale aura lieu cette année dans le courant du mois de juillet. Le jour de l'ouverture du concours sera ultérieurement fixé. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine âgés de moins de 34 ans. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté du 1er au 10 juillet prochain, tous les jours de 1 heure à 4 heures.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Daubrée, membre de l'Institut, professeur. M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, feront une excursion géologique, le dimanche 1er juillet 1877, à Champigny. On se réunira à la gare de l'Est où l'on prendra à 10 h. 50 du matin le train partant de Paris pour Nogent-sur-Marne.

ASILE-SAINTE-ANNE. — *M. Magnan* continue tous les mercredis à 9 heures et demie l'étude pratique du diagnostic de la folie.

NOMINATIONS. — Par décret du 23 juin, ont été promus dans le corps de santé de la marine. Au grade de médecin principal : MM. les médecins de première classe Décugis et Amouretti.

AVIS. — Le *Progrès médical* est toujours flatté de voir ses confrères lui emprunter ses articles ; il regrette seulement que certains, plus catholiques que délicats, se les approprient sans en indiquer la source.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Maunoury (G.). — Etude clinique sur la fièvre primitive des blessés. Paris, 1877, in-8 de 100 pages avec 24 tracés thermométriques.

Boudet. — Etude sur les eaux minerales de Chateauneuf. Paris, 1877, in-8 de 143 pages.

Librairie O. DOIN, rue Antoine-Dubois.

Barnay (M.). — Etude expérimentale sur l'action physiologique et toxique de la codéine comparée à celle de la narcéine et de la morphine. Paris, 1877, in-8 de 60 pages avec tableaux dans le texte. — Prix : 2 fr. 50.

Bourceret (P.). — De la dysphagie dans la péricardite et en particulier de la péricardite à forme hydrophobique. Paris, 1877, in-8° de 77 pages. — Prix: 3 fr.

Clerault (G.). — La Bourboule, ses eaux minérales, leurs applications thérapeutiques. Paris, 1877, 1 vol. in-8 de 240 pages. — Prix : 5 fr.

Dupuis (L.). — Etude expérimentale sur l'action physiologique de la quinine. Paris, 1877, in-8 de 62 pages avec tableaux dans le texte. — Prix : 2 fr. 50.

Feuillet (L.). — Quelques cas d'hémianesthésie de cause mésocéphalique. Paris, 1877, in-8 de 34 pages. — Prix : 1 fr.

Grellety. — Vichy et ses eaux minérales. Paris, 1877, 1 vol. in-12 de 360 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Pinard (D.). — De la gingivite des femmes enceintes et de son traitement. Paris, 1877, in-8 de 28 pages. Prix : 1 fr. 50.

Trapenard (G.). — Etude d'hygiène des écoles (*Éclairage du jour et mobilier*). Extrait du compte rendu de la Société des sciences médicales de Gannat avec de nombreuses additions. Paris, 1877, in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr.

Wecker de (L.). — Echelle métrique pour mesurer l'acuité visuelle. Paris, 1877, 1 vol. in-8 avec atlas séparé, le tout cartonné. — Prix : 7 fr. 50.

Librairie V. A. DELAHAYE et Ce, libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Abadie (Ch.). Traité des maladies des yeux. Paris, 1877. 2 vol. in-8 de 500 pag. chacun avec 134 fig. dans le texte. 20 fr.

Bourceret (P.). De la dysphagie dans la péricardite et en particulier de la péricardite à forme hydrophobique. Paris, 1877. In-8 de 78 pag. 3 fr.

Boudant. — Les eaux minérales du Mont-Dore. Topographie, propriétés physiques et chimiques, clinique médicale. Paris 1877, 1 vol. in-8 de 528 pages.

Gillette (P). — Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris. Paris 1877, 1 vol. in-8 de 324 pages avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 francs.

Proust (A.). — Traité d'hygiène publique et privée. Paris 1877, 1 vol. grand in-8 de 840 pages, avec 3 cartes coloriées et figures dans le texte. Prix : 16 fr.

Vulpian (A.). Cours de pathologie expérimentale. Maladies du système nerveux. Leçons professées à la Faculté de médecine en 1877. Recueillies et publiées par le dr Bourceret. 1re livraison. Paris, 1877, in-8 de 32 pages. Les livraisons paraîtront le 1er et le 15 de chaque mois. Prix de chaque livraison, 1 fr.

Thomas-Caraman. — Etude sur les sources ferrugineuses de Forges-les-eaux (Seine-Inférieure) suivie d'un résumé des (observations-types des principales maladies traitées pendant les saisons (1872, 73, 74, 75 et 76). Imp. Jules Leclère. Paris, 1877, in-8 de 54 pages.

Chauvet (Ch.). — Du danger des médicaments actifs dans les cas de lésions rénales. Paris, 1877, imp. Parent, in-8. — Prix : 1 fr. 50.

Duncan Bulkley (A.-M.). — Two cases of morphœa, with remarks on the disease and its differental diagnosic. New-York 1877, chez Putnam's sons, in-8 de 6 pages.

On the nomenclature and classification of diseases of the skin, New-York, 1877. Chez Putnam's sons in-8 de 10 pages.

Transactions. — Of the american gyneological society, Boston, 1877. Published leg. H. O. Houghton and Ce vol. 1st for the year 1876 de 396 pages.

Martins Costa (D.-A). Do valor das investigaçoes thermometricas no diagnostico, etc., etc. Thèse inaugurale. Rio de Janeiro. Typ. Academica.

Martins Costa (D.-A.). Ainhum estudo sobro a moletia conheecida sob esta denominacão. Rio-de-Janeiro. Typ. Academica.

Martius Costa (D.-A.). A Albumino-pymeluria ou urinas leitosas estudo sobre sua naturezza e zeu tratamento. Rio-de-Janeiro. Typ. Academica.

Metropolitan asylum district. The second annual report of the committee for Clapton and Dareuth asylums for imbecile Children, to 31 st. 1876. London, 1877. Harrisson and sons printers.

Salle. — Etiologie de la carcinose. Paris, 1877; in-8 — Prix : 3 fr.

Almanacco. — Del movimento medico-chirurgico pel 1877, biographico, statico, pratico, Napoli, biografia, A. Trani.

Levinstein (Ed.). — Die Morphium Sucht. Eine Monographie nach eigenen Beobachtungen. Berlin, 1877, Verlag von Aug. Hirschwald. 68 Unter den Linden.

Silvestrini (G.). — L'afasia considerata nelle sue origine funzio noli. Padova, 1877, chez Prosperini, in-8 de 27 pages.

AVIS. — *Messieurs les Abonnés dont l'abonnement expire au premier juillet, sont priés de nous adresser le montant de leur renouvellement, le plus tôt possible, pour éviter les frais de recouvrement et ne pas éprouver de retard dans la réception du* **Journal**.

L'échéance du 1er juillet étant une des plus considérables de l'année, nous prions ceux de **nos abonnés** *dont l'abonnement expire à cette date, de vouloir bien le renouveler le plus promptement possible. Le prix de l'abonnement doit être envoyé* **franco** *au gérant du PROGRÈS MÉDICAL, soit en un mandat sur Paris, soit en un mandat de poste.*

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital temporaire. — Service de M. Strauss. Salle Saint-Geneviève (H.): 1, gastrique chronique; 6, ataxie locomotrice; 8, syphilis; 12, ulcère rond de l'estomac; 13, coliques saturnines; 23, péritonite tuberculeuse; 27, fièvre intermittente. — Salle Sainte-Marthe (H.): 5. ataxie locomotrice; 9, néphrite interstitielle; 12, paralysie saturnine généralisée, 15, fièvre intermittente; 16, myélite chronique; 19, sclérose en plaques; 23, péritonite tuberculeuse; 21, phlegmatia alba dolens; 25, alcoolisme; 26, rhumatisme articulaire aigu. — Salle Saint-Joseph (F.): 2, hydarthrose; 5, grossesse au 8e mois; 7, insuffisance mitrale; 8, néphrite interstitielle; 10, rhumatisme articulaire aigu; 15, carcinome de l'utérus, 16, ataxie locomotrice; 17, carcinome de l'utérus; 20, hémichorée post-hémiplégique; 22, épilepsie; 26, insuffisance mitrale.

Service de M. Heilly. Salle Sainte-Hélène (H.): 2, tuberculose, mal de Bright; 3, paralysie diphtéritique; 4, ictère; 6, érysipèle de la face; 8, intoxication mercurielle; 15, ataxie locomotrice; 19, intoxication saturnine; 27, sy

philis; 28; pleurésie. — Salle Saint-Jean (F.): 5, fièvre typhoïde; 15, insuffisance mitrale. — Salle Saint-Ferdinand (F.): scarlatine.

Service de M. Dieulafoy. Salle Saint-Philippe (H.): 2, paralysie saturnine; 3, urémie; 8, pneumonie caséeuse ? 18, tumeur syphilitique; 26, myélite chronique; 34, gastrite ulcéreuse; 38, pleurésie aiguë; 44, péritonite tuberculeuse.

Service de M. Duguet. Salle Saint-François (F.): 5, sclérose en plaques; 11, ataxie locomotrice; 15, aphasie, hémiplégie droite; 21, tumeur cérébrale ?

Hopital des Cliniques. — Lundi et vendredi, clinique et opérations; mardi, spéculum, consultation; mercredi, cours de petite chirurgie, par M. Planteau, aide de clinique; jeudi, samedi, consultation, ophthalmologie, otologie. (H.); 6, carie du sacrum; 18, fracture de jambe compliquée; 22, melanome de la peau généralisé; 26, écrasement du pied, fractures du 5e métatarsien, des 3 derniers orteils; 28, rhumatisme cérébral.— (F.): 2, tumeur de la région parotidienne, érysipèle; 10, arthrite médio-tarsienne; 18, hystérôme, métrorrhagie; 20, squirrhe du sein.

Hôpital de la Charité. — Service de M. Bernutz. Visite à 8 h. 1/2. Salle Saint-Ferdinand (H.): 4, hémoptysie symptomatique de tuberculose; 9, sciatique; 15 *bis*, gastrique alcoolique; 19, péri-encéphalite diffuse; 22, mal de Bright; 27, emphysème vésiculaire; 28, tremblement mercuriel. — Salle Saint-Joseph (F.): 3, pelvi-péritonite; 11, rhumatisme chronique; 11 *bis*, corps fibreux de l'utérus; 24, tuberculose pulmonaire.

Service de M. Laboulbène. Visite à 8 h. 1/2. Salle Saint-Félix (H.): 2, intoxication saturnine; 5, cœur gras, asystolie; 6, rhumatisme polyarticulaire aigu, endocardite; 12, syphilis; 12, orchite; 15, intoxication saturnine, début de néphrite interstitielle; 21, syphilis, endophlébite; 25, néphrite parenchymateuse chronique. — Salle Saint-Vincent (F.): 3, dysménorrhée, érysipèle; 10, rhumatisme articulaire aigu, péricardite; 15, érysipèle de la face; 16, syphilis; 23, pleuro-pneumonie; 25, insuffisance mitrale, tuberculose pulmonaire.

Chirurgie. Service de M. Trélat. Salle Saint-Jean (H.) : 12, nécrose syphilitique du maxillaire supérieur; 13, division congénitale de la voûte palatine restaurée; 14, abcès par congestion dans la gaîne du psoas; 15, synovites tendineuses chez un tuberculeux; 16, abcès ossifluent de l'omoplate; 17, infiltration sanguine du creux axillaire par suite de contusion; 19, fistule à l'anus, 20, fistule de la paroi abdominale; 21, hernie du poumon.— Salle Sainte-Rose (F.): 12, echthyma sur un membre affecté de varices; 13, 15, antéflexion utérine et métrite; 16, kyste du sinus maxillaire compliqué de périostite; 18, synovite de la patte d'oie, hydarthrose; 20, corps fibreux péri-utérin comprimant les veines du petit bassin; 21, endométrite fongueuse, tumeur lacrymale et blépharite ciliaire.

Le redacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 27. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 7 JUILLET 1877.

Le Progrès Médical

ANATOMIE NORMALE

Des aponévroses de l'abdomen;

Par **F. PONCET**, agrégé libre du Val-de-Grâce.

Les coupes histologiques constituent le meilleur moyen pour étudier la disposition, les rapports et l'agencement des aponévroses de l'abdomen.

Au-dessus de l'ombilic le grand oblique, le petit oblique et le transverse sont superposés en étage de façon que le bord interne du dernier arrive au tiers externe du droit antérieur; la sangle musculaire n'est pas interrompue. A ce niveau, l'aponévrose du grand oblique (G. O.), formée par les deux feuillets de la gaîne du muscle, se porte en avant du petit oblique et ne se confond d'une manière intime au feuillet antérieur du petit oblique que près de la ligne blanche. Les deux feuillets aponévrotiques du muscle P. O. se réunissent à son bord interne, forment alors une bandelette solide de 1 à 2 centimètres de laquelle partent les deux feuillets antérieurs et postérieurs du droit antérieur (D. A.).

Le transverse, T., garni de deux feuillets aponévrotiques affleure le D. A. à 1 ou 2 centimètres en dedans de son bord externe. En ce point, il y a réunion de trois feuillets aponévrotiques; l'aponévrose du T s'accole au feuillet postérieur du petit oblique (P. O.) et devient indistincte seulement sur la ligne blanche.

On pourrait donc dire que chacun de ces quatre muscles possède son aponévrose propre : celles du grand oblique et du transverse se rendent directement à la ligne blanche; celles du petit oblique et du droit antérieur étant réunies latéralement par une bandelette fibreuse. Cependant, *au-dessous de l'ombilic* et au-dessus du ligament de Douglas, la disposition générale des aponévroses du G. O. et du T. étant la même, on reconnaît que la bandelette de fusion n'existe pas et que le feuillet antérieur du P. O. passe directement en avant du D. A. et le feuillet postérieur en arrière du D. A. La fusion de tous ces feuillets n'est réelle que près de la ligne blanche.

La ligne blanche n'est pas constituée, comme on l'a toujours écrit depuis Winslow, par l'entrecroisement de l'aponévrose du petit oblique opposé avec le G. O.

Tout d'abord, le fascia superficialis qui est au-dessus de la ligne blanche, se décompose en une quantité de loges graisseuses anastomosées entre elles. Sa division en deux feuillets est un artifice du scalpel; sur la ligne médiane quelques faisceaux de tissu conjonctif forment un raphé; mais c'est une barrière incomplète sous le derme entre les pannicules graisseux droits et gauches.

Des coupes bien perpendiculaires démontrent sur la ligne médiane et pour tous les feuillets, un entrecroisement général décomposable de la façon suivante :

1° Entrecroisement immédiatement sous le fascia superficiel des premières fibres des G. O. Les profondes se rendent immédiatement contre la face postérieure du D. A. opposé.

2° Entrecroisement sur la ligne médiane des fibres les plus internes des transverses entre elles. Les supérieures renforcent les faisceaux voisins.

3° Entrecroisement sur le bord interne du D. A. du feuillet antérieur et du feuillet postérieur du P. O. divisé en chevelu épais.

4° Entrecroisement des mêmes bandelettes avec leurs congénères du côté opposé. Ce dernier entrecroisement étant renforcé en haut par quelques fibres du T, il y a donc en réalité six points d'entrecroisement.

Les *Enervations* du D. A. sur des coupes perpendiculaires et verticales sont constituées de la façon suivante :

Coupe perpendiculaire. L'aponévrose du G. O. y est parfaitement distincte du feuillet du P. O. De celui-ci descendent des trousseaux fibreux, puissants, anastomosés entre eux, formant ainsi des anses près de la face profonde de l'aponévrose; ces anses sont rares vers la portion péritonéale. Elles contiennent dans leur concavité des tendons accolés les uns aux autres et coupés perpendiculairement. Ces tendons sont entourés de faisceaux musculaires.

De la face supérieure du feuillet inférieur du petit O., se détachent d'autres fibres en anses, mais faibles. Entre les tendons sectionnés perpendiculairement et entre les anses courbes, existent des coussinets graisseux très-abondants, des vaisseaux et des nerfs.

Coupe parallèle. Elle offre l'aspect suivant : de la face inférieure du feuillet supérieur du P. O. se détache un tendon épais muni de digitations secondaires, verticales, donnant attache aux faisceaux musculaires. Le tendon principal est ici coupé perpendiculairement à son axe antéro-postérieur et les tendons secondaires parallèlement à leur direction et d'avant en arrière comme le muscle. Entre les digitations secondaires les plus superficielles, on reconnaît les sections perpendiculaires des faisceaux à anses. Le tendon principal et les digitations secondaires sont entourées de graisse au milieu de laquelle existent des vaisseaux et des nerfs. Si quelques fibres établissent l'adhérence de l'intersection avec le feuillet postérieur du G. O. un coussinet graisseux semble isoler précisément l'intersection d'avec le feuillet du P.O. L'usage de ces intersections est donc : 1° de faire du muscle droit antérieur un muscle à différents centres de contraction; — 2° de maintenir le muscle étalé sans fasciculation, comme la barre des hamacs; 3° d'associer l'action du droit antérieur à celle de tous les muscles de l'abdomen puisque toutes les aponévroses sont fusionnées à la ligne blanche.

Chacune de ces opinions avait été entrevue par les anatomistes anciens et modernes depuis Carpi et Winslow jusqu'à Sabatier et Sappey qui s'étaient attachés à l'une d'elles isolément, mais l'action complète du muscle fondée sur la structure intime des énervations et sur celle de la ligne blanche, n'avait pas encore été donnée.

PATHOLOGIE INTERNE

Modifications des souffles extra-cardiaques;

Par **CUFFER**, interne lauréat des hôpitaux (1).

A côté des modifications importantes des souffles extra-cardiaques que nous venons de passer en revue, il en est d'autres dont l'observation suivante donnera l'idée la plus nette.

Chez une malade, salle Sainte-Eulalie, n° 27, mars 1876, il fut facile de constater que le *souffle extracardiaque est en rapport direct de l'intensité des contractions cardiaques*.

En effet, on observa d'abord, au début de son attaque de rhumatisme, un assourdissement, un enrouement des bruits du cœur, mais pas de souffle. Un peu au-dessus de la pointe du cœur, on entendit, à la même période de la maladie, un frottement péricardique des plus nets, frottement augmentant très-notablement dans la position assise. — A la suite de vésicatoires et de ventouses scarifiées, les signes de péricardite disparurent, les bruits du cœur devinrent moins sourds, mais en même temps les contractions cardiaques

(1) Voir les nos 12, 15 et 17.

prirent un caractère tout particulier. Elles se rhythmèrent de telle façon que sur quatre systoles, la première seule était très-accentuée, les trois suivantes au contraire beaucoup plus faibles, et au moment où se produisait la systole la plus forte, on entendait un souffle. Evidemment ici le cas était complexe ; l'apparition d'un souffle au premier temps à la base, chez une femme rhumatisante, et manifestement atteinte d'*endo-péricardite*, devait faire immédiatement penser à un *souffle organique*.

Mais ce caractère d'un souffle, correspondant à une systole donnée, n'est pas le fait d'un souffle endocardiaque anémique ou organique. Il faut dire cependant que, dans quelques cas, on observe une ébauche, pour ainsi dire, de cette modification dans les souffles intra-cardiaques ; nous avons d'ailleurs examiné ce point dans le chapitre précédent. Mais, quand ce fait existe, le souffle intra-cardiaque, lorsqu'il se produit, présente d'autres particularités qui ne permettent pas de le confondre avec un souffle extra-cardiaque, il se prolonge dans un sens bien déterminé, s'accompagne de troubles circulatoires, de modifications du pouls, en rapport avec la lésion cardiaque dont il est symptomatique.

Or, dans notre observation, le souffle ne se propageait pas et ne s'accompagnait d'aucune modification du pouls qui aurait dû être, si le souffle avait été organique, celui d'un rétrécissement aortique. De plus, le souffle diminuait beaucoup dans la position assise. Du reste, quelques jours après, le souffle prit un caractère qui ne permettait plus de douter de sa nature, étant donnée l'explication émise plus haut des souffles extra-cardiaques en général, il était devenu *saccadé* à certains moments.

Pendant quelque temps, le cœur fut rhythmé, ainsi que nous l'avons dit, d'une manière systématique (bien que, cependant, la malade n'ait pas pris de digitale), et le souffle présenta pendant toute cette période les particularités précédentes. — Au bout de quinze jours environ, les contractions du cœur devinrent uniformes, mais toutes moins fortes que la contraction pendant laquelle seule on constatait le souffle ; à dater de ce jour, le souffle disparut complétement.

A quoi donc tenait ce souffle de la base ? Il est permis de se poser cette question, puisque nous savons que, en général, les souffles extra-cardiaques se passent un peu au-dessus de la pointe du cœur. Il est probable que ce souffle était dû *à la compression de la lame de poumon par l'artère pulmonaire* qui, au moment de son expansion pendant la systole du cœur pouvait produire le souffle de la même manière que le cœur en produit quand, par sa pointe, il vient frapper le poumon.

Le *mécanisme* nous paraît être le même, et l'on comprend que les modifications du souffle, ainsi que ses autres caractères devaient être identiques par là-même. Nous pensons que c'est l'*artère pulmonaire* qui doit ici être mise en cause, car c'est au niveau du point d'auscultation de l'orifice pulmonaire que le souffle existait, c'est-à-dire au bord gauche du sternum dans le 2e espace intercostal.

Qu'on nous permette d'ajouter que, d'après M. le professeur Potain, il est fort probable que bien des souffles, considérés comme anémiques et regardés comme se passant dans l'artère pulmonaire, ne sont que des souffles extra-cardiaques.

Pour terminer cette étude clinique des modifications des souffles extra-cardiaques, il nous reste à examiner l'*influence que la respiration exerce* sur ces souffles *par suite du changement de situation qu'éprouve le cœur dans l'inspiration*.

Nous avons dit plus haut que le souffle extra-cardiaque cessait juste au point où commençait la *portion découverte du cœur*. Or, voici ce que l'on observe dans certains cas : Après avoir délimité avec soin la matité absolue du cœur, et la partie découverte, on constate quelquefois la disparition d'un souffle lorsque l'on fait faire au malade une grande inspiration. Ce fait est le résultat du déplacement du cœur qui, ne venant plus frapper la lame pulmonaire, ne produit conséquemment plus de souffle. Ce déplacement du cœur est très-évident dans les grandes inspirations. — Da Costa, dans un travail *Sur l'influence de la respiration sur la position du cœur* a mis ce fait en relief. Dans une inspiration forcée, le choc du cœur ne se fait plus entre la 5e et la 6e côte, mais au niveau du cartilage ensiforme, immédiatement en-dessous des cartilages costaux à environ un pouce à gauche de la ligne médiane.

Ce déplacement explique parfaitement le fait que nous avons observé. Cependant le souffle ne disparaît pas dans tous les cas.

Nous avons recueilli deux observations dans lesquelles *le souffle se déviait à droite* dans les grandes inspirations. Chez ces deux malades, et en particulier chez la nommée Brunel, salle Sainte-Eulalie, n° 10, nous avons fait aussi l'expérience du *changement de position*. Dans *la position assise, le cœur se dévie dans le même sens que sous l'influence de l'inspiration forcée*. Nous l'avons parfaitement constaté, et nous pouvons affirmer que le souffle extra-cardiaque non-seulement *s'atténue* dans la position assise, mais encore *change de place*, il se dévie vers la droite. Il peut même disparaître complétement lorsque, par suite de cette déviation, le cœur abandonne ses rapports avec la lame pulmonaire nécessaire à la production du souffle.

Enfin, l'*épaisseur de la lame pulmonaire précordiale* n'est pas sans influence sur l'intensité du souffle extra-cardiaque. Voici ce que nous avons observé chez un homme atteint de *pneumonie droite*.

Salle Saint-Jean, n° 11, mois d'avril 1876. Pendant la période d'état de la pneumonie, l'auscultation du cœur ne dénotait rien d'anormal. La respiration du poumon gauche avait le type supplémentaire. Au bout de quelques jours, après la guérison de la pneumonie, on entendit, au-devant du cœur, un souffle présentant tous les caractères des souffles extra-cardiaques. La respiration du poumon gauche avait alors repris son timbre normal.

Voici donc un souffle qui n'existait pas pendant la période aiguë de la pneumonie et qui apparaît lorsque celle-ci a disparu. Ce fait n'a rien qui doive nous étonner, mais il n'en est pas pour cela moins intéressant. Nous l'expliquons de la façon suivante. Il faut d'abord se souvenir que le *souffle extra-cardiaque se produit le plus généralement sur le bord même de la lame pulmonaire précordiale, à l'endroit où cette lame est le moins épaisse*. C'est là une règle générale qui explique pourquoi les souffles extracardiaques se montrent très-rarement chez les emphysémateux dont le cœur est complétement recouvert par le poumon très-épaissi. Or, pour le cas qui nous occupe, il est probable que la respiration supplémentaire du poumon gauche a produit pendant la période d'état de la pneumonie le même résultat que l'emphysème pulmonaire, et que, après la guérison, le poumon gauche revenant à l'état normal, la lame pulmonaire précordiale est redevenue moins épaisse, ce qui a permis au souffle de se produire.

Nous avons fini avec les souffles extracardiaques. Notre intention n'était pas, on le voit, de refaire l'histoire complète de ces souffles; nous voulions seulement appeler l'attention sur certaines modifications de ces souffles qui n'avaient pas été étudiées jusqu'ici. Nous espérons avoir montré combien ces modifications sont importantes au point de vue de la séméiologie.

Un *dernier fait*, tiré de la clientèle de notre excellent maître, M. Potain, montrera d'une façon péremptoire, je crois, l'importance qu'il y a à examiner les malades dans diverses positions.

Un malade, sujet à des palpitations, atteint d'ailleurs d'hypertrophie du ventricule gauche, avait consulté plusieurs médecins, qui, en présence des phénomènes précédents fournis par le cœur avaient diagnostiqué une affection mitrale. En effet, il y avait un souffle très-intense au premier temps à la pointe ; ce souffle s'entendait très-manifestement en arrière de la poitrine. Tous ces signes se rapportaient bien à un souffle organique. Cependant, le pouls n'était nullement en rapport avec une lésion mitrale; il n'y avait pas de troubles

circulatoires, propres à corroborer le diagnostic fourni par l'auscultation seule du cœur. Ces symptômes anormaux étaient de nature à faire hésiter; aussi, le diagnostic changea-t-il souvent. Tantôt, on rejetait l'idée d'affection mitrale, tantôt on pensait à la possibilité d'un anévrysme de l'aorte, tantôt, enfin à un souffle anémique.

M. Potain, après avoir examiné avec soin, constata que le souffle était extra-cardiaque. C'est qu'en effet le souffle diminuait beaucoup lorsque le malade se couchait sur le côté droit. Le souffle extra-cardiaque était quelque peu différent de ceux que nous avons étudiés jusqu'à présent. Ce n'était plus par le choc du cœur sur la lame pulmonaire précordiale que le souffle était produit; c'était par la compression du poumon gauche sur lequel reposait le cœur. Le cœur gauche, étant hypertrophié, était bien plus qu'à l'état normal en rapport avec le poumon, chassait à chaque fois qu'il se distendait l'air contenu dans les parties du poumon avec lesquelles il était constamment en contact. Et ce qui prouve bien que ce souffle était extra-cardiaque, c'est non-seulement l'épreuve du changement de position indiqué quelques lignes plus haut, changement de position qui, en forçant le cœur à se déplacer, l'obligeait à quitter un peu les parties du poumon avec lesquelles il était en contact, fait qui faisait disparaître, par là même, le souffle; mais ce qui le prouve encore, c'est que le souffle, qui avait d'abord été continu, n'avait pas tardé à prendre le *caractère saccadé,* signe évident d'un souffle extra-cardiaque.

Cette observation se passe de commentaires, elle vient parfaitement à l'appui de notre thèse. Elle montre combien le diagnostic est difficile dans certains cas ; elle prouve en outre, l'importance séméiologique des modifications des bruits de souffle. Et certes, ce n'est pas de médiocre importance de distinguer un souffle extra-cardiaque, car nous sommes persuadé que bien des souffles extra-cardiaques sont journellement pris pour des souffles intra-cardiaques. Cette erreur de diagnostic se fait d'autant plus facilement que l'excitation du cœur, dans le cours des rhumatismes, est une cause prédisposante de ces souffles extra-cardiaques, ainsi que nous l'avons montré. Il faut donc être prévenu de ce fait, afin de ne pas diagnostiquer une endocardite, alors que celle-ci n'existe pas. Et nous pouvons affirmer que les recherches de M. Potain, lorsqu'elles seront plus connues, permettront de relever bien des erreurs de ce genre et d'être un peu moins affirmatif qu'on ne l'est souvent sur l'existence d'une endocardite, lorsque dans le cours d'un rhumatisme articulaire, on découvre un souffle de la région cardiaque.

(*A suivre.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. CHARCOT.**

IIe LEÇON. — **La structure lobulaire du poumon** (1).

Messieurs,

Après l'aperçu sommaire que je vous ai présenté dans la première leçon, relativement à la texture lobulaire du poumon, tout n'est pas dit; aussi, faut-il aujourd'hui pousser plus avant l'examen. Nous devons, en effet, considérer plus minutieusement que nous ne l'avons fait jusqu'ici, l'arrangement des parties dans le lobule lui-même. Cette étude nous conduira à la connaissance de détails topographiques très-circonstanciés et nous permettra, par conséquent, de tenter, dans un avenir prochain, une localisation étroite et précise des diverses altérations du parenchyme pulmonaire.

Faisant appel à l'histologie proprement dite, nous serons en outre obligés de remonter autant que possible jusqu'aux éléments anatomiques; car c'est en eux, à tout prendre, que nous pouvons avoir quelques chances de rencontrer anatomiquement la première empreinte des processus morbides.

I. J'ai fait placer sous vos yeux une figure schématique fort instructive, que j'ai empruntée à l'édition la plus récente du *Traité d'histologie*, publié par M. Rindfleisch (2). Cet anatomiste distingué s'est livré dans ces dernières années à une série d'études concernant la structure normale du poumon, en vue surtout des applications anatomo-pathologiques. Sous ce rapport, les recherches de M. Rindfleisch nous intéressent naturellement d'une façon toute spéciale. J'ajouterai que les faits qu'il s'est efforcé de mettre en lumière sont de tous points conformes aux résultats consignés par M. Eilhard Schultze dans un des travaux les plus justement estimés qui aient paru sur la matière (1).

Cette planche (*Fig. 36*) représente la coupe pratiquée suivant

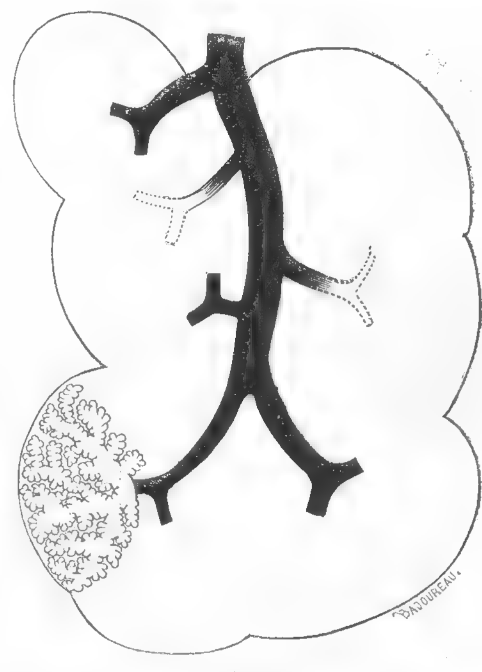


Fig. 36

l'axe principal d'un lobule pulmonaire de grande dimension, c'est-à-dire mesurant environ un centimètre en longueur et un demi-centimètre dans le sens transversal. Une petite bronche, appartenant à la catégorie de celles que M. le professeur Sappey désigne sous le nom de *sub-lobulaire*, pénètre la substance du lobule par une des extrémités de celui-ci. Nous faisons abstraction du rameau satellite de l'artère pulmonaire et de ses divisions intra-lobulaires afin de ne point surcharger le tableau.

Vous voyez comment ce petit tuyau bronchique, dont le diamètre, au moment, de son entrée, est de 1 μ environ (Sappey), se dirige suivant l'axe central du lobule, sans diminuer beaucoup de volume, jusqu'à un point où il se divise en deux branches secondaires qui s'écartent l'une de l'autre sous un angle aigu. Mais, dans son parcours, ce troncule, qui porte le nom de *bronche intra-lobulaire*, a donné naissance à d'autres rameaux qui s'en sont détachés selon l'ordre alternant et sous une incidence presque perpendiculaire.

Dans le cas que nous supposons, le nombre des rameaux de second ordre, y compris ceux qui proviennent de la division dichotomique terminale, est de sept. Ce n'est pas là, toutefois, veuillez le remarquer, Messieurs, un chiffre constant, tant s'en faut : le nombre de ces rameaux se montre variable.

Quoi qu'il en soit, chacun d'eux se divise encore à son tour et fournit des bronchioles remarquables et par leur court trajet et par l'étendue relativement considérable de leur diamètre (1/3 de μ environ, d'après Rindfleisch). Le nombre de ces bronchioles courtes se trouve être dans l'exemple choisi, de 14 ; mais il pourrait y en avoir beaucoup moins, soit 4 dans un très-petit lobule, ou beaucoup plus, jusqu'à 20 ou 30 dans les plus gros lobules. J'ajouterai que ces bronches courtes ne répondent pas toujours à des ramifications de deuxième

(1) Voir le n° 25.
(2) 4e Édition, *fig. 141.*

(1) *Stricker's Handbuch*, t. I, p. 464.

ordre par rapport au tronc bronchique, mais bien quelquefois à des ramifications de troisième ou de quatrième ordre.

Ces bronchioles méritent, comme vous allez le voir, de fixer votre attention et doivent être désignées par un nom particulier : je les appellerai *bronchioles terminales*; elles représentent, en effet, la fin du système bronchique proprement dit. Les divisions ultimes qui leur font suite offrent dans leur structure et, du même pas, dans le rôle physiologique qu'elles accomplissent, des modifications profondes; en d'autres termes, l'orifice des bronchioles terminales, qui regarde la surface du lobule, s'ouvre dans un système de canalicules où s'opère le phénomène de l'hématose et dont la structure, en raison même de ses fonctions nouvelles, s'éloigne de celle des bronches.

II. L'ensemble des canalicules aériens qui communiquent avec une bronchiole terminale — dont ils sont en quelque sorte l'expansion — constitue un petit système, tout-à-fait indépendant des autres systèmes analogues qui sont en relation de continuité avec les autres bronchioles de même ordre.

Ce sont donc, ainsi qu'il vous est aisé de vous en rendre compte, autant de lobules nouveaux en lesquels peut être décomposé le grand lobule. De fait, chacun des lobules secon-

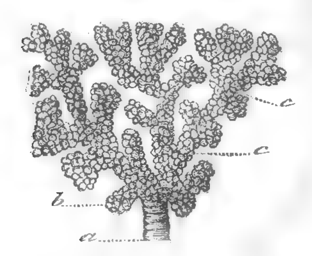


Fig. 37. — *Système des conduits alvéolaires avec les infundibula, pris sur le bord du poumon d'un singe (Cercopithecus).* — Injection au mercure, grossissement de 10 diam. — *a*, terminaison bronchique. — *b, b*, infundibula. — *c, c*, conduits alvéolaires.

daires ainsi formé est séparé de ceux qui l'avoisinent par une lamelle de tissu conjonctif, assez distincte chez le fœtus et les très-jeunes enfants, fort délicate, au contraire, chez l'adulte où cependant elle se reconnaît quelquefois fort bien sur la base des lobules sous-pleuraux quand cette base est marquée par une traînée pigmentaire.

Je vous proposerai, avec M. Rindfleisch, de désigner ce nouvel élément de texture sous le nom d'*acinus pulmonaire*. La désignation de *lobule secondaire* me semble d'un emploi peu commode; elle a été, d'ailleurs, plus d'une fois compromise, par suite de l'usage arbitraire qu'en ont fait les auteurs : les uns appelant *lobule secondaire* ce que d'autres appellent *lobule primitif;* il en est, enfin, qui appliquent les mots *lobule secondaire* à une partie seulement de l'acinus et non à l'acinus tout entier.

L'*acinus pulmonaire*, ainsi déterminé, correspond exactement au *système des conduits alvéolaires de M. Schultze*, aux *lobulettes* de M. Waters, auteur d'un travail très-estimable sur la structure du poumon, publié à Londres en 1860 (1); cette appellation « lobulettes » a tout au moins l'inconvénient de n'appartenir à aucune langue, malgré sa consonnance française. Voici assez de raisons, je pense, pour justifier l'emploi de cette dénomination d'*acinus pulmonaire* à laquelle je m'arrête. (*Fig. 37.*)

Comme chacune des bronches terminales supporte à son extrémité un acinus qui y est appendu à peu près à la manière d'un fruit, le grand lobule pulmonaire, dans le cas invoqué par M. Rindfleisch, serait donc formé par 14 acini, autant qu'il y a de bronchioles. Mais il convient de remarquer que le *nombre* des acini est variable dans la même proportion que celui des bronchioles terminales. La *forme* et les *dimensions* des acini se rapportent, au contraire, à un type presque constant : ce sont de petites pyramides dont l'axe longitudinal ou mieux celui qui va de l'extrémité de la bronchiole terminale à la surface du lobule mesure approximativement de 2 à 3 millimètres et dont le diamètre transverse, qui est parallèle à la surface, a une étendue à peu près égale (Rindfleisch, Schultze).

III. Tous les acini sont faits sur le même modèle quant à la *texture* et ce qu'on dit de l'un, à ce propos, s'applique exactement aux autres. Les détails de cette texture doivent être actuellement, de notre part, l'objet de quelques développements. Car, s'il est vrai que c'est dans les acini que se passent les phénomènes physiologiques les plus importants, dont l'organe pulmonaire est le siége, c'est là aussi que se produisent les altérations qui devront plus particulièrement fixer notre attention.

Il importe de distinguer, d'ailleurs, ce qu'on pourrait appeler l'architectonique des canalicules respiratoires et l'analyse des éléments qui entrent dans leur composition. Nous nous attacherons d'abord au premier point.

Nous abordons là, Messieurs, une question d'anatomie délicate fort débattue depuis l'époque, éloignée déjà, où Malpighi l'a, pour la première fois, sérieusement abordée et qui, malgré les nombreux travaux dont elle a été l'objet, n'est pas encore résolue sur tous les points d'une façon absolument satisfaisante. Les quelques recherches personnelles que j'ai dû faire dans ces derniers temps, relativement à ce sujet, pour les besoins de cet enseignement, m'ont conduit à considérer la description tracée par M. Schultze et adoptée par Henle et quelques autres anatomistes comme étant celle qui se rapproche le plus de la réalité. Du reste, la description de M. Schultze ne s'éloigne pas, au moins dans les traits essentiels, de celle qu'a donné M. Rossignol, en 1847, dans un mémoire qui fait époque (1). Je m'appuierai aussi dans mon exposé sur les enseignements fournis par l'étude des lésions. L'anatomie pathologique, vous ne l'ignorez pas, peut prêter son concours à l'anatomie normale : la maladie, en effet, fait souvent ressortir, en les exagérant, des dispositions de structure qui, à peine accentuées dans l'état physiologique, pourraient passer inaperçues ou être mal interprêtées.

Avant de nous engager dans cette étude, il sera opportun, je crois, de considérer, en premier lieu, la disposition beaucoup plus simple que présentent les dernières expansions des ramifications bronchiques, à l'état fœtal. Pour rendre cet exposé plus clair, je place sous vos yeux un dessin fait sur nature et figurant la disposition de l'appareil des canalicules bronchiques chez un fœtus de trois mois que nous venons d'examiner. Vous voyez une bronche de calibre se ramifier plusieurs fois et donner naissance à un troncule d'où partent trois petits canaux qui, eux, se divisent encore, et on constate que chacune des divisions, ainsi produites, se termine par un renflement ayant la forme d'une ampoule.

Il est facile, sur le modèle de cette disposition, d'établir un schéma tout-à-fait propre à faciliter l'intelligence de l'arrangement beaucoup plus complexe des terminaisons de l'arbre aérien chez l'adulte.

Supposons une bronchiole se terminant par une ampoule pyriforme. Les parois de cette ampoule se déprimeront, à un moment donné, sur deux points, de telle sorte qu'il en résultera trois petits culs-de-sac. Chacun de ces culs-de-sac se divisera, à son tour, suivant le même procédé, en deux culs-de-sac : d'où il suit que nous aurons trois culs-de-sac de premier ordre, terminés par deux ampoules secondaires.

Voilà, Messieurs, une disposition très-simple reproduisant, à peu de chose près, les dispositions de l'état fœtal et qui ne s'éloigne pas foncièrement, vous allez le reconnaître, de la disposition réelle, plus compliquée, qu'on observe chez l'adulte.

Dans chaque acinus, les canaux aériens composent un système assez compliqué dont les parois, qui limitent l'acinus du côté de sa surface extérieure, se continuent avec les parois de la bronche terminale. Au point où celle-ci s'abouche avec les canalicules, elle subit une sorte d'évasement répondant à un espace vestibulaire vers lequel viennent converger et s'ouvrir, pour chaque acinus, trois ou six conduits cylindriques. Ces conduits, que l'on désigne sous le nom de *conduits alvéolaires* (1), à partir du point de réunion (Waters) ou vestibule, s'écartent les uns des autres en rayonnant et formant entre eux des angles très-aigus. Chemin faisant, ils se ramifient plusieurs fois, suivant le mode dichotomique, et se terminent

(1) Houghton Waters, — *The anatomy of the human Lung;* London, 1860.

(1) Concours des savants étrangers, *Académie royale de Belgique.*

(1) *Alveolargänge*, — *Air Sacs* (Waters), — *Bronches alvéolaires*, — *Petioli infundibulorum* (Schultze, 1862).

enfin par des extrémités aveugles, renflées en forme d'entonnoir. Le diamètre transverse des conduits alvéolaires, varie entre 0,4 et 0,2 chez l'adulte (Schultze). Un contraste frappant existe entre les parois de ces conduits et celles de la bronche terminale. En effet, tandis que les parois de la bronche terminale restent parfaitement lisses, celles des conduits alvéolaires sont parsemées d'une série de petits renflements qui font en quelque sorte hernie à leur surface externe et constituent autant de logettes ou alvéoles. Ces logettes, qui, pour la plupart, ont des dimensions égales, sont séparées les unes des autres par de minces cloisons s'avançant vers l'axe du conduit, perpendiculairement à sa direction. Les extrémités libres de ces cloisons laissent entre elles, au centre du conduit, un espace, une voie libre, un *passage*, pour nous servir des expressions de Todd et Bowmann. Cette voie s'étend du vestibule aux infundibules qu'il fait communiquer entre eux et, le long de son trajet, il donne accès, par un large orifice, dans chacun des alvéoles latéraux. Ces alvéoles, qui sont pour ainsi dire greffés sur les parois des conduits alvéolaires, portent le nom d'*alvéoles pariétaux*.

D'après la disposition que nous venons d'indiquer, ces alvéoles ne communiquent pas directement les uns avec les autres, mais seulement par l'intermédiaire du chemin ou du passage central. Et, si vous voulez bien me permettre une comparaison, je vous dirai que la figure, obtenue par une section longitudinale passant par l'axe médian du conduit, rappelle l'aspect de ces longs corridors des prisons modernes dans lesquels s'ouvrent les cellules latérales.

Les renflements, placés à l'extrémité des conduits, sont faits sur un plan semblable à celui des conduits eux-mêmes. En d'autres termes, on a sous les yeux des parois creusées d'alvéoles s'ouvrant dans un espace commun autour duquel ils rayonnent. C'est là une disposition qui rappelle celle d'une maison romaine avec son *impluvium* central et ses *cubicula*. En général, les alvéoles des infundibula sont plus profonds que ceux des conduits alvéolaires, mais, en revanche, ils sont séparés par des parois plus minces.

Les *infundibula* — ce terme appartient à la nomenclature de Rossignol — ont été quelquefois désignés sous le nom de *complexus alvéolaires*. Plusieurs auteurs les ont appelés *lobules primitifs* (Sappey, etc.); d'autres, *lobules secondaires* (Le Fort). Chaque infundibulum est composé d'ordinaire d'une douzaine d'alvéoles; pourtant, il peut se faire que leur nombre soit un peu plus ou un peu moins considérable, et la surface de section transversale d'un conduit alvéolaire peut offrir quatre ou cinq alvéoles.

Il n'y a pas à considérer seulement des infundibules terminaux, il y a aussi des *infundibules pariétaux* : ceux-ci sont greffés de distance en distance sur les canaux alvéolaires de premier ou de second ordre et communiquent avec eux par un orifice d'une largeur variable.

Les alvéoles, examinés soit dans les infundibules, soit dans les conduits alvéolaires, ont, chez l'enfant, une forme généralement globuleuse; cependant, quelquefois, ils ont une forme polyédrique. Leurs dimensions sont différentes suivant les âges et suivant les circonstances pathologiques. Nous aurons à revenir plus tard sur ce point. Cependant, nous pouvons dire, dès à présent, qu'on s'accorde à leur reconnaître, chez l'adulte, un diamètre moyen égal à 0,15 μ (Schultze).

Tels sont, en définitive, Messieurs, les grands traits de la structure des canaux dont la réunion constitue un acinus. Il faut ajouter que les diverses parties de ce petit appareil, infundibules et conduits alvéolaires, se tassent en quelque sorte les uns contre les autres de façon à occuper le moins de place possible et sont à peine séparées par de minces tractus conjonctifs. Le tissu conjonctif intercanaliculaire et interinfundibulaire, tout mince qu'il soit, se dessine néanmoins, dans certains cas, sur le plan des sections et aussi sur la base des lobules superficiels où il est parfois marqué par des lignes pigmentaires. Il y a donc lieu de distinguer sur la base des lobules sous-pleuraux, en outre des espaces interacineux, des espaces, circonscrits dans les précédents et qu'on peut appeler *interinfundibulaires*. Enfin, dans l'aire des espaces infundibulaires, on découvre sur les surfaces de section, examinées à l'aide des plus forts grossissements, les *espaces interalvéolaires* (*Fig.* 38) (1).

Cette disposition explique les apparences représentées dans

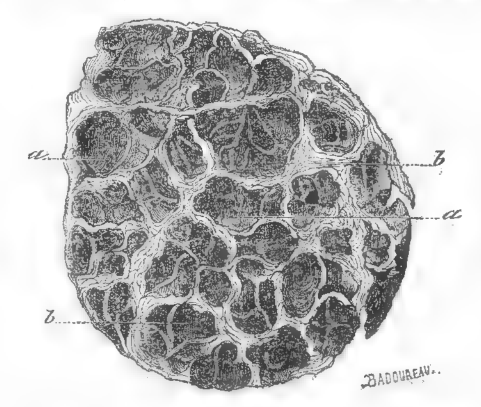


Fig. 38. — Coupe pratiquée sur le poumon de l'homme. — a, a, conduits alvéolaires (airsacs). — b, b, alvéoles. — Les parties éclairées représentent les parois des a des alvéoles.

un grand nombre d'ouvrages et destinées à montrer sur la coupe d'un poumon desséché, pratiquée parallèlement à la surface pleurale et très-près de cette surface, le fond des cavités infundibulaires. (*A suivre*).

(1) Voir aussi : Henle, *loc. cit.*, p. 290, et Kölliker, *loc. cit.*, p. 614.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Le rapport de M. Besnier sur les maladies régnantes.
(Janvier, février, mars 1877).

La *mortalité générale* constatée pendant les trois premiers mois de l'année, dans les hôpitaux et hospices civils, a été plus élevée que la moyenne de la même période des six années précédentes; c'est ainsi que, au lieu de 3,098 décès, il y en a eu 3,488. Sans aucun doute, dit M. Ernest Besnier, l'accroissement progressif de la population, très-prononcé dans cette période relativement à l'abaissement qui avait suivi les deux siéges de Paris, rend compte d'une partie de cette augmentation de mortalité, mais il n'en cause directement qu'une partie, et non la totalité. La véritable raison de cet accroissement doit être cherchée dans les conditions de la constitution médicale.

Les *affections des voies respiratoires* ont été graves, et la mortalité par cette cause a atteint un chiffre plus élevé que dans la période correspondante des années antérieures; cependant, ce fait n'a peut-être pas été général. Voici, d'après une note de M. Bucquoy, quels ont été les caractères principaux de ces affections :

« Comme on devait s'y attendre avec l'hiver doux et humide que nous venons de traverser (2), les *affections catarrhales* ont fait prématurément leur apparition. Mais au lieu d'observer exclusivement les phlegmasies catarrhales des voies respiratoires qui répondent à la constitution médicale du printemps, nous avons été frappé du nombre considérable d'affections catarrhales de la muqueuse digestive qu'on pouvait qualifier d'*état muqueux*. La saison tiède et humide qu'on avait alors réunissait donc à la fois les maladies de l'automne et celles du printemps; peut-être faut-il faire une part dans l'étiologie de cet état muqueux à l'épidémie de fièvre typhoïde, à peine encore terminée.

» Au milieu de cette influence catarrhale, les pneumonies lobaires, franchement inflammatoires, ont été rares; cinq cas seulement dont la résolution

(1) Waters, *loc. cit.*, *Fig.* 8, p. 126.

(2) La seconde partie de l'hiver 1876-1877 a été remarquable, ainsi que la première, par l'élévation anormale de la température moyenne + 6°,4. (La moyenne du trimestre correspondant, calculée de 1806 à 1870, était de 4°,4). Pendant le mois de février, la moyenne thermométrique a été de + 7°, chiffre qui n'a été atteint à Paris que quatre fois depuis l'année 1819 : en 1832, 1850, 1861, 1871. La hauteur de pluie tombée a été considérable, et très-supérieure à la hauteur moyenne de la période correspondante d'un grand nombre d'années antérieures. Les vents dominants ont été les vents W. et S.

a été rapide et la terminaison favorable. Les vieillards ont paru épargnés cette année, grâce à une température plus favorable. Je n'ai eu que deux décès de pneumoniques ayant passé la soixantaine.

» En dehors des pneumonies franches, je signalerai un très-grand nombre d'affections inflammatoires de la poitrine, dans lesquelles on constatait *à la fois*, ou *à diverses époques de la maladie*, de la bronchite, de la pneumonie, de la pleurésie. »

M. Besnier fait aussi remarquer l'élévation persistante du chiffre de la *mortalité pleurétique*. En effet, sur 288 cas, il y a eu 46 décès, soit près de 16 0/0.

L'action saisonnière est à peu près sans influence sur le nombre des cas de *rhumatisme* articulaire, mais elle est loin d'être nulle sur le développement de complications viscérales. M. Bucquoy fait remarquer que les rhumatismes articulaires ont paru se développer en même temps que les affections catarrhales des voies respiratoires ou des voies digestives. Il a noté dans presque tous les cas des *accidents inflammatoires du côté des plèvres et des poumons*, non pas transitoires et mobiles, mais graves et persistant malgré un traitement approprié pendant toute la durée du rhumatisme. M. Lereboullet a fait une remarque analogue.

La *diphthérie* continue à sévir avec une intensité terrible. Pour le premier trimestre de 1877, le chiffre de la moyenne ordinaire est plus que doublé et atteint le total lugubre de 728 décès. Sur ces 728 décès, 508 ont eu lieu en ville. Il y a eu dans les hôpitaux 220 décès sur 265 cas, ce qui donne une proportion de 83 pour 100 pour le chiffre de la mortalité.

Après avoir rappelé avec quelle insistance il a demandé avec les médecins des hôpitaux d'enfants, la création de salles d'isolement, M. Besnier ajoute : « Assurément la mesure est comble depuis longtemps ; mais il est en vérité impossible que la conscience publique ne s'émeuve pas dans un jour prochain, et j'espère fermement que les plaintes de plus en plus vives élevées par nos collègues des hôpitaux d'enfants sont les dernières que j'aurai à enregistrer. »

La *variole* a présenté une atténuation manifeste, en rapport avec les conditions de température exceptionnelle de la deuxième partie de l'hiver (149 varioleux pour le trimestre, au lieu de 176, chiffre du dernier trimestre correspondant de 1876) ; mais la courbe annuelle ne s'est pas affaissée encore ; car le dernier trimestre de 1876, soumis aux mêmes conditions climatériques, n'avait compté que 141 varioleux.

A propos de la variole, M. Besnier communique une note de M. Lereboullet, relative à des revaccinations faites par lui au Val-de-Grâce. Les résultats ont été très-beaux ; car sur 886 hommes, on a constaté 237 succès (1 sur 3,7). M. Lereboullet a vu aussi que les revaccinations avec le vaccin d'enfant réussissaient plus souvent et donnaient des pustules plus belles, plus développées que celles faites avec du vaccin d'adulte. On ne doit donc employer ce dernier qu'à défaut de vaccin d'enfant. Enfin, sur 210 élèves de l'Ecole, M. Lereboullet n'a eu que 2 succès. Or, ces élèves avaient presque tous été, non-seulement vaccinés et revaccinés, mais revaccinés *avec soin*. C'est ainsi que l'on peut expliquer la différence si considérable entre les résultats obtenus dans ces deux séries.

La *fièvre typhoïde* a subi la décroissance normale qui appartient à la saison du printemps, mais cependant le chiffre des malades est encore resté trois fois plus élevé environ que le chiffre de la période correspondante des années moyennes. Les cas ont été en général bénins ; très-nets au point de vue du diagnostic, ils présentaient une défervescence très-précoce, et guérissaient rapidement, sans rechute, aussi la mortalité relative a-t-elle été très-peu élevée. Ce fait, ajoute M. Besnier, est d'autant plus digne de remarque et d'autant plus propre à montrer l'inégalité de l'influence saisonnière, ou des influences cosmiques en général, selon les diverses maladies, que la mortalité générale, pour la majorité des autres affections, a été pendant le même temps exceptionnellement élevée.

Enfin quelques cas de *scorbut* ont été signalés, mais il semble bien qu'il s'agissait ici de cas de *scorbut des prisons*, développés dans des conditions particulières d'individualité, sur des sujets soumis à l'humidité permanente si accentuée dans la saison que nous venons de traverser. A. S.

Des établissements consacrés aux idiots.

Nos lecteurs trouveront plus loin (page 536) une liste très-intéressante des institutions consacrées au traitement et à l'éducation des *idiots*, des *imbéciles* et des *enfants arriérés*. En comparant sous le rapport du nombre et de l'importance, les établissements de ce genre qui existent dans les autres pays avec ceux que nous possédons, ils verront combien nous sommes en retard sur ce point.

Le résultat de cette comparaison est d'autant plus humiliant, que c'est à des médecins français que sont dus les premiers essais tentés pour améliorer le sort de ces infortunés. Mais, tandis que de 1850 à 1870, c'est-à-dire sous l'Empire, il n'a *rien* été fait chez nous, toutes les autres contrées de l'Europe et les Etats-Unis d'Amérique créaient des institutions pour les idiots.

Nous espérons pouvoir bientôt donner sur cette question, plus importante qu'elle ne le paraît aux esprits superficiels, des renseignements plus détaillés. Aujourd'hui, nous nous contentons d'appeler très-sérieusement l'attention des conseils généraux des grandes villes sur une des branches de l'assistance publique trop délaissée, afin qu'ils puissent mettre l'administration en demeure de regagner le temps perdu.

Des déformations du pied causées par les chaussures.

M. Onimus appelait il y a quelques mois l'attention des membres de la Société de Médecine sur les déformations du pied et sur les accidents causés par les chaussures à talon haut et étroit.

On pourrait croire au premier abord qu'il n'y a d'autres accidents à signaler que des entorses, ou des malformations des orteils, peut être même de vulgaires cors. Il n'en est rien, la question est autrement importante puisqu'il s'agit de troubles généraux graves, et d'un désordre de la locomotion qui résulte de contractures et de déformations de la voûte du pied. Dès 1781, P. Camper s'élevant contre la forme vicieuse donnée aux chaussures, et ajoutait à un de ses ouvrages classiques un appendice intitulé « *Dissertation sur la meilleure forme des souliers* » ; il ne s'occupait pas des troubles musculaires, mais insistait sur les déformations articulaires et sur l'arthralgie rebelle qui en est la conséquence ; il signalait, en outre, les attitudes vi-

cieuses que prenaient, de par la coquetterie, les jeunes élégantes de son temps : « Elles sont obligées, pour se tenir droites, de pencher le corps et la tête en arrière ; l'épine du dos devient alors creuse aux reins, et le bassin des hanches étroit, puisque les corps des vertèbres des lombes où ils sont attachés à l'os sacré, qui forme la partie postérieure du bassin, sont poussés en dedans de cette cavité. Je suis très-persuadé que la mode de porter de si hauts talons uniquement imaginée pour donner de la grâce à la taille du beau sexe, cause beaucoup d'accouchements difficiles, surtout pour la noblesse. Le centre de gravité de tout le corps est aussi déplacé par la hauteur extraordinaire des talons ; il ne coïncide plus avec le centre du mouvement du corps. Cela fait que les dames tombent plus facilement, qu'elles se donnent des entorses, et ne peuvent plus marcher avec assurance. »

Les avis de Camper ont eu le sort de tant de bons conseils; on les a oubliés, le soulier Louis XV est resté de mode ; et il n'y a qu'une raison à cela, c'est qu'il fait paraître le pied plus petit en en rendant le dos oblique et en portant le talon très-près du bout des orteils, précieux avantage qui permet le trottinement et transforme en allure de digitigrade la façon normale de poser le pied par terre. On marche tout le temps sur la pointe du pied et l'on se repose en forçant sur le creux de la plante, au lieu de faire supporter le poids du corps par le talon ; le calcanéum devient inutile, il rendrait le pied trop long; de là, une inflammation chronique de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, qui se traduit par une vive douleur au niveau de la malléole externe. Le pied maintenu dans une extension forcée devient douloureux ; les orteils se fléchissent et se ramassent par suite de l'étroitesse obligatoire du petit brodequin de torture, par suite aussi de la contracture des muscles logés sous la voûte du pied qui protestent à leur façon contre la pression exagérée qu'on leur fait subir : bientôt les troubles musculaires s'accompagnent de déformations articulaires et on arrive à constater l'aplatissement de la voûte du pied et la déviation des orteils. Les troubles fonctionnels ne se bornent pas aux pieds, ils s'étendent aux muscles de la jambe et consistent en contractures douloureuses des muscles du mollet et du long péronier latéral. M. Onimus compare les douleurs qu'ont éprouvées certaines de ses malades à la courbature que l'on ressent après avoir descendu pendant plusieurs heures une montagne élevée : plus rarement on peut observer des troubles nerveux et même des antéversions utérines ; on voit donc que ces chaussures offrent un certain nombre d'inconvénients réels ; M. Onimus recommande, outre le changement de forme des bottines, l'application de courants électriques principalement sur le long péronier latéral pour combattre la myosite qu'il a souvent observée.

Il ne serait pas juste de ne faire des reproches qu'aux jeunes filles; quelques jeunes gens portent aussi des bottines analogues; ils y ont même ajouté un perfectionnement réel: celui d'effiler la bottine en avant, ce qui a l'avantage de dévier complétement le gros orteil en dehors ; n'osant hausser les talons à l'excès, ils se sont rattrapés sur la largeur du pied.

Nous nous souvenons d'avoir souvent entendu M. Broca, alors que nous avions l'honneur d'être son interne, signaler la déformation en baïonnette que le pied subit dans ces cas. Le gros orteil occupe à lui seul le plan supérieur, il repose sur le 2e et le 3e doigts, supportés à leur tour par le 4e et le 5e orteils complétement déformés ; il résulte de cette attitude vicieuse une inflammation chronique de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et souvent des onyxis; il y eut l'année dernière dans le service de la Clinique un jeune garçon de café présentant aux deux pieds des onyxis qui ne reconnaissaient pas d'autre cause :

Disons donc avec Camper : « Nous plaignons le sort des dames chinoises à qui, par un usage brutal, on disloque les pieds,et nous nous soumettons de gaieté de cœur à une gêne aussi cruelle. » H. de Boyer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 *juin* 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Laborde répond à l'assertion émise par M. Bert dans la dernière séance, qu'il est impossible de définir le charbon et la septicémie. En faisant communiquer une artère d'un chien sain avec une artère d'un animal atteint d'accidents septiques, on obtient une septicémie primitive expérimentale à symptômes et à lésions constants.

Les phénomènes morbides sont l'anxiété, les frissons, une fièvre paroxystique, des vomissements, la diarrhée ; enfin, l'animal succombe dans le marasme vers le cinquième jour. Les globules de sang sont altérés, crénelés et la masse sanguine a une coloration sépia, une consistance poisseuse, sans jamais renfermer de bactéridies. Celles-ci n'apparaissent que quand l'animal était porteur avant l'expérience d'une plaie suppurante, et alors la maladie expérimentale revêt les caractères de l'infection purulente. Du reste, les agents dits antiseptiques paraissent impuissants. Dans ses expériences, M. Laborde a même vu succomber plus vite les animaux auxquels il injectait à la fois la substance septique et le médicament, un sel de quinine par exemple.

M. Poncet envoie de Philippeville un mémoire sur les aponévroses de l'abdomen. (Voir le résumé de cet important travail à la page 522.)

M. Gellé présente quelques considérations sur le mécanisme de la transmission du son dans l'oreille. Le muscle interne du marteau tend la membrane du tympan : le muscle de l'étrier est son antagoniste : d'une part, par un mouvement de sonnette du marteau il détend la membrane : d'autre part il met la chaîne des osselets dans un état de relâchement peu propre à la transmission du son : enfin, il comprime le liquide en sac labyrinthique qui sert de véhicule aux ondes sonores entre la fenêtre ovale et la fenêtre ronde.

M. Charpentier complète la communication faite en commun avec M. Couty sur l'influence qu'exercent les excitations sensorielles sur l'appareil cardio-vasculaire. En dehors des conditions individuelles, on voit que ces mortifications du cœur et des vaisseaux diminuent lorsque les mêmes excitations sont plusieurs fois répétées, lorsque l'animal est anesthésié : l'inanition et la strychnisation produisent l'effet inverse. Du reste, le cœur peut être influencé alors que les artères ne le sont pas et réciproquement. Que l'on sectionne les pneumogastriques et les excitations sensorielles n'ont pas d'action sur les battements cardiaques. Quant au point de départ de ces troubles vaso-cardiaques, il n'est pas encore bien déterminé. — La Société se forme à 5 heures en comité secret.

L. Dreyfus-Brisac.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 *juillet* 1877. — Présidence de M. Bouley.

M. G. Sée expose la deuxième partie de son travail intitulé : Etudes sur l'acide salicylique et les salicylates ; traite-

*

ment du rhumatisme aigu et chronique, de la goutte et diverses affections du système nerveux sensitif par les salicylates. Dans la précédente séance, M. G. Sée avait présenté l'historique et la physiologie de la question ; aujourd'hui, il aborde la thérapeutique de l'acide salicylique et de ses dérivés. La communication de M. G. Sée se résume dans les conclusions suivantes :

1° Comme médicament antizymotique externe, l'acide salicylique a une action incontestable, mais qui ne dépasse pas celle de l'acide phénique, et n'a d'autre avantage que d'être dépourvu d'odeur. Comme antipyrétique interne, l'acide salicylique ne présente aucun effet appréciable ni dans les affections purulentes, ni dans les maladies contagieuses et parasitaires comme la diphthérie, le muguet, ni dans les gangrènes, ni enfin dans le diabète, où l'on fait intervenir, à tort ou à raison, l'action d'un ferment.

2° Comme médicaments antipyrétiques, le salicylate de soude et l'acide salicylique jouissent de propriétés transitoires et douteuses, ainsi il n'ont pas de supériorité marquée sur le sulfate de quinine ; le salicylate de quinine lui-même ne saurait encore prendre un rang définitif dans la thérapeutique des fièvres palustres. Impuissant dans la curation de la variole, le salicylate de soude n'a pas fait ses preuves dans le traitement de la fièvre typhoïde ; son pouvoir fébrifuge est des plus limités.

3° C'est dans le rhumatisme articulaire aigu qu'on observe les effets les plus certains et les plus prompts, si bien qu'on peut affirmer, presque à coup sûr, la guérison du rhumatisme aigu, fébrile ou apyrétique, dans l'espace de deux à quatre jours : cinquante deux cas en font foi.

4° Dans le rhumatisme chronique simple, les essais que M. G. Sée a institués sont des plus satisfaisants ; il en est de même dans les crises aigües qui se manifestent de temps à autre, soit dans le rhumatisme simple, soit même dans l'arthrite noueuse ; les attaques douloureuses cessent aussi vite que dans le rhumatisme aigu. Il y a plus, les engorgements articulaires diminuent considérablement et les mouvements peuvent devenir libres, même après des années de douleurs, de rigidité et d'immobilité, à condition que les lésions osseuses ne soient pas trop profondes, trop avancées (douze observations de rhumatisme chronique).

5° Mais c'est dans la goutte aigue et chronique que les résultats sont le plus remarquables ; dès ses premières expériences, M. G. Sée fut frappé de la promptitude avec laquelle les accès aigus les plus douloureux sont enrayés dans l'espace de deux à trois jours : les douleurs, la fluxion articulaire, la rougeur de la peau, la sensibilité au toucher, tout a disparu. La goutte chronique ne se prête pas moins bien aux applications de la médication salycilique. Par cette méthode de traitement continuée, même à doses modérées, les malades sont absolument à l'abri de tout accès aigu. D'une autre part, les engorgements chroniques périarticulaires disparaissent avec facilité ; les concrétions tophacées (tophi) des articulations diminuent et cessent de s'enflammer ; en un mot, la guérison peut être complète, sans qu'il se produise aucune métastase sur le cœur, l'estomac, les organes respiratoires ou le cerveau ; il n'a pas été donné une seule fois à M. G. Sée, dans les vingt et un cas qu'il a pu suivre, de constater la moindre rétrocession de la goutte vers les organes internes. Il n'y a eu d'autre inconvénient que le développement de troubles de l'ouïe et parfois d'un certain degré de faiblesse, ou de narcotisme ; ces deux derniers phénomènes disparaissent dès qu'on diminue la dose ; les perturbations de l'audition sont bien plus persistantes. Parmi les affections qui sont souvent de nature goutteuse, il faut citer la gravelle qui se modifie très-favorablement, ou plutôt s'élimine plus facilement à l'aide du salicylate de soude, qui a en outre l'avantage de calmer les douleurs néphrétiques.

6° La médication salicylique a paru modifier avantageusement certaines névralgies faciales ; mais cette action n'est pas nettement établie ; il en est de même pour le traitement de la sciatique par ce moyen.

7° Dans les maladies douloureuses de la moelle épinière, le salicylate de soude produit les effets calmants les plus nettement appréciables, mais, par la continuité du traitement, il peut en résulter un certain degré de faiblesse.

M. Bouillaud tout en reconnaissant l'intérêt du travail de M. G. Sée, ne peut s'empêcher d'émettre un doute sur l'efficacité de l'acide salicylique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et de ses complications. Qu'on arrive à triompher de la douleur, qui n'est du reste qu'un élément accessoire, M. Bouillaud veut bien l'admettre ; quant à la fièvre rhumatismale, son expérience se refuse à croire que l'acide salicylique et ses dérivés puissent non-seulement la dissiper, mais même parer aux complications qu'elle engendre.

La séance est levée à 5 heures 30. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 27 mars 1877. — Présidence de M. Charcot.

36. Symphyse cardiaque ; par M. Butruille, interne provisoire des hôpitaux.

S.... Pierre, âgé de 13 ans 1/2, est entré le 23 janvier 1877, dans le service de M. Cadet de Gassicourt, à l'hôpital Sainte-Eugénie. Les renseignements fournis par le père de cet enfant se réduisent à peu de chose : il affirme néanmoins que l'enfant n'a jamais eu ni scarlatine, ni fièvre éruptive, qu'il n'a jamais fait aucune maladie et que celle dont il est actuellement atteint a débuté il y a environ six semaines.

Interrogé à son tour, l'enfant précise davantage le début de la maladie et déclare qu'il a coïncidé avec une immersion un peu prolongée dans l'eau froide, alors qu'il voulait retirer de la Seine un enfant qui se noyait. Mais le petit malade fait suivre cette assertion de paroles mal coordonnées qui permettent de douter de la vérité de ses affirmations. Néanmoins le début des accidents se serait produit sans trop de brusquerie : bouffissure de la face précédant l'œdème des extrémités, pas de frisson ni de douleur, insomnie, céphalalgie, faiblesse s'accentuant tous les jours.

Le soir de son entrée, dyspnée excessive, légère agitation, la tête retombe en arrière, asphyxie ; en un mot, tous les signes de l'asystolie. Cœur volumineux ; dans les deux poumons, râles nombreux, qui rendent impossible l'auscultation du cœur, toux fréquente. (Ventouses sèches, potion de chloral, 1 gr.) — Beaucoup d'albumine dans les urines.

24 janvier. L'enfant asphyxié. Anasarque généralisée. Face, poitrine, mains, jambes et pieds très-œdématiés, surtout face et extrémités. — Traces d'albumine. — Dyspnée intense, extrême. Yeux à moitié ouverts ; lèvres pâles. Bronchite et congestion pulmonaire. Râles moyens, disséminés.

Le cœur est volumineux et paraît avoir 8 centimètres de longueur et s'étendre jusqu'à la partie moyenne du sternum. Souffle évident à la pointe, probablement au premier temps ; du reste, l'examen est très-incomplet, car l'enfant jette constamment sa tête en arrière et paraît à chaque instant sur le point d'asphyxier. — Régime lacté. Oxymel scillitique. Ventouses. — On porte le diagnostic : symphyse cardiaque. L'enfant meurt le 24 janvier, à 9 h. du soir, sans nouveaux symptômes.

Autopsie. Adhérence complète du péricarde à la partie antérieure au niveau de la pointe. A la partie moyenne et à la base ainsi que sur toute l'étendue de la face postérieure, les feuillets péricardiques sont réunis par places, par d'épaisses fausses membranes, qui ressemblent, çà et là, à des colonnes ; ils sont séparés sur d'autres points.

La poche péricardique renferme du liquide séro-sanguinolent, environ 100 grammes. Les deux feuillets du péricarde et surtout le feuillet viscéral sont couverts d'énormes fausses membranes qui lui donnent un aspect fortement réticulé. Ces fausses membranes sont les unes rouges, les autres blanc-jaunâtres et partout le péricarde a perdu son poli. Les parois du péricarde sont très-épaissies et ont au moins 4 mill. d'épaisseur.

Longueur du cœur	13 cent.
Circonférence du cœur au niveau de la cloison auriculo-ventriculaire	31 cent.
Parois du ventricule gauche	14 mill.

Parois du ventricule droit	3 à 4 —
Orifice mitral (circonférence)	13 cent.
Orifice tricuspide	11 —

Le cœur droit (oreillette et ventricule) renferme des caillots. On en trouve également dans le cœur gauche. L'endocarde paraît parfaitement sain, ainsi que les valvules.

Foie muscade; poumons, très-congestionnés avec de petites suffusions sanguines, de véritables petites hémorrhagies souspleurales; *reins* injectés, gros, volumineux, ramollis, de 12 c. de longueur et à peu près autant de circonférence transversale.

L'*examen histologique* des reins, fait par M. Gombaut, a décelé une congestion très-intense du rein au niveau des pyramides : en ces points, les tubes collecteurs sont aplatis par le fait de la congestion des vaisseaux voisins, gorgés de globules sanguins. On a aussi constaté une congestion intense des glomérules, les tubes contournés présentent leur épithélium granuleux sans que celui-ci ait subi de dégénérescence graisseuse; pas d'hypertrophie appréciable du tissu conjonctif; pas de ces dépôts de globules blancs signalés dans les reins scarlatineux. En un mot, les lésions des reins ne semblent pas être sous la dépendance d'une scarlatine; elles relèvent plutôt d'une influence mécanique et de la congestion veineuse qu'on rencontre ordinairement dans les maladies du cœur.

En résumé c'est la symphyse cardiaque qui a amené la mort. Mais à quoi rattacher cette péricardite? quel mode de début lui assigner?

L'examen histologique du rein ne nous permet pas de la considérer comme une de ces phlegmasies viscérales qu'on rencontre dans le mal de Bright; nous ne trouvons dans les antécédents du malade aucune trace de rhumatisme, et nous ne pouvons pas non plus admettre qu'avec de telles adhérences et une telle hypertrophie du muscle cardiaque, le début de cette péricardite ne remonte qu'à six semaines, coïncidant avec l'immersion du petit malade dans l'eau froide. Le début a donc passé inaperçu et la maladie a dû rester latente pendant un temps assez long.

37. Coxalgie ancienne guérie par ankylose; déformations du fémur. Bassin oblique ovalaire; par M. Féré, interne provisoire des hôpitaux.

Cette pièce provient de l'autopsie du nommé Mét... Jacques, âgé de 70 ans, décédé le 27 novembre 1876, au nº 9 de la salle Sainte-Foix (infirmerie de Bicêtre, service de M. Bouchard).

Cet individu affirmait s'être bien porté jusqu'à l'âge de 8 ans et il ne présentait alors, disait-il, aucune déviation soit des membres, soit du tronc. A cette époque, il fut renversé par une voiture et tomba sur la hanche gauche; à partir de cet accident, il éprouva de la fatigue et des douleurs dans l'articulation et dans le membre, et au bout de quelques semaines, la marche et la station devinrent impossibles. Il resta couché pendant 7 ou 8 mois, au bout desquels son membre inférieur gauche avait pris la position vicieuse qu'il a conservée depuis. Jamais il n'a eu de foyer de suppuration ouvert, et on ne trouve aucune cicatrice au niveau de la hanche. Le traitement paraît avoir consisté à peu près uniquement dans le repos. Un an environ après le début de la maladie il commença à marcher avec des béquilles, puis avec une canne et un soulier élevé; mais la marche est toujours restée lente et pénible.

Depuis l'âge de 10 ans il n'eut point d'autre maladie; il ne porte point de trace de scrofule. La santé générale s'est maintenue assez satisfaisante jusqu'à ces dernières années. Il toussait habituellement depuis trois ou quatre ans. Enfin il s'est affaibli dans ces derniers temps et depuis trois mois il gardait le lit. Il offre les signes fonctionnels et physiques de la bronchite chronique avec dilatation; mais ce qui cause surtout son dépérissement, c'est la présence d'une eschare sacrée qui, dans les derniers jours de la vie, a dépassé 10 centimètres de diamètre et dont le fond laisse l'os à nu. Je n'insisterai point davantage sur les causes de la mort.

Le malade était ordinairement dans le décubitus dorsal, un peu incliné sur le côté gauche; le membre inférieur sain dans l'extension et l'abduction. La cuisse gauche était dans l'abduction forcée et dans la rotation en dehors, la jambe gauche dans la flexion, de sorte que le mollet droit reposait sur le talon gauche. Quand on étendait les deux jambes, le talon gauche restait à près de neuf centimètres au-dessus du droit; mais l'articulation coxo-fémorale gauche étant complétement immobilisée, il était impossible de ramener les deux membres dans une direction parallèle à l'axe pour mesurer le raccourcissement réel. Les deux épines iliaques antéro-supérieures paraissaient sensiblement sur un même plan horizontal, mais la gauche était plus en arrière. Le pli fessier était remonté à gauche de près de deux centimètres. La colonne vertébrale présentait, outre une forte ensellure lombaire, deux courbures latérales très-prononcées, une supérieure ou dorsale à convexité gauche, et une inférieure ou lombaire à convexité droite.

Autopsie. — Je n'insisterai pas sur l'état des organes splanchniques; je noterai seulement la dilatation moniliforme des bronches prédominant à gauche où l'on trouve plusieurs petites cavités qui contiendraient une noisette, et la dilatation du cœur droit avec une légère insuffisance tricuspide.

L'immobilité prolongée (60 ans) d'un segment important du membre inférieur gauche devait faire songer à la possibilité d'une atrophie partielle des circonvolutions motrices de l'hémisphère cérébral droit, mais l'examen le plus minutieux fait avec des points de repère pris sur des chevilles enfoncées au travers du crâne ne m'a rien montré d'appréciable.

Hanche gauche. Tous les muscles qui entourent l'articulation coxo-fémorale sont amaigris et jaunes. Les muscles pelvi-trochantériens sont presque complétement graisseux; il en est de même des fessiers; le psoas iliaque est aussi très-jaune et beaucoup moins volumineux dans les deux portions que son congénère; la dégénération paraît beaucoup moins prononcée aux muscles de la cuisse, surtout aux adducteurs,

Il existe une ankylose osseuse complète; le col fémoral très-raccourci est complétement masqué par des stalactites osseuses développées sur le pourtour de la cavité cotyloïde. L'une, très-volumineuse, forme une sorte de bourrelet antéro-postérieur confondu en dehors et en avant avec le grand trochanter et faisant corps en dedans dans toute son étendue avec la demi-circonférence supérieure du rebord cotyloïdien; elle se termine en avant par un bec saillant, épais de 2 centimètres, elle s'atténue en arrière et finit par se confondre avec la partie postéro-inférieure du bourrelet cotyloïdien; dans sa partie postéro-externe, elle est libre et forme avec la cavité digitale du grand trochanter dévié en dedans et en arrière une gouttière large seulement de 5 millimètres et profonde de plus de 2 centimètres dans laquelle sont pressés les tendons des muscles pelvi-trochantériens. En avant et en bas on voit le petit trochanter réuni par une autre production osseuse à la partie antéro-inférieure du bourrelet cotyloïdien, au-dessus on trouve une petite cavité remplie de graisse diffluente, dont le siége correspond à la grande échancrure de la cavité cotyloïde.

Le *fémur* lui-même présente des déformations considérables : à 13 centimètres au-dessous du grand trochanter, il se dévie en formant un angle obtus ouvert en dedans. Cette courbure est telle que si on mène une ligne droite tangente au bord externe de la partie supérieure du fémur, cette ligne passe à 65 millimètres en dehors du condyle externe; la partie la plus saillante du condyle interne se trouve à peu près sur le prolongement d'une ligne verticale passant par le sommet de l'ischion droit. L'os présente un raccourcissement notable :

Distance du sommet du grand trochanter à la dépression intercondylienne, à droite .... 415 mm.
— gauche 400

On observe aussi des différences de volume des deux côtés:
Circonférence à la partie moyenne du corps du fémur droit .... 85 mm.
Circonférence à la partie moyenne du corps du fémur gauche 105

En outre le fémur gauche dans sa partie supérieure est aplati obliquement d'avant en arrière et de dehors en dedans, de sorte qu'il n'a d'avant en arrière qu'une épaisseur de 28 mm., tandis qu'il en a 41 transversalement. De plus, il est

tordu sur son axe : le grand trochanter s'étant rapproché de la partie postérieure de l'ischion, tandis que le petit trochanter s'est accolé à la portion antérieure du même os, la ligne âpre du fémur devrait être tournée tout-à-fait en dedans; c'est ce qu'on voit en effet dans le tiers supérieur du fémur, tandis que dans le tiers inférieur elle a presque repris sa position en arrière; aussi la direction des condyles fémoraux est-elle beaucoup moins déviée que l'état de l'articulation coxo-fémorale ne pourrait le faire supposer.—La longueur des os de la jambe était la même des deux côtés.

Du côté du *bassin*, on observe aussi des déformations très-notables : l'éminence iléo-pectinée gauche est comme émoussée. Sur la surface interne de l'os iliaque du même côté, la région qui correspond au fond de la cavité cotyloïde présente une tuméfaction régulièrement convexe faisant une saillie de 5 ou 6 mm. dans l'excavation.

L'état du *sacrum* est surtout remarquable. Dans sa moitié gauche, le corps de cet os est réuni à la portion correspondante de la dernière vertèbre lombaire par une soudure osseuse qui forme un bourrelet saillant. En outre l'aile gauche du sacrum est confondue en haut avec l'apophyse, transverse de cette même vertèbre; il reste toutefois entre les deux os un trou très-analogue aux trous sacrés par sa position, sa forme et ses dimensions, et par où passe le cordon nerveux. La soudure semble s'être effectuée par une production ostéophytique qui est devenue lisse par le temps et imite assez bien la forme de la partie supérieure de l'aile sacrée. De telle sorte que si l'on cachait la partie droite du sacrum et de la colonne lombaire on pourrait croire que le sacrum est formé de six pièces et présente cinq trous latéraux ; d'autant mieux que le véritable promontoire ne correspond point à l'articulation sacro-lombaire, mais bien à l'articulation des deux dernières vertèbres lombaires.

Le corps de la *dernière lombaire* lui-même est notablement déformé; il a 35 mm. d'épaisseur à gauche, et seulement 28 à droite; c'est ce qui contribue à expliquer la forte inclinaison à droite de la partie inférieure de la colonne lombaire.

L'extrémité de l'apophyse transverse gauche de cette vertèbre soudée au sacrum fait partie de l'articulation sacro-iliaque; de sorte qu'à gauche la symphyse sacro-iliaque présente une hauteur de 68 mm., tandis qu'à droite elle en a 63 seulement.

Au voisinage de l'articulation sacro-iliaque droite on trouve encore des productions osseuses pathologiques. A l'intérieur du bassin, au niveau de la ligne innominée, le bord antérieur de la surface auriculaire du sacrum forme sur une longueur de 3 cent. une saillie de 3 mm. qui va en s'atténuant en haut et en bas. Au fond de l'échancrure sciatique droite on voit une saillie osseuse lisse, du volume d'une noisette, qui, du côté de l'excavation, recouvre en partie l'extrémité inférieure de la symphyse sacro-iliaque.

Mais ce qu'il y a surtout d'intéressant à étudier sur cette pièce, ce sont les modifications que le bassin a éprouvées dans sa forme générale. Ces modifications sont rendues très-appréciables par la mensuration.

Grand bassin.

Diamètre transverse du milieu d'une crête iliaque à l'autre	220 mm.
— d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre	196
— d'une épine iliaque antéro-inférieure à l'autre	182
Hauteur de l'aile iliaque du milieu de la crête à la ligne innominée, à droite	95
— à gauche	90
De la symphyse pubienne à l'épine iliaque antéro-inférieure, à droite et à gauche	97
De l'épine iliaque antéro-inférieure à l'épine iliaque antéro-supérieure, à droite	40
— à gauche	45
De l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine iliaque postéro-supérieure, à droite	143
— à gauche	139

Petit bassin.

Détroit supérieur.

Diamètre antéro-postérieur	92 mm.
— oblique droit	118
— oblique cauche	126
— transverse	130
Distance sacro-pectinée droite	70
— gauche	86
De la symphyse sacro-iliaque à la symphyse pubienne à droite	107 mm.
à gauche	100
Demi-circonférence droite	180
Demi-circonférence gauche	195

Il semble y avoir contradiction entre les deux dernières mensurations; cela tient à ce que la symphyse pubienne ne répond pas à la partie moyenne du sacrum, mais est fortement déviée à gauche. L'ensemble de ces chiffres montre bien que le détroit supérieur présente la déformation dite oblique ovalaire et que la moitié la plus développée est la moitié gauche qui correspond à l'articulation malade.

Détroit inférieur.

Diamètre coccy-pubien	83 mm.
— bi-ischiatique	112
Distance du sommet du coccyx aux épines sciatiques droite et gauche	55
Distance de la symphyse pubienne aux épines sciatiques droite et gauche	95
Hauteur du sacrum	80
Hauteur latérale du petit bassin, à droite	90
— à gauche	95
Hauteur de la symphyse pubienne	43
Largeur du corps du pubis droit	36
— gauche	34
Hauteur de la branche transverse du pubis droit	16
— — gauche	14
Epaisseur de la branche transverse du pubis droit	13
gauche	15
Largeur de la branche descendante à droite et à gauche	20
Epaisseur de cette branche à droite et à gauche	12
Du sommet de la tubérosité sciatique au bord supérieur de la branche transverse du pubis à droite	98
— — à gauche.	95
Diamètre longitudinal du trou sous-pubien à droite et à gauche	52 mm.
Diamètre transverse à droite	38
— à gauche	35
Hauteur de l'arcade pubienne	60
Largeur de sa base	120

L'axe prolongé de la symphyse pubienne ne tombe pas sur le milieu de la base de l'arcade, mais passe à 63 millimètres de l'ischion gauche et seulement à 57 du droit. L'ischion gauche est donc dévié en dehors.

Quand le bassin repose sur un plan par les deux ischions et le coccyx, si on dispose dans l'intérieur du bassin, à l'aide de l'équerre, une règle verticale tangente à la ligne innominée, on voit que, du côté droit, cette règle est à 60 millimètres du milieu de la crête iliaque, tandis qu'elle n'est qu'à 53 millimètres du même point de la crête iliaque gauche. La crête iliaque gauche est donc déviée en dedans.

Il résulte des deux mensurations qui précèdent, que l'os iliaque gauche semble avoir basculé dans sa totalité; et la déviation de la partie supérieure en dedans, est sensiblement égale à la déviation de la partie inférieure en dehors. Malgré la disproportion de ses deux parties (hauteur de l'aile iliaque, hauteur du petit bassin), la hauteur totale de l'os reste égale à celle de son congénère.

L'os iliaque gauche est non-seulement dévié, mais il paraît encore moins développé dans son épaisseur, comme le montrent quelques-uns des chiffres précédents, auxquels on peut ajouter les suivants :

Epaisseur de la crête iliaque, à droite............	18 mm.
— à gauche...........	14
Epaisseur au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure, à droite......	22
— à gauche............................	17
Epaisseur de la tubérosité ischiatique, à droite....	25
— à gauche...	22
Distance des épines iliaques postérieures, à droite..	37
— à gauche.	34

En rapprochant ce dernier chiffre de ceux qui expriment la distance des épines iliaques antérieures et la hauteur de l'aile iliaque, on voit que le développement de cette partie de l'os a éprouvé un trouble notable; tandis que la partie antérieure est plus haute, la partie moyenne et la partie postérieure sont moins élevées que du côté opposé.

Dans les mesures des diamètres du bassin qui précèdent, je me suis servi du point de repère habituel; l'articulation sacro-vertébrale et ainsi le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur a été de 92 millimètres; mais le milieu de l'articulation du corps de la quatrième lombaire avec celui de la cinquième, est seulement à 88 millimètres de la symphyse; en réalité, le promontoire est donc à l'union des deux dernières vertèbres lombaires. Or, la colonne lombaire est fortement inclinée à droite et on a :

Du milieu de l'articulation des deux dernières vertèbres lombaires à l'épine iliaque antéro-supérieure droite..	93 mm.
gauche..	120
Du même point à l'éminence iléo-pectinée droite.	65
— gauche.	85
De la partie médiane et supérieure du corps de la troisième lombaire au milieu de la crête iliaque, à droite..	83
à gauche..	135

Résumé. — Cette pièce présente :

1° Une ankylose osseuse de l'articulation coxo-fémorale avec ostéophytes.

2° Une déformation du fémur caractérisée par une courbure angulaire, un léger rétrécissement, une augmentation de volume, un aplatissement antéro-postérieur et une torsion sur son axe.

3° Une déformation oblique ovalaire du bassin dont les os présentent des productions ostéophytiques sur divers points. (La partie la plus large du bassin est du côté de la hanche malade.)

4° Une soudure partielle du sacrum avec la dernière vertèbre lombaire.

5° Une forte inclinaison en avant et à droite de la cinquième vertèbre lombaire, de sorte que le promontoire est transporté de la partie inférieure à la partie supérieure du corps de cette vertèbre.

38. Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Abcès péri-œsophagien; par M. Quenu, interne des hôpitaux.

R... Louise, âgée de 40 ans, avale par imprudence, au commencement de mai 1876, une solution de potasse caustique. Pendant une vingtaine de jours, la malade ne vit que d'aliments liquides, puis la déglutition se faisant de plus en plus difficilement, R... se soumet à la dilatation avec les olives ordinaires.

Le 6 juin 1876, une sonde de 5 mil. de diam. ne pénètre qu'à 28 cent. de l'arcade dentaire supérieure, les jours suivants on gagne 2 ou 3 cent. par la dilatation avec les sondes. Alimentation par les liquides, lavements de bouillon.

11 *septembre.* La malade qui avait demandé son exeat, revient parce qu'elle ne peut plus avaler, même les liquides. Une bougie de 4 mil. pénètre à 35 cent. de l'arcade dentaire. M. Tillaux, songe alors à la gastrotomie.

Le 19, la bougie pénètre dans l'estomac. A la fin de décembre la malade accuse des douleurs continuelles dans le dos et au creux de l'estomac, irradiations douloureuses sur le trajet des nerfs intercostaux; on songe à la formation d'un abcès dans le médiastin postérieur. Le traitement par la dilatation avec les sondes œsophagiennes est continué; on passe une sonde de 5 millim. de diam.

Au commencement de janvier, la malade est petite, chétive très-amaigrie, se plaint amèrement de ses douleurs dans le dos et dans le ventre que des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine ne parviennent pas à calmer. La sonde de 5 millim. pénètre sans difficulté jusqu'à un peu plus de 35 cent., si alors, on la pousse lentement, elle vient buter contre un obstacle qu'on ne franchit qu'en retirant la sonde, et en lui imprimant un mouvement plus rapide; le point le plus rétréci siège donc à 4 ou 5 cent. du cardia dans la dernière portion de l'œsophage.

15 *janv.* Les douleurs continuent, gonflement du ventre par de l'ascite et de la tympanite, étouffements survenant le soir après le repas, régurgitation de matières ayant mauvais goût et paraissant renfermer du pus.

30 *janv.* Depuis quelques jours, douleurs dans le côté droit, expectoration purulente, l'aspect cachectique est de plus en plus marqué.

Mort le 2 février.

Autopsie. — La cavité abdominale renferme plusieurs litres d'un liquide séro-purulent. On ouvre l'œsophage par sa face postérieure; on peut constater facilement que l'œsophage est sain et a son calibre presque normal dans une étendue de 9 cent. à 9 cent. 1/2.

Mais à ce niveau il existe une sorte de bride à concavité tournée en haut qui, jointe au changement de coloration de la muqueuse, indique la limite du rétrécissement. A partir de ce point supérieur, jusqu'au cardia, le conduit œsophagien a la forme d'un long entonnoir, dont la base mesure 1 cent. de diam. et l'extrémité inférieure de 4 à 6 millim.; le rétrécissement mesure donc 13 cent. de longueur.

Légère dilatation au-dessus du rétrécissement; le point le plus rétréci siége à 20 cent. 1/2 toujours en comptant de l'orifice supérieur de l'œsophage; en ce point le conduit semble se bifurquer en deux canaux séparés par une arête : l'un de 4 à 5 mil., avons-nous dit, conduit dans l'estomac, l'autre, plus long, oblique à droite, pouvant recevoir une plume de corbeau, conduit la sonde cannelée dans une poche. C'est probablement dans le cul-de-sac précédant le second conduit que venait quelquefois buter notre sonde. La poche est située au-dessus de l'estomac, en arrière du foie, au-dessous du diaphragme, elle occupe donc le tissu cellulaire rétro-péritonéal qui est induré, infiltré de sérosité purulente et lui forme une coque épaisse. La cavité est très-irrégulière, peut loger le poing, elle contient du pus épais et une sorte de matière blanche, caséeuse. La poche envoie un prolongement à travers le diaphragme dans la base du poumon droit, le parenchyme pulmonaire est creusé d'une cavité anfractueuse pouvant contenir un œuf de pigeon. L'abcès communique en outre directement avec l'estomac, par trois courts trajets qui débouchent à 5 ou 6 cent. du cardia au fond de petits infundibula.

L'estomac était plutôt dilaté et contenait du lait caillé. Dans toute l'étendue de la portion rétrécie, la muqueuse est dense et d'une coloration blanchâtre. Pas d'ulcérations. Les parois du canal œsophagien sont très-épaissies, mesurent de 7 à 8 millimètres en quelques points. Cet épaississement considérable contraste avec la faible épaisseur des parois de l'œsophage au-dessus du rétrécissement. La couche musculaire paraît considérablement hypertrophiée. Enfin, à la partie inférieure, les parois quoique bien distinctes encore, sont entourées de tissu cellulaire induré qui les fait adhérer aux parois de la poche.

Réflexions. — Nous avons dit qu'à un certain moment, devant l'impossibilité de passer même des bougies fines, M. Tillaux avait été sur le point de pratiquer l'opération de Sédillot, c'est-à-dire la gastrotomie; plus tard, la dilatation avec les sondes faisant peu de progrès, il aurait tenté l'œsophagotomie interne qui lui a déjà donné un beau succès à Saint-Louis en 1872. Quant au trajet de l'œsophage à la poche, on peut se demander s'il n'est pas le résultat d'une fausse route; en tous cas, son existence est déjà ancienne, comme en témoignent la consistance de ses parois et l'aspect de sa surface interne, en tout semblable à celui de la muqueuse œso-

phagienne dans la portion rétrécie. Au contraire, les trajets qui font communiquer l'estomac et l'abcès sont friables et paraissent relativement récents.

39. Pneumonie pseudo-lobaire caséeuse du poumon gauche, le droit étant sain; par M. Charles Maygrier, interne des hôpitaux.

Fourc..., doreur sur bois, 24 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Mesnet, le 30 janvier 1877.

Le malade est dans le subdelirium, et il est très-difficile d'obtenir sur ses antécédents des renseignements précis. Cependant, il paraît à peu près certain qu'il avait toujours joui de la santé la plus parfaite, lorsque, il y a environ deux mois il fut pris brusquement de fièvre, de toux et d'oppression; en même temps survenait un point de côté à gauche. Actuellement, le facies est typhoïde, profondément altéré; la langue est sèche et ligneuse: les lèvres et les dents sont fuligineuses. Le ventre est souple, nullement ballonné; il n'existe ni gargouillement, ni douleur à la pression dans la fosse iliaque; pas de diarrhée. L'attention est attirée du côté de la poitrine par la dyspnée considérable du malade et par l'existence d'un crachat un peu adhérent et strié de sang. L'expectoration a cessé complétement par la suite.

A la percussion, on constate de la submatité dans toute l'étendue du poumon gauche, mais nulle part de matité franche. A l'auscultation, on entend dans tout ce poumon des râles sous-crépitants en arrière; on les retrouve en avant, où ils masquent les bruits du cœur. Par moment quelques bouffées de râles plus fins arrivent à l'orcille, *mais en aucun point il n'existe de râles crépitants véritables ni de souffle*. La respiration est normale dans le poumon droit; l'examen des sommets reste absolument négatif.

30 *janvier*, le soir, la température est de 40°,2; pouls 124.

31 *janvier* même état; le délire augmente un peu. Température, 39°,4; pouls 120.

1er *février*. Le délire a redoublé d'intensité, les signes physiques fournis par l'examen des organes thoraciques sont les mêmes. Température, 39°,2; pouls 110.

2 *février*. A la visite du matin, on trouve le malade dans le coma, le corps couvert d'une sueur abondante. Il succombe à midi.

Autopsie. — Cavité thoracique : pas d'épanchement dans les plèvres; quelques adhérences peu marquées à gauche. Le *poumon droit est sain*; on n'y trouve aucune trace de tuberculisation, il est seulement un peu congestionné. Le *poumon gauche* présente dans presque toute son étendue l'aspect de la pneumonie caséeuse. Le sommet seul est sain ; ou du moins on n'y trouve que deux petites cavernules, dont la plus grosse a le volume d'une lentille, et qui sont remplies d'un liquide purulent. Tout le reste de l'organe, c'est-à-dire les neuf dixièmes de sa masse, est altéré, et les lésions y sont partout au même degré et uniformément répandues. Son tissu est formé par la réunion d'ilots de substance caséeuse de coloration gris jaunâtre, présentant une certaine fermeté à la coupe, et que circonscrivent des tractus rougeâtres. Nulle part il n'existe de points de ramollissement, ni d'excavations; on ne trouve pas non plus trace de granulations miliaires.

L'*examen histologique* de la pièce, fait dans le laboratoire de M. Charcot, sur des coupes durcies et colorées par le carmin, a permis de constater les lésions de la pneumonie caséeuse. Les contours des alvéoles sont moins nets; ils sont comme effacés par la caséification qui a envahi tous les lobules. Les autres viscères examinés avec soin ont été trouvés tous sains, sans qu'on ait pu découvrir de granulations tuberculeuses dans aucun d'eux.

40. Varices artérielles de l'intestin grêle; par H. de Boyer, interne des hôpitaux.

Le 1er février 1877 entre à l'infirmerie de Bicêtre (service de M. Bouchard), salle Saint-André 24, le nommé L..., âgé de 62 ans.

Ce malade est atteint de pneumonie et meurt le 3 février; on n'a aucun renseignement sur ses antécédents, si ce n'est qu'il a été paralysé du côté droit il y a 3 ans.

Le bras droit et la main présentent une atrophie marquée et une griffe de contracture secondaire; aucun symptôme intestinal.

Autopsie.—Outre les lésions de la pneumonie sur lesquelles nous n'avons pas à insister, nous trouvons un ancien foyer hémorrhagique à gauche, au lieu d'élection. Les artères cérébrales et sylviennes sont athéromateuses ; rien de récent au cœur. Les reins sont sclérosés et présentent quelques kystes peu volumineux; le fait sur lequel nous désirons attirer l'attention, c'est une singulière lésion intestinale, restée latente pendant la vie.

L'*intestin grêle* était criblé de taches arrondies, noirâtres, visibles par transparence à travers la paroi intestinale et ayant donné au jéjunum et aux premières portions de l'iléon un aspect moucheté. Ces petites tumeurs, dont les plus grosses atteignaient le volume d'un petit pois et dont la plupart étaient de celui d'un grain de chènevis, étaient situées sur le trajet des arcades vasculaires artérielles et occupaient par conséquent le bord libre de l'intestin, sur une longueur de près de deux mètres. Le nombre de ces tumeurs est donc très-considérable (50 sur 20 cc. de surface intestinale prise au hasard) : Les artères mésentériques et la veine porte ne contenaient pas de caillot ; il n'y avait pas d'altération hépatique.

Ces tumeurs sont situées directement sur le trajet des artérioles ; de ces artérioles partent aussi un certain nombre de pinceaux vasculaires contournés comme les vrilles de la vigne ; les plus petites tumeurs présentent cet aspect quand on les regarde par transparence : les tumeurs les plus volumineuses vues à la loupe sont régulièrement limitées, semblent formées d'enroulements vasculaires, leur aspect rappelle celui d'un glomérule rénal injecté : à un grossissement plus fort on constate le même enroulement et on voit naître des anses vasculaires de plus petits vaisseaux également contournés : on arrive à dissocier en partie cette tumeur et on peut alors s'assurer que les vaisseaux qui la composent sont en continuité de calibre avec l'artériole saine, que leurs parois un peu épaissies sont cependant régulièrement cylindriques, ne présentent ni anévrysmes ni ruptures; de ces vaisseaux en naissent de beaucoup plus ténus formant un fin chevelu autour des anses principales et se perdant ensuite dans la muqueuse voisine. Du tissu conjonctif et quelques fibres élastiques forment une enveloppe incomplète à ces sortes de varices artérielles; par la pression on ne peut vider complétement ces tumeurs. Pas de plaques calcaires dans les plus grosses artérioles. Nous croyons donc dans ce cas avoir un cas de varices artérielles de l'intestin grêle; l'estomac et les autres parties du tube digestif ne présentaient rien à noter. Sur la peau quelques infarctus du dos des mains.

41. Paralysie alterne portant sur le moteur oculaire commun; par M. Mayor, interne des hôpitaux.

Guil.... Elisabeth, ménagère, 67 ans, entre le 28 décembre dans le service de M. Bernutz. — La famille donne alors sur la malade les renseignements suivants : il y a huit jours, un matin, sa fille s'apercevant qu'elle ne se levait pas lui adressa la parole : elle ne put répondre et on s'aperçut qu'elle était paralysée du côté droit et que sa paupière supérieure gauche recouvrait l'œil. Jusqu'alors, la malade n'avait eu aucune attaque, elle n'était pas sujette aux vertiges ni aux maux de tête. La paralysie l'avait donc surprise en pleine santé.

Lorsqu'on examine la malade, le 15 janvier, on la trouve presque démente. Elle ne peut donner de renseignements utiles ; à la seconde question qu'on lui adresse, elle se met à pleurer. — Les membres du côté droit sont dans l'état de paralysie flasque. Cependant, les doigts ne se laissent pas très-facilement étendre d'une façon complète. Cela paraît tenir à un certain degré de contracture des fléchisseurs. Les membres paralysés sont assez fortement œdématiés.

A la face : à droite, paralysie de la région inférieure de la face; à gauche, pas de paralysie dans le domaine du facial, mais chute de la paupière supérieure. Strabisme externe, mydriase, immobilité de la pupille. Cependant, le globe de l'œil ne paraît point saillant. On ne peut faire exécuter à la tête les mouvements nécessaires pour savoir si le petit oblique est paralysé.

Pas de paralysie dans les membres du côté gauche. La langue est déviée vers la droite.

Pas de paralysie de la vessie. Constipation cédant facilement aux lavements.

La sensibilité est partout conservée.

A l'auscultation, signes de congestion pulmonaire. La malade succombe le 20 janvier aux progrès de la congestion pulmonaire.

Autopsie. Congestion pulmonaire des deux côtés dans les lobes inférieurs. Emphysème aux sommets. Cœur sain: valvules suffisantes. Foie et rate sains. Reins séniles.

A l'ouverture de la boite crânienne, le cerveau paraît parfaitement normal. Les méninges sont saines. Aucun exsudat, aucune tumeur ne comprime le moteur oculaire commun avant son entrée dans l'orbite. Un peu d'athérome des artères de la base.

Dépouillé des méninges, le cerveau offre une surface parfaitement saine. Les coupes successives des hémisphères ne montrent aucun foyer. La substance cérébrale est ferme, nullement œdémateuse ni congestionnée. — Cervelet sain.

Dans les pédoncules cérébraux, la protubérance et le bulbe on fait, à l'état frais, des coupes transversales et successives éloignées de cinq ou six millimètres les unes des autres. Au premier abord tout paraît sain, le volume, la consistance, la couleur de ces parties ne semblent pas avoir changé. Ce n'est qu'en reprenant cet examen avec beaucoup d'attention que l'on trouve un point siégeant sur la tranche qui correspond à l'envergence du moteur oculaire commun, et au-dessous du locus niger, où la surface paraît un peu grenue, à la coupe et où la consistance paraît un peu plus faible. La couleur est du reste normale. Des portions de la substance cérébrale prises en ce point et portées sous le microscope, montrent de nombreux corps granuleux. En examinant de la même façon les parties voisines, on reconnaît que ce foyer de ramollissement fort petit siége dans l'étage inférieur du pédoncule du côté gauche, et doit couper les fibres du nerf moteur oculaire commun au moment où elles vont émerger de ce pédoncule. Les symptômes observés pendant la vie se rapportaient du reste parfaitement à une lésion limitée et siégeant en ce point.

42. Endocardite végétante dans le cours d'une fièvre typhoïde; par M. le Dr Virenque, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Vincennes.

V... Eugène, soldat au 85e de ligne, 23 ans, entre le 9 décembre à l'hôpital de Vincennes dans le service de M. le médecin principal Morand pour une fièvre typhoïde à prédominance thoracique. Au dire du malade, l'affection a débuté trois jours avant son entrée à l'hôpital. L'affection, légère au début, est traitée par l'extrait de quinquina, le sulfate de quinine et quelques purgatifs. Le malade paraît aller mieux et commence à se lever lorsque le 2 janvier, c'est-à-dire le 27e jour de l'affection, la température monte à 38°,5; à partir de ce momen toux persistante, crachats spumeux en assez grande quantité légèrement striés de sang, finement aérés et adhérents au vase. Respiration suspirieuse et température s'élevant le soir à 38°. A l'auscultation, râles crépitants assez fins disséminés, matité à la base des deux côtés avec égophonie. Au cœur, souffle aux deux temps, aux foyers aortique et mitral, remarquable par sa rudesse. Pouls de Corrigan nettement accentué. On croit à une granulie aiguë. — Traitement par la morphine, la digitale, les vésicatoires et les ventouses. Mort brusque dans la soirée du 7 février pendant qu'on lui pose des ventouses.

Autopsie. Dans la deuxième portion de l'intestin grêle, *plaques de Peyer* au nombre d'une trentaine, saillantes, à muqueuse plissée, comme gaufrée à la surface, présentant un pointillé noir très-accusé qui leur donne l'aspect bleuâtre particulier dit de barbe fraîche. Le relief de ces plaques va pour quelques unes jusqu'à 2 et 3 millim. Autour de ces plaques, la muqueuse est normale. Ganglions mésentériques engorgés et volumineux. *Rate*. Doublée de volume et présentant vers le milieu du bord antérieur un infarctus grisâtre. *Reins* graisseux, foie légèrement hypertrophié.

Plèvres et *poumons*. — Epanchement abondant à gauche, adhérence de la plèvre droite, pleurésie enkystée à droite et à la base. Le tissu des poumons est dur, engorgé, non crépitant, hépatisé dans presque toute son étendue, hérissé à la coupe de petites granulations manifestement formées par les vésicules distendues, laissant s'écouler à l'incision une sérosité roussâtre et spumeuse.

Le *péricarde* renferme quelques cuillerées de sérosité citrine. *Cœur* hypertrophié et doublé de volume. Le ventricule droit est dilaté, les parois sont amincies. Les valvules aortiques sont hérissées de petites excroissances molles, grisâtres, comme feutrées à la coupe: les plus grosses ont le volume d'un petit pois. Elles sont pour la plupart pyriformes et tiennent à l'endocarde par un pédicule très-fin et très-fragile. Si l'on arrache l'une d'elles, on trouve à sa place une solution de continuité de la séreuse.

La valvule mitrale présente sur les deux faces, et surtout sur sa face supérieure, deux grappes de végétations semblables. L'on en voit aussi quelques-unes isolées sur les tendons des muscles papillaires; aucune ne paraît ulcérée. Leur présence paraît avoir eu pour conséquence d'amener à la fois l'insuffisance et le rétrécissement des orifices qu'elles occupent. *Cerveau* anémié; un peu de suffusion séreuse autour des veines de la convexité des hémisphères. Nulle part on ne peut constater l'existence de granulations tuberculeuses. Nous ne trouvons rien non plus dans les gros vaisseaux des membres.

Remarques. — Cet homme, entré au mois de décembre à l'hôpital de Vincennes, a eu en janvier une récidive ou une recrudescence de sa fièvre typhoïde pour laquelle on l'a forcé à reprendre le lit. L'altération cardiaque, l'état du poumon et tout l'ensemble pathologique nous semblent commandés par le processus morbide initial que le sujet n'a pu amener à réparation complète.

La forme végétante de l'endocardite est celle qui appartient aux processus aigus. La broncho-pneumonie chronique qui a été constatée n'est que la persistance de l'état pulmonaire typhique aggravé par la lésion cardiaque et les troubles circulatoires qui lui sont imputables.

L'examen microscopique fait sur les pièces fraîches a permis de constater: 1° Que les granulations sont formées de cellules embryonnaires en assez grand nombre englobées dans des amas de substance amorphe et supportées par un stroma fibrillaire nettement accentué; — 2° Que la striation des fibres musculaires du cœur est trouble et voilée par des amas granuleux ponctués par intervalles de granulations graisseuses reconnaissables à leur réfringence caractéristique.

43. Ostéite épiphysaire et arthrite suppurée du genou; par M. le Dr Virenque, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Vincennes.

G..., 23e compagnie d'ouvriers d'administration, entre à l'hôpital de Vincennes le 23 janvier 1877 pour une hydarthrose du genou gauche. Deux jours après son entrée se déclarent des phénomènes d'arthrite aiguë avec tuméfaction considérable du genou et empâtement profond. Le 3 février, le genou dégonfle subitement, mais les parties molles périarticulaires restent le siége d'une inflammation très-vive; le 8, on passe un tube à drainage au niveau de la partie inférieure du creux poplité et il s'écoule une grande quantité de pus. Les jours suivants, la fièvre est très-intense, le malade tombe dans le délire et dans le coma: il expire le 14 février à 6 h. du soir.

Autopsie. La région du genou gauche ayant été préalablement disséquée avec soin, on trouve sur le quart inférieur de la diaphyse du fémur un décollement complet du périoste. Pas de décollement épiphysaire. L'articulation est le siége d'une dénudation cartilagineuse assez avancée; la carie a atteint les couches profondes de l'os et une coupe transversale démontre l'existence d'une ostéo-myélite suppurée. On ne trouve pas d'abcès métastatiques dans les poumons ni dans les autres viscères.

Le *cœur* est le siége d'une endocardite marginale localisée à la valvule mitrale, sans végétations. L'articulation de l'épaule droite est remplie de pus et la tête humérale a son cartilage dépoli en quelques endroits. L'articulation de l'épaule gauche

est saine, mais on rencontre un abcès ganglionnaire superficiel dans le creux de l'aisselle. — Rien de particulier à signaler dans les autres organes.

REMARQUE.—L'intérêt de l'observation qui précède gît dans l'existence chez un adulte de l'ostéïte épiphysaire primitive, alors que la membrane interépiphysaire est depuis longtemps confondue avec le reste de l'os. Le gonflement subit du genou observé dans la deuxième semaine de la maladie est dû à une rupture de la synoviale distendue par le pus, lequel a déterminé ensuite des décollements variés dans les tissus avoisinants.

Séance du 6 avril. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Tubercules solitaires du cervelet et de la protubérance;
par Hippolyte MARTIN, interne des hôpitaux.

L... Jean, âgé de 6 ans et demi, est entré le 26 février 1877, à l'hôpital des enfants-malades, salle Saint-Jean nº 29, service de M. le Dr LABRIC.

Cet enfant est né à terme et bien constitué. Rien d'intéressant à signaler relativement à ses antécédents de famille. A l'âge de 8 à 10 mois, au début de la première dentition, il eut, au dire de la mère, quelques convulsions qui ne troublèrent pas du reste d'une façon sensible sa santé physique ni le développement graduel de son intelligence. A 18 mois environ il paraît avoir été souffrant pendant un certain temps, mais les parents ne nous donnent que des renseignements très-vagues à cet égard : pas de convulsions nouvelles, pas d'affection thoracique probable... Quoi qu'il en soit, il ne s'est plus développé dès cette époque, comme les enfants de son âge; son intelligence s'est montrée, d'une façon de plus en plus évidente avec l'âge, au-dessous de la moyenne, et il a toujours eu une faiblesse très-notable des membres inférieurs. Ne marchant pour la première fois seul qu'au delà de trois ans et avec difficulté, il traînait en effet ses jambes et ne consentait à se tenir que fort peu de temps debout. Les fonctions digestives se sont maintenues régulières jusque dans ces derniers temps. — Six semaines avant son entrée à l'hôpital, il a eu une rougeole dont l'évolution a été régulière, mais après 8 à 10 jours, au début de la convalescence, la faiblesse des membres inférieurs a été plus grande et la marche est devenue à peu près impossible; l'intelligence a paru encore plus obtuse sans qu'il y ait eu du reste du délire pendant la période fébrile de sa fièvre éruptive; enfin, depuis 8 jours, il tousse, a de la fièvre, un sommeil agité la nuit avec de temps en temps des gémissements plaintifs, et un appétit à peu près nul.

Etat à l'entrée. Le développement physique est à peu près normal et les différentes parties du corps bien proportionnées; l'embonpoint est conservé et peut-être même un peu exagéré. Mais le facies est immobile, sans expression; l'enfant paraît écouter quand on l'interroge, et il ne répond ensuite rien aux questions, ou du moins, il ne prononce que des monosyllabes sans signification bien précise. Il remue bien ses quatre membres, mais la force en paraît considérablement diminuée : quand on le pose sur le sol, il pleure et s'affaisserait si on ne soutenait pas les mains; si on le force à marcher en le tirant par les bras, il vacille et avance péniblement ses pieds, soit en fauchant soit en les traînant; mais il refuse bientôt d'avancer et se laisse tout-à-fait aller sous lui-même.

Visage. Il a une chute manifeste, mais incomplète de la paupière supérieure gauche, avec strabisme interne très-marqué de l'œil correspondant. Les pupilles sont à peu près égales, moyennement dilatées. Le malade paraît y voir des deux yeux. La sensibilité générale est partout conservée.

1er *mars.* Il est à peu près dans le même état depuis son arrivée; il mange assez régulièrement, mais vomit de temps en temps; une ou deux selles diarrhéïques par jour. L'intelligence s'affaiblit de plus en plus; c'est à peine s'il demande spontanément à boire et il fait le plus souvent sous lui. On a constaté dès le deuxième jour après son entrée, une paralysie faciale gauche à peu près complète, mais qui n'est évidente que lorsque l'enfant pleure.

2 au 10 *mars.* L'appétit devient très-irrégulier; il refuse souvent toute nourriture le soir. Quelques râles dans la poitrine. La chute de la paupière et le strabisme sont bien plus prononcés; l'hémiparalysie faciale est complète. La sensibilité générale est toujours bien conservée.

10 au 20 *mars.* L'enfant s'affaiblit tous les jours; l'intelligence est tout-à-fait éteinte. L'œil gauche ne présente plus qu'une ouverture palpébrale de quelques millimètres, et une sécrétion muco-purulente s'amasse au grand angle de cet œil. Mis sur ses jambes, il s'y tient à peine en étant soutenu et il ne peut avancer. Pas de troubles de la sensibilité; cependant au niveau de la face et du front elle est manifestement retardée du côté de la paralysie (à gauche), et elle y devient plus rapide si on a excité l'enfant en le piquant d'abord ailleurs : là, la réaction douloureuse est immédiate. Il est difficile d'apprécier l'état de la force musculaire dans les membres; toutefois, il les remue également quand on le pince. La narine gauche est souvent le siége d'un écoulement sanguinolent et comme l'enfant y a constamment ses doigts, on a dû lui attacher les mains. Du 20 au 25 il refuse toute nourriture et ne boit que du lait, le pouls est très-fréquent quoique toujours régulier, la respiration accélérée, la face bouffie et cyanosée, surtout à gauche, les lèvres sèches et fuligineuses; il meurt enfin le 25 sans troubles nouveaux; pas de convulsions. Disons enfin que la température a été prise régulièrement matin et soir et que de 38° au début, elle s'est élevée progressivement à 40° et 41°; la rémission matinale était de 1° à 1°,50; le dernier jour, il a eu 40°,3 le matin et 42°,3 le soir, trois heures avant la mort.

Autopsie.—Les principaux organes ne présentent rien de saillant dans les cavités thoracique et abdominale. Le cœur renferme quelques caillots blanchâtres qui paraissent formés pendant la période agonique. Rien dans le foie, la rate, les reins et le tube intestinal.

Poumons. Ils sont congestionnés, surtout aux bases, et à la base gauche, il y a même quelques îlots de broncho-pneumonie. Les sommets et les parties moyennes renferment un certain nombre de granulations jeunes, la plupart grisâtres, qui paraissent être de formation récente; elles sont loin d'être confluentes comme cela se voit assez souvent chez l'enfant. Nous avons dit que l'on n'en retrouve pas dans les autres organes.

Encéphale. Rien à signaler dans les hémisphères cérébraux. Les méninges ne sont pas enflammées et s'enlèvent sans difficulté, les circonvolutions sous-jacentes sont saines; cependant on trouve un tubercule jaunâtre de la grosseur d'une petite noisette, situé superficiellement à la partie la plus antérieure de la première circonvolution frontale gauche. Les nerfs optiques, leur chiasma et les noyaux du centre ne paraissent nullement altérés. Les ventricules sont très-légèrement dilatés et remplis par quelques grammes de sérosité citrine.

Le *cervelet* présente une dureté, une résistance de son lobe gauche qui est bien évidente dès l'incision de la tente que lui forme la dure-mère. La même consistance tout-à-fait anomale se remarque aussi dans la protubérance. Après une coupe horizontale du lobe gauche du cervelet, on trouve à son centre une masse énorme jaunâtre, sèche, caséeuse; toute la substance nerveuse centrale du lobe est détruite et ne forme plus à la périphérie qu'une sorte de coque de un centimètre en moyenne d'épaisseur. Rien dans le lobe droit. La *protubérance* vue de l'extérieur, est symétrique et paraît saine (nous avons déjà noté sa consistance remarquable), mais sur une coupe transversale, on trouve dans sa moitié gauche, un tubercule du volume d'une aveline et d'apparence absolument semblable à celui qui siége dans le cervelet. A son niveau, la substance nerveuse qui l'enveloppe a à peine deux millimètres d'épaisseur. Elle paraît saine dans la moitié droite. Rien enfin à noter dans le bulbe et les autres parties de l'encéphale.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'analyse chimique appliquée à la physiologie et à la pathologie; par Hoppe Seyler. Savy, éditeur.

Il s'agit là de la quatrième édition de l'ouvrage si apprécié du professeur de l'Université de Strasbourg, Hoppe-Seyler ; nous devons cette traduction à M. Schlagdenhauffen, l'éminent professeur de la Faculté de Nancy. Ce traité se divise en quatre parties. La première traite des manipulations chimiques et de l'emploi des appareils. Après quelques généralités sur les opérations les plus usuelles telles que *filtrations*, *lavages* des précipités, *dessiccations*, *examen des cristaux*, l'auteur décrit la marche à suivre pour déterminer exactement le *volume* des liquides, leur *poids* et leur *densité*. L'exposé des diverses méthodes optiques qui trouvent leur application dans l'étude de la chimie biologique termine ce chapitre. L'auteur traite de l'*analyse spectrale* et de la *polarisation rotatoire* en décrivant successivement les divers appareils les plus usités en Allemagne. Nous regrettons qu'il ne fasse point mention du saccharimètre à *pénombres* de M. Cornu dont la simplicité et l'exactitude sont de beaucoup supérieures à celles des instruments décrits.

La seconde partie de l'ouvrage est très-peu étendue ; elle commence par l'étude des *réactifs*, les moyens de les préparer, d'en constater la pureté, de s'en servir. La troisième partie est de beaucoup la plus détaillée; elle traite de la *composition*, des *propriétés* et de la *recherche* de tous les composés organiques et inorganiques que l'on rencontre dans l'étude de la chimie biologique. Les substances minérales sont peu nombreuses, très-facilement caractérisables ; leur recherche et leur dosage ne présentent aucune difficulté.

Il n'en est pas de même pour les substances organiques. Leur composition est complexe et très-souvent même n'est point connue d'une façon exacte, surtout lorsqu'ils renferment du *soufre* ou du *phosphore*. La recherche de ces deux éléments nécessite des procédés particuliers que l'auteur décrit avec détails. Pour étudier plus facilement tous ces corps, Hoppe-Seyler les groupe de la façon suivante :

Composés organiques non azotés. — I. *Acides.* — Citons parmi les plus importants les acides *formique*, *butyrique*, *valérianique*, *oléique*, *lactique*, *oxalique* et *acides biliaires*. — II. *Alcool.* — Il n'y a guère que la *cholestérine* et la *glycérine*. — III. *Corps gras.* — *Stéarine*, *oléine*, *acide phosphoglycérique*. — IV. *Matières sucrées.* — Sucre de raisin (*glucose*), sucre de lait (*lactose*) *inosité.* — V. *Matières amylacées.* — *Glycogène*, *tunicine*.

Composés organiques azotés. — VI. Ce groupe est le plus nombreux et le plus important ; citons tout d'abord l'*urée*, puis la *lécithine*, la *glycocolle*, la *taurine*, *leucine*, *tyrosine*, *l'acide urique*, la *créatine*, la *créatinine*, *cystine*, *indican* et *indigo*. — VII. Ce groupe renferme les matières colorantes à la tête desquelles nous placerons l'*hématine*. Les pigments biliaires sont assez importants pour faire l'objet d'un chapitre particulier, à la fin duquel l'auteur traite des matières colorantes de l'urine, encore peu connue du reste.

VIII. Sous la dénomination de *substances albuminoïdes* ou de *matières protéiques*, Hoppe-Seyler aborde l'étude des diverses albumines, celles du *sérum*, de l'*œuf*, des *muscles*, puis de la *fibrine*, *caséine*, etc., il indique un assez grand nombre de variétés de ces matières protéiques, mais ne parle pas du tout des types pourtant si tranchés, désignés chez nous sous le nom de *métalbumine*, *paralbumine*, *hydropisine*.

IX. Matières colorantes du sang, *hémoglobine* et ses dérivés. —X. Parmi les éléments muqueux, nous citerons la *chondrine* et la *nucléine*. — XI. Les ferments formant un groupe très-important ; ce sont la *pepsine*, la *pancréatine*, le ferment *inversif du foie*, la *diastase*. — XII. L'examen des matières cornées, dont l'importance est secondaire, termine cette première partie.

La quatrième et dernière partie de l'ouvrage traite de l'analyse qualitative et quantitative des liquides, des tissus et des concrétions fournis par les animaux et qui sont constitués par les éléments décrits précédemment. — L'examen des cendres, c'est-à-dire de sels minéraux vient en premier lieu; les procédés de dosage sont très-simples, l'auteur décrit avec détails les méthodes volumométriques.

Un chapitre important est consacré à l'analyse de l'urine : après l'examen des propriétés générales de ce liquide, *odeur*, *consistance*, *densité*, *réaction*, Hoppe-Seyler s'occupe de la recherche et du dosage des principes normaux, minéraux et organiques. Parmi ces derniers citons les procédés de dosage de l'*urée* et *de l'acide urique*, la recherche et le dosage des principes anormaux, *sucre* et *albumine*, vient ensuite; il n'y a là, rien de bien saillant, nous n'avons encore que la balance pour le dosage exact de l'*albumine*.

L'auteur indique, pour le dosage des acides biliaires, un procédé dont la simplicité est encore loin d'être assez grande pour entrer dans la pratique journalière. Ce chapitre est terminé par l'examen des *sédiments* des *calculs urinaires* et *rénaux*, leur analyse qualitative et le dosage des principes constituants.

Le chapitre troisième a pour titre : analyse des sérosités. Cette partie de la chimie biologique prend tous les jours une importance de plus en plus grande; on doit, dans ces liquides, rechercher les matières *albuminoïdes*, *colorantes*, *grasses*, *les sels*, *le sucre*, *l'urée*. L'auteur indique les modifications que l'on doit faire subir aux méthodes générales.

L'analyse du sang fait l'objet du chapitre suivant : après quelques généralités on trouve de précieux renseignements sur le dosage de la *fibrine*, de l'*hémoglobine*; celui des globules sanguins est étudié avec le plus grand soin, et plusieurs méthodes sont indiquées.

Pour remplir le cadre qu'il s'est tracé, l'auteur s'occupe enfin des divers produits de sécrétion, et tout d'abord de celui des glandes salivaires; il passe en revue les diverses sortes de salives, et la salive buccale qui résulte de leur mélange ; il examine le *mucus nasal*, *les crachats*, *le suc gastrique et les matières des vomissements*.

La composition de la bile est étudiée avec soin; nous y trouverons décrits, l'action des divers réactifs sur les éléments constituants, la recherche de l'*albumine* et du *sucre* qu'elle peut contenir. Suivent quelques détails sur la *sueur*.

Une place importante de ce chapitre est constituée par l'étude du *lait* et le dosage de ces divers éléments : *beurre*, *caséine*, *albumine*, *sucre de lait*. Il se termine par des renseignements sur des sécrétions bien moins importantes telles que celles des *glandes sébacées* de la peau, du *prépuce*, l'analyse du *cerumen*, du *sperme*, du *pus*.

La constitution des organes et des tissus est étudiée dans le chapitre dernier. — On y trouve de nombreux renseignements sur la constitution des *os*, des *dents*, des *concrétions calcaires*, et les données que la science possède aujourd'hui sur la constitution des *muscles*, du *cerveau* et des *nerfs*.

Tel est le résumé rapide de cet ouvrage ; le nom seul de l'auteur suffirait pour lui assurer l'accueil qu'il mérite ; mais n'oublions pas, dans nos éloges, la part qui revient au traducteur. M. Schlagdenhauffen ne s'est pas en effet contenté de nous faire connaître l'œuvre de Hoppe-Seyler, il l'a enrichie de nombreuses annotations qui prouvent tout à la fois et sa profonde érudition et sa grande expérience de ce genre d'analyse.

L'étude de la chimie biologique prend tous les jours une importance plus grande; de tous côtés surgissent des travailleurs qui ont pour eux l'amour de la science et la bonne volonté; malheureusement tout cela ne suffit pas ; avant de travailler il faut apprendre à travailler ; qu'ils acceptent donc avec reconnaissance le guide qui vient de leur être offert, sinon qu'ils prennent garde de faire fausse route. Je m'appesantis sur ce point avec d'autant plus d'instance que l'expérience nous a déjà prouvé que bien des écueils n'ont pas été évités. La chimie biologique est en train de se créer, mais elle ne peut progresser que lentement, car elle ne doit s'appuyer que sur des faits, contrôlés par l'expérimentation la plus rigoureuse. Craignons de faire de l'urologie empirique, basée sur des à peu près, et d'autant plus dangereuse qu'elle est couverte d'un certain vernis scientifique.

Yvon.

PHARMACOLOGIE

Dyspepsie anémique et Colombo (Elixir toni-radical de Blottière au Colombo.)

La dyspepsie, qui complique la chloro-anémie, commande encore le plus souvent cette affection, dont elle constitue si communément la note dominante.

Elle se manifeste par la douleur sus-ombilicale, qui suit ou précède l'ingestion alimentaire et se continue parfois dans l'intervalle des repas, tantôt limitée et gastralgique, tantôt irradiée en expansions névralgiformes plus ou moins éloignées: l'éréthisme stomacal, qui en résulte, détermine à un degré plus ou moins élevé l'intolérance alimentaire et l'anorexie: il s'ensuit une insuffisance de la nutrition contre laquelle les reconstituants ferrugineux demeurent impuissants jusqu'à nouvel ordre. Dans les dyspepsies symptomatiques, tuberculeuses et carcinomateuses, où l'anémie globulaire, à évolution lente, est toujours de longue date, les lésions fonctionnelles de l'estomac restent longtemps douloureuses et comportent les mêmes indications thérapeutiques que les précédentes.

Dans la convalescence de la fièvre typhoïde, dans la grossesse le même cycle vicieux se reproduit: épuisement de la tonicité des divers appareils organiques, orgasme de l'estomac. Dans tous ces cas divers, nous ne saurions trop signaler à l'attention des praticiens un tonique direct de l'estomac le Colombo, que nous employons le plus volontiers sous forme d'*Elixir toni-radical de Blottière*: cette préparation, magistralement formulée et déjà préconisée avec succès dans le traitement du vomissement grave et de la débilité valétudinaire, est éminemment antiémétique et antidiarrhéique.

Le Colombo, outre qu'il contribue à l'accroissement des forces à la façon des autres analeptiques, agit sur l'estomac par ses propriétés toniques et amères et soulage la douleur par son action narcotique: c'est cette dernière qui le distingue de ses congénères. Aussi l'usage médical de l'Elixir de Blottière, qui se vulgarise beaucoup depuis quelques années, peut-il être impunément prolongé; précisément le contraire de ce qui se passe avec le vin de quinquina et ses succédants qu'on est obligé d'interrompre prématurément à cause des fréquentes gastralgies qu'ils provoquent. Nous empruntons à une communication récente d'un distingué confrère de Dr L. Groussin (de Tours) la justification des prémisses qui viennent d'être esquissées:

« *Dyspepsie; anémie et névralgies consécutives. Elixir toni-*
» *radical de Blottière au Colombo et ferrugineux.*

» Un jeune homme de 18 ans avait une douleur très-vive
» à la région épigastrique, revenant par accès, accompagnée
» de renvois nidoreux, le tout sous la dépendance d'une gas-
» tralgie. Il avait des points douloureux caractéristiques de la
» névralgie intercostale; les septième et huitième nerfs inter-
» costaux, qui rampent dans la paroi thoraco-épigastrique,
» sont surtout affectés. En outre, chairs flasques, pâleur de
» la peau et des conjonctives, légers étourdissements surve-
» nant de temps à autre, ainsi que des battements de cœur,
» bruit de souffle doux au premier temps et à la base de cet
» organe, souffle à double courant dans les vaisseaux du cou.
» Rien ne fait soupçonner la tuberculisation pulmonaire, pas
» d'antécédents syphilitiques. Ce qui domine c'est la cardial-
» gie, l'anémie n'en est que la conséquence. Comme le disait
» excellemment Hippocrate, l'estomac est pour les animaux
» ce que la terre est pour les plantes. Il s'ensuit que l'homme
» qui digère mal est comparable à un arbre qui, fixé sur un
» sol stérile, s'étiole et dépérit. On lui donna du bismuth, des
» martiaux, du vin de kina, de la pepsine. Ces médicaments
» améliorèrent son état, mais d'une façon tout-à-fait insuffi-
» sante; les douleurs épigastriques persistaient. On soumit le
» malade pendant trois mois à l'usage de l'*élixir toni-radical*
» *de Blottière*, en supprimant les autres moyens: après ce
» temps, le jeune patient avait recouvré sa faculté digestive
» dans son intégrité physiologique. Puis l'anémie secondaire
» fut combattue victorieusement par les médicaments ferru-
» gineux. »

Dr GROUSSIN.

VARIA

Des établissements hospitaliers et scolaires consacrés aux enfants idiots et imbéciles.

Voici, d'après M. Ireland et sous bénéfice d'inventaire, d'accord en cela avec l'auteur, la liste des établissements ou des asiles consacrés aux idiots et aux imbéciles:

ANGLETERRE.	Date de la création.	Nombre des assistés.
Bath Asylum	1846	—
Essex-Hall, Colchester	1859	98
Earlswood, Surrey	1855	594
Star Cross, Exeter	1864	40
Royal Albert, Lancaster	1864	251
Normansfield	1867	94
Midland Counties Middle Class Idiot Asylum, Birmingham	1867	20
Clapton	1874	335

Les établissements de Catherham et de Leavesdon, fondés en 1870, sont destinés aux aliénés chroniques tranquilles et aux imbéciles. Il y a eu construction sur les terres de Warwick des Counties Lunatic Asylum pour les idiots; mais jusqu'à présent on n'y a encore reçu qu'un petit nombre de ces malheureux.

ÉCOSSE.	Date de la création.	Nombre des assistés.
Baldovan	1853	46
Scottish National, Larbert	1862	102
Columbia-Ladge, près Edimbourg	1867	8
IRLANDE.		
Stewart Institution	1862	43
CANADA.		
London, Ontario (Etablissement de l'Etat)	1872	46

Un asile pour 200 idiots est en construction près Toronto.

AUSTRALIE (*Nouvelle-Galles du Sud.*)	Date de la création.	Nombre des assistés.
Newcastle (Etablissement du gouvernement)	1872	132

ALLEMAGNE.	Date de la création.	Nombre des assistés.	
Berlin	1820	38	Privé.
Craschnitz	1860	133	Pensionnaires et souscriptions.
Gladbach	1859	136	Privé.
Hasserode	1861	16	Filles. Public.
Kiel	1862	44	Privé.
Kückenmühle	1863	89	Pensionnaires et souscriptions. La commune donne une souscription de 3,000 fr.; coût de la pension annuelle, 550 fr.
Langenhahen	1862	228	Pensionnaires, souscriptions et allocation de 15,000 fr. du gouvernement.
Neinsstedt	1861	70	Pensionnaires et souscriptions.
Potsdam	1865	60	Privé.
Rastenburg	1865	32	Privé.
Riga	1853	10	Privé.
Schwerin	1870	30	Privé.
Schleswig	1852	59	Privé.
Schreiberhau	1845	15	Privé.
SAXE.			
Dresde		6	Privé.
		23	Privé.
Dahlen	1858	11	Privé.
Hubertsburg	1845	150	Public.
Möckern	1841	41	Privé.
BAVIÈRE.			
Ecksberg	1852	138	Charitable.
Neuendettlesau	1854	68	Femmes. Privé.
Polsingen	1868	53	Privé.
WURTEMBERG.			
Mariaberg	1841	80	Gouvernement, pensionnaires et souscriptions.
Stetten	1849	183	Privé.

PETITS ÉTATS.			
Darmstadt	1869	64	Privé, sous la protection de la princesse Louise.
Eckerode (Brunswick)	1868	64	
Schwerin	1867	12	Fondé par le duc de Mecklenbourg.

Deux asiles ont été fondés pour le traitement des *épileptiques* seuls :

Bielefeld (Westphalie)	1867	72	Privé.
Eckerode (Brunswick)	1875	24	Privé.
FRANCE.			
Bicêtre	1842	20	Département.
Salpétrière	1841	50	Femmes. Département
Clermont (Oise)	1841	15	Département.
Gentilly, près Paris	X	60	Privé.
Vaucluse	1876	60	Département.
HOLLANDE.			
La Haye	1858	42 13	Internes. Externes.
BELGIQUE.			

Dans l'hôpital Guislain, qui contient 470 aliénés, il y aurait, selon Seguin, 70 idiots en traitement.

	Date de la création	Nombre des assistés	
AUTRICHE.			
Prague	1872	48	Charité privée.
SUISSE.			
Anstalt zur Hoffnung, Basel.	1850	22	Souscriptions particulières et pensionnaires.
Weissenheim	1868	18	Femmes. Contributions charitables.
Hottingen, Zurich	1868	10	Femmes. Contributions charitables.
Etoy, pays de Vaud	1868	10	Privé.

En 1873, il y avait deux établissements privés avec écoles à Lausanne.

SUÈDE.			
Stockholm	1870	22	Contributions de l'Etat (8,925 fr.).
Johannesberg, près Mariestad	1868	35	Contributions de l'Etat (8,925 fr.).
Stromsholm	1871	10	Subsides de l'Etat.
DANEMARK.			
3 institutions, Copenhague		65	
RUSSIE.			
Saint-Pétersbourg		20	
Riga		10	Privé. A une petite subvention de la ville
ÉTATS-UNIS.			
Barre, Massachusetts	1848	70	Privé.
Syracuse, New-York	1851	215	Etat.
Boston	1848	80	—
Media, Pensylvanie	1853	225	—
Lakeville, Connecticut	1858	85	—
Colombus, Ohio	1857	408	—
Frankfort, Kentucky	1860	120	—
New-York, City, Randall's Island	1860	183	Cité.
Jacksonville, Illinois	1865	100	Etat.
Fayville, Massachusetts	1870	12	Privé.
Glenwood, Iowa	1873	14	Etat.

Herborisation.

« Par suite des progrès incessants de la grande culture et du défrichement de certaines contrées marécageuses où le botaniste pouvait encore trouver un agréable dédommagement de ses recherches souvent pénibles, la flore de l'Isle-Adam a reçu de graves atteintes sans cesser toutefois d'être un des centres botaniques classiques des environs de Paris. La forêt elle-même, d'après ceux qui l'ont parcourue à la date d'une quinzaine d'années seulement, a vu quelques-unes de ses espèces devenir assez rares, d'autres disparaître par suite peut-être des herborisations nécessaires et trop fréquemment répétées dont elle a été l'objet.

Cependant voici une série de plantes que nous avons recueillies pendant une période de deux années consécutives et sur une étendue de terrain de 4 à 6 kilomètres. Nous ne citons que les espèces rares ou peu communes dont la connaissance peut être de quelque utilité aux botanistes descripteurs.

Daus cette énumération le signe + précède le nom de celles dont nous n'avons pu récolter qu'un seul échantillon et qu'il ne nous a pas été permis de revoir une seconde fois :

Thalictrum minus. Anemone pulsatilla. Myosurus minimus. Helleborus fœtidus. Nigella arvensis. Aquilegia vulgaris. Gypsophila muralis. Dianthus deltoïdes. + *Silene Gallica. Silene otites. Sagina apetala. Alsine selacea. Linum tenuifolium. Geranium pyrenaïcum. Malva moschata. Malva alcæa. Polygala austriaca. Polygala calcarea. Monotrapa hypophytis. Drosera.* + *Reseda phytheuma. Papaver argemone.* + *Alyssum incana* (la spontanéité de cette espèce qui n'a pas encore été signalée aux environs de Paris ne nous a pas paru douteuse). *Fumaria vulgaris. Genista anglica. Genista sagittalis. Ononis columnæ. Tetragonalabus siliquosus. Melilotus alba. Vicia lutæa. Lathyrus tuberosus. Lathyrus hirsutus. Coronilla minima. Cerasus mahaleb. Ænothera biennis. Sanicula europæa.* + *Buplevrum cristatum.* + *Carum bulbocastanum. Libanotis montana. Seseli coloratum. Seseli montanum. Anthriscus sylvestris. Peucedanum oreoselinum. Samolus valerandi.* + *Littorella lacustris. Fraxinus ornus (subp.). Asclepias cornuti (subp.). Menyanthes trifoliata. Gentiana pneumonanthe.* + *Gentiana cruciata. Gentiana germanica. Anchusa italica.* + *Verbascum nigrum. Veronica præcox. Veronica triphyllos, spicata, teucrium. Linaria peloria. Linaria elatine.* + *Pelisseriana. Pinguicula vulgaris. Salvia sclarea. Teucrium montanum, botrys. Globularia vulgaris. Vaccinium myrtillus.* + *Campanula cervicaria. Phyteuma orbiculare. Asperula arvensis. Dipsacus pilosus. Centaurea solstitialis. Linosyris vulgaris. Doronicum plantagineum. Petasites vulgaris.* + *Helminthia echioïdes.* + *Barkausia setacea. Crepis tectorum. Thesium humifusum. Euphorbia palustris. Scilla bifolia. Allium ursinum. Phalangium ramosum. Paris quadrifolia. Tamus communis. Orchis ustulata, purpurea, militaris, simia, morio, laxiflora. Ophrys muscifera, aranifera, arachnites, apifera. Gymnadenia conopsea. Cephalantera grandiflora. Epipactis atrorubens. Neottia nidus-avis. Lemna trisulca. Carex depauperata. A præcox.* + *Setaria glauca. Catabrosa aquatica. Festuca gigantea.*

Nous avons admis avec MM. Conod et Germain le *seseli montanum* et *coloratum* comme deux espèces distinctes, quoique leurs caractères différentiels, sur lesquels nous nous proposons de revenir dans un prochain article, nous aient paru éminemment variables, au point de nous faire considérer ces deux plantes comme des variétés d'une même espèce.

V. de SAINT-AVID.

Médecins militaires.

Par décret en date du 7 juin 1877, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Azaïs (Casimir-Lucien), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, en remplacement de M. Jeaux, retraité. M. Servier (Jules-Janvier-Joseph), médecin-major de 1re classe à l'hôpital Saint-Martin, en remplacement de M. Chevassu, retraité. M. Rizet (Louis-Pierre-Félix), médecin-major de 1re classe de l'hôpital militaire de Versailles, en remplacement de M. Noguès, retraité. M. Cochu (Charles-Auguste), médecin-major de 1re classe des hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Thierry de Maugras, retraité.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté.) M. Cogit (Frédéric-Alexandre), médecin-major de 2e classe au 9e régiment de cuirassiers, en remplacement de M. Lespiau, mis en non-activité. (Choix.) M. Jean-Eugène-Mathieu), médecin-major de 2e classe au 11e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Peret, retraité. (Ancienneté.) M. Rebstock (Michel-Emile), médecin-major de 2e classe au 16e régiment de dragons, en remplacement de M. Ridreau, retraité. (Choix.) M. Massoutié (François-Marie-Arthur), médecin-major de 2e classe au 8e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Thévenon, retraité. (Ancienneté.) M. Pasquet (Jean), médecin-major de 2e classe au 6e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Aldrovandi, retraité. (Choix.) M. Dieu (Alphonse), médecin-major de 2e classe au 22e régiment de dragons, en remplacement de M. Duval, décédé. (Ancienneté.) M. Poirée (Alfred), médecin-major de 2e classe au 64e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Azaïs, promu. (Choix.) M. Lanoaille de Lachèze (Jean-Baptiste), médecin-major de 2e classe au 16e régiment de chasseurs à cheval, en remplacement de M. Servier, promu. (Ancienneté.) M. Delange (Louis-Joseph-Félix), médecin-major de 2e classe, au 1er régiment d'infanterie, en remplacement de M. Rizet, promu. (Choix.) M. Pingaud (Etienne-Fortuné), médecin-major de 2e classe, professeur agrégé à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaire, en remplacement de M. Cochu, promu.

Loi sur les services hospitaliers de l'armée.

Ce projet de loi, qui vient d'être voté par le Sénat, dans la séance du 23 juin, contient les principaux articles que voici :

Article premier. — Chacun des corps d'armée de l'intérieur aura, dans la région qu'il occupe, et autant que possible au chef-lieu du corps d'armée, un établissement hospitalier militaire destiné à l'instruction spéciale du personnel, à la préparation et à l'entretien du matériel nécessaire au corps d'armée pour le service hospitalier en cas de mobilisation.

Art. 2. — A l'exception des hôpitaux régionaux, des hôpitaux permanents des gouvernements de Paris et de Lyon et des hôpitaux thermaux, tous les autres hôpitaux militaires pourront être successivement supprimés quand, dans les villes où ils existent, les hospices civils appropriés à cet effet seront en état d'assurer en tout temps le service médical militaire. Toutefois, ces suppressions ne pourront avoir lieu qu'en vertu d'une disposition formelle de la loi de finances de chaque année.

Art. 3. — Dans les localités où il n'existera pas d'hôpitaux militaires, dans celles où ils seront insuffisants, les hospices civils sont tenus de re-

cevoir et de traiter les malades de l'armée qui leur seront envoyés par l'autorité militaire.

Art. 4. — Les hospices civils seront, à cet effet, par décret du Président de la République, rendu sur la proposition des ministres de la guerre et de l'intérieur, divisés en deux catégories : 1° les hôpitaux mixtes ou généralisés, 2° les hôpitaux proprement dits. Seront classés dans la première catégorie, les hôpitaux civils où il y aura des salles spécialement réservées aux malades militaires.

Toutes les fois qu'une garnison atteindra le chiffre de 300 hommes, les malades militaires seront soignés dans des salles spéciales, et soumis, autant que possible, sous le rapport du régime hospitalier, aux règlements en vigueur dans les hôpitaux militaires.

Seront classés dans la seconde catégorie, les hôpitaux des villes où les garnisons n'atteindront pas le chiffre de 300 hommes ; les malades militaires seront soignés dans les salles ordinaires s'il n'est pas possible d'avoir des salles spéciales, et soumis au régime de l'hôpital civil. Lorsque l'effectif d'une garnison sera de 1,000 hommes au moins, le traitement des malades sera toujours confié aux médecins militaires; au-dessous de ce chiffre, les malades militaires seront soignés par les médecins militaires toutes les fois que le personnel de la garnison le permettra ; en cas d'insuffisance, le service des salles militaires sera fait par des médecins civils.

Dans les hôpitaux civils proprement dits, les malades de l'armée seront soignés par des médecins civils. Quand des malades militaires seront soignés par des médecins civils, le médecin de la garnison aura le droit de les visiter; mais, sous aucun prétexte, il ne pourra s'immiscer dans le traitement ni donner des ordres dans le service.

Ecole de pharmacie.

On construit en ce moment sur de vastes terrains retranchés du jardin du Luxembourg la nouvelle Ecole supérieure de pharmacie. Les bâtiments et les jardins occuperont un espace de dix-sept mille mètres carrés, c'est-à-dire une superficie à peu près égale à celle de la moitié de la place de la Concorde. Voici quelques détails du projet que l'on se propose de mettre à exécution.

Une grande cour de cinquante-sept mètres de longueur, ornée de pelouses où l'on dressera les statues de Parmentier et de Vauquelin, précédera le bâtiment principal. Elle sera flanquée à droite et à gauche de deux pavillons où les professeurs auront leurs laboratoires.

Le bâtiment principal, divisé en deux parties par un vestibule central, contiendra à droite la salle des actes, et en arrière d'elle un amphithéâtre de physique ; à gauche, les bureaux de l'administration, et en arrière un amphithéâtre de chimie; les deux amphithéâtres auront 400 mètres carrés chacun. Six cents élèves pourront prendre place dans l'un comme dans l'autre.

Les jardins et les serres se trouveront placés derrière les bâtiments. Ils seront bornés vers le Luxembourg, par une grande construction, longue de quatre-vingt-dix mètres, haute de trois étages, et où six cents élèves trouveront des laboratoires de manipulation.

Cet œuvre de maçonnerie reposera sur les catacombes. Pour éviter tout accident, trois cents puits ont été creusés.

La nouvelle Ecole de pharmacie ne pourra être complétement terminée qu'en 1880, mais on espère que dès l'année prochaine, les travaux seront assez avancés pour qu'on puisse se rendre compte de l'aspect général.

Distribution des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité.

La distribution annuelle des prix aux sages-femmes et élèves sages-femmes de la maison-école d'accouchement de Paris a eu lieu avant-hier à la Maternité, sous la présidence de M. de Nervaux. M. le maire du quatorzième arrondissement et le corps professoral assistaient à cette cérémonie. Voici la liste des lauréates :

Théorie et pratique des accouchements. — 1er prix : Mlle Marie Foucher. — 2e prix : Mlle Anne-Thérèse Belloto. — 3e prix : Mlle Marie-Louise Burkart. — 4e prix : Mlle Marie-Madeleine Bloch.

Clinique. — Vigilance clinique : 1er prix, partagé entre Mme Bavant, née Batissier, et Mlle Burkart. — 2e prix, partagé entre Mlles Belloto et Thérèse Gally. — 3e prix : Mlles Foucher et Bl.-Marie Buccelin.

Observations cliniques. — 1er prix : Mlle Marest. — 2e prix : Mlle Marie Ray. — 3e prix : Mlle Stéphanie Brisville.

Mortalité a Paris. — 1,988,806 habitants (recensement de 1876). Pendant la semaine finissant le 28 juin 1877, on a déclaré 852 décès, soit 22,3 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 5; — rougeole, 12; — scarlatine, 1; — variole, 2; — croup, 11; — angine couenneuse, 28; — bronchite, 27; — pneumonie, 35; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 37; — choléra nostras, »; — dysentérie, »; — affections puerpérales, 2; — érysipèle, 5, — autres affections aiguës, 248; — affections chroniques, 374 dont 147 dues à la phthisie pulmonaires; affections chirurgicales, 35; causes accidentelles, 30.

Faculté de médecine de Paris. — M. Debove, chef de clinique, est délégué dans les fonctions de chef des laboratoires des cliniques (Hôtel-Dieu), à ladite Faculté, en remplacement de M. Longuet, démissionnaire. — M. Sevestre, docteur en médecine, ancien chef de clinique, est nommé chef de clinique jusqu'au 1er novembre 1877, en remplacement de M. Debove. — M. Leblanc, docteur en médecine, est nommé préparateur du cours de thérapeutique. — M. Verrier, docteur en médecine, est nommé préparateur du cours d'accouchement.

Faculté de Médecine. — *Avis.* — Le 3e examen de doctorat du samedi 7 juillet, aura lieu à 1 h. de l'après-midi au lieu de 8 h. 1/2 du matin.

Excursion géologique. — M. Daubrée, membre de l'Institut, professeur, M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche 8 juillet 1877, aux environs d'Etampes. On se réunira à la gare d'Orléans, où l'on prendra à 7 h. du matin le train pour Etampes.

Herborisation. — M. Chatin, professeur, membre de l'Institut, fera sa prochaine herborisation le dimanche 8 juillet, dans la vallée de Chevreuse et les Vaux-de-Cernay.

Rendez-vous à 7 h. 30 m. à la gare Montparnasse.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, arrête : Le conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le mardi 17 juillet 1877, au ministère de l'instruction publique.

Nominations. — M. le dr *Dufour*, ancien médecin de l'asile de Brou, vient d'être nommé médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère). — M. le dr Cortyl, ancien médecin en chef de l'asile de Saint-Robert, vient d'être nommé médecin en chef de l'asile de Saint-Dizier.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 9 juillet 1877, à 3 h. précises au Palais-de-Justice. — Ordre du jour : Election de membres correspondants nationaux ; — Rapport de la commission chargée d'étudier la question de savoir si les expéditions des consultations données par la Société doivent être soumises au timbre ; — Rapport de M. Ladreit de la Charrière sur les signes de la mort ; — Rapport de MM. Goujon et Legrand du Saulle, sur un cas d'hermaphrodisme, présenté par M. Lutaud ; — Discussion du rapport de M. Pénard sur le tarif des expertises judiciaires (ce rapport est publié dans le numéro de juillet des *Annales d'hygiène et de médecine légale*).

Nécrologie. — Nous venons d'apprendre la mort, à l'âge de 34 ans, de M. l'*abbé* Hubert Valleroux, prêtre de la compagnie de Saint-Sulpice, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Bernhard-Caro. — Zur Lehre von der Neuritis migrans, Inaugural dissertation. — Breslau 1877, Freund's Buchdruckerei.

Samuel Knopf. — Die visceralen Neuralgien ins Verlaufe der Tabes dorsalis. Inaugural dissertation. Breslau, 1877. Jungfer's Bruckdruckerei.

Jacob Herrnstadt. — Ueber acute apoplectiforme Bulbärparalysis. Inaugural dissertation. Breslau, 1877. Jungfer's B.

Richard-Lippe. — Zur Casuistik der « Schrecklähmung. » Inaugural dissertation. Jungfer's B.

Adolf Pitschpatsch. — Ueber motorische Reizerscheinungen bei cerebraler Hemiplegie. Inaugural dissertation; Breslau, 1879. Jungfer's B.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — Cliniques dermatologique et syphiliographique. Service de M. Hillairet. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le mardi Jeudi, conférences cliniques sur les maladies de la peau. Salle Henri IV, à 9 h. — Pavillon Gabrielle : 3, pemphigus généralisé; 10, lèpre tuberculeuse anesthésique; 15, pelade. — Salle Henri IV : 13, herpès circiné; 20, favus. — Salle Saint-Louis : 18, sycosis; 13, lèpre tuberculeuse.

Service de M. Lailler. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le mercredi. Vendredi conférences cliniques sur les affections cutanées, leur traitement. Salles Sainte-Foy et Saint-Mathieu, 8 h. 1/2. — Dimanche, conférences sur les teignes, Salle Sainte-Foy, 9 h. Lundi spéculum. — Salle Sainte-Foy : 4, lupus érythémateux; 9, érythème circiné; 19, lichen; 23, acné varioliforme. — Salle Saint-Mathieu : 11 eczéma; 27, gommes multiples; 61, icthyose et infantilisme; 75, psoriasis palmaire.

Service de M. Guibout. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le vendredi. — Lundi, leçon clinique sur les maladies des femmes, salle Henri IV à 9 h. — Samedi, conférence clinique sur les maladies de la peau, salles Henri IV et Saint-Charles, 8 h. 1/2. — Salle Saint-Charles : 6, éléphantiasis; 11, pemphigus chronique; 54, syphilide tuberculo-squammeuse. — Salle Henri IV : 41; psoriasis; 47, plegmon peri-utérin; 52, herpétide exfoliatrice.

Service de M. Vidal. Visite à 9 h. Consultation externe le jeudi. — Lundi, leçon sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement des affections cutanées, salle Saint-Jean, 10 h. — Vendredi, conférence clinique au lit des malades, même salle, 9 h. — Mercredi, traitement du lupus par les scarifications. — Samedi, spéculum. — Salle Saint-Ferdinand, accouchements. — Salle Sainte-Marie : 9, mycosis-fongoïde. — Salle Saint-Jean : 29, langue syphilitique tertiaire; 30, pachydermie et ulcère de la jambe; 34, acné sébacé fluent; 43, acné rodens; 46, icthyose; 47, lichen ruber, 48, lymphadénie cutanée; 52, lichen ruber et lichen planus; 60, lupus du pied et pachydermie de la jambe; 71, sclérodermie commençante.

Service de M. Besnier. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le lundi. — Mercredi, conférences cliniques, salles Saint-Thomas et Saint-Léon, à

9 h. — Samedi, cours élémentaire de pathologie cutanée au laboratoire de la salle Saint-Léon, 9 h. — Vendredi, spéculum. — Salle Saint-Léon : 2, sclérodermie; 18, gale, eczéma des mains; 19, plaques muqueuses et gommes scrofuleuses; 52, psoriasis généralisé; 67, éléphantiasis. — Salle Saint-Thomas : 49, lichen; 77, lupus strumeux du nez; 69, roséole papuleuse, plaques muqueuses de l'anus et de la vulve.

Service de M. Fournier. Visite à 9 h. Consultation externe le samedi. — Mardi, conférences cliniques sur les maladies syphilitiques, salles Saint-Thomas et Saint-Louis, 8 h. 1/2. — Vendredi, cours complémentaire de la Faculté sur les maladies syphilitiques, à l'amphithéâtre d'opérations, 9 h. 1/2. — Salle Saint-Thomas : 7, syphilis cérébral; 15, ulcère phagédénique de la jambe; 25, chancre de l'urethre; 27, chancre phadégénique des deux seins; 35, acné chéloïdienne ; 41, chancre mou du vagin. — Salle Saint-Louis : 22, asystolie; 23, ataxie syphilitique; 36, syphilis maligne; 40, hémiplégie syphilitique; 52, arthrite blennorrhagique.

Clinique chirurgicale. Service de M. Péan. Visite à 9 h. Consultation externe lundi, mercredi, vendredi. — Samedi, opération et clinique chirurgicale à l'amphithéâtre.

Service de M. Duplay. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe mardi, jeudi, samedi. — Jeudi, conférence clinique et opérations à l'amphithéâtre, 9 h. — Lundi, examen des yeux et des oreilles. — Samedi, spéculum. — Salle Sainte-Marthe : 60, fibro-adénome du sein; 66, phlegmon diffus, gangrène du pied; 67, kyste hydatique du foie; 69, myxo-sarcôme de la cuisse; 70, métrite ulcéreuse. — Salle Saint-Augustin : 12, résection du coude; 15, carie du rocher; 17, orchi-épididymite; 48, phlegmon du cou; 63, phlegmon diffus de la main.

Hôpital Necker. — Service de M. Guyon. Visite à 9 h. moins 1/4. Consultations les mardi, jeudi et samedi. Clinique le mercredi. Opérations le samedi. — Salle Saint-André (H.) : 6, arthrite traumatique du pied; 18, leucémie, lymphadénome généralisé; 17, fibrôme sous-cutané de la lèvre ; 21, épithelioma de la joue ; 16, infiltration très-étendue d'urine, abcès urineux périnéal. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 10, polype utérin ; 14, rétrécissement fibreux du rectum. — Salle Saint-Vincent (urinaires) : 1, rétrécissement uréthral ; 10, calcul vésical ; 12, fistules urinaires, uréthrotomie ; 3, 5 et 6, rétrécissement uréthral.

Service de M. Désormeaux. Visite à 8 h. 1/2. Consultations lundi, mercredi et vendredi. — Salle Saint-Pierre (H.) : 4, phlegmon de la jambe ; 7, contusion et plaie du pied ; 12, abcès et fistules urinairss ; 15, phlegmon du pied ; 25, phlegmon de la paroi abdominale ; 31, calcul vésical ; 35, fracture de jambe compliquée ; 48, nécrose des orteils. — Salle Ste-Marie (F.) : 3, fracture de cuisse ; 12, coxalgie, 19, kyste du foie.

Service de M. Delpech. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le lundi. — Salle Saint-Ferdinand : 8, gomme syphilitique ulcérée ; 11, embarras gastrique ; 12, insuffisance aortique ; 15, alcoolisme ; 22, intoxication saturnine ; 26, varices enflammées ; 30, fièvre syncope ; 31, albuminurie ; 31, albuminurie. — Salle Sainte-Anne : 1, sciatique ; 2, métro-péritonite · 7, rhumatisme articulaire ; 9, incontinence d'urine ; 15, double hydarthrose ; 15, hystérie ; 17, chloro-anémie.

Service de M. CHAUFFARD. Consultations le mercredi. Visite à 9 h. — Salle Saint-Jean (H.) : 1, urticaire ; 5, pleurésie, insuffisance mitrale ; 9, rhumatisme articulaire ; 13, aphasie ; 28, cyanose. — Salle Sainte-Eulalie (F.) : 6, rhumatisme articulaire aigu ; 7, pelvipéritonite-hystérie ; 12, pelvi-péritonite, prolapsus utérin ; 16, mal de Bright ; 13, colique hépatique ; 28, hémorrhagie cérébrale.

Service de M. BLACHEZ. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mardi. — Salle Saint-Louis (H.) : 1, fièvre typhoïde ; 3, fièvre intermittente ; 7, tumeur cérébrale ; 14, rhumatisme subaigu ; 24, dilatation bronchique ; 25, insuffisance mitrale ; 27, tétanos rhumatismal ; 29, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 1, tænia ; 2, embarras gastrique ; 13, rhumatisme articulaire ; 18, kyste de l'ovaire ; 19, pelvi-péritonite ; 24, ulcération granuleuse du col ; 26, métrorrhagie, corps fibreux ; 28, 27, insuffisance mitrale.

Hôpital du Midi. — Service de M. le dr SIMONET. — Salle I : 8, plaques muqueuses de la gorge, de l'anus et du nombril ; 10, syphilides pustuleuses ; 12, bubon double ; 16, végétation, phimosis. — Salle II : 9, chancre induré, balano-préputial ; 14, orchite double. — Salle III : 4, fongus bénin du testicule. — Salle IV : 9, testicule syphilitique, gommes de l'anus et du cou ; 10, chancre gangréneux. — Salle V : 2, hématocèle vaginale ; 7, syphilide tuberculo-crustacée de la face.

Service de M. MAURIAC. — Salle VI : 1, funiculite ; 5, rétrécissement de l'urèthre ; 6, abcès au périnée ; 8, ophthalmie blennorrhagique ; 12, phimosis gangréneux. — Salle VII : 1, roséole syphilitique ; 5, ecthyma syphilitique ; 6, chancres mous ; 7, bubon suppuré ; 12, balanite infectante. — Salle VIII : 2, rupia syphilitique ; 3, myalgie syphilitique bicipitale ; 15, chancres indurés multiples.

Service de M. HORTELOUP. — Salle IX : 4, syphilide ulcéreuse du gland ; 20, chancre syphilide du fourreau, otite ulcéreuse externe ; 26, chancre érosif syphilitique. — Salle X : 4, éruption croûteuse du cuir chevelu ; 7, phimosis, gangrène du gland ; 10, épididymite ; 11, double orchite tuberculeuse. — Salle XI : 12 : syphilide papuleuse ; 16 : rhumatisme blennorrhagique ; 18, syphilide papulo squammeuse de la paume de la main ; 19, phimosis congénital. — Salle XII : 2, épithelioma du gland ; 6, syphilide papuleuse, papules du scrotum ; 14, chancre ulcéreux du fourreau ; 15, épithélioma du gland.

Hôpital Cochin. — Service de M. le dr BUCQUOY. — Salle Saint-Jean (F.) : 5, péritonite tuberculeuse, phlegmasia ; 6, pelvi-péritonite ; 7, fièvre typhoïde anormale ; 9, insuffisance aortique, mitrale et tricuspide ; 10, syphilis tertiaire du pharynx ; 18, chorée ; 23, albuminurie. — Salle Saint-Philippe (H.) : 2, bronchite chronique, lésion mitrale ; 5, laryngite tuberculeuse ; 6, colique hépatique ; 12, anévrysme de l'aorte ? néphrite interstitielle. — Salle Sainte-Marie (H.) : 2, fièvre typhoïde ; 3, asthme ; 5, pleuro-pneumonie ; 7, goutte.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 28. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 14 JUILLET 1877.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Sur les fractures spontanées dans l'ataxie locomotrice progressive;

Par **P. OULMONT**, interne des hôpitaux.

Parmi les troubles d'origine trophique qui surviennent aux membres dans l'ataxie locomotrice progressive, sous l'influence du centre nerveux spinal, les fractures spontanées, sans être aussi fréquentes que les arthropathies, ne sont pas un fait absolument rare. M. Charcot a attiré plusieurs fois de ce côté l'attention des médecins ; il a montré aussi, que sans compter les cas authentiques, plusieurs du même genre (dans le Traité de Gurlt en particulier), avaient pu être publiés sous un autre nom ; enfin, cette année même, il ajoutait au 2e volume de ses leçons une curieuse observation où ces troubles trophiques se trouvaient réunis à leur plus haut degré.

Nous possédons actuellement dans nos salles, à l'infirmerie de la Salpêtrière, un fait analogue ; c'est un exemple très-intéressant d'arthropathie et fractures spontanées multiples dans l'ataxie locomotrice progressive.

OBSERVATION. — *Ataxie locomotrice progressive. — Arthropathies et fractures spontanées consécutives. — Arthropathies du poignet droit et de la hanche gauche. — Fractures des deux os de la jambe, et de l'humérus du côté gauche.*

Alexand.. (M.-Jeanne), 75 ans, salle Saint-Alexandre, à la Salpêtrière (service de M. CHARCOT).

Antécédents. — Pas de maladie spéciale dans sa famille; tous ses parents sont morts dans un âge avancé, son père, en particulier, à 91 ans, et sa mère à 85.

Réglée à 13 ans. Les règles ont été régulières jusqu'à 51 ans, moment de la ménopause. Un seul enfant, une fille qui vit encore et s'est toujours bien portée. Aucune maladie jusqu'au début de l'affection actuelle ; ni goutte, ni syphilis, ni rhumatisme. La malade, très-vigoureuse, faisait un métier très-dur, constamment debout, exposée au feu, et sortant fréquemment d'un four à briques pour se rafraîchir à l'air froid.

Le début de l'affection remonte à 1847 ; elle commence par des douleurs qui ont pour siége les membres inférieurs, et revêtent successivement divers caractères : Ce sont d'abord des fourmillements qui partent de la plante des pieds et s'étendent progressivement aux jambes ; puis une constriction douloureuse, comme par une tenaille au niveau des chevilles et des genoux. Bientôt succèdent des douleurs aiguës, que la malade compare à celles d'un rasoir, et qui parcourent avec la rapidité de l'éclair, les membres inférieurs, en remontant des pieds vers la racine du membre ; elles sont bien plus prononcées à gauche ; cette forme de douleur persiste encore aujourd'hui. En même temps apparaît une douleur très-vive, térébrante, au niveau de la région dorsale du rachis, pour laquelle on place plusieurs vésicatoires : cette douleur disparaît au bout de quelques mois.

Dès le début, les douleurs sont tellement aiguës que, renonçant à son travail, la malade est obligée de garder le lit. Elle essaie en vain de fumigations aromatiques, frictions, électricité. Les crises douloureuses persistent avec cette violence pendant deux ans ; après quoi leur diminution permet à la malade de se lever et de vaquer à son ménage. L'embonpoint revient et ne fait que s'accroître depuis. Pas d'incoordination, ni de faiblesse des jambes ; dans l'intervalle des crises, la malade marche sans peine et sans fatigue. Pas de symptômes du côté des yeux, ni de la face.

Vers la fin de 1848, apparaissent des douleurs dans les membres supérieurs, principalement dans ceux du côté droit ; ce sont des éclairs douloureux qui partent constamment du petit doigt et vont jusqu'au coude. Elles sont moins intenses qu'aux membres inférieurs. Ni faiblesse, ni incoordination. Elles diminuent depuis un ou deux ans.

En 1852, le poignet du côté droit devient le siége d'une tuméfaction assez dure, indolente, qui atteint rapidement le volume d'un œuf de poule, et persiste sans gêner les fonctions de la main ; ce gonflement diminue plus tard pour atteindre la dimension qu'il conserve encore aujourd'hui.

Vers 1871 commencent à se montrer des troubles de la marche : grande fatigue; faiblesse des jambes, surtout à gauche; la malade marche à l'aide de béquilles, en traînant les pieds. Au moment des crises de douleurs, elle ne peut plus marcher du tout. Enfin, depuis 1872, les jambes sont tellement faibles que la malade est contrainte de garder constamment le lit ; à ce moment se produit une tuméfaction considérable de la hanche gauche, avec de gros craquements articulaires, et raccourcissement du membre ; impossibilité complète de la soulever.

Etat actuel. La malade est dans le décubitus dorsal, inclinée sur le côté droit ; elle ne peut, sans grandes souffrances, se pencher du côté gauche. Embonpoint marqué ; peau flasque et pâle. Rien du côté du cœur, ni de l'appareil respiratoire. L'appétit est médiocre ; la constipation prononcée. Besoins d'uriner très-fréquents et irrésistibles ; l'urine un peu chargée de mucus, ne contient ni sucre ni albumine ; la dysurie s'est manifestement amendée dans ces derniers temps.

Face. Rien à la face : pas de strabisme, pas de troubles de la vision. Les pupilles sont normales; la sensibilité générale et spéciale est intacte.

Membres supérieurs. Les douleurs persistent avec les caractères précédemment décrits. Pas d'affaiblissement; la malade use de ses deux bras, serre également de chaque main. Pas d'ataxie des mouvements, même quand les yeux sont fermés. Pas d'anesthésie. Au poignet droit, au-dessous de l'extrémité inférieure du radius, existe une tuméfaction mollasse, arrondie, adhérant intimement au carpe, indolente, et dont le volume est celui d'une petite mandarine. Pas de crépitation, pas de gêne dans les mouvements du poignet.

Membres inférieurs. Impossibilité absolue de déplacer le membre gauche, même dans le sens horizontal ; les mouvements qu'on lui imprime provoquent de vives douleurs ; et l'on entend alors de gros craquements osseux qui siégent dans l'articulation. Il existe dans la région de la hanche, une tuméfaction vague qui fait paraître celle-ci moitié plus volumineuse que celle du côté droit. La mensuration du membre inférieur gauche constate un raccourcissement réel de 3 à 4 centimètres. Le pied n'est pas dévié en dehors.

Au membre inférieur droit, pas d'incoordination des mouvements, même après l'occlusion des yeux. Faiblesse marquée, mais qui permet encore à la malade de déplacer le membre, ou même de le soulever de son lit.

Sensibilité partout conservée, sauf à la face plantaire des deux pieds, où le simple contact du doigt et le chatouillement ne sont pas perçus.

Tel était l'état de la malade, lorsqu'en mai dernier, les crises de douleurs prennent une violence inaccoutumée dans la jambe gauche ; elles partent des orteils pour remonter jusqu'au genou, et persistent ainsi, sans interruption, pendant 8 jours. Le 29, on la transporte dans le lit voisin, pour faire son lit ; l'opération se fait sans difficulté, sans choc ni traumatisme dont se souviennent la malade ou les filles de service. Le jour même, nous constatons sur la partie antérieure de la jambe gauche vers son tiers inférieur, une tuméfaction diffuse, douloureuse spontanément et au toucher, avec rougeur livide de la peau, entourée

d'un empâtement œdémateux, qui occupe presque toute la face antérieure de la jambe. La tuméfaction adhère profondément au périoste, et fait corps avec lui.

Le 31 mai, sans que la malade ait quitté son lit, ou bien fait le moindre mouvement, nous trouvons une déformation très-accusée de la jambe. Elle présente un coude brusque, dont le sommet regarde en dedans, vers la jonction de son tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Le raccourcissement considérable égale environ 7 centimètres. Les deux os sont brisés au niveau de leur tiers inférieur; la mobilité des fragments inférieurs sur les supérieurs est complète, et laisse entendre la crépitation caractéristique. La malade ne s'est aperçu de rien.

Les douleurs ont perdu leur acuité exceptionnelle. La tuméfaction a diminué; l'œdème qui occupait toute la partie de la jambe a disparu; la rougeur s'est effacée en partie.

Le 13 juin, dans la soirée, la malade veut attirer à elle la corne de son oreiller; elle étend la main gauche derrière sa tête, en fléchissant le bras, sans déplacer son corps. Immédiatement, elle ressent un choc dans le bras, accompagné d'un bruit de craquement, et son bras retombe sans force. Nous trouvons, en effet, une fracture complète de l'humérus, au niveau de son tiers inférieur. Il y a mobilité considérable des fragments, crépitation, raccourcissement de 3 centimètres. Ici, comme à la jambe, la fracture a été précédée pendant quelques jours d'une exacerbation notable des douleurs dans le bras gauche: c'étaient des douleurs continues allant de l'épaule au coude, vers la face postérieure du membre, douleurs que la malade distingue parfaitement de celles qu'elle a d'habitude, et ressent même actuellement dans l'autre bras. En même temps était survenu un œdème, diffus, sans rougeur, occupant le bras tout entier.

Depuis rien de nouveau n'est survenu, et les fractures n'ont donné lieu à aucune réaction inflammatoire. Bien plus, il n'existe plus de traces de cette ostéo-périostite qui a précédé la fracture de la jambe.

Nous signalerons seulement en passant les arthropathies; ce sont là des faits vulgaires maintenant, et dont nos salles contiennent du reste actuellement des exemples bien autrement remarquables. Il est seulement intéressant ici de signaler leur présence, et leur longue antériorité chez un sujet qui doit présenter plus tard des fractures spontanées multiples.

Pour celles-ci, elles sont bien spontanées; on ne peut admettre comme traumatisme capable de produire une fracture dans les conditions normales, l'effort que fait la malade pour ramener un oreiller sous sa tête. Leur nature, croyons-nous, ne peut être mise davantage en doute. Rien, dans les antécédents de la malade, ne la dispose aux fractures spontanées; pas de syphilis, de goutte, ni de cancer; pas d'ostéomalacie; la solidité des autres os, des côtes, en font foi. Si l'on veut supposer l'atrophie osseuse produite par l'inaction des membres, on ne peut du moins l'accepter pour le bras qui jouissait auparavant de tous ses mouvements. Il faut donc admettre que la fragilité des os est une conséquence immédiate de la lésion médullaire.

Les circonstances qui ont entouré la production de ces fractures leur ajoutent un nouvel intérêt. Dans chacun des membres fracturés, il y a eu, pendant plusieurs jours, des crises douloureuses tout-à-fait spéciales par leur violence, leur continuité, ou même la différence de leurs caractères. La fracture accomplie, ces douleurs ont diminué ou disparu. Plus remarquable encore est cette ostéo-périostite qui a précédé de deux jours la fracture de jambe; elle se manifeste par les signes ordinaires: tuméfaction rouge livide adhérente à l'os, empâtement œdémateux du membre; dès que les os sont brisés, elle diminue, et deux ou trois jours plus tard, tout a disparu, ne laissant que la tuméfaction habituelle au niveau du foyer des fractures. Faut-il voir là un trouble trophique dépendant également de la lésion du centre nerveux spinal, une sorte d'intermédiaire entre la lésion de la moelle et la fracture de la jambe?

ANATOMIE GÉNÉRALE.

COLLÉGE DE FRANCE. — **M. RANVIER.**

Quatorzième Leçon (1),

Recueillie par le docteur J. RENAUT.

Messieurs,

Lorsqu'un muscle strié, tel que le gastrocnémien d'une grenouille ou un muscle blanc de lapin, a été enlevé sur l'animal vivant, placé sur le myographe, et qu'on le soumet à des excitations provenant de la clôture et de la rupture du courant d'induction, la contraction musculaire se produit sous forme de secousses isolées. Je ne vous décrirai pas ici tous les caractères de ces secousses; ils ont été étudiés dans leurs détails par les physiologistes qui nous ont précédés. Je dois seulement vous faire remarquer que le courant de clôture, toutes choses égales d'ailleurs, détermine dans le muscle excité une contraction qui se traduit, sur le tracé, par une courbe de moindre amplitude que n'est celle provoquée par le courant de rupture. L'examen du graphique suivant (*Fig. 39*), pris sur l'un des muscles blancs

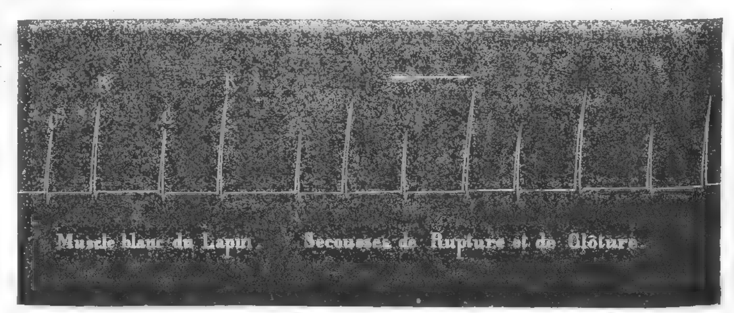


Fig. 39. — C, secousse de Clôture, — R, secousse de Rupture.

du lapin, ne laisse pas le moindre doute à cet égard. Je rappellerai, en outre, quelques autres faits qu'il importe de connaître, lorsqu'on s'engage dans l'étude graphique de la contraction musculaire. C'est à savoir que le temps perdu par le muscle, c'est-à-dire celui qui s'écoule entre le moment de l'excitation et le début de la contraction, est d'autant plus considérable que l'on excite le nerf qui commande le muscle plus loin de sa terminaison dans ce dernier. En second lieu, que ce temps perdu n'est nullement annulé, lorsqu'au lieu d'agir sur le muscle par l'intermédiaire de son nerf moteur, on l'excite directement.

La plupart des physiologistes qui ont étudié la contraction des muscles striés à l'aide de la méthode graphique, n'avaient en vue que de déterminer les caractères généraux de cette contraction, sans tenir compte des différences existant entre les muscles pâles et les muscles rouges. Cette étude est donc encore aujourd'hui tout entière à faire, et nous devons rechercher comment, dans les deux ordres de muscles, les différences de structure amènent des modifications dans le fonctionnement. Mais, avant d'aborder cette étude, je dois appeler encore votre attention sur une particularité commune à tous les muscles striés, rouges et blancs, et qui est importante en soi d'abord; en second lieu, parce que, sans cette notion, le commencement et la fin d'une même expérience de myographie, pourraient paraître souvent difficiles à expliquer. Je veux parler de l'influence de la fatigue et du refroidissement d'un muscle en expérience, sur la forme de sa courbe de contraction. M. Marey a, en effet, indiqué depuis longtemps que le refroidissement du muscle diminue l'amplitude et augmente la durée de ses secousses. Une modification analogue se produit quand on amène la fatigue par une série de secousses fréquemment renouvelées. La secousse de clôture disparaît alors ou s'atténue considérablement. Celle de rupture prend les caractères de la secousse fournie par le muscle refroidi. Elle diminue d'amplitude et augmente de durée.

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44, de 1876; nos 1, 2, 7, 9, 20, 21, 22, 23, 24 et 26 de 1877.

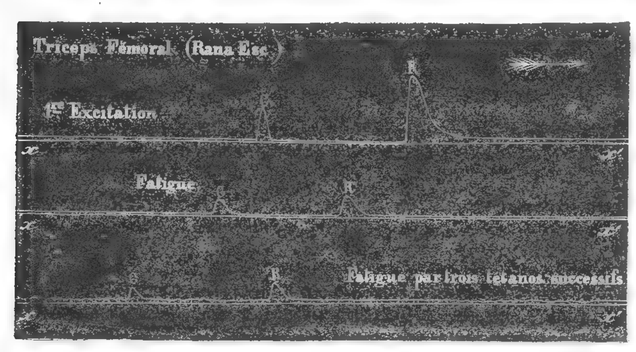


Fig. 40. — Diminution de l'Amplitude des secousses par la fatigue. — C, Clôture. — R, Rupture. — *x x'*, axe des temps.

A quoi tiennent ces résultats ? Je vous ferai d'abord remarquer qu'ici, Messieurs, nous avons opéré sur un muscle enlevé sur l'animal vivant, conséquemment, séparé de son centre circulatoire. Il ne peut donc être question des modifications amenées par le refroidissement et par l'action des secousses répétées dans l'afflux normal du liquide nutritif, la suppression de cet afflux est totale. Très-certainement, dans ces cas, le muscle, contenant des matériaux transformables, voit se continuer dans sa masse, pendant un certain temps, les actions chimiques qui sont la source même de ses actions mécaniques, c'est-à-dire de sa contractilité. Mais à mesure qu'il se contracte, ses actions chimiques s'affaiblissent peu à peu. Il produit de la force vive sans recevoir les matériaux de sa rénovation ; il n'a que de la dépense et point d'apport. Aussi sa contractilité est d'abord diminuée, puis devient insensible et enfin disparaît au bout d'un certain temps. Or, le mouvement apparent d'un muscle qui se contracte peut être considéré, avons-nous vu, comme le produit de deux facteurs : la contractilité et l'élasticité ; l'une engendre la force motrice ; l'autre la régularise, la répartit et l'utilise. Il est absolument évident que la diminution de l'amplitude des secousses par le refroidissement et la fatigue, est la traduction de l'affaiblissement de la contractilité. Mais, en même temps que cette dernière diminue d'intensité, l'élasticité du muscle reste constante et tend de plus en plus à prendre, dans les phénomènes observés, une influence prépondérante. Cette influence consiste, on le sait, à transformer le mouvement brusque de la contraction en un mouvement uniforme ; autrement dit, à répartir uniformément ce mouvement suivant l'axe des temps, comme le ferait toute force constante dans les mêmes conditions. Ainsi s'explique l'augmentation de la durée des secousses fournies par un muscle fatigué ou refroidi, dans lequel l'élasticité, demeurée constante, arrive à jouer un rôle prépondérant (1).

J'arrive actuellement à l'étude du tétanos électrique. Weber montra le premier, Messieurs, que l'on peut mettre un muscle dans un état de raccourcissement analogue au tétanos, si l'on soumet ce muscle à une série d'excitations très-fréquemment répétées. Il déduisit de là que le mouvement continu des muscles volontaires était dû à une série d'excitations multiples parties des centres nerveux. Helmholtz alla plus loin et tenta de démontrer que le tétanos électrique est déterminé par la fusion des secousses musculaires qui, si elles sont rapprochées au-delà d'une certaine limite, empiètent les unes sur les autres et deviennent comme subintrantes. A l'appui de cette conception, Helmholtz et après lui Marey invoquèrent ce fait, qu'un muscle tétanisé, c'est-à-dire raccourci sans présenter de secousses perceptibles à la vue, fournit à l'auscultation un son (bruit musculaire) dont la hauteur croît à mesure que les excitations deviennent plus fréquentes; ce qui revient à dire que les vibrations sont de plus en plus nombreuses dans l'unité de temps. Mais cette théorie suppose *a priori* que ce sont les secousses musculaires elles-mêmes qui sont l'origine des vibrations sonores, hypothèse que rien jusqu'ici ne vient démontrer directement. J'ai pu même observer, ces jours derniers, un fait absolument opposé à cette théorie de la fusion des secousses et consistant en ceci, que l'on peut, dans certaines circonstances, déterminer le tétanos électrique dans le gastrocnémien de la grenouille, à l'aide d'une seule excitation produite par la rupture du courant s'il est un peu fort (1). Vous pourrez vous en convaincre facilement par la simple inspection du tracé ci-joint (*Fig. 41*).

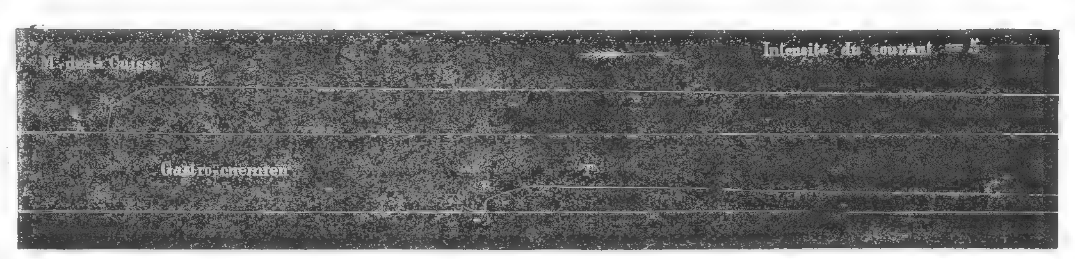


Fig. 41. — Muscles de la cuisse et gastrocnémien de la grenouille excités par une seule secousse (C. R.), clôture et rupture, et maintenus en contraction (T) par la secousse de rupture. La ligne du tétanos ne présente aucune ondulation.

Cependant, le plus ordinairement, ainsi que l'ont indiqué Helmholtz et Marey, l'on observe à l'origine du tétanos des secousses qui tendent à se fusionner, diminuent d'amplitude peu à peu, et enfin se fondent dans une ligne droite qui, au bout d'un certain temps, devient parallèle à la ligne des abscisses, ce qui veut dire que le muscle est alors dans un état de raccourcissement permanent (*Fig. 42*).

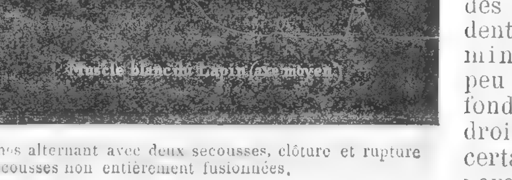


Fig. 42. — Muscle blanc du lapin: (T), tétanos alternant avec deux secousses, clôture et rupture (C. R.), et montrant des secousses non entièrement fusionnées.

Lorsque, avant de tétaniser un muscle par des secousses très-fréquemment renouvelées, on l'excite à l'aide de ces mêmes secousses isolées, l'on reconnaît aisément que l'amplitude, ou hauteur du tétanos. est en rapport avec celle des secousses isolées. Elle est toujours sensiblement supérieure à celle de la secousse de rupture. Lorsque l'on fatigue le muscle par des tétanos successifs d'égale durée, que l'on fait précéder chacun des deux secousses de rupture et de clôture, l'on vérifie pleinement l'assertion précédente et l'on observe, de plus, quelques faits intéressants. Dans une de nos expériences, le gastrocnémien de la grenouille a été entièrement épuisé au bout de 21 tétanos successifs. Dans cette expérience comme toutes celles que l'on peut faire dans le même but, l'amplitude du tétanos,

(1) Soit C la contractilité d'un faisceau donné, E son élasticité, $\frac{E}{C}$ le rapport de ces deux forces ; si C tend vers zéro, la valeur du rapport croit indéfiniment, c'est-à-dire qu'à mesure que la contractilité diminue, l'influence de l'élasticité sur la forme du mouvement devient plus grande.

(1) Par exemple un courant produit sous un écartement, de 5 divisions, de l'appareil de Dubois-Reymond.

toujours proportionnelle à celle de la secousse de rupture précédente, décroît à mesure que la fatigue se fait sentir. Le sommet ou ligne du tétanos présente en outre de curieuses variations de forme; d'abord ascendante (T. A. *Fig. 43*), cette ligne devient au bout d'un temps parallèle à l'axe des temps (T. H.); puis, quand le muscle est déjà très fatigué, elle devient oblique descendante (T. D.). Des phénomènes analogues peuvent être observés lorsqu'on soumet à la même expérimentation l'un quelconque des muscles blancs du lapin; il importe seulement de remarquer ici qu'à mesure que ce muscle se fatigue, il se refroidit en même temps. Les modifications de forme présentées par la courbe du tétanos sont donc à la fois fonction du refroidissement et de la fatigue. Au bout de 15 tétanos, le muscle est totalement paralysé, il ne répond plus à l'excitation. Au début de l'expérience la courbe du tétanos est immédiatement formée d'une ascension légèrement oblique présentant ou non des indices de fusion de secousses; la ligne supérieure n'est point ascendante mais parallèle à la ligne des abscisses, l'ordonnée de la fin du tétanos est verticale, montrant ainsi que la décontraction du muscle s'opère brusquement. L'amplitude seule décroît au fur et à mesure du refroidissement et de la fatigue, restant toujours à la fois proportionnelle et supérieure à l'amplitude de la secousse de rupture immédiatement précédente (*Fig. 44*). (*A suivre.*)

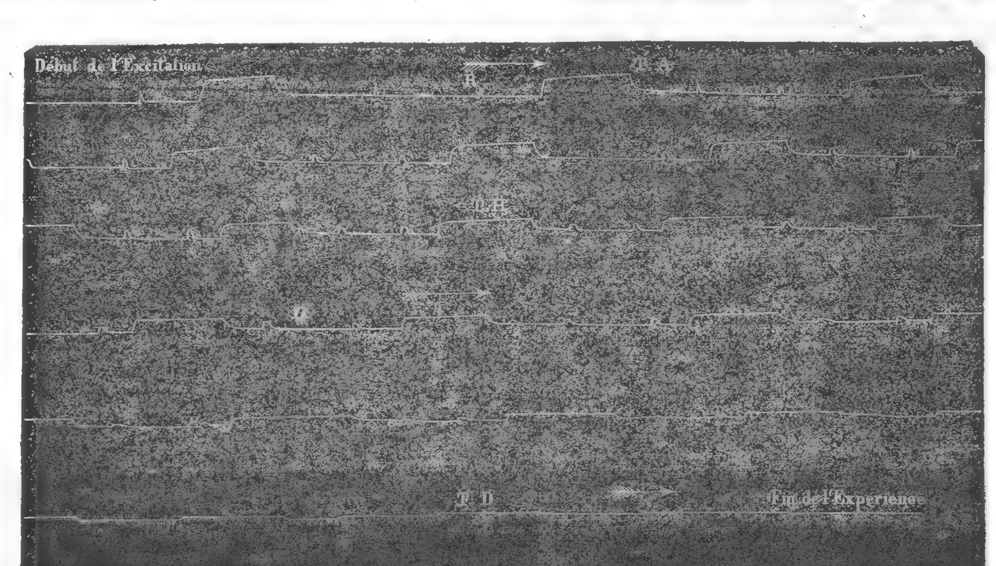


Fig. 43. — Influence de la fatigue sur la production du tétanos électrique dans le gastrocnémien de la Grenouille.

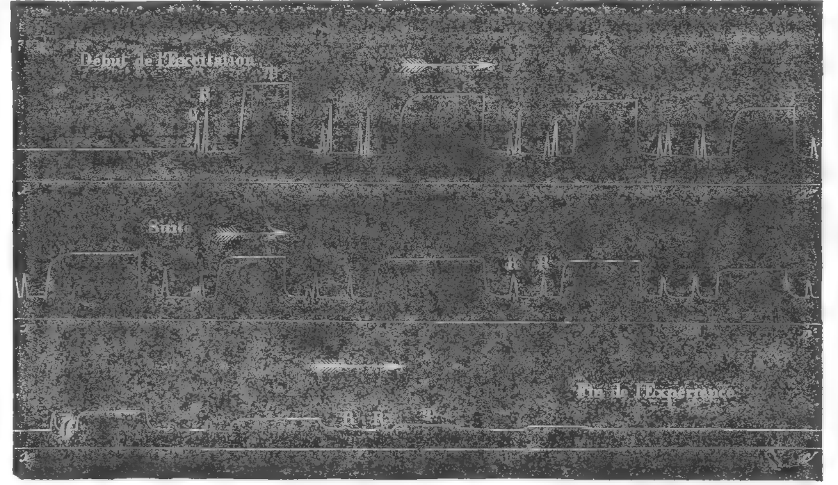


Fig. 44. — Influence de la fatigue et du refroidissement sur les muscles pâles du lapin. — C, clôture. — R, rupture. — T, tétanos.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

Crampe des écrivains (1)

IMPOTENCE FONCTIONNELLE.

Je vous ai montré, Messieurs, que la maladie qui nous occupe n'est pas une crampe; les exemples que je viens d'emprunter au livre de Duchenne (de Boulogne) et ceux qui m'ont été communiqués par M. Onimus, prouvent d'une façon irréfutable que ce n'est pas une maladie spéciale aux écrivains. Ainsi les deux termes employés pour la désigner sont également défectueux; et il nous faut de toute force lui donner un autre nom. Sans nous mettre l'esprit à la torture pour forger ce nom, nous préférerons celui qui a été proposé par Duchenne de Boulogne. Il a l'avantage, considérable à mes yeux, de ne pas créer de néologisme, et de montrer, une fois de plus, que notre langue française est assez riche pour nous permettre d'exprimer clairement et simplement toutes nos idées.

Seulement Duchenne emploie simultanément deux expressions dont l'une suffit; il veut que l'on appelle cette maladie « *spasme et impotence musculaires fonctionnels*; » pourquoi *spasme*? puisqu'il n'y a pas toujours spasme pas plus qu'il n'y a toujours crampe, — certaines formes étant caractérisées par de la névralgie ou de la paralysie; pourquoi musculaire? puisque les muscles ne sont pas seuls atteints et que, parfois, ils sont complétement indemnes, comme cela avait lieu chez la pianiste dont vous vous rappelez l'histoire.

Supprimons donc ce substantif et cet adjectif également inopportuns et contentons-nous de l'expression : « *impotence fonctionnelle*, » bien préférable à tous égards, puisqu'elle s'applique à tous les cas indistinctement et offre cet avantage, incontestable, de nous faire comprendre en quoi consiste la maladie, sans avoir la prétention de nous expliquer ni sa nature intime, ni la façon dont elle se produit.

Je tiens d'autant plus à cette expression que je ne trouve rien autre chose dans cette singulière maladie qu'un simple trouble fonctionnel, un désordre dans les mouvements, ne correspondant à aucune lésion déterminée, à aucune altération possible soit du tissu musculaire, soit de la substance nerveuse. Il y a, dans tous les cas, non pas faiblesse ou exagération de la contractibilité musculaire; non pas impuissance d'agir; mais seulement impossibilité d'obtenir une action régulière et bien coordonnée, ce qui constitue à proprement parler une véritable « impotence, » bien plutôt qu'une gêne causée par une lésion anatomique quelconque.

Voyez, en effet, tous ces muscles; ils sont capables, en général, de contractions régulières, assez bien coordonnées;

(1) Voir les n°s 25 et 26.

mais ils deviennent subitement inertes, mal habiles ou indociles, dès qu'ils sont sollicités à se contracter en vue d'un certain mouvement, toujours le même, de celui qui est nécessité par l'exercice d'une fonction.

Quelle peut donc être la pathogénie d'une aussi singulière affection? Avec Duchenne, je ne crois pas qu'on puisse la localiser dans les muscles. Un muscle malade manifeste son état pathologique toutes les fois qu'il est sollicité à se contracter, et non pas seulement dans un seul des nombreux mouvements qu'il peut déterminer, et ici nous voyons le désordre se produire non pas même à l'occasion d'un seul mouvement, mais souvent par le seul fait de l'acte cérébral en vertu duquel le sujet se dispose à exécuter ce mouvement, ou même y pense seulement.

Est-on davantage autorisé à placer la lésion dans les nerfs? En aucune façon, car s'il en était ainsi, il serait vraiment difficile d'expliquer la grande rareté de l'anesthésie cutanée, le défaut d'atrophie musculaire et l'intégrité de la contractilité électrique. Il serait plus difficile encore de comprendre comment le nerf, perméable à un très-grand nombre d'excitations centrifuges, cesserait de l'être, constamment, à certaines autres de ces excitations, à celles qui provoquent les contractions en vue d'un mouvement déterminé. Toutes nos connaissances sur la pathologie des nerfs périphériques sont en contradiction formelle avec une pareille hypothèse.

Les nerfs et les muscles devant être également considérés comme intacts, peut-on ne localiser l'altération anatomique que dans le centre médullaire lui-même? C'est là l'opinion de Duchenne : « Existerait-il, écrit cet auteur (1), un point » des centres nerveux qui, surexcité ou épuisé par l'exer- » cice souvent répété de certaines fonctions musculaires, » tantôt ferait une décharge nerveuse trop considérable et » produirait la contracture de certains muscles, tantôt leur » enverrait l'excitant nerveux irrégulièrement et occasion- » nerait des tremblements et des mouvements cloniques, » tantôt enfin cesserait de leur distribuer la force nerveuse, » et tout cela seulement pendant l'accomplissement de ces » mêmes fonctions musculaires?...... J'avoue que je ne » suis pas actuellement en mesure de résoudre cet impor- » tant problème, mais je penche beaucoup pour cette » hypothèse. »

Je me garderai bien de combattre cette hypothèse, n'en ayant aucune autre plus satisfaisante à lui substituer, et je reconnaîtrai, si l'on veut, qu'elle rend assez bien compte de la plupart des phénomènes observés, tels que la complication, possible quoique rare, de l'anesthésie cutanée, le passage de la contracture de la main droite à la gauche, dès que le malade essaie de se servir de cette main pour écrire, enfin l'apparition du désordre musculaire à l'occasion seulement de certains mouvements, tout-à-fait spéciaux. Mais je me demande si c'est bien là une véritable localisation anatomique dans le sens rigoureux et précis du mot. Je n'y vois, à vrai dire, rien autre chose qu'une interprétation des phénomènes pathologiques, basée sur ce que la physiologie nous a appris relativement aux fonctions de la moelle; mais je cherche en vain la nature de l'altération morbide qui correspond à ces symptômes, et, ce qui est plus grave, le point précis de l'axe médullaire sur lequel devrait se fixer cette altération, de nature inconnue.

En présence de la difficulté dans laquelle je me trouve de saisir cette lésion, si mobile, puisqu'elle fait sentir ses effets tantôt à droite tantôt à gauche, et si persistante à la fois, puisque la maladie qui en est la conséquence, se perpétue indéfiniment, je dois avouer qu'il s'élève dans mon esprit des doutes sérieux sur la réalité de l'existence d'une telle lésion anatomique. Cela étant, ne vaudrait-il pas mieux reconnaître et déclarer, purement et simplement, que la maladie consiste uniquement en un trouble fonctionnel indépendant de toute lésion appréciable de la substance nerveuse? Ce serait certainement fort logique, mais on recule devant une telle déclaration, que l'on semble considérer comme un aveu de l'impuissance ou de l'imperfection de nos procédés de recherches scientifiques. Cependant, que nous le veuillions ou non, il faut bien reconnaître cette impuissance, non pas seulement des procédés d'investigation, mais de la science elle-même, à localiser anatomiquement un certain nombre d'affections nerveuses; et, puisque nous ne sommes pas capables de dire quelle est la localisation anatomique de l'hystérie, de l'épilepsie, de la chorée, je ne vois pas pourquoi nous rougirions d'avouer que nous n'en savons pas davantage à propos de « l'impotence fonctionnelle ? »

Quant à moi, il ne me répugne en aucune façon de voir dans cette maladie — aussi bien chez les écrivains que chez les individus se livrant à une autre profession — rien de plus qu'un simple trouble fonctionnel, sans lésion d'organes ou de tissus. Cette façon de l'envisager m'explique l'infinie variété des symptômes observés, bien mieux que ne pourraient le faire tous les essais de localisation qui ont été tentés jusqu'à présent.

L'étude attentive des conditions dans lesquelles se produit la maladie peut aussi nous éclairer sur sa nature et nous aider à comprendre comment elle échappe fatalement à toute localisation anatomique. On en a accusé la fatigue provenant de l'excès de travail. Mais ce n'est pas là, croyez-le bien, Messieurs, la seule, ni même la plus importante des causes qui président à son développement. Si la fatigue seule était la cause essentielle de la production de l'impotence fonctionnelle, nous verrions cette maladie affecter les écrivains, par exemple, en raison directe du nombre de lignes ou de pages qu'ils ont à tracer et nous l'observerions surtout chez les expéditionnaires, chez les petits employés. Or, c'est précisément le contraire qui a lieu: ainsi, dans l'administration dont le service médical est placé sous ma direction, j'ai à soigner un très-grand nombre d'employés occupés aux écritures, mais, cependant, les cas d'impotence fonctionnelle des écrivains y sont extrêmement rares, et chose remarquable, ces cas se rencontrent chez les fonctionnaires d'un ordre élevé, bien plutôt que chez les employés inférieurs, chez les simples expéditionnaires. Serait-ce parce que ces derniers, en prenant plus à leur aise, ne poussent jamais leur travail jusqu'à la fatigue, à laquelle leurs chefs, plus zélés, ne savent pas toujours résister? Peut-être! mais ce n'est pas là la seule cause. Il y a une autre influence que l'on peut se dispenser de faire intervenir, c'est celle qui résulte de la préoccupation intellectuelle, du travail cérébral qui se fait en même temps que le travail mécanique de l'écriture. Ce dernier seul est presque insignifiant, sauf peut-être lorsqu'il est poussé à l'excès et qu'il s'adresse à un très-jeune enfant, comme cela a lieu pour notre malade n° 41; mais rappelez-vous tous les autres faits dont j'ai eu à vous entretenir et vous n'en trouverez peut-être pas un seul dans lequel la fatigue physique ait été poussée à un excès tel qu'elle suffise pour expliquer la production de la maladie. Vous trouverez, par contre, dans la plupart de ces observations, à côté d'une fatigue physique modérée, l'action continue des fonctions cérébrales, s'exerçant dans une autre direction, pendant que s'accomplit, mécaniquement pour ainsi dire, l'acte qui exige la contraction bien coordonnée d'un certain nombre de muscles.

Voyez ces hommes qui donnent un grand nombre de signatures; ou elles constituent une simple formalité et il suffit de les apposer dans une case déterminée, sur une feuille préparée à l'avance; alors ils accomplissent machinalement ce travail, tout en songeant à d'autres affaires dont il leur faudra donner la solution dans un instant; ou il s'agit de pièces importantes, pouvant engager leur responsabilité, et alors ils en prennent rapidement connaissance, tout en signant. Les yeux et la pensée sont occupés à tout autre chose qu'à diriger les mouvements de la main qui trace la signature. Il en résulte que les muscles, dont les contrations sont nécessaires pour l'exécution de ces mouvements, sont mal dirigés, et, ou qu'ils se fatiguent plus vite,

(1) Duchenne de Boulogne. — *De l'Electrisation localisée*, 3e éd., p. 1028.

ou qu'ils se livrent à des contractions désordonnées, dont la reproduction, plus ou moins réitérée, amènera l'impotence fonctionnelle.

Le même effet se produira lorsqu'une préoccupation intellectuelle agissant vivement sur le centre nerveux, au moment où s'accomplit l'acte professionnel, viendra détourner, à son profit, une partie des excitations destinées aux muscles obligés de coordonner leurs contractions pour l'accomplissement de cet acte. C'est pourquoi les violonistes ont plus souvent à souffrir des désordres causés par l'impotence fonctionnelle, quand ils exécutent leurs soli, que quand ils font leur partie avec d'autres instruments.

Un effet analogue s'est produit chez l'employé que vous avez vu ce matin. Il n'occupe pas un poste important, dans lequel il ait à supporter une grande responsabilité; mais il tient à sa place et, s'il en a besoin aujourd'hui, il en avait plus grand besoin encore au moment où il la sollicitait. On lui dit que son écriture peut être un obstacle à son adhésion et dès lors il n'a qu'un désir, modifier cette écriture, de façon à la rendre acceptable. Il n'est plus jeune, et cependant il prend des leçons; mais chaque fois qu'il se met au travail la crainte de ne pas réussir le préoccupe; il se fatigue plus vite; et, plus tard, lorsqu'il voit que cette fatigue rend son écriture plus correcte, la préoccupation redoublant détermine une aggravation plus rapide de son mal.

D'autres fois, on peut accuser un apprentissage maladroit qui entraîne des contractions musculaires plus ou moins bizarres, à la production desquelles une certaine préoccupation d'esprit n'est probablement pas étrangère. C'est ce qui devait arriver chez ce brave curé de campagne, dont Duchenne nous a rapporté l'histoire, et qui s'était livré avec une ardeur trop fatigante à l'étude de l'ophicléïde.

Le froid a agi, dans certains cas, comme cause déterminante. Le rhumatisme, qui se produit sous l'influence du froid, peut être aussi une cause prédisposante; il paraît avoir agi chez l'employé que vous avez vu ce matin; et, parmi les personnes auxquelles j'ai eu à donner des soins, j'en ai trouvé trois ayant la goutte ou appartenant à des familles de goutteux.

Le 11 Octobre 1876.
à mon collègue Gallard,
médecin de l'hôpital
de la Pitié

Fig. 45. — Spécimen de l'écriture du docteur X... affecté de crampe des écrivains.
Écriture de la main droite.

j'étais désespéré, quand Duchenne de Boulogne
et je lui en garde une éternelle reconnaissance, me donna
le seul conseil, qui m'ait été utile: « Faites de votre main
gauche votre main droite. » J'ai suivi son conseil; ça
a été dur, très dur, il m'a fallu une grande énergie
pour arriver, mais je suis arrivé, et vous voyez que
je ne m'en tire pas mal.

Fig. 46. — Spécimen de l'écriture du docteur X... affecté de crampe des écrivains.
Écriture de la main gauche.

Puisque je me trouve conduit à vous parler des affections diathésiques, je dois dire aussi que trois de mes malades ont été atteints d'eczéma; mais sur ces trois eczémateux, deux sont en même temps goutteux.

A propos de l'action qu'exercent les états constitutionnels généraux sur l'apparition de l'impotence fonctionnelle, je ne puis omettre de dire un mot de l'influence de l'hérédité. Elle ne figure pas sur la liste habituelle des causes de cette maladie; cependant je connais une famille dans laquelle la mère et deux enfants sont affectés de l'impotence fonctionnelle de l'écriture. Le fils, qui est notaire, peut attribuer sa maladie aux excès d'écriture qu'il a faits à tous les âges de sa vie: comme collégien, grâce aux pensums dont il a pu être gratifié par ses maîtres; comme étudiant en droit, en prenant des notes aux cours de ses professeurs, qu'il rédigeait ensuite; comme clerc de notaire, en expédiant des rôles; mais sa mère et sa sœur, qui sont affectées de la même impotence que lui, n'ont pas été exposées à l'action des mêmes causes de fatigue, comme excès d'écriture, et, cependant, elles ont la même inaptitude à écrire, si bien que sa mère s'est mise à se servir de la main gauche, ce qu'il n'a jamais osé entreprendre. Peut-être y a-t-il, ici, une influence diathésique, car le notaire est affecté d'un eczéma qui, après avoir longtemps résisté aux traitements les mieux dirigés, n'a cédé que depuis quelques mois, tandis que l'impotence de la main droite à se servir de la plume à écrire, dure toujours.

L'impotence fonctionnelle n'est pas une maladie grave, en ce sens qu'elle ne peut, à moins de circonstances tout à fait exceptionnelles, abréger l'existence, mais c'est une infirmité qui peut singulièrement l'assombrir. Elle est d'autant plus pénible qu'elle affecte les mouvements indispensables pour la profession, dont elle entrave ainsi l'exercice et souvent de telle sorte qu'il n'est plus possible de s'y livrer. A ce point de vue, le pronostic est d'une gravité désespérante, car cette maladie est d'une incurabilité à peu près absolue.

Il y a eu cependant quelques cas de guérison que je dois vous faire connaître, en passant en revue les divers traitements qui ont été successivement recommandés.

Toutes les fois qu'il s'est agi d'une véritable crampe, avec contracture douloureuse, on a songé à la combattre par les calmants, narcotiques et anti-spasmodiques, administrés tant à l'intérieur qu'en applications topiques; mais l'insuccès a été le même dans tous les cas et j'ai pu constater l'inefficacité de cette médication, dont j'ai fait usage avec une grande persistance, chez l'employé que je vous ai montré aujourd'hui.

Partant du même principe, et, pour se rendre maître de la contracture douloureuse des muscles, Stromeyer (1) a eu l'idée de pratiquer, par la ténotomie, la section du long fléchisseur du pouce. Cette opération, qui lui a réussi dans un cas, a été répétée, sans le moindre succès, par Langenbeck, puis par Dieffenbach et on y a complétement renoncé depuis.

Cazenave, de Bordeaux (2) a, dans un cas, réussit à faire disparaître la contracture qui se produisait pendant l'acte d'écrire en comprimant les muscles de l'avant-bras, au moyen d'un bandage roulé, assez fortement serré; mais, comme les précédents, ce cas de guérison est resté isolé.

L'électricité, méthodiquement employée, ne paraît pas avoir eu plus de succès, puisque, d'après Duchenne (de Boulogne), elle n'aurait donné que deux guérisons, sur environ 50 cas dans lesquels on y aurait eu recours. Ces deux guérisons paraissent avoir été obtenues dans des circonstances assez analogues à celles qui existent chez notre malade du n° 41 de la salle Saint-Athanase, c'est-à-dire dans deux cas où l'impotence fonctionnelle se serait traduite par de la paralysie, plutôt que par de la contracture ou du spasme. Il y a certainement là de quoi nous encourager, et, malgré l'imperfection des appareils électriques qu'une administration trop parcimonieuse ne nous fournit qu'à regret, je me propose d'essayer avec persévérance l'emploi de l'électricité à courants continus, qui n'a pas encore été sérieusement expérimentée dans ces cas et qui me paraît destinée à donner des résultats meilleurs que la faradisation. C'est cependant cette dernière qui a donné les deux guérisons obtenues par Duchenne et par Seccamani (3). Elle a complétement échoué, quoique j'en aie continué l'usage pendant plusieurs mois, chez l'employé que vous venez d'examiner.

Ce qui m'a le mieux réussi chez ce dernier malade, c'est le traitement général, consistant dans l'administration de l'arsenic. Ce traitement s'adressait plus à l'eczéma, dont je l'avais trouvé affecté, qu'à son impotence fonctionnelle; mais cette dernière s'est sensiblement amendée à mesure que l'eczéma disparaissait à ce point que son écriture, absolument illisible il y a quelques mois, est devenue aujourd'hui plus acceptable. Aussi, quoique je n'aie pas la prétention de l'avoir guéri, puisque je vous ai déjà dit que mes soins sont demeurés trop infructueux en ce qui le concerne, il est juste de reconnaître que son état s'est singulièrement et fort heureusement amendé depuis qu'il été soumis à l'usage des préparations arsénicales. Le même traitement n'a pas produit une amélioration aussi sensible chez le notaire dont je vous ai parlé il y a un instant; mais il faut songer que chez lui, à côté d'une influence diathésique, nous avons celle de l'hérédité qui rend la maladie d'autant plus opiniâtre et rebelle. Notre malade du n° 41 de la salle Saint-Athanase a eu aussi un peu d'eczéma des oreilles, et je lui ai donné de l'arséniate de fer. Est-ce sous l'influence de ce médicament ou sous celle de l'électricité qu'il a éprouvé un peu d'amendement dans son état? Je ne saurais le dire, mais la vérité est que, depuis un certain temps, il est survenu une légère amélioration et que, comme notre employé, il écrit mieux qu'il y a deux ou trois mois.

Il est vrai aussi que, comme l'a fait notre employé, il subit l'influence heureuse d'un repos entier et très-suffisamment prolongé. C'est là, en effet, une des meilleures conditions du traitement, et je ne saurais rien conseiller de plus avantageux pour la guérison de l'impotence fonctionnelle que le repos des muscles intéressés. Vous avez vu, par plusieurs des exemples précédemment cités, qu'avec ce repos, il peut être utile d'associer l'action des muscles antagonistes, qui a si bien réussi, à diverses reprises, entre les mains de Duchenne (de Boulogne).

On peut favoriser ce repos, lorsqu'il s'agit de l'écriture, en se déshabituant d'écrire de la main droite, pour se servir exclusivement de la main gauche. Ce subterfuge réussit quelquefois. La mère de ce notaire dont je vous ai déjà parlé n'écrit que de la main gauche, et nous avons en province un chirurgien fort distingué, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui, affecté d'impotence fonctionnelle de la main droite, ayant résisté à tous les traitements, y compris l'électrité, s'est exercé, d'après le conseil de Duchenne, à écrire et à faire ses opérations de la main gauche. Cela lui a parfaitement réussi, et voici deux spécimens de son écriture (*Fig. 45* et *46*) qui montrent à quel degré d'habileté il a pu arriver, en se servant de la main gauche; mais vous devez être avertis qu'il n'en sera pas toujours de même et que, le plus souvent, au contraire, la main gauche sera prise à son tour du même désordre fonctionnel que la main droite, dès qu'elle aura commencé à acquérir assez d'habileté pour permettre d'espérer qu'elle pourrait la remplacer.

Le repos des muscles intéressés constituant le meilleur mode de traitement, on a dû songer aux moyens propres à obtenir ce repos, tout en permettant l'exercice de la fonction et plus particulièrement de l'écriture, puisque c'est chez les écrivains que l'impotence fonctionnelle se retrouve le plus habituellement. Dans ce but, on a inventé divers appareils qui permettent de conduire la plume sans que les doigts aient à se mouvoir à cet effet.

(1) Stromeyer. — *Ueber den Schreibekrampe* (*Bayerisch Medico-Correspondenz-Blatt.*). 1840.

(2) Cazenave (de Bordeaux): De quelques infirmités de la main droite qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire. 1846.

(3) Seccamani. — *Crampe des écrivains guérie par l'électricité* (*Gaz. méd.*, 1859).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Association anglaise pour l'établissement d'hôpitaux destinés aux gens aisés.

Qu'est-ce qu'un hôpital? se demande le *Times*, à propos dn mouvement dont nous allons entretenir nos lecteurs. Un hôpital est un établissement où l'on soigne gratuitement les malades pauvres. Telle est, dit le *Times*, la première idée que l'on se fait d'un hôpital : c'est un établissement charitable. Mais, peu à peu et bien souvent, il est arrivé que ces établissements ne se sont point absolument conformés à leur destination première. Des gens qui, par leur situation aisée, n'ont aucun droit à des services gratuits, viennent en foule demander des consultations aux médecins attachés aux hôpitaux; d'autres, qui sont riches, y envoient leurs domestiques malades; bref, il semble que les hôpitaux soient des établissements aux services desquels tout le monde a également droit.

Mais, ce n'est pas tout. Les hôpitaux sont devenus et tendent de plus en plus à devenir bien autre chose que de simples établissements charitables. Grâce à la variété des maladies qui s'y traitent et au grand nombre des malades qui viennent s'y faire soigner, les hôpitaux sont devenus les plus grandes de toutes les écoles de science expérimentale. A aucune autre science, il n'est donné d'avoir à observer constamment et minutieusement un pareil nombre de phénomènes divers. Chaque semaine des milliers de malades, souffrant de toutes sortes de maladies ou de blessures, sont soumis à l'inspection la plus patiente et la plus savante, et aux traitements les plus appropriés à chaque cas particulier.

Il n'est pas de remède ou de mode d'opération chirurgicale qui ne puisse être expérimenté par les médecins de

*

nos hôpitaux, et cela dans les conditions les plus favorables à l'observation rigoureuse des résultats. Ces observations sont soigneusement notées et publiées, et graduellement s'accumule ainsi une incroyable masse d'expériences et de recherches sur notre organisation physique. Sous ce rapport, les hôpitaux sont l'idéal même des savants. Mais, par la même raison, ils deviennent aussi, peu à peu, l'idéal même des malades. Le traitement des maladies s'y élabore, à la longue, jusqu'à approcher de la perfection.

Un malade, admis à l'hôpital, n'est plus, comme autrefois, un pauvre diable recueilli et secouru par charité; c'est un sujet, un spécimen de maladie pour la guérison duquel on est résolu à épuiser toutes les ressources de la science médicale.

Une opération est-elle nécessaire? elle sera faite par les plus habiles chirurgiens. Faut-il éteindre le sensibilité? on emploiera, sous la forme la plus délicate, les derniers anesthésiques découverts. L'opération finie, le malade sera veillé, soigné, nourri avec les soins les plus scrupuleux. Ce n'est pas seulement la réputation du chirurgien, c'est la science elle-même qui est intéressée à sa guérison.

Dans les salles du médecin, il en sera de même. Un malade atteint d'une maladie spéciale quelconque, ne sera l'objet de guère moins d'attentions que l'on n'en donnerait à un prince. Il aura même souvent, de nos jours, pour le soigner, les mains délicates de dames infirmières d'une condition et d'une éducation supérieures. Les plus grands médecins, ceux-là même qui refuseront de prendre le temps d'aller voir des malades riches qui les paieraient magnifiquement, ne consentiront, à aucun prix, à manquer leur visite journalière à l'hôpital. Non-seulement ceux qui ont leur réputation faite, mais, ce qui souvent vaut mieux, ceux qui ont leur réputation à faire, auront l'œil sur lui et ne négligeront aucun des moyens par lesquels l'art ou la science peuvent contribuer à sa guérison. Cela, sans parler des conforts que bien peu, sauf parmi les gens très-riches, peuvent se procurer chez eux. Aussi constate-t-on, dans toutes les classes de la société, une tendance très-marquée à rechercher, sans scrupule, les services de l'hôpital. Cela est doublement nuisible, aux malades pauvres d'abord, et puis aux médecins qui se trouvent donner gratuitement leur temps et leur science à des gens qui pourraient convenablement rémunérer leurs services.

Puisqu'il en est ainsi, et qu'il est si difficile de se procurer, même dans les maisons où l'on jouit d'une grande aisance, la science médicale, les soins délicats, les arrangements confortables qui ne se trouvent réunis que dans les hôpitaux, il y a un parti bien simple à prendre : c'est d'organiser des hôpitaux pour ceux qui peuvent payer, comme on a organisé des cercles et autres établissements du même genre. Cela fera également l'affaire des malades qui seront mieux soignés, et des médecins dont les services seront mieux payés.

Ce résumé, fort abrégé mais fidèle, du très-intéressant article du *Times* indique suffisamment, à nos lecteurs, l'idée générale qui a présidé à la grande réunion qui a eu lieu, le 27 juin, à Mansion-House, sous la présidence du lord maire, réunion à laquelle ont pris part une foule d'hommes illustres dans les sciences, l'administration, la magistrature, etc., etc., parmi lesquels nous nous contenterons de citer ceux qui ont proposé ou secondé les résolutions à la suite desquelles a été constituée la nouvelle association.

Une adresse en faveur du projet en question, signée par le président du *College of Physicians*, le président du *College of Surgeons* et plus de 200 autres médecins ou chirurgiens a été présentée à la réunion.

Après quelques mots du lord maire, M. Henry C. Burdett, a expliqué le but de la réunion, puis M. John Walter, membre du parlement, a proposé la première résolution, qui a été secondée par le docteur Risdon Bennett, sir Rutherford Alcock et le révérend chanoine Miller. Cette résolution est ainsi conçue :

« L'assemblée reconnaît qu'il est désirable d'établir une association pour fournir un traitement hospitalier, les soins d'infirmiers compétents, des maisons de convalescence et autres avantages dont le besoin est très-grand, aux malades des classes assez fortunées pour pouvoir payer de tels services. »

La seconde résolution, proposée par M. Capel, et secondée par M. Jonathan Hutchinson, M. F.-D. Mocatta et M. Ernest Hart, est ainsi conçue :

« Que l'association pour l'établissement d'hôpitaux privés (*Home Hospital Association*) rendra de grands services au public en s'entendant avec les administrateurs des hôpitaux soutenus par des donations ou par la charité privée, pour empêcher l'abus qui est fait des soins donnés dans ces établissements par des gens qui peuvent très-bien payer les services médicaux dont ils ont besoin, et en mettant à la disposition du public et de la corporation médicale des hôpitaux et des maisons de convalescence, où les médecins pourront avec confiance envoyer ceux de leurs malades qui veulent bien rémunérer des services dont ils ont besoin et qu'ils ne peuvent trouver ailleurs. »

Par la troisième résolution, proposée par Sir Francis Hicks et secondée par M. Thomas Blake, membre du parlement, il a été décidé que l'on nommerait un comité chargé de prendre les mesures nécessaires pour mettre à exécution les résolutions précédentes. Ce comité, nommé séance tenante, est composé du duc de Northumberland, de sir Rutherford Alcock, Fr. Cleeve, J.-E. Erichsen, Ernest Hart, Fr. Hicks, E.-H. Lushington, Dr Quain, A.-G. Sandeman, G. Stanley, Clifford Wigram, H.-C. Burdett,

Parmi les orateurs qui ont parlé dans cette circonstance, M. Henry C. Burdett, comme preuve de l'énorme abus qui se fait des institutions charitables, a donné la statistique suivante, qui se rapporte à la ville de Birmingham :

Le nombre des personnes qui ont eu recours aux hôpitaux de Birmingham a été de 66,671 en 1867. En 1876, il s'est élevé à 104,048. Cependant la population, durant cette décade, n'a augmenté que de 13 pour cent, et le paupérisme a diminué de 34.4 pour cent. De pareils chiffres nous paraissent irréfutables.

M. le dr Ernest HART, rédacteur en chef du *British med. Journ.*, et qui a pris le plus grand intérêt à ce mouvement, a annoncé qu'un des membres du comité provisoire désirait souscrire 1,000 £ (25,000 fr.) et qu'il n'y aurait aucune difficulté à se procurer les 10,000 ou 20,000 livres sterling (250 à 500,000 fr.) nécessaires *pour commencer*.

Il est bien entendu que les malades qui iront dans ces hôpitaux ne renonceront pas pour cela aux soins du docteur qui a leur confiance. C'est là, au contraire, un des points qui ont été tout particulièrement réservés.

Chose remarquable, les partisans du traitement des malades à domicile ne se sont pas même montrés. La réunion a admis comme chose absolument irréfutable que nos maisons, par le petit nombre et l'exiguïté des appartements, par

l'entassement des familles, et l'impossibilité d'éviter le bruit, sans éloigner les enfants, aussi bien que par une foule d'autres dispositions ou absences de dispositions trop longues à énumérer, sont absolument impropres aux besoins des malades. Une maladie un peu longue est ruineuse, même pour les familles de la classe moyenne qui jouissent en temps ordinaire d'une grande aisance. Les soins donnés dans un hôpital ne coûtent pas le dixième de ce que coûtent les soins à domicile, et ils valent incomparablement mieux. Songez seulement à la cherté et à la déperdition de force qui est impliquée dans l'emploi de 20 infirmières soignant chacune un seul malade dans vingt différentes maisons. M. Walter, membre de la Chambre des communes a insisté avec force sur ce point qu'il n'y a aujourd'hui que deux catégories de personnes qui puissent avoir des soins convenables quand elles sont malades : les très-riches, pour lesquelles ni arrangements ni dépenses ne sont une difficulté, et les pauvres qui peuvent obtenir un lit à l'hôpital. Tout le reste de la population ne peut se procurer, en cas de maladie, que des soins insuffisants et dans des conditions détestables. L'application du système coopératif à la fondation d'*hôpitaux de familles*, est, en attendant le millennium que le docteur Richardson nous promet de réaliser dans sa ville de l'hygiène ou *Hygiœpolis*, le moyen le plus sûr d'arriver à une solution pratique de la difficulté présente.

Aux ennemis de la coopération à répondre, ou à faire mieux, car la *Home Hospital Association* ne se contentera pas de parler : elle agira, et sans retard, croyons-nous.

A. T.

Du service des bains dans les hôpitaux de Paris.

Nous avons promis à nos lecteurs de leur faire connaître d'une façon aussi complète que possible l'état des hôpitaux et des hospices de Paris, en ce qui concerne le service des bains. L'utilité incontestable du but que nous poursuivons servira certainement à excuser notre persistance.

Dans des numéros précédents (5, 16, 23) nous avons parlé de l'hôpital Cochin, de l'hôpital Beaujon, de Lariboisière, de la Pitié et, plus récemment (nº 24), nous avons signalé l'insuffisance du service des eaux dans les établissements hospitaliers. Aujourd'hui, nous parlerons de l'hospice des Enfants assistés et de l'hôpital Lourcine.

Hospice des Enfants assistés. Cet établissement se compose d'un premier corps de bâtiments parallèle à la rue d'Enfer où se trouvent l'infirmerie et la Crèche et de deux grands bâtiments perpendiculaires consacrés celui de droite aux garçons, celui de gauche aux filles. Les bains sont placés dans un petit bâtiment situé à gauche de la division des filles, situation mauvaise car ce bâtiment devrait être entre les deux divisions.

Les salles sont en très-mauvais état ; les murs sont lézardés, le parquet perforé en maints endroits. Le service est composé : *a*) d'un appareil de chauffage ; — *b*) d'une petite salle de fumigations ; — *c*) d'une petite salle avec *une* baignoire pour les bains sulfureux ; tout ceci constitue le centre du service. A gauche et à droite, il y a deux salles contenant chacune six petites baignoires et une baignoire de moyenne dimension. — Nulle installation hydrothérapique. — Rien n'est disposé, à la Crèche, pour une administration facile des bains pour les tout jeunes enfants, les enfants nouveau-nés. Là aussi, on le voit, une réforme radicale est nécessaire.

Hôpital de Lourcine. — Le service des bains est placé dans un bâtiment n'ayant qu'un rez-de-chaussée et séparé des salles des malades. On y trouve : 1º une salle de bains de vapeur, avec appareil pour douche de vapeur ; une douche en pluie et en jet d'eau froide ; — 2º une salle avec deux baignoires pour les galeuses ; — 3º une salle de fumigations (deux boîtes) ; — 4º une grande salle pour les bains ordinaires, renfermant 21 baignoires (dont une pour les infirmières), disposées sur deux rangées.

Les bains sont donc assez bien installés en ce sens que le bâtiment est distinct de l'hôpital, qu'ils ne détériorent pas. Leur faisant suite, on trouve des ateliers. Or, il serait facile, en raison de la vaste superficie des jardins de l'hôpital, de transporter ces ateliers ailleurs et de les transformer en une nouvelle salle de bains pour les malades du dehors, car, à Lourcine, il n'y a pas non plus de bains externes. Or, en raison de la nature des maladies dont sont atteintes les malades qui viennent, en nombre assez considérable, à la consultation de cet hôpital consacré exclusivement aux maladies vénériennes, il serait de première nécessité, *au point de vue de l'hygiène publique* d'avoir là un vaste service pour les bains externes. Rendre facile l'accès d'un établissement de ce genre aux malades, les y recevoir avec bonté, leur fournir les médicaments qu'exigent les maladies dont elles sont atteintes, leur donner les bains, les douches, les fumigations qui sont prescrits par les médecins, seraient autant de mesures qui contribueraient beaucoup plus à la diminution des maladies vénériennes dans Paris que la moitié du service des mœurs de la préfecture de police.

Que l'administration de l'assistance publique examine sérieusement les réformes que nous venons d'énumérer, qu'elle les réalise et elle est sûre de n'avoir que des félicitations de la part de tous ceux qui se préoccupent des grandes questions d'hygiène.

B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances d'Avril.

M. Boeckel signale à l'Académie plusieurs succès obtenus par les ligatures au fil de *catgut phéniqués.* Ces fils ont pour avantage de favoriser la réunion des plaies et de n'amener aucune hemorrhagie consécutive. M. Bœckel a employé ce mode de traitement dans deux cas d'anévrysmes du pli du coude et dans trente-deux amputations. Le résultat a toujours été des plus satisfaisants.

La plus grande partie des auteurs pense que tout l'acide carbonique du sang est combiné au sérum. M. Léon Frédéricq démontre par un grand nombre d'analyses du sang des solipèdes qu'il n'en est rien et que les globules retiennent toujours une certaine quantité de ce gaz. Pourtant la quantité de gaz carbonique contenu dans les globules est toujours inférieure à la quantité qui serait contenue dans un même volume de sérum.

On sait les inquiétudes manifestées par quelques médecins au sujet de la méthode employée pour colorer en vert certaines denrées alimentaires. Les sels de cuivre employés à cet usage sont certainement en quantité très-minime, mais il est facile de s'en passer tout en conservant aux aliments la teinte qui constitue le signe de leur valeur commerciale. Pour y arriver, M. Guillemare emploie la chlorophylle même extraite de la tige et des feuilles de plantes sans valeur.

M. Galippe fait sur le même sujet une communication. Il n'expérimente plus sur les animaux mais bien sur lui-même : depuis quelque temps il se nourrit d'aliments cuits dans des vases non étamés et recouverts de vert-de-gris. Il n'éprouve aucun symptôme d'aucune sorte.

M. Guérin injecte à des lapins le vomissement, la bile, les matières stercorales d'individus atteints de fièvre typhoïde. Ces animaux succombent en général. M. Guérin croit pouvoir en conclure l'existence d'un principe toxique spécial dans les matières de l'intestin des typhiques.

M. Brame préconise le *sulfocyanure ferrique*, le nitrate d'argent, le tannin et les ventouses dans le traitement de l'ozène.

M. Franck étudie les cas où une *systole cardiaque* ne donne pas naissance à une pulsation artérielle. Ces *faux pas du cœur* peuvent tenir à trois causes. Il peut y avoir reflux mitral, défaut de replétion du ventricule et défaut d'énergie du ventricule. La première espèce se rencontre dans l'insuffisance mitrale ; il est facile de le voir par le sphygmographe. D'ailleurs, le reflux dans l'oreillette est suivi d'un afflux de sang dans le ventricule, d'où une pulsation d'autant plus énergique suivant le faux pas précédent. Plus ordinairement, on voit deux systoles se faire sans que, pour la seconde, le ventricule ait eu le temps de se remplir, cela constitue la deuxième classe des pulsations avortées. Enfin, dans un troisième cas, le cœur peut n'avoir pas une énergie suffisante pour amener l'expulsion du sang du ventricule, d'où encore absence de pulsations correspondant à la systole.

M. Feltz présente un mémoire tendant à démontrer que la septicité du sang putréfié ne tient pas à un ferment soluble. En effet, le sang septique traité par l'alcool absolu perd ses propriétés nocives et l'extrait alcoolique ne les a pas plus que lui.

M. Decaisne communique deux cas où des accidents toxiques graves ont été produits par l'action de l'eau-de-vie de marc et de l'absinthe colorées par les sels de cuivre.

M. Chevreul insiste sur un phénomène d'insolation de l'œil qui n'a point encore été expliqué. Quelques jours avant la Saint-Barthélemy, le duc de Guise, le duc d'Alençon et le prince de Navarre jouant aux dés, virent des points rouges semblables à des taches de sang apparaître sur les endroits où se trouvaient les points noirs marquant la valeur des dés. Il y a là un simple phénomène de couleurs complémentaires.

MM. Pasteur et Joubert ont reconnu que la bactéridie venue d'un animal charbonneux pouvait être cultivée à l'état pur et en dehors de son milieu ordinaire, dans l'urine neutre par exemple. Or, en cultivant ainsi des bactéridies artificiellement, on reproduit tous les caractères du charbon sur les animaux à qui on les inocule. Donc la bactéridie seule est bien la cause première du charbon. De plus, si on filtre le liquide virulent, les bactéries restent sur le filtre et le liquide devient complètement inactif. Il n'y a donc pas, à proprement parler, de virus soluble coexistant avec la bactérie. M. Pasteur espère pouvoir bientôt donner l'explication des expériences de M. Bert sur ce sujet. P. Regnard.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 juillet 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Kierner décrit les altérations des reins dans l'impaludisme. Le processus morbide, pour ainsi dire constant, se présente sous deux aspects, l'un qui appartient aux premières périodes de la maladie (rein engorgé), l'autre qui se voit dans la période de cachexie (rein atrophié).

Le rein engorgé a un volume considérable, une coloration rouge sombre : il présente une congestion généralisée, des hémorrhagies dans les tubes urinifères et dans le tissu interstitiel, des dépôts de granulations pigmentaires dans le protoplasma cellulaire ; en outre, on constate les lésions de la néphrite catarrhale et un processus sclérosique au niveau de la région glomérulaire. En même temps, on trouve très-fréquemment de la pneumonie, une tuméfaction parfois énorme du foie et de la rate et souvent une hypertrophie du ventricule gauche. Le rein atrophié a un aspect tout différent : pâleur des pyramides, sclérose à marche progressive, formations de kystes dans la substance corticale, ischémie avec foyers hémorrhagiques anciens, en un mot déchéance profonde de l'organe. A la même période de l'impaludisme, les autres viscères sont plutôt atrophiés qu'augmentés de volume.

Cliniquement, les hémorrhagies rénales ont une certaine importance comme source d'anémie ; de plus, le trouble secrétoire rénal est un des éléments de la cachexie paludéenne; enfin comme M. Kierner le fera voir ultérieurement, il peut y avoir un mal de Bright paludéen.

M. Renaut fait au nom de M. Landouzy et au sien une communication sur les altérations de la fibre cardiaque dans l'asystolie. Il est remarquable que souvent les symptômes asystoliques, caractérisant l'asthénie cardiaque, se produisent, alors qu'à l'autopsie on ne trouve pas de dégénérescence graisseuse du myocarde : Voici quelle serait l'explication de ce fait, jusqu'ici difficile à interpréter. On sait qu'à l'état normal les fibres cardiaques sont coupées de distance en distance par des traits transversaux répondant à des lignes de ciment unissant les cellules contractiles placées bout à bout. Si ce ciment vient à faire défaut, l'unité de la contraction cardiaque et de la systole est compromise. Comme dans tous les cas d'asystolie, MM. Renaut et Landouzy ont trouvé cette fragmentation spontanée des cellules contractiles, ils ont été conduits à en faire la cause prochaine de l'asthénie cardiaque. Ce n'est, du reste, qu'une communication préalable pour prendre date.

M. Bert étudie la provenance de l'acide carbonique chassé du sang pendant l'acte respiratoire. Il n'est pas dû, comme on le croit, à la dissociation des bicarbonates alcalins : ce qui sort par l'expiration normale, est l'acide carbonique dissous dans le sang. Aussi le sang artériel ne renferme-t-il plus d'acide carbonique dissous, et peut-il prendre à un milieu saturé de ce gaz une quantité d'acide carbonique égale à celle que le sang veineux perd dans le poumon. Toutefois, à l'état pathologique, lorsque la respiration est précipitée, ce n'est plus seulement l'acide carbonique dissous, mais une partie de gaz à l'état de combinaison saline qui est rendue par l'expiration. D'où une alcalinisation du sang qui doit jouer un certain rôle dans les phénomènes de l'anhélation.

M. Onimus présente un ingénieux appareil d'électricité, fabriqué par M. Trouvé.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. Notre excellent collaborateur et ami M. Landouzy est élu.

L. Dreyfus-Brisac.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1877. — Présidence de M. Bouley.

M. Empis lit son rapport sur les eaux minérales.

Suite de la discussion sur l'acide salicylique et les salicylates. — M. Hérard a employé l'acide salicylique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Les expériences ont été faites à l'Hôtel-Dieu. — Après avoir donné une courte analyse des observations relatives à six malades atteints de rhumatisme articulaire aigu et guéris par l'emploi de l'acide salicylique, M. Hérard apprécie la valeur de la médication salicylée dans le traitement de cette maladie. Chez tous ses malades, l'acide salicylique a eu une action sûre et prompte sur les manifestations articulaires du rhumatisme aigu. Dès le lendemain ou le surlendemain, les douleurs étaient notablement amendées, quelquefois entièrement supprimées, en même temps que la rougeur et la tuméfaction allaient elles-mêmes en diminuant et que les mouvements redevenaient libres ; l'effet, ajoute M. Hérard, a suivi trop immédiatement et trop souvent l'administration de l'acide salicylique pour que l'on puisse, même en tenant compte de l'extrême mobilité des fluxions rhumatismales, conserver le moindre doute à cet égard. Si les nombreuses rechutes éprouvées par les malades de M. Hérard, ont été fâcheuses au point de vue de la prolongation de la maladie, elles ont permis de vérifier l'action médicamenteuse sur une échelle beaucoup plus étendue que ne l'indiquait, au premier abord, le petit nombre des observations. A quoi attribuer ces rechutes si fréquentes, se demande M. Hérard. A la cessation trop brusque, sans doute, d'un médicament qui s'élimine avec une grande rapidité par les

urines, ainsi que l'a démontré M. G. Sée dans la précédente séance. Aujourd'hui, grâce au salicylate de soude, moins irritant que l'acide salicylique, M. Hérard n'hésiterait plus à continuer le médicament pendant une quinzaine de jours après la première disparition des douleurs, soit sous forme d'une potion additionnée d'eau de laurier-cerise, contenant 8 à 10 gr. de salicylate de soude au début, et plus tard 4 à 5 gr., soit mieux sous la forme de cachets de pain azyme donnés toutes les deux heures avec la précaution de faire boire un peu d'eau par dessus chaque paquet. — Quelle a été l'influence de l'acide salicylique sur les complications cardiaques relatées dans les observations de M. Hérard? Dans deux cas, les phénomènes sont restés stationnaires ; dans un cas, les accidents cardiaques se sont considérablement aggravés pendant le traitement. Mais du moment que les rechutes se sont produites avec une grande facilité quand *M. Hérard* cessait le médicament, il n'y avait pas de raisons pour supposer que le cœur serait plus épargné que les articulations, tant que le malade restait en puissance de son rhumatisme. Si donc le médecin peut assister au début de l'affection, s'il emploie des doses suffisamment élevées, si, par la continuation du médicament, il empêche le retour des douleurs et de la fièvre, il est permis, dit M. HÉRARD, d'espérer, et les faits de M.G. Sée et de quelques autres observateurs y autorisent, que l'on pourra arriver à prévenir les complications cardiaques, ou, tout au moins, qu'on en diminuera la fréquence et qu'on en atténuera la gravité. Ce jour là, termine M. HÉRARD, la médication salicylée, si incontestablement avantageuse contre les manifestations douloureuses du rhumatisme articulaire aigu, occupera une des premières places parmi nos agents thérapeutiques et méritera presque le nom de spécifique.

M. HARDY entretient l'académie de quatre cas de rhumatisme articulaire aigu et traités par le salicylate de soude. Ces faits prouvent que le salicylate de soude jouit d'une propriété particulière, incontestable dans le rhumatisme articulaire aigu.

M. G. SÉE, vient répondre aux objections qui lui ont été adressées dans la dernière séance par MM. Ricord et Bouillaud. — M. Bouillaud, afin de se convaincre de l'efficacité du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu avait demandé dix cas parfaitement définis et par suite, impitoyablement contrôlés. M. G. Sée, lui soumet, non ses propres observations, mais celles qui viennent d'être interprétées par MM. Hérard et Hardy. — M. Germain Sée maintient donc les conclusions qu'il a émises dans la précédente séance et, si ses affirmations pouvaient être suspectées, il n'hésite pas à déclarer que, semblable à M. Bouillaud en 1840, il s'en remettrait à une commission académique.

A l'appui de son travail sur les effets thérapeutiques du salicylate de soude, M. G. Sée communique à l'Académie de Médecine une lettre de M. Besnier qui relate un cas de rhumatisme articulaire apyrétique guéri par le salicylate de soude administré à la dose de 6 grammes.

L'Académie se forme en Comité secret à cinq heures.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 6 avril. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

2. Myxome de la région inguinale; anus contre nature consécutif à l'ulcération; par FÉRÉ, interne provisoire.

Le nommé Ram... Victor, âgé de 56 ans, brossier, est entré le 23 août 1876 à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Horteloup, salle XII, n° 4.

Ce malade, peu intelligent, donne des renseignements vagues sur ses antécédents éloignés. Ses parents paraissent avoir succombé à des affections aiguës. Lui-même a toujours joui, dit-il, d'une assez bonne santé jusque vers le milieu de l'année 1875.

Au mois de mai, il constata vers la partie interne du pli de l'aîne, à droite, la présence d'une petite tumeur du volume d'une noisette. En 2 ou 3 mois cette grosseur atteignit le volume d'un œuf de pigeon : elle était dure, sans altération de couleur de la peau restée mobile; elle n'était point douloureuse spontanément, mais apportait un peu de gène à la marche. Il la prit pour une hernie et porta un bandage.

Il continua à travailler jusqu'au 15 décembre. Vers cette époque il s'était fatigué d'une manière excessive et il commença à éprouver quelques douleurs spontanées dans sa tumeur qui devint bientôt le siége d'élancements, et en même temps la peau rougissait. Il vit alors un médecin qui lui fit appliquer des cataplasmes.

Au bout de 8 à 10 jours la tumeur s'ouvrit spontanément et donna issue à une matière grisâtre, visqueuse et gluante qui continua à suinter les jours suivants. La cicatrisation de l'ouverture ne se fit pas, il resta un trajet fistuleux à orifice entouré d'un bourrelet saillant et saignant au moindre frottement.

A peu près à la même époque il vit apparaître sur la paroi abdominale, à environ 4 travers de doigt au-dessus du pli de l'aîne et à une égale distance de la ligne médiane, une nouvelle tumeur qui augmenta beaucoup plus rapidement que la première et qui, au bout d'un mois, atteignit le volume d'un œuf; elle était douloureuse à la pression et dans les mouvements, mais non spontanément. La peau avait conservé sa coloration et sa mobilité à ce niveau.

Au mois d'avril 1876, il entra à l'hôpital Temporaire. Il présentait alors dans la moitié interne du pli de l'aîne une tumeur largement ulcérée présentant au moins le volume d'un gros œuf de dinde, et au-dessus, sur la paroi abdominale, une autre tumeur un peu moins volumineuse et non ulcérée; il en existait en outre une troisième qui s'était développée depuis un mois seulement, à l'extrémité externe du pli de l'aîne et avait déjà atteint presque le volume du poing, tendant à se confondre avec la première. Cette dernière n'était pas non plus ulcérée, mais comme celle de la paroi abdominale elle était le siége de douleurs spontanées assez vives et la peau rougissait. Toutes deux elles étaient ramollies à leur centre ; on les incisa et leur ouverture donna issue à du pus, mélangé de grumeaux gélatiniformes. Dans les parties dures de la tumeur inguinale externe, on introduisit aussi des flèches caustiques.

Le volume des 3 tumeurs continua à augmenter ; celles du pli de l'aine se sont réunies peu à peu pour former une seule masse, présentant deux ulcérations allongées transversalement, l'une en dedans, l'autre en dehors. La tumeur de la paroi abdominale offrait une ulcération arrondie. Ces trois ouvertures laissaient suinter du pus et de la matière gélatiniforme.

Malgré son état, le malade quitte l'hôpital et va passer un mois à l'Asile de Vincennes. Le 23 août il entre au Midi.

A cette époque, les 3 orifices continuent à laisser écouler du pus et de la matière gélatiniforme en grumeaux tremblottants et grisâtres. Cette matière fut examinée au microscope par M. Longuet qui déclara qu'elle était constituée par les éléments du myxome. Quand on pressait la paroi abdominale dans l'intervalle des 3 orifices on faisait sourdre par chacun d'eux une grande quantité de cette matière ainsi que des bulles de gaz et du pus. Ce mélange avait une odeur fétide. La saillie des 3 tumeurs primitives avait à peu près disparu ; mais la paroi abdominale présentait une induration uniforme remontant sous forme de plaque dure jusqu'à 7 ou 8 centimètres au-dessus du pli de l'aine ; jusqu'au niveau de l'ombilic la paroi présente une résistance plus considérable que du côté opposé. Au milieu de cette induration diffuse, on sentait un noyau plus résistant un peu en dehors de l'ulcération abdominale. Autour des 3 orifices, la peau présentait une teinte violacée.

En introduisant une sonde dans les ouvertures, on constata qu'elles communiquaient toutes trois par de larges galeries qui décollaient la peau dans une grande étendue. Une incision réunissant les deux orifices inguinaux donne issue à une grande quantité de matière gélatineuse et de pus. Un drain établit une communication permanente entre cette incision et l'orifice situé plus haut, sur la paroi abdominale.

Au bout de quelques jours les bords de l'incision s'épaississent, s'indurent, prennent un aspect fongueux et laissent suinter un pus d'une extrême fétidité. Au fond de l'ouverture au-dessous du pont cutané qui vient d'être incisé, on sent un autre pont charnu qui sépare profondément les deux ulcérations primitives de l'aine et au-dessus duquel il existe un second décollement.

Le 27 août une chaîne d'écraseur est introduite au-dessous

de ce pont, et sa section est pratiquée. Il reste alors une plaie large et profonde donnant toujours issue à la même matière gélatiniforme mélangée de pus ; les bords en sont épais et renversés. On fait dans la plaie et dans le drain des injections alcoolisées qui seront toujours continuées dans la suite. Malgré l'abondance de la suppuration la santé reste bonne, bon appétit, pas de fièvre, état moral excellent, le malade peut encore se lever un peu.

Le 15 septembre, on voit s'écouler par la plaie inférieure, surtout au moment où le malade fait des efforts, un peu de liquide jaunâtre d'odeur stercorale.

Depuis cette époque jusqu'au mois de décembre, l'écoulement de matières intestinales persiste, mais avec des alternatives dans la quantité; quelquefois il se supprime pendant une journée ou deux pour reparaître les jours suivants. Jusqu'alors, les selles sont restées régulières, sans diarrhée; l'état général continue à être bon, l'appétit est conservé, pas d'amaigrissement notable.

Depuis les premiers jours de décembre l'écoulement de matières intestinales est devenu non-seulement continuel, mais aussi plus abondant, et il se fait à la fois par la plaie inguinale et par l'orifice abdominal. Le malade éprouve de temps en temps des coliques et les selles sont devenues liquides, les digestions sont mauvaises, l'amaigrissement fait des progrès rapides. Le malade ne quitte plus le lit.

Au commencement de janvier 1877, il s'est formé une escharre au niveau du sacrum ; puis à la fin du même mois, il en est apparu une autre à l'angle de l'omoplate gauche.

15 *mars*. Il existe dans l'aine droite une large ulcération béante et profonde à bords renversés et indurés, s'étendant depuis l'épine du pubis jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure; son extrémité externe est située à environ 2 centimètres au-dessous de cette saillie, de sorte que la direction générale de la plaie est moins oblique que celle du pli de l'aîne qui est du reste indistinct. Elle forme une ouverture ovalaire qui a près de 4 centimètres de large dans sa partie moyenne. Sur le pourtour des bords saillants et durs la peau est violacée dans une étendue de 2 centimètres. Toute la cavité est comblée par une sanie brunâtre d'odeur fécale.

A 4 centimètres au-dessus de cette plaie et à 2 centimètres seulement en dehors de la ligne médiane, il y a une autre ouverture dont les bords minces présentent un aspect gangréneux, arrondie, large comme une pièce de 5 francs. Au pourtour, la peau est verdâtre. Elle est également comblée par une sanie jaune brune.

Ces deux ouvertures sont séparées par un pont cutané audessous duquel on peut facilement passer le doigt. Le décollement s'étend latéralement dans une étendue dont on ne touche pas les limites.

Quand on introduit le doigt dans la plaie inférieure on sent, au-dessous du cloaque qui communique avec la supérieure, une autre anfractuosité qui s'étend en arrière et en dehors et dont on n'atteint pas le fond.

Dans toute la région de l'aine et de la paroi abdominale qui entoure les ulcérations et les parties décollées, on sent une induration profonde. En dehors de l'ouverture supérieure il reste un noyau du volume d'une grosse noix, plus résistant.

Quand on presse sur la région intermédiaire aux deux ouvertures, on fait sourdre des deux côtés une grande quantité de sanie fécaloïde. Si on presse en dedans sur la ligne médiane, il en sort encore, et si on introduit le doigt on constate que le décollement s'étend en dedans jusque sur la ligne médiane. Si on déprime plus fortement la paroi abdominale, on fait sortir des gaz dont l'odeur indique l'origine intestinale par les deux ouvertures, mais surtout par la supérieure. De temps en temps, les gaz sortent spontanément; le malade affirme que depuis quelque temps, il n'en sort jamais par l'anus.

Il y a une quinzaine de jours, le malade a éprouvé quelques élancements au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite; ces douleurs étaient peu vives, d'ailleurs, et il n'y a attaché aucune importance; mais, depuis ce moment, il a éprouvé une grande difficulté à remuer le membre inférieur droit. Maintenant la cuisse est réduite à une immobilité absolue; il n'éprouve cependant pas de douleur dans les mouvements provoqués; quand on soulève la cuisse les mouvements de la jambe et du pied se font spontanément et sans douleur. La pression sur l'épine iliaque est un peu douloureuse, mais plus de douleur spontanée. Tout le membre inférieur est un peu œdématié dans toute son étendue, mais surtout à sa partie supérieure ; la cuisse présente une forme générale cylindro-conique, la pression du doigt imprime des godets surtout marqués sur la région interne. Cet œdème s'est montré seulement depuis deux jours sur la partie antérieure ; depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusque vers le milieu de la cuisse on sent une fluctuation très-manifeste dans une étendue de 5 à 6 centimètres en travers. La peau est restée normale sur toute la région. La pression sur cette collection liquide ne provoque la sortie d'aucune matière par la plaie inguinale.

Les escharres ci-dessus indiquées se sont étendues en largeur et en profondeur, le sacrum est dénudé sur plusieurs points; elles produisent une suppuration abondante et fétide.

L'état général est très-mauvais, le malade est très-affaibli et émacié ; l'appétit est à peu près nul ; il a toujours des selles liquides. Il vomit de temps en temps le peu d'aliments qu'il prend. Pas de fièvre, aucun phénomène morbide du côté du poumon ou des autres viscères.

25 *mars*. La collection liquide de la cuisse paraît s'étendre par en bas; elle descend maintenant à peu près jusqu'au tiers inférieur de la cuisse. Pas de changements pour le reste. L'affaiblissement va croissant; le malade ne prend plus d'aliments solides. Il est plongé dans un demi-sommeil dont on le tire avec peine. Pas de fièvre, sauf le soir où on voit sa face se colorer légèrement. 30 *mars*. Mort. 1er *avril*. AUTOPSIE. Rien de particulier dans le cerveau et les méninges. Le *thorax* est déformé, les dernières côtes sont fortement déjetées en avant et en dehors. Les deux *poumons* sont sains ; on remarque seulement dans le poumon droit un noyau calcaire du volume d'une noisette tout-à-fait au sommet. Adhérences pleurales lâches aux deux bases. Le *cœur* est flasque, un peu graisseux ; les valvules sont saines, sauf pourtant la mitrale qui présente une petite induration calcaire du volume d'une petite lentille sur sa valve externe près de la base; elle est indemne dans tout le reste de son étendue et souple. L'*aorte* présente seulement une plaque calcaire de 1 cent. en tous sens, immédiatement au-dessus de l'origine du tronc cœliaque. Rien de particulier dans le foie, la rate et les reins.

Dans la cavité pelvienne, on trouve environ un litre de liquide citrin. Au niveau de l'ulcération de la région abdominale, on voit, adhérents à la paroi par son bord convexe et dans une étendue de 5 cent., une anse d'intestin grêle, située environ un mètre au-dessus du cœcum. Le doigt introduit par l'origine abdominale pénètre par un trajet anfractueux dans la cavité de cette anse, qui communique aussi, mais indirectement, avec la plaie inférieure par l'intermédiaire du décollement superficiel.

En ouvrant l'anse intestinale, on constate qu'elle est seulement accolée à la paroi, qu'elle ne présente aucune dépression ni diminution de calibre au niveau de la communication externe. Cette communication se fait par un orifice ovalaire laissant passer le pouce, à bords réguliers. Autour de cet orifice principal, on en trouve cinq autres plus petits laissant à peine passer une sonde ordinaire. Tous ces orifices s'abouchent au dehors dans le même cloaque.

Si on pousse le doigt très-avant dans l'anfractuosité inférieure de la plaie inguinale en le dirigeant en dehors et en arrière, on pénètre non plus dans l'anse d'intestin grêle, mais dans le cœcum qui est accolé à la fosse iliaque sans intermédiaire de péritoine.

La communication se fait immédiatement au-dessous de la valvule iléo-cœcale, sur le bord gauche du cœcum, par un orifice unique, régulièrement arrondi, large comme une pièce de 2 francs. Le trajet a, dans sa moitié interne, la direction du canal inguinal ; on trouve immédiatement au-dessous les éléments du cordon restés sains, mais il est impossible, à ce niveau, de reconnaître une aponévrose ni même l'arcade de Fallope.

En faisant une incision transversale de la moitié droite de

la paroi abdominale, partant de 3 cent. au-dessus de l'ombilic pour aller rejoindre le rebord des fausses côtes, on voit sourdre sur ce dernier point une petite quantité de pus de l'épaisseur de la paroi. Sur le bord supérieur de l'incision, il existe un cul-de-sac ne remontant pas tout-à-fait jusqu'à la fausse côte, à parois fibroïdes, contenant une petite quantité de matière grisâtre grumeleuse. Sur le point correspondant du bord inférieur, on trouve un trajet dont les parois offrent le même aspect ; son orifice admet l'index ; en y introduisant une sonde et en la dirigeant en dedans et en bas, on la voit ressortir sur le bord externe de l'ulcération supérieure de la paroi abdominale. Ce trajet a 18 cent. de long et 3 de large dans sa partie moyenne, il va en s'élargissant en bas. Si on presse sur son parcours, on fait sortir par ses deux extrémités du pus grisâtre, mêlé de matière colloïde, qui diffère tout-à-fait de la sanie fécaloïde qui sortait par les ulcérations, et ressemble à ce qui sortait par les plaies avant la perforation intestinale. Cependant ce trajet situé au-dessous des muscles de la paroi abdominale dans la couche celluleuse sous-péritonéale, communique largement à sa partie inférieure, avec le décollement superficiel dont il est séparé par une couche de 1 cent. d'épaisseur environ de tissu lardacé où on ne reconnaît plus de tissu musculaire (à l'œil nu), et dont l'expression fait sortir des grumeaux colloïdes. En haut, les muscles qui le recouvrent sont sains.

En dedans de ce décollement profond, on trouve dans l'épaisseur de la paroi abdominale, qui est le siége d'une induration diffuse, une petite tumeur bien limitée du volume d'un œuf de pigeon ; elle est dans la couche sous-péritonéale ; elle est constituée par une sorte de coque fibroïde peu résistante, remplie d'une masse gélatineuse, grisâtre, demi-transparente, paraissant plongée dans de larges travées celluleuses.

Une incision transversale des parties molles de la région antérieure de la cuisse montre que la collection fluctuante que l'on avait constatée dans cette région, est constituée par une sorte de sac fusiforme situé au-dessous du fascia lata, allongé suivant la direction du couturier, remontant en haut jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure où on trouve une dénudation osseuse et une esquille prête à se détacher, et descendant en bas jusqu'au niveau du canal de Hunter. Cette poche remplie de pus mal lié et grumeleux présente une paroi épaisse et dense ; elle ne communique nullement avec le décollement de la paroi abdominale, mais elle n'en est séparée tout-à-fait en haut que par une mince membrane.

Au niveau du triangle de Scarpa, on trouve la veine fémorale remplie par un caillot dense jaunâtre, qui remonte dans la veine iliaque jusque dans la veine-cave où il se termine par une extrémité effilée qui s'aplatit contre la paroi droite du vaisseau. On ne trouve nulle part de ganglions tuméfiés.

L'examen microscopique a été fait par M. Mayor dans le laboratoire de M. Vulpian :

A l'état frais, la tumeur ne présentait rien de caratéristique : c'était une masse demi-fluente, d'une réfringence assez considérable, dans laquelle flottaient comme éléments figurés, des cellules arrondies, les unes présentant un noyau bien net au milieu d'un protoplasma clair, la plupart remplies de granulations graisseuses, quelques-unes n'étant plus représentées que par un amas granuleux qui semble en voie de désagrégation.

Après durcissement et coloration par le carmin ammoniacal, on reconnaît que la tumeur est constituée par une série d'alvéoles assez régulièrement sphériques, limitées par des travées du tissu conjonctif fasciculé et contenant dans leur intérieur une masse transparente réfringente, disposées par plans comme en couches concentriques. Dans la masse amorphe, on retrouve des éléments semblables à ceux qu'on a remarqués dans l'examen à l'état frais. De plus, en certains points, se voient de nombreuses cellules allongées contenant plusieurs noyaux. Enfin, sur quelques points se trouvent des cellules ramifiées dont un certain nombre sont nettement anastomosées. On ne trouve nulle part d'îlôts rappelant la structure du sarcome, aucune grande cellule de carcinome ; l'existence, sur toute l'étendue de la tumeur, du tissu d'apparence muqueuse et ces groupes de cellules anastomosées suffisent pour faire reconnaître qu'on a affaire à un myxome dont une portion aura subi un travail régressif qui a abouti à la désagrégation et à l'élimination. Ce processus s'expliquerait en partie par ce fait que l'on ne trouve que fort peu de vaisseaux au voisinage des points ramollis.

4. Hématocèle rétro-utérine. Accidents épileptiformes. Mort. Autopsie. Grossesse extra-utérine de trois mois ; rupture. Hémorrhagie intra-péritonéale : compression des uretères ; urémie ; par M. Charles Leroux, interne des hôpitaux.

Cath. Justine, âgée de 29 ans, ménagère, entre le 3 mars 1877, dans le service de M. Dumontpallier, à l'hôpital de la Pitié, dans un état d'anémie extrême.

Cette femme, réglée depuis l'âge de 11 ans, avait toujours eu une menstruation régulière, mais toujours aussi ses règles duraient de 12 à 15 jours. Jeune fille, elle fut d'une bonne santé ; mariée, elle accoucha normalement de trois enfants dans l'espace de plusieurs années et continua à jouir d'une bonne santé. Sans avoir de fortes couleurs, elle était loin d'être pâle ; cependant depuis un an environ, sans cause connue, elle aurait perdu un peu ses forces. Vers le mois de novembre, elle ressent dans le ventre des douleurs assez vagues et se trouve plus faible, ces symptômes toutefois ne sont pas assez marqués pour l'empêcher de travailler. Cet état persiste jusqu'au 19 février. Jusqu'alors ses règles toujours régulières apparaissaient le 19 de chaque mois, durant de 12 à 15 jours. Le 19 février, elle est prise de douleurs vagues dans le ventre et voit apparaître ses règles ; elle perd à peu près comme d'habitude, lorsque subitement, jeudi dernier 1er mars alors que ses époques duraient encore, elle ressent des douleurs vives dans le bas-ventre, est prise de nausées, de vomissements, se trouve faible, est étourdie, devient pâle et froide et croit qu'elle va perdre connaissance. On la réchauffe. Pendant toute cette journée, elle accuse de vives coliques, et, outre une certaine quantité de sang liquide, elle perd, dit-elle, une sorte de « morceau de chair » ; ce qui, d'après ses réponses, ne devait être qu'un caillot. Cette masse ne présentait aucune poche, aucune membrane ; la malade affirme du reste ne pouvoir être enceinte. Elle perd encore dans la soirée quelques petits caillots. A partir de ce moment, la pâleur et la faiblesse qui l'avaient subitement prise, persistent chez elle, et de plus un certain degré de surdité que depuis longtemps elle accusait, s'accentue également.

Le lendemain, elle se trouve encore plus pâle et plus faible ; aussi le 3 mars (samedi) entre-t-elle à l'hôpital.

Etat actuel. — Cette femme est d'une pâleur extrême, les muqueuses sont complétement décolorées, les lèvres pâles, la face sans être amaigrie offre la coloration de la vieille cire blanche jaunie par le temps ; le regard est éteint ; les pupilles dilatées ; il n'y a pas d'œdème. Elle répond bien aux questions, mais présente un tel état de faiblesse qu'il y a lieu de craindre à chaque minute une syncope ; aussi l'examine-t-on sans la remuer. En découvrant la malade, on retrouve sur tout le tégument externe la pâleur de la face. L'abdomen est volumineux, dur, tendu ; on y constate la présence d'une tumeur dure, bosselée, assez résistante, mais élastique, occupant toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen. En haut elle commence à deux travers de doigt de l'ombilic et descend en bas jusque dans le petit bassin ; elle occupe également la plus grande partie de la fosse iliaque droite, se prolongeant, mais dans une étendue moindre, jusque dans la fosse iliaque gauche.

Une percussion légère démontre que toute cette région est mate, tandis qu'au-dessus on retrouve la sonorité intestinale. Cette tumeur, plus molle en certains points, doit se composer de parties solides et d'autres liquides. En pratiquant le toucher vaginal, on tombe directement sur le cul-de-sac rétro-utérin qui forme une saillie arrondie, se laissant facilement déprimer et n'offrant ni dureté, ni fluctuation bien manifestes. Les culs-de-sac latéraux sont également effacés. Le col est fortement poussé en haut et en avant derrière le pubis. En recourbant le doigt en crochet, on trouve son orifice entr'ouvert, mollasse, permettant l'introduction de l'extrémité de la

phalange unguéale. La femme étant très-faible on lui évite le toucher rectal. Il n'y a pas eu de selles depuis 3 jours environ. Elle ne perd plus de sang par le vagin, mais quelques mucosités teintées de sang. Rien du côté des poumons; les battements cardiaques sont réguliers, peu accentués, mais il n'y a aucun souffle; du côté des vaisseaux du cou, on trouve un bruit de souffle à double courant.

En raison de la pâleur subite, de la faiblesse, de l'anémie, de la tumeur abdominale, etc., on est conduit à diagnostiquer: Hématocèle rétro-utérine avec épanchement considérable.

Le lendemain 4 mars, la pâleur est toujours extrême et la malade plus faible que la veille, le pouls petit mais encore nettement perceptible, vif, régulier; la peau est fraîche, surtout aux extrémités; le ventre est plus tendu, plus dur, plus volumineux; dans la soirée du 3, elle eut deux syncopes et un vomissement; elle n'a pas uriné depuis 24 heures; on la sonde et on retire un quart de litre environ d'urine. Dans l'après-midi, la malade a deux syncopes.

5 *mars*. Même état; il semble toutefois qu'il existe un léger degré d'amélioration; malgré tout, comme il y a eu plusieurs syncopes la veille, et qu'en raison de l'état d'anémie et de faiblesse toujours très-marqué il y a lieu de craindre de nouvelles syncopes, on pense à la transfusion du sang. Tout est préparé pour pratiquer cette opération, si les syncopes reparaissent et se répètent coup sur coup au point de menacer la vie de la malade, mais aucune syncope ne se produisant dans l'après-midi et dans la soirée, et l'état de la malade paraissant s'améliorer, on laisse de côté la transfusion. La nuit n'est pas mauvaise.

Le lendemain matin, 6 *mars*, quelques minutes avant la visite, trois syncopes se succèdent rapidement; aussi trouve-t-on la malade extrêmement faible, dans un état de prostration assez marqué avec tendance au sommeil. On ne fait néanmoins pas la transfusion. Pas de nouvelle syncope ni dans l'après-midi, ni dans la soirée; vers 4 heures, le pouls bat à 108, est petit mais très-perceptible.

5 *mars*. Pas de syncope dans la nuit; la malade est plus forte, mais abattue, parle même avec une certaine gaîté, les extrémités sont plus chaudes et le pouls plus fort. Elle accuse une constipation opiniâtre, mais tous ces jours-ci elle a uriné seule.

8 *mars*. Jusqu'alors elle se plaignait (depuis son entrée) de bourdonnements continuels dans les oreilles et de nuages devant les yeux. Aujourd'hui ces nuages sont bien moins marqués, les bourdonnements sont devenus intermittents et moins forts; la malade est plus éveillée, moins pâle et la surdité, qui, les jours précédents, était à son maximum est moins accentuée.

9 *mars*. Amélioration notable. Pas de syncope. Elle va à la selle et urine spontanément. Le ventre est moins tendu, moins dur; la langue est sèche, la soif vive, la bouche empâtée.

Le 10, l'état est à peu près le même; mais dans la nuit, elle est prise d'une syncope assez longue.

Le 12, la malade est assez agitée; elle se découvre, cherche à s'asseoir sur son séant, a un peu de délire. Rien de nouveau les jours suivants; elle est plus calme, moins faible, urine et va à la selle.

Vers le 15, elle se plaint de douleurs dans le côté gauche de la poitrine; on ne trouve rien, ni à l'auscultation, ni à la percussion; mais, dès le lendemain, la peau est chaude, sèche, les pommettes sont rouges, le ventre n'est pas plus douloureux que les jours précédents. Dans la soirée, elle a deux vomissements et la température atteint 39°.

Le 17, elle ressent à droite dans la région iliaque, une douleur assez vive, continuelle. L'état fébrile est plus marqué que la veille; le soir, le thermomètre marque 40°,2, et comme il n'y a pas eu de nouveaux vomissements, que le ventre n'est ni plus douloureux, ni plus ballonné, on pense qu'une résorption putride est la cause de cette élévation de la température. Le lendemain, les phénomènes abdominaux sont plus marqués, la douleur au palper, assez vive, le ballonnement plus étendu; la malade a, de nouveau, eu plusieurs vomissements. Il y a donc lieu de penser qu'il s'est fait autour de la tumeur sanguine un peu d'inflammation péritonéale. Toutefois ces phénomènes durent peu, puisque le troisième jour, c'est-à-dire, le 20 mai, ces symptômes ont presque totalement disparu. Pendant ces quelques jours, la température s'est maintenue très-élevée: 39°,5 le matin et 40° le soir.

Le 19, la température atteint son maximum 40°, le matin et 41°,2 le soir. *Le* 20, la température baisse d'une manière notable puisqu'elle n'est que de 38° le matin et 39° le soir.

Ce même jour avec l'abaissement de la température, coïncident deux nouveaux phénomènes: tout d'abord, l'apparition de quelques gouttes de sang par le vagin, fait qui coïncide avec l'époque de la menstruation (19 ou 20 de chaque mois) et secondement une attaque de nature singulière. Vers onze heures, subitement, sans cri, sans aura, elle est prise de contracture des quatre membres, surtout des membres supérieurs qui se maintiennent dans la flexion. La tête est animée de mouvements de rotation de droite à gauche et réciproquement; les yeux sont également agités de mouvements divers, la langue est projetée au dehors; pas de morsure, ni salivation, ni mousse; le pouls est petit, précipité; les battements cardiaques sourds et rapides, il y a des faux pas du cœur.

Le 21, pas de crise analogue à celle d'hier; température de même que la veille.

22 *mars*. A sept heures et demie du matin, la malade est prise d'attaques épileptiformes à accès multiples séparés par une détente d'une durée variable. A neuf heures, au moment de la visite, on la trouve dans l'état suivant: la perte de connaissance est complète, le visage pâle, les lèvres violacées, les yeux largement ouverts, les pupilles dilatées, les globes oculaires immobiles, les traits non déviés, la bouche entrouverte laissant voir la langue agitée de tremblements sans projection au-dehors.

La tête subit un mouvement de rotation de droite à gauche; la respiration est rapide, stertoreuse (60 par minute), le pouls bat 120. Les membres supérieurs dans une flexion complète, sont contracturés, les membres inférieurs sont dans l'extension et contracturés. A cette période de convulsions toniques succèdent des convulsions cloniques, mais peu accentuées. Les membres supérieurs sont portés, toujours fléchis et contracturés, dans l'adduction et la main raidie rencontre, soit la face, soit la poitrine qu'elle égratigne; puis survient une détente, les muscles se relâchent, la respiration devient plus lente, les selles involontaires, mais la malade est toujours sans connaissance et insensible. Pendant cette crise, la flagellation de la poitrine déterminait dans le bras correspondant au côté frappé une exagération de la contracture.

Après une détente de quelques minutes, un nouvel accès reprend: contracture des membres supérieurs, flexion exagérée des avant-bras et des poignets, rotation de la tête et du tronc de gauche à droite; extension et contracture des membres inférieurs; coloration violacée de la face et des lèvres, pâleur exagérée des extrémités qui se recolorent bientôt, tandis que la face devient pâle; pas de mouvements cloniques, détente, la respiration devient extrêmement lente (8 par minute), et se régularise enfin. Nouvelle crise un quart d'heure après. Contracture analogue, suivie bientôt de mouvements de projection peu marqués du bassin et de petits cris; les yeux sont fixes, les pupilles dilatées, il semble que la malade soit sous le coup d'une hallucination.

Ces attaques se continuent jusqu'au lendemain matin, séparées les unes des autres par des périodes de calme plus ou moins longues pendant lesquelles la malade ne recouvre point sa connaissance, qu'elle ne reprend guère que le lendemain 23, vers sept heures du matin, après être restée 24 heures dans l'état que nous venons de décrire.

23 *mars*. — Vers neuf heures, la malade est dans la résolution et paraît avoir sa connaissance; elle semble vouloir parler mais ne peut, vu son état grave; elle présente, en effet, un facies asphyxique, violacé; la respiration assez lente, fait entendre de gros râles trachéaux, râles qui existeraient depuis plusieurs heures; le pouls est petit, bat à 90, la peau couverte de sueurs; la température est à 39°,5; cet état s'aggrave et la malade meurt le soir à 9 heures.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, on voit que le

grand épiploon descend jusque vers le pubis et adhère aux parties sous-jacentes ; on le détache dans toute son étendue en décollant ses adhérences profondes. Au-dessous, on trouve une suffusion pigmentaire noirâtre qui occupe tout l'abdomen. Les anses intestinales agglutinées par des adhérences fibrineuses sont refoulées dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen, tandis que la partie sous-ombilicale est remplie par le caillot, l'utérus et ses annexes.

L'*utérus*, dont le fond est très-visible, est singulièrement élevé et porté en avant, dépasse de trois travers de doigt le niveau du pubis ; il est accolé à la symphyse pubienne contre laquelle il comprime la vessie ; le bas fond de l'utérus est recouvert par une partie du caillot fibrineux. De ses côtés partent les ligaments larges qui, par leur face antérieure, sont accolés aux parois antérieures et latérales du petit bassin ; cette face antérieure des ligaments larges parait normale. La tumeur sanguine offre un volume considérable ; en haut, elle s'étend jusqu'à deux ou trois travers de doigt de l'ombilic, plonge en bas dans le petit bassin entre le rectum et l'utérus, et latéralement se prolonge jusque dans les fosses iliaques peu du côté gauche, mais du côté droit, elle l'occupe en grande partie.

La tumeur se compose : 1° de la poche ; 2° du caillot.

La poche est formée par les organes voisins réunis par des dépôts fibrineux et des adhérences molles ; à droite, par le cœcum, le colon ascendant et la fosse iliaque ; en haut, les anses intestinales refoulées ; à gauche, le colon descendant et la fosse iliaque ; en avant, l'utérus et le grand épiploon ; dans le petit bassin les parois sont formées par le rectum en arrière, l'utérus et les ligaments larges en avant. Les parois de cette cavité sont lisses dans toute leur étendue, aussi on peut isoler le caillot de tous les côtés, sauf au niveau du ligament large droit, aux annexes duquel il semble adhérer plus intimement.

Le caillot se prolonge de un centimètre à peine sur la face antérieure de l'utérus, sur les côtés et en avant ; il ne passe pas sur la face antérieure des ligaments larges qui est d'apparence normale. En arrière, il refoule le rectum ; sur les côtés, il s'appuie sur les fosses iliaques, mais surtout sur la droite ; il monte en haut jusque vers l'ombilic dont il reste éloigné de 3 travers de doigt. La couleur et la constitution du caillot varient suivant les points où on le considère ; et c'est en le détruisant couche par couche que l'on peut se rendre un compte exact de ces détails. A son extrémité supérieure et à gauche, il est brun jaunâtre, assez résistant, élastique, fibrineux ; il devient d'autant plus rouge et cruorique qu'on se rapproche davantage du ligament large du côté droit et de la trompe du même côté. En disséquant le caillot, on peut reconnaître qu'il est formé de plusieurs couches distinctes, stratifiées, paraissant d'autant plus organisées qu'on se rapproche de la superficie de la masse sanguine. Dans le voisinage de la trompe, le caillot est brun-rouge cruorique. Cette masse semble donc être le résultat de poussées sanguines successives, dont les plus récentes sont les plus rapprochées du ligament large droit. En continuant la dilacération du caillot, on arrive sur une tumeur molle, élastique, qui fait hernie à travers les dernières couches du caillot fracturé, et s'affaisse en se vidant.

On sectionne cette poche que l'on reconnait bientôt être une poche des eaux, et on trouve un fœtus attaché par son cordon à un corps rouge, foncé, élastique, qui n'est autre que le placenta.

Le fœtus mesurait dans sa longueur environ 5 centimètres et demi ; le cordon grêle, mais encore assez résistant, offre 9 centimètres de long, et le placenta 2 centim. d'épaisseur ; la grossesse doit donc remonter à peu près à deux mois et demi à trois mois.

Le pavillon de la trompe droite qui offre une très-légère dilatation se confond avec la masse placentaire ; le corps de la trompe n'offre rien de particulier, son canal n'est point obturé puisqu'on peut y faire passer un stylet assez facilement. L'ovaire offre le volume d'un petit œuf de pigeon vers une de ses faces ; on voit une saillie très-nette, ovalaire, de deux centimètres et demi de diamètre qui n'est autre que le corps jaune de la grossesse. L'ovaire et la trompe du côté gauche ne présentent rien à noter.

L'utérus dont les parois ont 2 centimètres d'épaisseur offre une longueur totale de 9 centimètres ; sa muqueuse est rosée, légèrement injectée dans le corps ; il n'y a pas de caduque visible à l'œil.

La vessie est revenue sur elle-même, comprimée contre le pubis et contient 150 grammes environ d'urine. Le rectum est refoulé contre le sacrum. En réunissant tous les fragments du caillot, on arrive au poids de 800 grammes, ce qui permet, avec ce qui reste adhérent soit à la trompe soit aux parties voisines, d'évaluer à 1 kilogramme le poids de la totalité du caillot.

En détachant à droite et à gauche le caillot, on est frappé de rencontrer deux masses assez molles et fluctuantes du volume d'un œuf que l'on reconnait être les reins. Par une dissection plus attentive on voit en effet que du côté droit le bassinet a pris un développement considérable, il a presque triplé de capacité ; l'uretère du même côté est également considérable, il est environ quatre fois plus volumineux qu'à l'état normal dans sa partie supérieure c'est-à-dire depuis son origine jusqu'au niveau du détroit supérieur, point sur lequel se trouve comprimé par le caillot ; au-dessous il reprend son volume normal. Le rein droit est à peu près de volume ordinaire plutôt plus volumineux ; son tissu est assez mou ; une coupe le montre assez anémié dans toute son étendue ; la substance corticale est d'un brun jaune mais sans diminution d'étendue ; la substance tubulaire est injectée au niveau de quelques pyramides qui sont moins nettement délimitées qu'à l'état normal. Les calices ont triplé d'étendue. Du côté gauche dispositions absolument analogues mais à un degré moindre. Il y a donc eu là sans aucun doute un obstacle assez marqué mais non total à l'excrétion de l'urine.

L'urine contenue dans la vessie prise et examinée *post mortem* contenait 6 gr. 1/2 d'urée pour 1000 ; et dans l'uretère droit 3 gr. 1/2 pour 1000.

Les autres organes ne présentent rien de particulier ; dans le cerveau il n'y a ni épanchement ventriculaire ni œdème.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 juillet 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. DELENS, au nom de MM. Marc Sée, Desprès et Delens, lit un rapport sur une thèse de M. Guy Nasauez, soutenue à Rio de Janeiro, et ayant pour titre : 1° Opérations réclamées dans les cas de rétention d'urine. — 2° Un travail du même auteur sur l'aïnum, maladie qui ne se voit que chez les nègres et qui consistent en une gangrène des orteils et surtout du petit orteil. — 3° Trois observations d'anévrysmes. La première a rapport à un anévrysme de la partie supérieure de la fémorale gauche, qui guérit spontanément après une inflammation de l'aine. Dans la seconde observation on décrit un anévrysme de la poplitée droite guéri par une compression mécanique et intermittente. Dans la troisième observation, l'auteur parle d'un anévrysme de la carotide gauche guéri par l'électricité. L'auteur appliquait les pôles de sa machine électrique sur la peau au niveau de la tumeur. M. Delens pense que la guérison est due à la contraction du sterno-cléido-mastoïdien qui a malaxé la tumeur. Il avait suffi de cinq séances d'électricité de dix minutes chacune, pour faire diminuer considérablement la tumeur.

M. TILLAUX lit une observation de M. Férécol, sur une opération d'empyème, faite par le thermo-cautère, chez un sujet tuberculeux. L'opération dura un quart d'heure et fut très-douloureuse ; la plaie fut ouverte avec le bistouri.

Trois jours après l'opération il se produisit une augmentation de la plaie ; quelques jours après, le périoste de la côte inférieure disparut et l'os fut mis à nu. Le huitième jour de l'opération il y eut une hémorrhagie assez abondante. M. Férécol pense que l'on ne doit se servir du thermo-cautère dans l'empyème que quand on a à craindre que le pus infecte la plaie.

M. VERNEUIL a fait deux opérations de l'empyème par le galvano cautère, et une avec le thermo-cautère, il pense que l'on doit renoncer à ce procédé.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Il y a longtemps déjà que l'on a

employé le fer rouge pour faire l'empyème, mais on a été obligé de rejeter ce mode opératoire.

M. TILLAUX demande à M. Verneuil, si dans ses opérations il y a eu agrandissement de la plaie.

M. VERNEUIL lui répond que ses malades sont morts très-rapidement et qu'il n'a pas pu les observer.

M. TILLAUX, répondant à M. Lucas-Championnière, dit que le fer rouge produit des brûlures à distance et que c'est pour cela qu'on a dû l'abandonner comme procédé opératoire. On avait pensé que le thermo-cautère rayonnait moins, aujourd'hui cette observation prouve que son rayonnement s'étend assez loin.

M. POLAILLON lit une observation de M. Pinart, sur un sujet d'obstétrique.

M. NICAISE parle d'une hémorrhagie produite à la région fessière à la suite d'une chute d'un troisième étage. On fut obligé quelques mois après l'accident d'aller à la recherche du bout de l'artère que l'on se contenta de pincer. Le malade est guéri.

M. BERGER présente une malade opérée par lui de trachéotomie par le galvano-cautère ; l'incision de la trachée fut faite par le bistouri. Aujourd'hui il ne reste plus qu'une très-petite ouverture de la plaie. A. G.

Séance du 11 juillet 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. GUYON présente à la Société une canule de trachéotomie, modifiée par M. Krishaber ; cette canule est terminée comme une extrémité de sonde pour faciliter la pénétration de cet instrument dans la trachée.

M. DE SAINT-GERMAIN a vu M. Krishaber se servir avec succès de cette canule chez l'adulte. Mais peut-être ne doit-on pas trop se fier à cet instrument qui dérive un peu du conducteur de Geau, instrument qu'il n'est pas toujours facile d'introduire. De plus la terminaison de la canule de M. Krishaber, peut priver les enfants du bénéfice de l'expulsion des fausses membranes, au moment où l'on introduit les canules ordinaires.

M. DESPRÈS. C'est M. Guersant qui le premier a imaginé une canule munie d'un mandrin introducteur. On y a renoncé, mais les canules de Barthel et de Vilaton, terminées par une extrémité oblique permettant une introduction facile dans la trachée, sont des instruments très-utiles que ne remplacera pas probablement la canule de M. Krishaber.

M. LANNELONGUE lit un travail intéressant sur l'uranoplastie et la staphyloraptisie.

M. VERNEUIL présente un malade atteint jadis d'un ectropion considérable auquel il a pratiqué la simple suture des paupières.

M. TILLAUX. Le résultat actuellement est fort beau, mais dans quelques mois les bords libres pourraient bien ne pas se rejoindre. Il n'y a en effet que 15 jours que les paupières sont désunies.

M. PANAS a fait souvent aussi la suture des paupières, et il pense comme M. Tillaux qu'avant de les désunir, il faut attendre très-longtemps. Il y a 18 mois qu'il a opéré une femme atteinte d'ectropion, et peut-être serait-il encore un peu tôt pour rouvrir l'œil.

M. AUGER présente un malade auquel il a pratiqué l'opération de la taille avec le thermo-cautère. E. B.

BIBLIOGRAPHIE.

I. Breves apontamentos para o estudo do ensino medico em Paris. (Paris, imprimerie Parent, 1876).

II. Contribuçâo o estudo dos Progressos da histologia em Franca. Vienne, 1877; par le Dr Claudio da MOTTA-MAIA, professeur suppléant à la faculté de Médecine de Rio-de-Janeiro.

A une époque telle que la nôtre, où les questions d'enseignement supérieur sont à l'ordre du jour, où l'activité renaissante pour le travail paraît de tous côtés, où des Facultés nouvelles se créent et des réformes s'accomplissent, il n'est pas indifférent de se demander ce que l'étranger pense de nous. La renommée de l'Ecole médicale de Paris est considérable dans le monde. En même temps que les étudiants de France, ceux des autres pays, et des plus éloignés, y viennent puiser l'instruction. Ils en rapportent dans leur patrie les diplômes, dont le prestige est considérable, et la doctrine des maitres, qui se répand et fait loi partout. Lorsque les facultés étrangères songent à accomplir dans leur sein des réformes, elles envoient en premier lieu des délégués, chargés par elles d'étudier nos institutions médicales, et de chercher ce que nous faisons de bien pour s'y conformer. Telle a été par exemple la pensée de la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, en donnant mission à l'un de ses agrégés les plus distingués, le Dr Motta-Maia, de visiter les facultés d'Europe, en particulier celle de Paris, et d'étudier leur organisation et leur fonctionnement.

Les impressions du Dr Motta-Maia, exposées dans un rapport semestriel dont nous avons donné le titre, forment l'objet de la présente revue bibliographique. Le mécanisme entier de notre enseignement médical est exposé dans ce long et consciencieux travail. L'auteur y a montré qu'il connait nos immenses ressources, la valeur considérable et indiscutée des membres de notre corps enseignant, mais il n'a point dissimulé que ces forces si grandes, intellectuelles et matérielles, n'étaient pas toujours utilisées chez nous de manière à donner le maximum du rendement qu'*a priori*, l'on pouvait espérer en obtenir.

On peut dire hardiment que le rapport du Dr Motta-Maia constitue actuellement la meilleure *monographie* de la Faculté de Médecine de Paris et des institutions, parallèles ou latérales, telles que les hôpitaux ou le Collége de France, qui contribuent avec elle à donner aux jeunes générations l'enseignement médical complet. L'auteur conduit pas à pas le lecteur dans les salles, les amphithéâtres, la bibliothèque et les laboratoires de notre Ecole de Médecine, tels qu'on les pouvait voir il y a peu de temps, avant le commencement des travaux considérables, actuellement en voie d'achèvement, qui en doivent bientôt changer la face. La nomenclature des cours, les noms des professeurs, les matières de l'enseignement, le mécanisme des examens, etc., sont successivement étudiés dans leurs détails et nous n'y suivrons pas l'auteur. Mais à chaque page de son livre ses réflexions se produisent au sujet de chacune de nos institutions. Ces réflexions appellent les nôtres et font tout l'intérêt de cette revue.

Ce qui frappe d'abord le médecin brésilien, c'est le nombre et la valeur de nos illustrations médicales, tant anciennes qu'actuelles, la puissance de travail, la poursuite de l'idée scientifique par les jeunes générations sans cesse renouvelées dans l'école de l'internat et des médecins des hôpitaux. Mais en regard de cette vitalité considérable, l'auteur constate avec surprise qu'à tous ces travailleurs, maitres et élèves, les moyens matériels de travail font souvent défaut. Aussi parait-il craindre « après tant de luttes glorieuses, tant de glorieuses découvertes, une période de décadence pour l'école de Paris. »

Admirateur enthousiaste des glorieuses traditions de cette école (1), des constants efforts et des travaux nombreux de notre corps professoral, il veut, cela mis à part, dire la vérité tout entière. Or l'exiguïté dans tous les locaux, la mauvaise installation des amphithéâtres, la restriction apportée dans les heures de lecture et la communication des ouvrages à la bibliothèque, un grand nombre de choses enfin l'attristent, l'étonnent, et éloignent chez lui toute idée d'imitation. La Faculté, dit-il, ne peut matériellement loger la foule de ses étudiants. Cette remarque heureusement, n'aura bientôt plus de raison d'être, mais il en est d'autres qui subsistent. En dehors des externes et des internes des hôpitaux, M. Motta-Maia remarque que les élèves n'ont, pour ainsi dire, aucune relation suivie avec leurs maitres. Ils restent vraiment livrés à eux-mêmes, sans guide dans leurs études; leur temps de stage sert peu à leur instruction pratique pour la raison qu'ils sont rarement forcés de le remplir effectivement par des travaux sérieux au lit du malade. Il est vrai de dire toutefois que c'est souvent leur faute s'ils ne passent pas leur stage utilement. La raison simple est en effet que le plus souvent

(1) Page 7.

ils ne travaillent pas. Qui pourrait les y contraindre? Dans les services de clinique ils sont, il est vrai, placés sous la direction immédiate des professeurs, mais combien y a-t-il à Paris de services de clinique ? Nos stagiaires ne songent, partout ailleurs, qu'à obtenir la signature qui fait foi de leur présence. Souvent ils considèrent le chef du service dans lequel ils sont instruits comme dépourvu de toute autorité sur eux. Ce dernier, n'appartenant pas à la Faculté, et lassé d'avertir, laisse parfois ne rien faire celui-là qui ne veut pas travailler ; et plusieurs milliers d'étudiants sont dans ce cas.

Voici donc une première condition matérielle désavantageuse et qui suggère immédiatement cette réflexion, que, pour remédier au mal il serait au moins nécessaire de *décupler* les services de la Faculté dans les hôpitaux, de répartir les étudiants entre les agrégés pourvus de ces services et de les faire surveiller et instruire par eux. Le défaut de cette instruction élémentaire a du reste frappé le médecin brésilien, aux yeux duquel l'enseignement théorique donné par nos maîtres est insuffisant, à cause de son élévation même. On ne fait point de cours complet à l'école; chacun des professeurs choisit un sujet particulier, qu'il développe pendant un semestre, mais l'ensemble de la science n'est point exposé. Aux yeux de M. Motta-Maia il devrait l'être.

Une autre question est celle des examens. L'auteur s'étonne qu'un étudiant puisse être indéfiniment ajourné et se représenter indéfiniment. Un certain nombre d'exclusions entraîne au Brésil une expulsion définitive de l'école. M. Motta-Maia, d'accord sur ce point avec M. le professeur Le Fort, conseille à son gouvernement de persister dans ces errements qu'il juge salutaires.

Mais c'est surtout à propos des laboratoires, des amphithéâtres de dissection, des pavillons destinés à l'étude pratique de l'anatomie, que M. Motta-Maia fait cette remarque, qu'il faut que l'esprit scientifique en France soit bien puissant, que le courage des maîtres et de la minorité studieuse des élèves soit considérable, pour triompher des mauvaises conditions matérielles dans lesquelles tous sont placés pour l'étude. Et ici ce n'est plus le spectateur étranger qui parle, c'est la Faculté de Paris elle-même qui, — par la voix de Lorain, de MM. les professeurs Wurtz, Léon le Fort, Hardy, Jaccoud (il en faudrait nommer d'autres si l'on ne citait pas seulement les plaintes écrites) — proclame hautement l'insuffisance des ressources affectées à son enseignement.

Si, cessant de suivre l'auteur dans l'analyse minutieuse, à laquelle il s'est livré, du mécanisme de l'enseignement, des études, des ressources supplémentaires qui viennent en aide à la Faculté dans sa tâche, nous cherchons à dégager de son livre une pensée générale, voici ce me semble, ce que l'on entrevoit. Dans son étude de l'Enseignement médical à Paris, M. Motta-Maia paraît avoir subi cette double impression : que nous avons en France *les hommes*, *l'esprit scientifique*, *l'amour du travail*, mais peu de chose pour aider ces hommes à travailler.

Mais l'auteur arrive à une dernière conclusion, dont le sens exclusivement pratique doit nous faire sérieusement réfléchir sur la valeur de nos institutions médicales actuelles et qui doit aussi nous instruire pour celles que nous fondons maintenant ou qui seront créées plus tard. M. Motta-Maia exprime en effet souvent cette idée, qu'il convient d'imiter les hommes de Paris, mais que dans ce qu'il a vu et étudié de matériel, tout, bien loin de là, n'est pas à copier au Brésil, « Nous devons, » dit-il, imiter ce qu'il y a de bien et exclure ce qu'il y a de » mal. » Après quoi il propose à son gouvernement une série d'observations et de mesures, qui, si elles étaient acceptées et effectués parmi nous, constitueraient l'un des meilleurs changements qui se puissent concevoir, dans le sens du bien.

II. — Dans son deuxième rapport semestriel, M. le dr Motta-Maia étudie, de la façon la plus complète et la plus intéressante, les *Progrès de l'histologie en France* depuis l'origine de cette science jusqu'à nos jours. Ce travail est à vrai dire, une histoire sommaire, mais complète de cette science toute française, l'*anatomie générale*, née des travaux de Bordeu et de Pinel, fondée par Bichat, et qui s'est si considérablement développée depuis. L'auteur divise cette histoire en trois périodes. La première commence avec Bichat inspiré des idées générales des grands nosologistes de son époque. La seconde, caractérisée par l'application du microscope aux recherches d'anatomie générale est surtout marquée par les noms de Donné, de Mandl, Béclard, Dujardin, Küss, Morel et Robin, c'est une époque où la science nouvelle lutte à la fois contre l'indifférence, la méfiance, et la mauvaise volonté du public. Dans la dernière période, l'histologie prend des caractères définis et devient une science vraiment expérimentale. C'est sous cette dernière forme qu'il faut, d'après l'auteur, actuellement l'envisager et l'organiser au Brésil.

D'une manière générale, tous ceux qui s'intéressent aux progrès de l'histologie liront avec plaisir ce livre plein de faits, dans lequel une foule de questions historiques, doctrinales et pratiques sont exposées avec un sens critique, une lucidité et un ordre parfaits. J. RENAUT.

VARIA

Loi relative à l'organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et dans les hospices civils.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté, le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Chacun des corps d'armée de l'intérieur aura, dans la région qu'il occupe, et autant que possible au chef-lieu du corps d'armée, un établissement hospitalier militaire destiné à l'instruction spéciale du personnel, à la préparation et à l'entretien du matériel nécessaire au corps d'armée pour le service hospitalier, en cas de mobilisation.

Art. 2. — A l'exception des hôpitaux régionaux, des hôpitaux permanents des gouvernements de Paris et de Lyon et des hôpitaux thermaux, tous les autres hôpitaux militaires pourront être successivement supprimés quand, dans les villes où ils existent, les hospices civils appropriés à cet effet seront en état d'assurer en tout temps le service médical militaire. Toutefois, ces suppressions ne pourront avoir lieu qu'en vertu d'une disposition formelle de la loi de finances de chaque année.

Art. 3. — Dans les localités où il n'existera pas d'hôpitaux militaires, et dans celles où ils seront insuffisants, les hospices civils seront tenus de recevoir et de traiter les malades de l'armée qui leur seront envoyés par l'autorité militaire.

Art. 4. — Les hospices civils seront, à cet effet, par décret du Président de la République, rendu sur la proposition des ministres de la guerre et de l'intérieur, divisés en deux catégories : 1° Les hôpitaux mixtes ou militarisés ; 2° les hôpitaux civils proprement dits.

Seront classés dans la première catégorie, les hôpitaux civils où il y aura des salles spécialement réservées aux malades militaires. Toutes les fois qu'une garnison atteindra le chiffre de 300 hommes, les malades militaires seront soignés dans des salles spéciales, et soumis, autant que possible, sous le rapport du régime hospitalier, aux réglements en vigueur dans les hôpitaux militaires.

Seront classés dans la seconde catégorie, les hôpitaux des villes où les garnisons n'atteindront pas le chiffre de 300 hommes ; les malades militaires seront soignés dans des salles ordinaires, s'il n'est pas possible d'avoir des salles spéciales, et soumis au régime de l'hôpital civil.

Lorsque l'effectif d'une garnison sera de 1,000 hommes au moins, le traitement des malades sera toujours confié aux médecins militaires ; au-dessous de ce chiffre, les malades militaires seront soignés par les médecins militaires toutes les fois que le personnel médical de la garnison le permettra. En cas d'insuffisance, le service des salles militaires sera fait par des médecins civils.

Dans les hôpitaux civils proprement dits, les malades de l'armée seront soignés par les médecins civils. Quand des malades militaires seront soignés par des médecins civils, le médecin de la garnison aura le droit de les visiter ; mais, sous aucun prétexte, il ne pourra s'immiscer dans le traitement ni donner des ordres dans le service.

Art. 5. — Les obligations imposées aux hospices civils ne peuvent, dans aucun cas, porter préjudice au service des fondations et de l'assistance publique. L'Etat doit à ces établissements une allocation égale aux frais qui leur incombent par suite du traitement des malades militaires.

Art. 6. — La dépense des travaux de construction ou d'appropriation reconnus nécessaires pour l'établissement, dans les hospices civils, des services hospitaliers des garnisons, est exclusivement à la charge de l'Etat. Nul travail ne pourra être exécuté sans l'assentiment de la commission administrative de l'hôpital et du conseil municipal de la ville, et sans l'accord préalable des ministres de la guerre et de l'intérieur. Toutefois les traités particuliers conclus avec les communes qui ont pris envers l'Etat l'engagement d'assurer le traitement des malades militaires dans les hôpitaux civils demeurent exécutoires.

Art. 9. — Une convention passée entre le représentant du ministre de la guerre et la commission administrative de l'hôpital déterminera, pour

chaque hôpital, suivant la catégorie à laquelle il appartiendra, le régime spécial à cet établissement, les conditions d'application du règlement militaire et la dette correspondante à l'Etat. Le nombre des lits à affecter au malades militaires dans les hospices civils sera fixé de gré à gré entre les commissions administratives et le ministre de la guerre ou son représentant. Cette convention ne sera exécutoire qu'après avoir été approuvée par le conseil municipal et ratifiée par les ministres de la guerre et de l'intérieur. En cas de désaccord entre les deux ministres, la commission administrative de l'hôpital ou le conseil municipal, les conditions et le prix du traitement des militaires seront réglés par un décret rendu en conseil d'Etat. La convention aura une durée de cinq années; elle pourra, exceptionnellement, être révisée dans cet intervalle à la condition qu'il y ait accord entre toutes les parties.

Les contestations qui pourront s'élever sur l'exécution, soit de la convention, soit du décret rendu à défaut de convention, seront portées devant le conseil de préfecture du département où est situé l'hôpital, et en cas d'appel devant le conseil d'Etat. Ces dispositions sont également applicables aux contestations qui pourront surgir entre les commissions administratives des hospices et des communes qui ont pris envers l'Etat l'engagement d'assurer le traitement des malades militaires dans les hôpitaux civils.

Art. 8. — Un règlement d'administration publique pourvoira à l'exécution de la loi sur les bases ci-dessus établies.

Art. 9. — Dans les six mois qui suivront la publication du règlement d'administration publique, les commissions administratives des hôpitaux pourront demander, nonobstant les conventions en cours d'exécution, qu'il leur soit fait application des dispositions de la présente loi. Il sera fait droit à ces demandes dans un délai de même durée et conformément aux prescriptions de l'article 7.

Art. 10. — Sont abrogées toutes les dispositions des lois, ordonnances, décrets et règlements contraires à la présente loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Versailles, le 7 juillet 1877.

Hospices civils de Rouen.

Concours pour une place de médecin-adjoint, 16 août 1877. — Une place de médecin-adjoint des hôpitaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le jeudi 16 août 1877. Ce concours aura lieu à l'hospice général, sous la présidence d'un administrateur. — Epreuves. Les épreuves se composent: 1° D'une dissertation orale sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie interne; 2° D'une dissertation écrite sur un sujet de pathologie et de thérapeutique médicales; 3° D'une leçon clinique sur deux malades choisis dans les salles de médecine; 4° D'une consultation rédigée sur un cas de maladie grave. La question à traiter sera la même pour tous les concurrents. L'un d'entre eux, désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le jury en séance secrète.

Conditions d'admission au concours. — Les candidats devront: 1° Se faire inscrire à la direction, enclave de l'Hospice-Général, avant le 1er août. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise; 2° Déposer une demande contenant l'engagement de se conformer aux règlements des hôpitaux, faits ou à faire; un certificat de moralité; leur diplôme de docteur en médecine; les pièces constatant qu'ils ont 25 ans accomplis et qu'ils sont Français ou naturalisés Français; 3° Justifier de quatre années de pratique comme docteur en médecine. Ce temps de doctorat est réduit à deux années pour les candidats qui ont rempli dans les hôpitaux de Rouen pendant trois ans consécutifs, à la satisfaction de l'administration, les fonctions d'interne. Sur le vu de ces pièces, l'administration statue sur l'admissibilité au concours. Sa décision est notifiée aux candidats. Le concours est public. Aucun candidat ne pourra entrer à l'Hospice-Général, pour y visiter les infirmeries, durant les quinze jours qui précèderont le concours. Les fonctions de médecin sont gratuites.

Enseignement libre.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Pinard commenceront le 15 juillet un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties: 1° Anatomie, physiologie et grossesse; 2° Eutocie; 3° Dystocie; 4° Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Mortalité a Paris.— 1,988,806 habitants (recensement de 1876). Pendant la semaine finissant le 5 juillet 1877, on a déclaré 878 décès, soit 23,0 décès par 1,000 habitants et pour l'année: fièvre typhoïde, 6; — rougeole, 14; — scarlatine, 3; — variole, 1; — croup, 17; — angine couenneuse, 31; — bronchite, 31; — pneumonie, 45; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 29; — choléra nostras, »; — dysentérie, »; — affections puerpérales, 9; — érysipèle, 2, — autres affections aiguës, 272; — affections chroniques, 368 dont 144 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 24; causes accidentelles, 26.

1,988,806 habitants. (Recensement de 1876). Pendant la semaine finissant le 12 juillet 1877 on a déclaré 837 décès, soit 21,9 décès par mille habitants et pour l'année: fièvre typhoïde, 16; — rougeole, 17; — scarlatine, 2; — variole, 3; — croup, 18; — angine couenneuse, 22, — bronchite aiguë, 35; — pneumonie, 42; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 27; — choléra nostras, »; — dyssenterie, »; — affections puerpérales, 4; — érysipèle, 6; — autres affections aiguës, 244; — affections chroniques, 339, dont 135 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, »»; — causes accidentelles, »».

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour deux places de prosecteurs à la Faculté, vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Peyrot et P. Reclus. Nos lecteurs apprendront avec plaisir, nous en avons la conviction, la nomination de notre ami et si sympathique collaborateur, P. Reclus.

Concours pour le Bureau central (*Médecine*). — Les candidats *admissibles* aux épreuves définitives sont: MM. Tenneson (56 points); Gouguenheim (55); Debove et Hallopeau (44); Hanot, Homolle, Labadie-Lagrave, Quinquaud et Sevestre (51); Huchard (50).

Ecole des hautes études. M. Brocchi, docteur ès-sciences naturelles, docteur en médecine, est nommé répétiteur à l'école pratique des hautes études (section des sciences naturelles) et attaché, en cette qualité, au laboratoire de zoologie anatomique, en remplacement de M. Chatin, démissionnaire. (*Union médicale.*)

Ecole de pharmacie de Nancy. — M. Hallier, pharmacien de 1re classe licencié ès-sciences physiques, chef de travaux pratiques de l'Ecole normale supérieure de pharmacie de Nancy, est chargé, provisoirement, des fonctions d'agrégé à ladite école.

Ecole de médecine de Caen. — M. Moutier, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen pour une période de 9 années.

Underhill (J.-W.). — On puerperal septicæmia. Cincinnati 1877, aldine printing Works.

Howse (H. G.) and Taylor (Fred). — Guy's hospital reports. Third Series. Vol. XXII. London, 1877, J. et A. Churchill, neu Burlington street. Price swen shillings aud six pence, 1 volume de 530 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Antoine. — (*Médecine*). — Service de M. Brouardel. Consultation le mercredi. — Salle Saint-Augustin (H.): 5, rhumatisme articulaire, endocardite; 17, pleurésie hémorrhagique; 29, cirrhose du foie, 33, tumeur cérébrale; 34, cirrhose syphilitique; 46, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Geneviève (F.): 1, pachyméningite cervicale hypertrophique; 2, tuberculose des organes génitaux internes; 19, néphrite parenchymateuse, urémie; 23, hématocèle rétro-utérine; 13, cysto-sarcome des annexes.

Service de M. Mesnet. Consultation le mardi. Spéculum le vendredi. — Salle Saint-Hilaire (H.): 3, tumeur cérébrale; 8, hémiplégie droite, aphasie, hémianesthésie; 10, empoisonnement par l'ammoniaque, rétrécissement consécutif de l'œsophage; 19, zona abdominal; 26, rein mobile; 27, néphrite parenchymateuse; 28, cirrhose du foie; 48, insuffisance aortique. — Salle Sainte-Cécile (F.): 5, hémianesthésie hystérique; 10, néphrite parenchymateuse; 14, cancer de l'utérus à 27 ans; 28, rhumatisme chronique; 24, cirrhose hypertrophique.

Service de M. Lancereaux. Consultation le lundi. Accouchements salle Sainte-Marguerite. Spéculum le mercredi. Salle Saint-Antoine (H.): 4, fièvre tierce; 6, rhumatisme articulaire endocardite; 5, purpura, parésie des membres inférieurs; 11, phthisie pulmonaire ayant débuté par la base des poumons. — Salle Sainte-Adélaïde (F.): 3 anasarque de cause cardiaque, tumeur fibreuse de l'utérus; 5, cancer du foie; 7, troubles vaso-moteurs chez une hystérique, ulcère spontané de la jambe; 8, maladie de Werlhof; 20, névralgie tri-faciale syphilitique; 25, empoisonnement par l'oxyde de carbone. — Salle Sainte-Marguerite (accouchements): 6, endocardite puerpérale avec anasarque; 13, phlegmon péri-utérin post-puerpéral.

Service de M. Fernet. Consultation le dimanche. Pavillons 4 et 5 (H.): 4, ostéomalacie; 6, goutte articulaire; 24, gangrène des extrémités bronchiques; 28, néphrite interstitielle; 30, pleurésie purulente; 33, dilatation artérielle généralisée; 44, érysipèle serpigineux; 46, asystolie.— Pavillon III (F.): 1, dothiénenthérie; 3, rhumatisme noueux; 8, infection putride post-puerpérale; 11, paraplégie hystérique; 18, compression de la moelle; 22, ataxie locomotrice.

Service de M. Constantin-Paul. Consultation le jeudi. Spéculum le mercredi et samedi. Salle Saint-Eloi (H.): 1, ictère catarrhal; 12, kyste hydatique ponctionné; 19, méningite cérébro-spinale; 21, insuffisance et rétrécissement aortique; 22, dilatation aortique, albuminurie; 30, gangrène pulmonaire; 37, thrombose de la veine brachiale. — Salle Sainte-Jeanne (F.): 1, lésion mitrale, 2, hématocèle rétro-utérine; 4, cancer de l'utérus; 9, pleurésie; 11, dilatation de l'aorte.

Service de M. Dujardin-Beaumetz. Consultation le samedi. Cliniques de thérapeutique le jeudi, à 9 h. Salle Saint-Lazare (H): 2, albuminurie; 4, embarras gastrique fébrile; 9, anévrysme de l'aorte, traitement par l'électroponcture: 10, pleuro-pneumonie; 20, carcinome de l'estomac, anasarque. — Salle Sainte-Agathe (F.): 2, pleurésie, expectoration albumineuse; 3, stomatite ulcéro-membraneuse; 5, fièvre typhoïde; 20, cancer des annexes de l'u-

térus. — Salle Sainte-Marie (crèche): 5, phlegmon du ligament large; 7, dipthérie, paralysie du voile du palais; 12, arthrite puerpérale du genou.

Chirurgie. Service de M. LE DENTU. Consultations les lundi, mercredi et vendredi. Opérations les mardi, jeudi et samedi. Examen des yeux et des oreilles le vendredi. Spéculum le jeudi. — Salle Saint-Christophe (H.): 1, fistule urinaire; 5, fracture de jambe compliquée; 13, fracture des deux os de l'avant-bras; 16, calcul vésical en cours de traitement par la lithotritie; 18, plaie de poitrine par instrument tranchant; 22, fracture double de la clavicule. — Salle Sainte-Madeleine (F.): 2, arthrite chronique du genou de cause rhumatismale; 12, métrite parenchymateuse; 16, arthrite chronique du pied rhumatismale; 20, amputation de jambe; ulcère rebelle; 25, phlegmon de la fosse iliaque.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. TILLAUX. Salle Saint-Louis (H.) : 9, phlegmon de la main; 7, 11, amputations de jambe au tiers supérieur ; 14, fracture compliquée du bras ; 15 *bis*, nécrose de la tête de l'humérus ? 18, hernie de l'iris; 25, phlegmon des bourses; 27, uréthrotomie interne,

cystite du col ; 29, plaie de poitrine par arme à feu ; 32, gomme syphilitique.

Service de M. Panas. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 1, 9, abcès de la marge de l'anus ; 7, périostite alvéolo-dentaire ; 11, cystite du col ; 14, 15, fistules à l'anus ; 16, fracture du corps du fémur, extension continue ; 19, hydarthrose ; 20, hydrocèle ; 26, 33, plaies graves de la main par arrachement ; 29, fracture de jambe ; 31, fracture compliquée.

Service de M. Féréol. — Salle Saint-Vincent-de-Paul (H.) : 4, 5, 10, 27, fièvres typhoïdes ; 7, paraplégie syphilitique ; 9, pneumonie centrale ; 12, 32, alcoolisme ; 14, pleurésie de la base gauche chez un tuberculeux ; 15, ulcération tuberculeuse de la langue et phthisie laryngée ; 18 *bis*, tubercule cérébral ; 21, pleurésie droite, thoracenthèse. — Salle Sainte-Joséphine (F.) : 5, rhumatisme chronique ; 6, tumeurs fibreuses utérines ou kyste ovarique sénile multiloculaire ; 16, érysipèle de la face ; 17, ataxie et hystérie ; 22, phlegmon periutérin.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS. 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 29. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 21 JUILLET 1877.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Tumeur (cancéreuse) ganglionnaire du cou.

Leçon clinique recueillie par Et. GOLAY, interne du service.

Messieurs,

Je désire vous entretenir aujourd'hui d'un malade couché au n° 41 de la salle Saint-Augustin, qui porte à la région latérale droite du cou une tumeur assez volumineuse. Cet homme, âgé de cinquante-trois ans, employé dans une fabrique de produits chimiques, avait toujours joui d'une santé excellente, quand, il y a deux mois et demi, il a noté pour la première fois dans la région sus-indiquée, à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'angle droit de la mâchoire inférieure, l'existence d'une petite tumeur dure, arrondie, indolente et roulant sous le doigt.

Cette grosseur, dit-il, a augmenté rapidement de volume et déjà, quinze jours après son début, elle avait acquis le volume de l'extrémité du pouce. C'est vers cette même époque que le malade commença à s'apercevoir qu'il éprouvait un peu de gêne dans la déglutition, caractérisée par une légère difficulté dans le passage des aliments et un peu de douleur limitée à la partie supérieure droite de l'œsophage. A ces phénomènes de dysphagie s'ajoutèrent bientôt des douleurs spontanées dans la région latérale droite du cou qui, sous forme d'élancements à caractère névralgique, irradiaient dans tout le côté correspondant de la tête. Depuis deux mois, malgré l'application sur la tumeur de topiques fondants et l'usage de gargarismes à l'iodure de potassium, l'affection a fait des progrès assez rapides pour que le malade, inquiet de son état, se décidât, il y a deux jours, à entrer à l'hôpital.

Lors de son entrée dans nos salles, nous avons constaté qu'il existe sur les parties latérales droites du larynx et de l'os hyoïde, une tumeur du volume d'une grosse pomme qui remplit presque complétement tout le creux sous-maxillaire. Ses limites sont peu précises ; elle paraît s'étendre, en haut, jusqu'à l'apophyse mastoïde et au bord inférieur de la mâchoire et descendre, en bas, environ jusqu'à la moitié de la hauteur du cou; sur les côtés elle semble, d'une part, s'avancer, en arrière, jusqu'au bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, d'autre part, en avant, jusqu'aux bords latéraux de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde. Mais, c'est particulièrement dans ses rapports avec les parties profondes du cou, qu'il est le plus difficile de préciser les limites exactes de la masse morbide. Elle paraît s'enfoncer profondément du côté de la colonne vertébrale et adhérer assez intimement à tous les tissus de la région qu'elle occupe, car c'est à peine si l'on peut imprimer quelques légers mouvements de latéralité à sa masse. Il est impossible de préciser ses rapports avec l'œsophage ou le larynx ; disons cependant que, dans l'acte de la déglutition, elle est très-légèrement entraînée dans les mouvements d'ascension de ce dernier organe.

La peau, quoique mobile sur la tumeur, ne peut être déplacée dans une grande étendue. La masse morbide paraît placée immédiatement au-dessous des téguments, ce qui indique que la dégénérescence a déjà envahi le tissu cellulaire sous-cutané et que la tumeur ne tardera vraisemblablement pas à contracter des adhérences avec la peau.

Sa consistance est d'une dureté ligneuse dans toute son étendue ; en aucun point, on ne constate de mollesse ; la tumeur dans toutes ses parties paraît présenter une homogénéité parfaite. Un autre caractère qui a une grande importance au point de vue du diagnostic et que, pour cette raison, nous ne pouvons manquer de signaler, c'est que la masse morbide, quoique un peu inégale à sa surface, ne présente en aucun point de bosselures circonscrites bien nettes. Signalons cependant au niveau du bord supérieur de la tumeur, l'existence de deux petits mamelons trahissant l'origine ganglionnaire de l'affection et qui, vraisemblablement, ne tarderont pas à se confondre avec la masse principale pour faire corps avec elle.

Par la palpation, on peut encore constater que, à part un ou deux points très-limités de la tumeur, doués d'une sensibilité assez vive, la masse morbide dans son ensemble est à peu près indolente. Par contre, nous l'avons déjà signalé, le malade depuis environ deux mois, souffre de douleurs spontanées lancinantes, assez vives qui, nées de la partie latérale droite du cou irradient vers l'épaule droite, vers l'oreille et dans le côté correspondant de la tête. Ces douleurs, à caractère névralgique, suivent manifestement le trajet bien connu des branches auriculaire, mastoïdienne, sus-claviculaire et sus-acromiale du plexus cervical superficiel. Nous verrons dans un instant, Messieurs, combien on doit attacher d'importance à ce fait, au point de vue du diagnostic de la lésion.

Pour terminer ce qui a trait à l'état du malade, je dois ajouter qu'il nous signale de lui-même, que depuis deux mois, il se voit progressivement maigrir et perdre ses forces. Avant cette époque, il avait toujours joui d'une excellente santé. Nous n'avons pu trouver dans ses antécédents aucun indice de scrofule ou de syphilis. Son père, âgé de 82 ans, vit encore en parfaite santé, de même que tous ses frères et sœurs ; quant à sa mère, elle serait morte d'une maladie aiguë à l'âge de soixante-deux ans.

Il est évident, Messieurs, que l'apparition d'une tumeur d'abord exactement circonscrite, mobile, roulant sous le doigt, dans une région où les ganglions lymphatiques sont si nombreux, doit immédiatement faire penser à une tumeur ganglionnaire. Mais quelle en est la nature? Malgré son augmentation rapide, malgré les douleurs vives et spontanées dont elle est le siége, on ne peut songer à une tumeur inflammatoire, car, à aucun moment, elle n'a été douloureuse à la pression et ne s'est accompagnée de rougeur et de chaleur des téguments. Du reste, une tumeur inflammatoire qui daterait de deux mois serait déjà adhérente à la peau, aurait changé de consistance et se serait ramollie, au moins dans quelques points de sa masse.

On ne peut pas non plus songer à une adénopathie scrofuleuse ; l'âge, pas plus que les antécédents du malade, ne nous y autorisent. Du reste, l'adénite strumeuse n'a pas la consistance uniformément dure de la tumeur qui nous occupe, et, de plus, ce genre d'affection se termine presque toujours par la suppuration.

On songera encore bien moins à une adénopathie d'origine syphilitique ; notre malade n'a jamais eu la syphilis, et, vous savez tous, du reste, que les engorgements ganglionnaires symptomatiques de cette diathèse n'arrivent jamais à un fort développement, et, qu'au contraire, ils se montrent sous forme de petites tumeurs, indolentes, arrondies et mobiles sous la peau.

Avons-nous donc affaire, Messieurs, à une des formes d'hypertrophie ganglionnaire connues sous les noms de lymphadénome et de lymphosarcome bénins ? Ce genre de tumeurs se présente avec des caractères cliniques tout-à-fait différents de ceux que nous avons constatés chez notre malade. En effet, le lymphadénome et le lymphosarcome bénins sont généralement constitués par une tumeur à consis-

tance un peu molle, complétement indolente, glissant sur les parties voisines et qui paraît composée d'un certain nombre de noyaux distincts les uns des autres, permettant en quelque sorte de compter le nombre des ganglions affectés. Dans la tumeur qui nous occupe, l'homogénéité de sa masse, la rapidité de sa marche, son adhérence à toutes les parties voisines, l'impossibilité de la décomposer en bosselures isolées, nous font immédiatement voir qu'il ne s'agit, ni d'un lymphadénome, ni d'un lymphosarcome bénins. D'ailleurs, ces adénopathies fréquentes, chez les jeunes gens, sont rares chez les sujets âgés.

Mais, à côté de ces hypertrophies ganglionnaires essentiellement bénignes, on en observe d'autres qui, tout en présentant des caractères histologiques identiquement semblables à ceux des lymphadénomes et des lymphosarcomes *bénins*, diffèrent essentiellement de ces derniers au point de vue clinique et revêtent un caractère d'extrême malignité avec tendance à l'envahissement, à la généralisation et à la récidive rapide lorsqu'on les enlève. Ces lymphadénomes et lymphosarcomes *malins* qui, je le répète, ne diffèrent pas histologiquement des lymphadénomes et lymphosarcomes *bénins*, bien qu'ils se comportent à la manière des affections cancéreuses, ne sont pas des *carcinomes*, dans le sens histologique du mot. J'insiste sur cette distinction qui me paraît trop souvent méconnue, et qui, cependant, offre une certaine importance clinique.

En effet, s'il est souvent extrêmement difficile, parfois même impossible du moins au début, de décider de la nature bénigne ou maligne d'un lymphadénome ou d'un lymphosarcome, je crois qu'il est possible d'établir le diagnostic entre le *vrai cancer* ganglionnaire et le lymphadénome ou le lymphosarcome soit bénin, soit malin. Ces dernières tumeurs se présentent en clinique avec des caractères à peu près semblables : tumeurs élastiques, mobiles, isolées, indolentes. Plus tard, le lymphadénome et le lymphosarcome malins envahissent les ganglions voisins, apparaissent dans les régions abondamment pourvues de glandes lymphatiques (aines, aiselles, cavités splanchniques), et finissent même par se généraliser dans tous les tissus et tous les organes.

Chez notre malade, nous sommes frappés par des caractères différents : la dureté extrême de la tumeur, l'absence de bosselures et de lobes isolés, l'homogénéité de la masse, l'envahissement de tous les tissus qui l'entourent, aussi bien vers la profondeur que vers la surface, enfin et par dessus tout, l'existence de douleurs et principalement de douleurs à forme névralgique se propageant au loin sur le trajet des nerfs. Ce symptôme a une importance extrême, au point de vue de l'existence d'une tumeur *cancéreuse*, car il indique que les tubes nerveux eux-mêmes sont envahis par la dégénérescence. Enfin, si vous remarquez la rapidité de l'amaigrissement et de la perte des forces du malade, qui contraste avec la conservation de la santé et de la vigueur, au moins pendant assez longtemps chez les sujets atteints de lymphosarcome même malin, vous serez amenés à conclure avec moi qu'il s'agit d'une véritable dégénérescence *cancéreuse* des ganglions du cou.

Il nous reste maintenant à déterminer le point de départ de cette tumeur cancéreuse et à savoir si elle est constituée par du *carcinome vrai* ou par de l'*épithéliome*, car j'ai compris sous le même titre ces deux variétés de cancer.

Les tumeurs cancéreuses *primitives* des ganglions du cou sont très-rares, quoiqu'on en possède quelques exemples indiscutables. Le plus souvent le cancer ganglionnaire est consécutif à des carcinomes ou des épithéliomas des organes voisins et résulte de la propagation de la maladie par la voie des lymphatiques. Il sera donc toujours nécessaire, dans les cas de cancers ganglionnaires des parties latérales du cou, d'examiner le larynx et l'œsophage du malade, de manière à vous assurer, s'ils sont ou ne sont pas le point de départ de la dégénérescence des ganglions.

Il y a quelques semaines, nous avions dans nos salles, un malade qui portait également sur la partie latérale droite du cou, une tumeur complétement analogue par ses caractères cliniques, à celle que nous avons constatée chez le sujet dont je vous parle aujourd'hui. L'affection a débuté de la même manière et suivi la même marche rapide ; mais depuis dix-huit mois, ce malade éprouvait des troubles du côté du larynx, sa voix était éteinte, et la nuit il éprouvait fréquemment des accès de suffocation. Rien n'était plus naturel que d'examiner son larynx au laryngoscope ; c'est ce que nous fîmes, et nous constatâmes l'existence d'ulcérations fongueuses sur l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques. La dyspnée augmenta graduellement, et nous fûmes obligés de pratiquer la trachéotomie dans le but de prévenir la mort du malade par asphyxie. Plus tard, conformément à notre pronostic, la tumeur cervicale adhéra à la peau et finit par s'ulcérer. Le malade ne tarda pas à mourir et nous pûmes constater à l'autopsie un épithélioma du larynx, qui avait été le point de départ de la dégénérescence secondaire des ganglions du cou.

L'homme qui fait aujourd'hui le sujet de notre entretien, ne présente pas, il est vrai, des troubles du côté de la phonation et de la respiration, mais, par contre, il nous a signalé que, il y a environ deux mois, alors que sa tumeur cervicale n'était encore grosse que comme le bout du doigt, il avait commencé à éprouver un peu de douleur sur le côté droit du pharynx lorsqu'il avalait. Ces troubles de déglutition, du reste fort peu prononcés, ne peuvent certainement pas être rapportés à la compression du pharynx par la tumeur ; elle était bien trop petite pour cela. Du reste, ces troubles n'ont pas augmenté jusqu'à aujourd'hui, alors cependant que la tumeur est maintenant d'un volume assez considérable. Nous étions donc en droit de supposer une lésion du pharynx ou du larynx : aussi avons-nous examiné de suite l'arrière-gorge de notre malade. L'examen laryngoscopique nous a permis de constater que l'épiglotte est augmentée de volume, rouge, infiltrée surtout au niveau de son bord droit ; que les replis aryténo-épiglottiques sont aussi injectés, rouges, épaissis, particulièrement du côté droit. Nous n'avons pu constater l'existence d'aucune ulcération à leur niveau. Le gonflement des replis aryténo-épiglottiques ne nous a pas permis d'apercevoir distinctement la glotte, mais il est vraisemblable qu'il n'y a rien au niveau des cordes vocales, puisque la phonation est intacte.

Introduisant une sonde œsophagienne de petit calibre jusque dans l'estomac, nous avons éprouvé une légère résistance à son introduction au niveau de l'extrémité supérieure de l'œsophage. En la retirant, nous vîmes que l'œil était couvert de matières pultacées mélangées à un peu de sang. Ce fait est, suivant nous, suffisant pour prouver qu'il existe une ulcération de l'extrémité supérieure de l'œsophage et que cette lésion est très-probablement un épithélioma. D'ailleurs, ce n'est pas la première fois qu'un cancer de l'œsophage se traduit à l'extérieur par l'apparition d'une tumeur ganglionnaire consécutive.

Etant admis qu'il s'agit très-vraisemblablement, chez notre malade, d'un épithélioma de l'œsophage, variété la plus commune du cancer de cet organe, on peut tirer cette déduction que la tumeur ganglionnaire du cou est de même nature et qu'il s'agit, par conséquent, d'un *cancer épithélial secondaire* des ganglions cervicaux.

Sous quelle influence cet épithélioma de l'œsophage s'est-il développé ?

C'est une question difficile à résoudre. Le malade ne présente aucun antécédent héréditaire cancéreux du côté de sa famille. Employé dans une fabrique de produits chimiques, son métier entre-t-il pour quelque chose dans l'apparition de l'affection ? Peut-être les vapeurs acides qu'il respire ont-elles joué quelque influence ? C'est possible, mais nous ne pouvons rien affirmer.

Le malade fume beaucoup ; est-ce peut-être à cette cause ajoutée à des habitudes alcooliques, auxquelles sans doute le malade n'échappe pas, qu'il faut rapporter l'origine de l'affection ? C'est encore possible.

Au point de vue du pronostic, nous avons peu de chose

à dire; ce malade est voué à la mort dans un temps rapproché, et probablement à une mort aussi cruelle que celle que nous avons constatée chez le malade dont je vous ai parlé il y a un instant. Bientôt, en effet, apparaîtront vraisemblablement, des troubles du côté de la phonation et de la respiration, en même temps que les troubles de déglutition deviendront de plus en plus prononcés.

Comme traitement, nous avons prescrit au malade de l'iodure de potassium un peu par acquit de conscience, beaucoup pour tromper tout au moins son moral par l'espérance de la guérison. Il ne nous reste rien autre à faire que de soutenir autant que possible les forces du malade et à nous préparer, soit à lui pratiquer la trachéotomie si la respiration s'embarrasse, soit à lui passer des sondes œsophagiennes s'il survient une difficulté trop grande pour avaler.

PATHOLOGIE INTERNE

Modifications des souffles extra-cardiaques;

Par **CUFFER**, interne lauréat des hôpitaux (1).

Mécanisme et physiologie pathologique des modifications des souffles extra-cardiaques.

Nous allons maintenant étudier le mécanisme des diverses modifications dont nous avons constaté l'existence et dont nous avons fait ressortir l'importance au point de vue clinique dans la première partie de ce chapitre.

A l'état normal, le cœur est plus ou moins recouvert par le poumon. La partie découverte du cœur ne dépasse pas quatre centimètres carrés. Or, les souffles extra-cardiaques se passent tous dans la partie du cœur qui est recouverte par le poumon, et le souffle cesse d'être entendu juste au point où commence la partie découverte. (C'est là un point caractéristique de ces sortes de bruit.)

Mais le souffle ne s'entend pas avec la même intensité dans toute la partie du cœur qui est recouverte; c'est surtout sur les confins de la lame pulmonaire précordiale qu'il se produit avec le plus de netteté; c'est au point où cette lame est le moins épaisse.

Nous avons montré qu'un souffle extra-cardiaque pouvait disparaître lorsque, soit par suite d'emphysème pulmonaire, soit dans le cas de respiration supplémentaire, la lame pulmonaire augmente d'épaisseur. Cette modification est parfaitement évidente. Mais pourquoi, lorsqu'il y a plus d'air dans le poumon, le souffle diminue-t-il? On devrait plutôt penser qu'il dût en être autrement.

Nous croyons que si le souffle disparaît dans ces conditions, c'est que précisément le parenchyme pulmonaire est trop distendu, il devient trop résistant; le cœur n'a pas une force suffisante pour vaincre cette résistance et chasser l'air qui est contenu en trop grande quantité dans cette partie du poumon. Il faut donc que la lame pulmonaire ne soit pas trop épaisse et qu'elle soit modérément distendue pour que le souffle se produise. C'est pour cela que le bord de cette lame est le lieu d'élection du bruit de souffle extra-cardiaque. Quant à la question de savoir pourquoi, étant données les notions précédentes, on ne constate pas de souffle extra-cardiaque chez tous les individus, il est difficile d'y répondre d'une manière absolue; ce que nous pouvons dire, c'est que certaines conditions nous semblent nécessaires pour qu'un souffle extra-cardiaque se produise, il faut que le cœur batte avec plus de force que de coutume. Nous avons montré que c'était surtout chez les individus sujets à avoir des palpitations que ce souffle se rencontrait principalement.

Quant *à la position* du malade, elle influe beaucoup aussi, puisque, dans la position verticale, le cœur en pressant sur le poumon, chasse par son propre poids, l'air qui y est contenu et que par là même le souffle n'a plus de raison de se produire. Ce qui le prouve, c'est que le souffle reparaît aussitôt après que le malade s'est replacé horizontalement, et que le cœur en ne comprimant plus d'une façon permanente la lame pulmonaire, permet à celle-ci de se remplir d'air à chaque inspiration. Cette condition essentielle étant remplie, chaque systole cardiaque peut chasser l'air du poumon et produire ainsi un souffle. Cette explication n'est pas une pure hypothèse. Il y a un moyen qui permet de constater que le souffle est bien produit par le refoulement, à chaque systole cardiaque, de l'air contenu dans la lame pulmonaire précordiale.

Qu'on nous permette de faire ici une digression pour expliquer le moyen de contrôle qui permettra de comprendre en même temps le mécanisme de la modification dont nous venons de parler.

Supposons un cas complexe de souffle extracardiaque survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire. Le diagnostic de la nature du souffle est douteux. On fait asseoir le malade, le souffle disparaît. Cette modification, nous le savons, ne suffit pas pour se prononcer, puisqu'elle existe aussi pour les souffles intracardiaques. Au point de vue du pronostic, il est cependant important de décider.

Voici comment on pourra s'y prendre pour juger la question. On fait suspendre la respiration du malade pendant quelques instants. Après 5 ou 6 pulsations du cœur, le souffle disparait (le malade étant même dans la position horizontale). Evidemment cette modification ne se rencontre pas pour les souffles intracardiaques. Il faut donc pour l'expliquer, admettre que l'air ne pénétrant plus dans le poumon à cause de la suspension de la respiration, le souffle ne s'est produit que tant que la lame pulmonaire précordiale a contenu de l'air; mais qu'après plusieurs contractions du cœur, tout cet air a été expulsé, et qu'une fois l'air chassé, le souffle a disparu.

Ce fait se vérifie *expérimentalement*. On fait tenir par le malade, entre ses lèvres, un tube de caoutchouc, aboutissant au cardiographe de Marey, par exemple, puis les choses étant ainsi disposées, on fait suspendre la respiration du malade, la glotte restant ouverte. On voit alors le levier du cardiographe être animé d'oscillations qui, d'abord assez étendues en hauteur, ne tardent pas, après 5 ou 6 oscilliations, à diminuer de plus en plus.

A quoi donc tiennent ces oscillations?

Elles résultent de l'ébranlement de la masse d'air contenue dans le poumon. Cet ébranlement se transmet à l'appareil enregistreur. Or, les mouvements respiratoires sont mis de côté, puisque le malade a suspendu sa respiration. Il n'y a donc qu'un organe capable de produire ce phénomène, *c'est le cœur*. En effet, à chaque systole, il vient battre contre la lame pulmonaire située au-devant de lui, il chasse l'air qui y est contenu. Ce refoulement de l'air se fait sentir de proche en proche dans les bronches, la trachée, la bouche, et se manifeste par les oscillations du levier du cardiographe.

Au début de l'expérience, la quantité d'air chassé par le cœur est assez notable, les oscillations sont très-marquées; mais à mesure que le cœur renouvelle ses contractions, il y a de moins en moins d'air dans la lame pulmonaire, les oscillations diminuent, le *souffle s'atténue*, pour disparaître complétement lorsque cette lame ne contient plus d'air; à ce moment, les oscillations sont à peine perceptibles.

Si l'on fait alors respirer le malade de manière à remplir de nouveau d'air tout le poumon, le souffle reparait, et l'on peut, après avoir fait encore suspendre la respiration, renouveler l'expérience précédente.

L'appareil enregistreur peut donc donner la signification du souffle. On pourrait l'appeler, si l'on veut, SPHYGMOGRAPHE OU CARDIOGRAPHE BUCCAL.

Mais, outre ces modifications dont nous venons de donner l'explication, il en est d'autres qui se comprennent aisément.

Nous avons dit que, dans la position verticale, le cœur se dévie vers la droite, et cela d'autant plus facilement que le malade fait de grandes inspirations. Ce sont là des faits que chacun peut constater sur soi-même. Or, on com-

(1) Voir les nos 12, 15, 17, 24 et 27.

prend que, dans ces conditions, le cœur peut abandonner ses rapports avec le poumon situé en avant de lui ; il bat presque entièrement dans la partie découverte, il frappe directement la paroi thoracique, le souffle n'a donc plus de raison d'être. Ce fait ne se rencontre pas dans tous les cas. On comprend que si la partie découverte est moindre que normalement, ou si le cœur est hypertrophié (condition qui cependant augmente l'étendue de la partie découverte), on comprend, dis-je, que les efforts inspiratoires et les changements de position ne suffiront pas pour faire battre le cœur en dehors de la partie recouverte. Il y aura toujours alors choc du cœur contre une partie du poumon et le souffle se produira. Mais, bien entendu, il diminuera dans la position assise, d'après le mécanisme déjà étudié ; il pourra même disparaître complétement.

Le changement de position ne fait pas varier seulement les souffles extra-cardiaques qui se passent au devant du cœur. Nous avons signalé un cas dans lequel le souffle se reproduisait en arrière du cœur, au moment de chaque systole. Dans cette observation, avons-nous dit, le cœur était hypertrophié, il comprimait le poumon gauche qui lui forme un lit à l'état normal, et chaque fois que le cœur se contractait (le malade étant couché), il se produisait un souffle causé par le refoulement de l'air contenu dans les parties du poumon immédiatement en rapport avec la face postérieure du cœur. Chez ce malade, il n'y avait pas de souffle précordial. — Si le malade s'asseyait, le souffle disparaissait, et il est facile de comprendre pourquoi. Dans la position verticale, le cœur se séparant plus ou moins du poumon qu'il comprimait dans la position horizontale, ne pouvait plus produire de souffle puisque, au moment des systoles, il ne pouvait plus atteindre le poumon.

Les explications que nous venons de donner rendront compte assez facilement, nous l'espérons du moins, du mécanisme d'après lequel le changement de position modifie les souffles extracardiaques.

Il nous reste à examiner : 1° pourquoi les souffles extra-cardiaques sont plus accentués lorsque la respiration est ralentie; 2° pourquoi ils disparaissent lorsqu'il y a à la fois accélération des mouvements respiratoires et des battements du cœur.

Nous avons pris pour exemple du premier point ce qui se passe dans l'*émotion*. Lorsque l'on est ému, les mouvements du cœur s'accélèrent, il y a souvent des palpitations; de plus, la respiration se ralentit, l'inspiration est en même temps plus profonde. Or, l'amplitude du mouvement inspiratoire permet au poumon de se remplir plus facilement d'air; c'est là, on le sait, la première condition indispensable à la production du souffle. — D'autre part, nous savons également que les palpitations sont la cause la plus fréquente du souffle. Toutes les conditions se trouvent donc réalisées pour que le souffle extra-cardiaque se produise. Au contraire, et, comme cela se voit après un violent exercice ou une course prolongée, les mouvements respiratoires sont accélérés et les battements du cœur plus nombreux, on comprend que le souffle ne se produise plus, puisque les inspirations en augmentant de nombre diminuent d'amplitude et que l'air ne pénétrant plus suffisamment dans le poumon, le cœur vient frapper une partie du poumon qui est absolument vide.

Il nous reste maintenant à donner les conclusions qui doivent ressortir de notre dernier chapitre.

1° Tous les souffles extra-cardiaques diminuent, disparaissent même souvent complétement lorsque le malade passe de la position horizontale à la position verticale.

2° Cette modification leur est commune avec les souffles intra-cardiaques. On ne peut donc plus s'appuyer sur elle pour faire le diagnostic. Cependant l'influence du changement de position est beaucoup plus accentuée pour les souffles extracardiaques que pour les souffles intracardiaques.

3° Les souffles extra-cardiaques cessent lorsque les mouvements respiratoires s'accélèrent en même temps que les mouvements du cœur. — Ils augmentent au contraire lorsque les battements du cœur sont exagérés et les mouvements respiratoires ralentis. — Les souffles intra-cardiaques ne sont nullement modifiés dans ces conditions.

4° Le souffle extra-cardiaque peut se transformer, il peut passer d'une manière insensible au rhythme de la respiration saccadée, dont il n'est d'ailleurs qu'une forme exagérée.

Le souffle intra-cardiaque ne prend jamais ce caractère qui, lorsqu'il existe, peut être considéré comme pathognomonique d'un souffle extra-cardiaque.

THÉRAPEUTIQUE

De l'acide salicylique et du salicylate de soude dans le traitement des névralgies.

Par M. le docteur **DESCROIZILLES** et M. **OZENNE,** interne provisoire.

Un des derniers numéros de ce journal, contenait une observation de névralgie, traitée et guérie par l'acide salicylique (1). Depuis cette époque, plusieurs affections semblables se sont présentées ; aussi notre maître, M. le docteur Descroizilles, en a-t-il profité pour continuer l'usage de ce médicament, et aussi pour faire l'essai du salicylate de soude.

Dans les observations suivantes, dont nous donnons une relation sommaire au point de vue des symptômes, l'acide a été mis en usage pour les deux premières ; mais, malgré ses bons résultats, il a dû être abandonné, à cause de quelques accidents. Dans les quatre autres cas, le salicylate a été employé et la guérison a eu lieu, sans présenter les inconvénients de l'acide.

Observation I. *Sciatique intense*. — M. H..., âgé de 81 ans, a été atteint à plusieurs reprises de douleurs articulaires et de douleurs musculaires, qui n'ont jamais offert un caractère de violence très-marqué. Pas d'affection cardiaque. Pas de signes de goutte. Aucune maladie sérieuse.

Depuis une vingtaine d'années, sciatique unilatérale, apparaissant presque régulièrement tous les ans, et se prolongeant de deux à trois mois avec paroxysmes assez prononcés pour forcer au repos complet.

Successivement des vésicatoires, des liniments calmants, des bains ont composé la médication externe ; à l'intérieur on a fait usage tantôt des opiacés, tantôt du sulfate de quinine, moyens différents dont les uns ont échoué, dont les autres n'ont jamais eu qu'une efficacité très-lente.

Le 1er avril, M. H.... se présente à la consultation, en se plaignant de violentes douleurs dans toute l'étendue du membre inférieur ; l'examen fait reconnaître les signes de la sciatique : douleurs spontanées continues, avec élancements et sensation de piqûre. Douleurs provoquées très-vives aux points douloureux suivants : points fessier, fémoral, péronien, malléolaire. Claudication. Fréquence du pouls. Insomnie.

Traitement. — Pendant une semaine, chaque jour, 2 des pilules suivantes :

Sulfate de quinine. 0,10 cent.
Extrait de digitale. 0.01 —

Pour une pilule. — Aucune amélioration.

7 avril.	Acide salicylique,	3	grammes en 2 doses.	
8 —	—	4	—	
9 —	—	5	—	
10 —	—	5	—	
11 —	—	6	—	
12 —	—	6	—	
14 —				Bourdonnements d'oreille. Surdité. Obtusion des idées. Délire passager. Faiblesse générale. Ebriété.
15 —				

Suppression de l'acide. — Diminution des douleurs. Le malade ne ressent plus que de l'engourdissement.

(1) Voir le n° 15.

16 — Reprise du traitement.
Acide salicylique, 7 grammes en 2 doses.
17 — — 5 —
18 — — 4 —

Disparition à peu près complète des douleurs. Accidents ont diminué et cessent entièrement au bout de quinze jours.

OBSERVATION II. *Sciatique légère.* — Mme A..., âgée de 77 ans. — Névralgies diverses à plusieurs époques, entre autres, trois ou quatre fois accès de sciatique.

Actuellement, depuis une huitaine de jours, douleur continue sur le trajet du tronc sciatique. Points trochantérien, fémoral et péronien seuls évidents.

Traitement. — 24 avril. Acide salicylique, 2 grammes.
25 — — 2
26 — — 3
27 — — 3

Le quatrième jour, guérison. Dès le deuxième jour, légère surdité. Enrouement. Rougeur et gonflement de la muqueuse, de la langue, des piliers et du pharynx. Sensation de brûlure dans la bouche. Anorexie. Constipation. Accidents qui ne persistent que quatre jours et s'éteignent sans laisser de traces.

OBSERVATION III. *Céphalalgie violente.* — Mme H... âgée de 79 ans, est sujette à cette névralgie ; a eu deux fois un rhumatisme articulaire subaigu, généralisé. Pas de lésion cardiaque. Aujourd'hui la douleur occupe toute une moitié de la tête, est continue avec exacerbations fréquentes et violentes. Repos impossible. Pas de troubles des voies digestives.

Traitement. 27 mai. — Salicylate de soude 3 grammes.
28 — — 5 —
29 — — 5 —
30 — — 4 —
31 — — 4 —

Guérison ; — aucun accident.

OBSERVATION IV. *Odontalgie.* — Mme R..., 28 ans. Aucune névralgie antérieure. Cœur sain. Indices de tuberculose au sommet gauche.

Depuis 5 jours, vives douleurs dans une moitié de la face : survenant tantôt spontanément, tantôt provoquées par les mouvements de la mâchoire, elles s'irradient du côté de la tempe, de la tête et du cou, et ne laissent aucun moment de repos. Grosse molaire cariée, très-douloureuse au choc du stylet.

Traitement. 26 avril. — Salicylate de soude 1 gramme.
27 — — 2 —
28 — — 3 —
29 — — 4 —

Guérison. Pas d'accidents.

OBSERVATION V. *Névralgie faciale.* — Mme G..., 68 ans. Douleurs continues avec élancements, points temporal, sus et sous-orbitaires très-accentués. Rougeur de l'œil. Congestion de la face. Sifflement d'oreille.

Traitement. 27 avril. — Salicylate de soude 1 gramme.
28 — — 2 —
29 — — 4 —
30 — — 3 —

Guérison.

OBSERVATION VI. *Névralgies multiples.* — Mme C... 79 ans. Douleurs peu intenses, sans points nets, consistant surtout et par moments, en une sensation de constriction. Siégeant presque exclusivement sur les membres, elles sont provoquées par les mouvements et causent une gêne plus grande le jour que la nuit.

Traitement. 21 mai. — Salicylate de soude 2 grammes.
22 — — 3 —
23 — — 4 —

Guérison. Pas d'accidents.

Réflexions. — Bien que l'emploi de ces deux médicaments ait été suivi de guérison dans les cas de névralgies que nous avons pu observer ; bien que nous n'ayons eu à enregistrer aucun insuccès, le petit nombre des observations ne nous permet pas de porter un jugement sur la valeur thérapeutique de l'acide et du salicylate : aussi n'est-ce pas à ce titre que nous avons rapporté ces faits, mais bien plutôt pour faire ressortir, malgré la similitude des résultats, les inconvénients qui s'attachent à l'acide, les avantages qu'il y a dans l'administration du sel.

Dans les trois cas de traitement par l'acide, on a noté une perte de l'ouïe survenant de très-bonne heure, persistant durant l'usage du médicament, et, comme dans l'obs. I, ne disparaissant que quinze jours après la cessation du traitement.

Dans cette même obs. I, des vertiges, une faiblesse avec courbature, et un état d'hébétude très-caractérisé ont paru vers le quatrième jour, et ce n'est que deux à trois septenaires après que le malade est revenu à son état normal.

Enfin, une action assez énergique sur la muqueuse des voies digestives et des voies aériennes, a été une complication que nous avons pu relever dans deux observations.

Si, à ces phénomènes morbides, nous ajoutons que chez quelques malades, alors que l'acide est formulé à haute dose, il est difficile de le faire avaler, à cause de son âcreté, nous aurons indiqué les raisons qui doivent lui faire préférer le salicylate, auquel ne se lie aucun de ces accidents.

Dans les quatre névralgies, qui ont cédé à ce sel, il n'y a eu aucune action nuisible soit sur les muqueuses, soit sur le système nerveux : la guérison s'est produite rapidement, et elle n'a pas nécessité l'emploi du médicament à haute dose, ce qui, d'ailleurs, pourrait avoir lieu facilement, puisque ce sel, très-soluble d'une part, présente d'autre part une saveur sucrée nullement désagréable.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Sur l'ouverture, par le bistouri, d'un abcès cérébral.

La doctrine des localisations cérébrales vient de remporter un beau succès et c'est à MM. Proust et Tillaux qu'elle en sera redevable. Il s'agit de l'ouverture, à l'aide du bistouri, d'un abcès du cerveau diagnostiqué chez un malade du savant médecin de Lariboisière. On cite les noms des chirurgiens qui ont eu la hardiesse d'intervenir dans ces circonstances périlleuses.

« Pénétrer dans la substance cérébrale, disent les auteurs du Compendium, est sans doute chose grave et devant laquelle on peut reculer, sans être accusé de pusillanimité ; d'un autre côté, l'observation des plaies pénétrantes démontre que les blessures de l'encéphale, même étendues et profondes, sont susceptibles de guérison, et les exemples ne manquent pas d'abcès du cerveau plus ou moins volumineux et superficiels, soupçonnés pendant la vie, trouvés, après la mort, dans le point correspondant à l'ouverture, et laissant au chirurgien, l'éternel regret de n'avoir pas donné, au travers d'une mince cloison organique de quelques millimètres seulement d'épaisseur, le coup de bistouri qui aurait pu sauver la vie du blessé. »

Déjà cette pensée était venue à La Peyronnie qui, dans une consultation faite pour un enfant sur lequel il avait appliqué le trépan et incisé la dure-mère sans rencontrer de pus et sans arrêter les accidents, proposa, dans le péril imminent où se trouvait le blessé, d'ouvrir le cerveau même : l'entreprise parut trop audacieuse, on s'y opposa et on priva peut-être ainsi l'habile praticien d'un beau et glorieux succès, car l'autopsie montra, vis-à-vis de l'ouverture du trépan, un abcès qui n'était qu'à 3 ou 4 lignes de profondeur. Quesnay s'élève, à cette occasion, contre les chirurgiens de son temps qui, dans la crainte d'exposer leur réputation, aimaient mieux laisser périr le malade que de tenter en sa faveur une opération hasardeuse, et il prévoit l'époque où les praticiens seront surpris d'une telle timidité.

Dupuytren, dans une circonstance semblable, osa plonger,

à une certaine profondeur, le bistouri jusque dans la substance du cerveau, et cette tentative hardie fut couronnée du plus heureux succès. « Vers 1824, un jeune homme reçut sur le sommet de la tête un coup de couteau, et l'instrument se rompit dans le crâne après l'avoir perforé, de façon que la pointe y resta. Le blessé guérit néanmoins, et plusieurs années se passèrent sans accidents. Au bout de dix ans, des douleurs s'étant montrées dans la blessure, le malade entra à l'Hôtel-Dieu de Paris, et Dupuytren reconnut que la cicatrice était soulevée par un corps dur. L'indication était évidente : Dupuytren incisa, et enleva à l'aide du trépan la pointe du couteau avec la portion osseuse qui la retenait. Les accidents persistant et de la paralysie étant survenue dans le côté du corps opposé à la blessure, la dure-mère fut incisée : rien ne sortit. C'est alors que l'illustre chirurgien se décida à plonger un bistouri dans le cerveau, et fit jaillir un flot de pus. Le soir même, tous les accidents disparurent, et le malade fut sauvé par cette opération habile autant que hardie. »

M. le professeur Broca, chez un malade qui, à la suite d'un traumatisme de la région temporale, était devenu *aphasique*, diagnostiqua aussi l'existence d'une collection purulente dans la troisième circonvolution frontale. Par une ouverture de trépan, il fit pénétrer aussi la lame de son bistouri dans la substance nerveuse, et il donna issue à un flot de pus. Malheureusement, le malade succomba quelques jours après.

Voici maintenant l'histoire sommaire du malade de MM. Proust et Tillaux :

A la suite d'une fièvre typhoïde, un homme de 55 ans environ avait été atteint d'inflammation de la partie postérieure et supérieure du pariétal gauche. Une fistule s'était formée et ne donnait issue qu'à une petite quantité de pus. La santé du malade était d'ailleurs excellente, et on ne le conservait dans le service que dans le but de le laisser achever sa convalescence.

Le mardi, 11 juillet, il était assis sur une chaise et conversait avec ses camarades de lit, quand tout d'un coup il tomba sur le sol. On le releva, et quand il fut placé dans son lit, on constata une hémiplégie du côté droit : les membres et la face étaient paralysés. En même temps, il ne pouvait parler qu'avec la plus grande difficulté, et il bredouillait les mots. La perte de connaissance fut de courte durée. Il n'y avait aucun trouble de la sensibilité. Le lendemain, une légère amélioration survint ; le malade pouvait mieux s'exprimer , mais l'hémiplégie persistait , presqu'aussi accusée.

Le troisième jour, le malade retomba dans l'état du premier jour. M. Proust se demanda alors s'il n'existait pas un rapport plus ou moins immédiat entre la lésion osseuse du pariétal et les symptômes présentés par le malade. Il est vrai que le début subit de l'attaque de paralysie pouvait faire croire à une hémorrhagie cérébrale ou à une embolie. Mais, d'un autre côté, le siége de la lésion au niveau des *régions motrices* de l'écorce cérébrale, permettait une autre interprétation des faits, non moins satisfaisante. La nécrose du pariétal était assez étendue, et elle répondait, par une assez large surface, à la zone motrice de l'encéphale. Peut-être une esquille osseuse comprimait-elle, en ce point, la substance nerveuse? Peut-être aussi, s'était-il développé, sous l'os, une collection purulente, qui agissait par compression. De plus, l'irrégularité des symptômes dans leur intensité, l'amélioration rapidement survenue et passagère constatée la veille, étaient peu en rapport avec l'existence d'un foyer hémorrhagique.

Devant ces considérations, M. Proust pria M. Tillaux de venir voir le malade et de lui donner son avis au point de vue d'une intervention chirurgicale. M. Tillaux émit l'opinion que la coïncidence d'une hémorrhagie et d'un embolus serait, dans l'espèce, un fait très-extraordinaire. Les symptômes présentés par le malade lui semblaient devoir être rapportés plus naturellement à une compression exercée par les fragments nécrosés ; il dit aussi que l'hypothèse de l'existence d'un abcès dans la dure-mère, ou d'un abcès à distance formé dans la substance cérébrale, comme cela se voit souvent à la suite de lésions osseuses du crâne, et en particulier dans les caries du rocher, était parfaitement soutenable. L'intervention fut donc résolue. M. Tillaux, une incision cruciale étant faite au cuir chevelu, enleva deux sequestres osseux ; il en résulta une déperdition de substance au crâne large de 3 cent. et longue de 5 cent. Au-dessous des os, on trouva la dure-mère épaissie et recouverte de fongosités. Les deux savants médecins résolurent alors d'attendre, pour voir les effets de leur opération : l'incision de la dure-mère fut différée. S'il s'agissait d'une compression, dans quelques jours les accidents auraient disparu.

Aucune amélioration immédiate ne survint dans l'état du malade. Mardi matin, il était encore hémiplégique et aphasique. M. Tillaux résolut alors d'inciser la dure-mère. Comme on était au voisinage de la ligne médiane, et pour éviter la blessure du sinus longitudinal, il élargit, à l'aide du maillet et du ciseau, l'ouverture du crâne. Lorsque la section eut été pratiquée sur la dure-mère, il fut assez difficile, à cause de sa grande épaisseur, d'apercevoir nettement la surface de l'hémisphère.

Cependant, déjà, on était assuré qu'il n'existait aucune collection au-dessous de cette membrane. M. Tillaux alors, plongea hardiment son bistouri dans la pulpe cérébrale et un flot de pus phlegmoneux jaillit le long de la lame de l'instrument tranchant. Une sonde cannelée fut introduite à la place du bistouri, et on put donner issue à environ, une cuillerée à bouche de liquide purulent. Une mèche, longue et grêle, fut placée dans l'ouverture ju que dans la pulpe nerveuse.

Aussitôt après l'opération, le malade retrouva l'usage de la parole, et il dit distinctement qu'il se trouvait beaucoup mieux : l'hémiplégie n'avait pas disparu. Le lendemain, le malade était dans un état satisfaisant et s'exprimait facilement, mais la paralysie persistait. Cela s'explique parfaitement, car il devait exister une encéphalite assez étendue des parois de l'abcès : des lambeaux de tissu cérébral sphacélé sont sortis avec le pus, M. Tillaux a de nouveau introduit une sonde cannelée dans le trajet cérébral, et a donné issue à une cuillerée de pus parfaitement lié.

Le malade guérira-t-il? Il est impossible de l'affirmer encore, mais il est permis d'espérer que si la paralysie ne guérit pas, la vie, du moins, sera sauvée. Quoi qu'il en soit, cette opération dont la hardiesse était si justifiée fait le plus grand honneur au chirurgien qui l'a entreprise, et à la science profonde du médecin qui, ayant reconnu la possibilité de l'existence d'un abcès, a demandé à son collègue d'intervenir.

Ce succès (les résultats déjà obtenus nous permettent cette expression) encouragera peut-être les chirurgiens à moins de timidité, et pour nous servir de l'expression si pittoresque de M. Proust : l'*audace cérébrale renaîtra*. Pour nous, nous pensons qu'il existe dans certains cas, des indications suffisantes pour exiger cette intervention, pour la guider à coup sûr, et nous espérons avoir prochainement l'occasion de le démontrer. H. DURET.

Des bibliothèques dans les hôpitaux.

Dans la séance du 14 juillet dernier du Conseil municipal, nous avons lu un rapport relatif à la proposition faite par M. Ferdinand Duval, d'une subvention de 12,000 fr. destinée à favoriser le développement de quelques-unes des bibliothèques médicales fondées dans les hôpitaux et les hospices de Paris par les internes en médecine. La plupart des journaux politiques ayant résumé d'une façon très-incomplète la délibération votée par le Conseil, nous croyons utile de l'insérer textuellement dès aujourd'hui en attendant que nous puissions mettre sous les yeux de nos lecteurs le rapport lui-même.

Le Conseil, vu le mémoire, en date du 19 avril 1877, par lequel M. le Préfet de la Seine propose d'allouer aux bibliothèques créées dans divers hôpitaux par l'initiative des internes attachés à ces établissements, des subventions destinées à l'acquisition d'ouvrages scientifiques ; — Vu le rapport présenté au nom de la quatrième commission ;

Considérant d'une part que ces bibliothèques sont appelées à rendre des services importants aux élèves en médecine qui fréquentent ces établissements et qu'il importe que l'administration de l'assistance publique les installe dans des locaux confortables, en harmonie avec leur destination ;

Considérant, d'autre part que la création, dans les hôpitaux, les hospices et les asiles, de bibliothèques pour les malades présenterait de nombreux avantages ; Délibère :

Il y a lieu d'allouer aux bibliothèques fondées dans les hôpitaux de Beaujon, Cochin, Saint-Louis et Saint-Antoine, et dans les hospices de la Salpétrière, de Bicêtre, des Ménages et des Incurables d'Ivry, les subventions ci-après indiquées, pour l'achat de livres scientifiques dont la liste sera proposée par les internes de chaque établissement intéressé et approuvée par les chefs de service :

DÉSIGNATION DES ÉTABLISSEMENTS	Chiffre de la subvention
Hôpital Beaujon	2.000 fr.
— Cochin	1.000
— Saint-Louis	2.000
— Saint-Antoine	2.000
Hospice de la Salpétrière	2.000
— de Bicêtre	2.000
— des Ménages à Issy	500
— des Incurables, à Ivry	500
Total	12.000 fr.

La dépense, montant à 12,000 fr., sera imputée sur le chapitre 24, article unique du budget de 1877 (Réserve pour dépenses imprévues.)

Emet le vœu :

Que l'administration de l'assistance publique soit invitée à disposer des locaux convenables pour l'installation des bibliothèques médicales des hôpitaux et hospices et à étudier l'organisation de bibliothèques pour les malades.

Comme on le voit par le dernier paragraphe la délibération qui précède, le Conseil a fait sienne l'idée maintes fois émise par le *Progrès médical*, de créer dans les établissements hospitaliers de Paris, des bibliothèques pour les malades. Ce vœu forme un singulier contraste avec une note-circulaire qui, suivant plusieurs grands journaux, aurait été adressée, à la date du 4 juillet, aux médecins des hôpitaux militaires. Voici le texte de cette note.

J'ai l'honneur de faire connaître à M. le médecin en chef de l'hospice de. . que, conformément aux instructions de M le gouverneur de Paris, aucun journal politique ne doit être introduit dans les hôpitaux militaires, surtout dans les salles des malades — MM. les officiers en traitement pourront seuls être autorisés, sur leur demande, par M. l'officier comptable, à recevoir des journaux d'*opinion conservatrice* dont ils auront donné le titre. — *Le sous-intendant militaire*, GUESWILLER.

Jusqu'à présent, du moins à notre connaissance, aucun communiqué n'est venu démentir la réalité de cette note-circulaire dont les injonctions, vraiment extraordinaires, sont loin de contribuer à l'éclat de notre administration ; c'est là une conduite bien différente de celle des secrétaires de quelques hôpitaux de Londres qui, eux, achètent chaque matin, sans distinction de nuances, un ou plusieurs numéros de tous les journaux de la Cité. Bien différente aussi est l'œuvre entreprise par un *gentleman* gradué de l'université d'Oxford, étudiant aujourd'hui la chirurgie à *Westminster hospital* et qui, au dire du *Médical Examiner*, a eu la bonne fortune de rassembler, grâce au concours de ses amis et à la publicité de deux lettres dans le *Daily News* et dans la *Pall mall Gazette*, 400 ou 500 volumes destinés à l'amusement des malades de l'hôpital auquel il est attaché. En outre, le même homme généreux a pu envoyer de 100 à 150 volumes pour l'hôpital consacré aux maladies de la peau. Nous laissons à chacun le soin de décider qui a raison de ce gentleman anglais ou de M. le sous-intendant militaire français.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

***Séance du** 14 **juillet** 1877.*—PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. VIDAL présente une malade. Chez cette femme, à la suite d'une affection fébrile indéterminée, survenue à l'âge de huit ans, se produisit de la parésie des deux membres supérieurs et du membre inférieur droit, avec arrêt de développement de certains doigts et altérations trophiques de la peau. Voici son état actuel : sur la région de l'avant-bras gauche, innervée par le radial, la peau est mince, pigmentée : les muscles sont légèrement atrophiés. Au niveau du coude et sur le dos de la main, plaque de peau pigmentée et amincie ; les doigts, sauf le médius et le pouce, sont remarquablement atrophiés. Le membre inférieur présente une plaque de même nature au niveau du mollet, avec un peu de parésie. A la face dorsale de la main droite, mêmes caractères des ligaments, avec atrophie des doigts et surtout de l'annulaire qui a été et est encore rétracté. La souplesse de la peau, l'intégrité du système vasculaire éliminent la sclérodermie : ce sont des troubles trophiques dépendant probablement d'une lésion nerveuse périphérique.

M. DUMONTPALLIER croit plutôt à une lésion centrale. Sur une question de M. DURET demandant à M. Vidal s'il existe toujours une relation entre les lésions nerveuses et les localisations de la sclérodermie, M. VIDAL répond qu'il existe plusieurs espèces de sclérodermie, dont deux peu connues : la sclérodermie œdémateuse, la sclérodermie en plaques, sont peu connues et la troisième, sclérodermie généralisée, symétrique, est sans doute en rapport avec une lésion nerveuse centrale.

M. RENAUT n'a jamais trouvé d'altérations de la moelle dans la sclérodermie dactylée : de plus, il ne croit pas à l'existence d'une sclérodermie œdémateuse ; l'œdème ne pouvant produire que de l'éléphantiasis.

M. VIDAL rappelle un fait où l'on trouve des lésions médullaires : en outre, les symptômes généraux de la sclérodermie sont de nature à faire croire à l'existence d'altérations profondes du système nerveux. Quant à la sclérodermie, consécutive aux œdèmes chroniques, il en a vu plusieurs cas : c'est surtout aux jambes qu'il l'a observée.

M. POUCHET dépose sur le bureau un mémoire de M. BEAUREGARD sur le développement des organes génito-urinaires des mammifères et deux notes sur des questions d'embryologie.

M. FRANCK a eu l'occasion d'observer une femme atteinte d'ectopie congénitale du cœur et d'éventration également

*

congénitale. Le cœur était à l'épigastre, où il formait une saillie de 7 c. de haut. La hernie abdominale, située au-dessous du cœur, mesurait 9 c. Les parties saillantes du cœur étaient, à en juger par les tracés obtenus, les 2 ventricules, l'extrémité inférieure de l'oreillette droite et l'artère pulmonaire. En se servant de la méthode indiquée dans ses précédentes communications, M. Franck put confirmer les faits par lui avancés, notamment l'opposition des courbes de pulsations et de changements de volume, le synchronisme des deux ventricules, etc. Quant au mode de production de la lésion, il reste inexpliqué.

M. Renaut complète la communication faite dans la séance précédente en collaboration avec M. Landouzy sur les lésions anatomiques des cœurs asystoliques. La dégénération granulo-graisseuse est loin d'être aussi fréquente qu'on le croit généralement. Elle se rencontre surtout dans les cas d'endo ou de péricardite aiguë et chronique. On a du reste confondu avec la désintégration graisseuse la pigmentation brune : l'acide osmique fournit le meilleur moyen de différencier ces deux ordres de lésions. Lorsqu'il existe réellement une dégénération graisseuse, on voit, à la place des cylindres primitifs, une série de gouttelettes de graisse adossées les unes aux autres : il n'y a pas de multiplication nucléaire : ce n'est donc pas une myosite. Le tissu musculaire est frappé de mort à la suite de l'inflammation des membranes séreuses voisines.

M. de Sinéty présente quelques considérations sur un cas de lactorrhée qu'il a récemment observé. Il s'agit d'une femme de 35 ans qui avait eu à ses deux couches antérieures une sécrétion de lait extrêmement abondante. Dix-huit mois après sa troisième couche, et bien qu'elle n'eût pas nourri, la sécrétion mammaire persistait : mais le lait était pauvre en principes solides. Les urines ne renfermaient pas de sucre, ce qui vient à l'appui de la théorie de M. de Sinéty sur la glycosurie des nourrices : elle ne se produit, en effet, que quand la sécrétion lactée est brusquement interrompue.

L. Dreyfus-Brisac.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 juillet 1877. — Présidence de M. Bouley.

M. Pasteur lit un long travail de chimie physiologique ayant pour titre : Charbon et Septicémie.

Les expériences faites par MM. Pasteur et Joubert ont démontré qu'il existe un organisme microscopique, cause unique du charbon : c'est la bactéridie aperçue pour la première fois par Davaine en 1850. Le travail le plus récent sur l'étiologie de la maladie charbonneuse est dû à M. Paul Bert. — Le charbon doit être appelé aujourd'hui la maladie de la bactéridie comme la trichinose est la maladie de la trichine, comme la gale est la maladie de l'acarus qui lui est propre, avec cette circonstance toutefois, que, dans le charbon, le parasite, pour être aperçu, exige l'emploi du microscope et de forts grossissements. C'est cette maladie où, entre autres symptômes, la rate augmente de volume, devient noire et diffluente sous la moindre pression, où les globules du sang se montrent en amas agglutinatifs, et qui, à peine les premiers symptômes extérieurs du mal commencés, amène le plus souvent une terminaison fatale dans l'intervalle de quelques heures ; enfin dans laquelle, au moment de la mort, le sang, dans toutes les parties du corps, est rempli de petits filaments d'une grande ténuité et immobiles.

Les propriétés physiologiques de la bactéridie sont dignes d'attention. Le mode de génération des vibrions consiste dans une formation de corpuscules qu'on peut appeler kystes, spores ou gonidies. M. Pasteur préfère l'expression *de corpuscules brillants* ou celle *de corpuscules germes*. Les vibrions, les bactéries, les bactéridies peuvent revêtir deux aspects distincts : ils sont en fils translucides, déliés, de longueurs variables, se multipliant rapidement par scissiparité ou bien on les trouve en amas de petits corpuscules brillants, formés spontanément dans la longueur des articles filiformes, qui se séparent ensuite et constituent alors des amas de points paraissant inertes, mais d'où peuvent sortir, en réalité, d'innombrables légions d'individus filiformes, se reproduisant de nouveau par scissiparité, jusqu'à ce qu'ils se résolvent à leur tour en corpuscules germes.

La résistance de ces êtres aux diverses causes de destruction varie suivant qu'on les considère dans leur forme de filaments, ou dans celle de corpuscules. La dessiccation et une élévation de température (100° C.) font périr les filaments ; les corpuscules germes, au contraire, résistent à 100° ; quant aux germes des bactéries des eaux communes, ils supportent à l'état sec des températures de 120 et 130° C. Dans l'animal charbonneux, au moment de la mort, la bactéridie est formée de filaments articulés, sans le moindre corpuscule germe ; en la cultivant méthodiquement dans l'urine, on obtient une grande abondance de corpuscules brillants associés ou non à des bactéridies filiformes. Le sang charbonneux, traité par l'alcool, donne un précipité qui enferme dans ses mailles toutes les bactéridies inertes : la même opération appliquée aux corpuscules germes de la bactéridie conserve à ces derniers toutes leurs propriétés ; il est aisé de démontrer expérimentalement qu'ils n'ont rien perdu de leur vitalité propre et de leur terrible action sur l'économie. La bactéridie périt facilement au contact de l'oxygène comprimé à dix ou douze atmosphères ; M. Pasteur a pu maintenir les corpuscules germes pendant vingt-et-un jours, à dix atmosphères d'oxygène pur, sans leur faire perdre leur faculté de reproduction. La compression, appliquée à du sang charbonneux, peut donc donner lieu à deux résultats : si le sang ne renferme que des bactéridies pleines, il perd toute virulence ; s'il contient des bactéridies à points brillants, il reste dangereux.

La bactéridie absorbe pendant sa vie l'oxygène de l'air en dégageant un volume d'acide carbonique, sensiblement supérieur ; pour vivre et se reproduire, elle a besoin d'oxygène à l'état libre ; c'est un être aérobie qui n'agit pas à la manière des ferments. Si la bactéridie réussit à pénétrer dans le sang et à s'y multiplier, très-promptement elle provoque l'asphyxie en enlevant aux globules l'oxygène nécessaire à l'hématose ; delà cette couleur noire du sang et des viscères au moment de la mort. Le sang charbonneux, filtré, ajoute M. Pasteur, ne contient plus de bactéridies et peut être impunément injecté dans le corps sans produire le charbon. — Le sang normal n'est pas très-propre à la nutrition de la bactéridie ; aussi, lorsque la bactéridie charbonneuse pénètre dans un sang normal, elle y rencontre un nombre immense d'individualités organiques prêtes à la lutte pour la vie, à s'emparer pour elles-mêmes de l'oxygène nécessaire à l'existence des bactéridies.

M. Pasteur résume alors l'état actuel de nos connaissances sur la question qu'il a abordée ; puis termine sa communication par une série d'expériences minutieusement relatées.

1° Le sang d'un animal en pleine santé ne renferme jamais d'organismes microscopiques, ni leurs germes. Il est imputrescible au contact de l'air pur parce que la putréfaction est toujours due à des organismes microscopiques du genre vibrionien, et que, la génération spontanée étant hors de cause, les vibrioniens ne peuvent apparaître d'eux-mêmes.

2° Le sang d'un animal charbonneux ne renferme pas d'autres organismes que la bactéridie ; mais la bactéridie est un organisme exclusivement aérobie. A ce titre, il ne prend aucune part à la putréfaction. Dans le cadavre, le sang charbonneux entre promptement en putréfaction, parce que tout cadavre donne asile à des vibrions venant de l'extérieur.

3° La bactéridie disparait au sein des liquides, en présence du gaz carbonique.

Le développement de la bactéridie ne peut avoir lieu et n'a lieu que d'une manière très-pénible quand elle est en présence d'autres organismes microscopiques.

Le sang charbonneux qui, au moment de la mort, n'est nullement putride, le devient peu à peu ; les bactéridies se trouvent alors associées à des vibrioniens de diverses sortes. Pourquoi la mort, se demande M. Pasteur, suit-elle l'inoculation du sang charbonneux et vibrionien, puisque la bactéridie ne peut se développer et que le charbon ne saurait prendre naissance? C'est que le sang inoculé était putride, septicémique.

Les recherches de M. Pasteur l'ont amené à placer le siége du vibrion dans la sérosité de l'abdomen, autour de l'intestin ;

et les nombreuses expériences qu'il a répétées sur les animaux, prouvent que le vibrion passe dans le sang en dernier lieu, dans les dernières heures de la vie ou après la mort. Quant aux sérosités virulentes, elles perdent toute vertu, si on a soin de les filtrer par le même moyen mentionné à l'occasion du sang charbonneux. Le vibrion septique a, à l'abri de l'air, des mouvements assez rapides que le contact de l'oxygène supprime entièrement; pour autant, le vibrion n'est pas tué, car, au contact de l'oxygène, il se transforme en corpuscules germes, et, du jour au lendemain, un liquide rempli de filaments organisés mobiles n'est plus qu'un amas de points brillants d'une grande ténuité. Ces points introduits dans le corps d'un cochon d'Inde ou dans un liquide approprié, se reproduisent en vibrions filiformes mobiles. Le vibrion placé dans l'oxygène à haute tension, s'y transforme en corpuscules brillants; dans l'alcool absolu, ces corpuscules gardent leur faculté de reproduction à la manière des corpuscules de la bactéridie charbonneuse. Le vibrion septique n'est autre, selon M. Pasteur, que l'un des vibrions de la putréfaction, et son germe doit exister un peu partout et par conséquent dans les matières du canal intestinal. Le vibrion septique existe donc parmi les vibrions de la putréfaction après la mort.

La septicémie a pu être confondue avec la maladie charbonneuse parce que leurs causes sont du même ordre; c'est un vibrionien qui produit la septicémie, comme le charbon est produit par la bactéridie. La nature des parasites est différente, l'un est mobile, l'autre immobile. La septicémie, enfin, ou putréfaction sur le vivant, n'est pas une maladie unique; autant de vibrions, autant de septicémies diverses, bénignes ou terribles. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 27 mars 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

4. Tumeur congénitale de la région coccygienne ;

par Eug. MONOD, interne des hôpitaux.

Nous avons eu occasion de voir à la consultation de M. Panas, un fœtus de sept mois, portant au-dessous du coccyx une tumeur volumineuse. La mère était âgée de 29 ans ; la grossesse avait été normale, et l'accouchement naturel. Cette femme avait eu antérieurement deux enfants bien conformés. Le fœtus, du sexe féminin, offrait une teinte ictérique très-prononcée en venant au monde ; il succomba le dixième jour. Pendant la vie, la tumeur était absolument irréductible, et ne subissait pas de modification de volume par les cris de l'enfant. Elle donnait au palper une sensation de fluctuation.

La tumeur de forme elliptique mesurait 13 centimètres, suivant le grand axe qui s'étendait de la pointe du coccyx à l'anus. Le petit axe mesurait 9 centimètres. La peau qui recouvre la tumeur est très-amincie, sillonnée par un plexus veineux abondant. En avant, la base de la tumeur se confond avec la demi-circonférence postérieure de l'anus. Cet orifice anal ne présente pas d'anomalie.

On ne peut séparer par la dissection la peau du tissu cellulaire sous cutané, et celui-ci de la paroi propre de la tumeur que dans une petite étendue, à partir de la pointe du coccyx. Plus loin, ces différentes enveloppes sont intimement confondues entre elles.

Cette dissection démontre :

1° Qu'il n'y a aucune communication entre le canal médullaire et l'intérieur de la poche.

2° Que la poche anormale se trouve comme appendue au coccyx au moyen d'une couche fibreuse, espèce de ligament triangulaire qui contient dans son épaisseur le coccyx encore cartilagineux.

La tumeur, en se développant, a refoulé devant elle l'anus et toute la portion périnéale du rectum; la distance qui sépare l'orifice anal de la pointe du coccyx ne mesure pas moins de 5 centimètres.

La tumeur avait en outre repoussé en haut le plancher périnéal, de sorte qu'elle remplissait en partie l'excavation pelvienne entre le sacrum en arrière et le rectum refoulé en avant.

Sur une coupe pratiquée sur la ligne médiane, on distingue une cloison horizontale qui sépare incomplètement la masse en deux portions :

a) Une supérieure, d'un rouge blanchâtre, rappelant comme aspect et comme consistance la coupe du corps du testicule.

b) Une inférieure, plus rouge, beaucoup plus molle, presque diffluente.

A la partie inférieure et antérieure de cette masse, se trouve une grande cavité kystique tapissée d'une membrane lisse et contenant un liquide colloïde. La paroi fibreuse de ce kyste central envoie des prolongements dans l'épaisseur de la masse que nous avons décrite, cloisons incomplètes qui la séparent en certain nombre de lobes mal limités. Vers la périphérie de la tumeur on sent des particules osseuses disséminées.

Ce cas est un exemple d'inclusion fœtale de la région périnéale : M. Constantin Paul en a réuni 28 observations dans un mémoire inséré dans les Archives de médecine. (*Arch. gén. de médec. 1862, 5e série.* t. XIX, p. 641 et t. XX. p. 45, 194, 273.)

5. Néphrite interstitielle; congestion pulmonaire; par

P. BERDINEL, interne des hôpitaux.

Geoffroy (Pierre), 34 ans, peintre en bâtiments, est entré le 20 mars 1877, à la Pitié, service de M. Desnos, salle Sainte-Marthe, n° 34. Il est dans un état de subdélirium et de dyspnée qui ne lui permet pas de répondre à nos questions. On apprend cependant de diverses sources que c'est un grand buveur, que depuis 9 mois, il est assez sérieusement malade pour garder le lit, qu'avant ce temps il avait passé quelque temps à l'hôpital Cochin pour une affection indéterminée.

Etat actuel. — Ce malade présente une surcharge graisseuse énorme de tout le corps, ce qui, joint à un œdème, du reste peu considérable, le rend complétement impotent. La face est bouffie, les yeux hagards et injectés. On est tout d'abord frappé d'une dyspnée énorme (65 à 70 respirations par minute), ne permettant pas même au malade de parler. Il ne tousse pas et ne crache pas ; l'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal dans les poumons ; à la région précordiale, la matité du cœur semble augmentée, autant qu'on peut en juger à travers un pannicule graisseux qui ne permet pas de délimiter le point où bat la pointe. A l'auscultation, les bruits du cœur sont sourds, très-éloignés et masqués par le bruit respiratoire. Le malade ne pouvant suspendre sa respiration, on perçoit avec peine un bruit de souffle très-intense dont le maximum est à la pointe et qui remplace le premier bruit et le petit silence. Ce bruit semble s'irradier vers l'aisselle. Le pouls est petit et fréquent (95 puls.).

Le malade n'accuse aucune douleur en aucun point du corps; il y a un peu de fièvre (38°,5 dans le rectum.) L'appétit est nul; constipation. L'urine ne peut être recueillie à cause de l'état du malade, mais elle est très-rare et la literie est à peine mouillée. On parvient à en recueillir cependant quelques grammes : pas trace d'albumine, pas de sucre; mais une quantité énorme de carbonates et d'urates. Etat de subdélirium tranquille, mais sans rémission, avec insomnie. (Traitement : ventouses sèches en grand nombre ; — 2 pilules purgatives d'Anderson.)

29. Le malade a eu des selles très-copieuses ; la dypsnée est un peu moins intense.

1er *avril.* Depuis sa purgation, le malade n'a cessé d'avoir de la diarrhée. Ce matin, la dyspnée est très-considérable, la face est rouge ; il y a eu dans la nuit une épistaxis. Le délire est plus accentué. Le malade tousse un peu, mais il n'a pas la force de cracher. Le thorax offre à la percussion une submatité généralisée, et à l'auscultation, on entend des râles sous-crépitants fins dans les deux poumons, mais plus abondants à droite. Temp. rect. 39° 1. Large vésicatoire sur la poitrine. Son état de dyspnée va en empirant de jour en jour et le malade meurt le 4 avril, à 8 heures du soir.

AUTOPSIE faite 36 *heures* après la mort.

Le pannicule adipeux présente à la face profonde de la peau de l'abdomen, une épaisseur de 4 centimètres; de 3 et 1/2 sur la face antérieure du thorax. Tout le tissu cellulaire viscéral est surchargé de graisse. Il n'y a que très-peu de liquide dans le péritoine.

La *plèvre droite* est adhérente au poumon dans toute sa

partie antérieure ; elle ne contient pas de liquide ; — la *plèvre gauche* est saine. Les *poumons* présentent une congestion généralisée et très-intense, surtout à droite, où le tissu est d'un rouge noirâtre uniforme; ils ne crépitent plus sous le doigt ; pas d'infarctus.

Le *péricarde* est sain et ne contient pas de liquide ; le *cœur* est énorme et comme étouffé dans une gangue adipeuse. Le *ventricule gauche* est très-notablement hypertrophié : ses parois ont 2 1/2 centimètres d'épaisseur ; les fibres musculaires sont infiltrées de granulations graisseuses et la coupe du ventricule a une teinte jaunâtre très-marquée. Les orifices sont intacts et les valvules ne présentent point d'athérome. Le cœur droit ne présente rien d'anormal.

Le *foie* est très-gras et présente dans son lobe gauche des accumulations graisseuses considérables, sous forme de larges taches jaunâtres. La *rate* est saine : le *tube digestif* n'offre de spécial qu'une surcharge graisseuse très-considérable.

La *capsule adipeuse* des reins est très-développée et très-épaisse. Le *rein droit* est petit, ratatiné, irrégulier ; il ne pèse que 125 grammes. Il est dur, criant sous le scalpel; à la coupe on voit que la substance corticale est détruite, il est d'un gris rosé : c'est l'aspect classique du *rein goutteux*. Il est creusé de quelques cavités kystiques, dans l'une desquelles on trouve un petit calcul noirâtre, composé d'acide urique. Vers le hile il est envahi par le tissu adipeux.

Le *rein gauche*, présente les mêmes lésions, mais à un degré bien moins avancé : l'atrophie commence à peine. Il n'offre ni kyste, ni calcul, mais une énorme quantité de graisse autour des bassinets et du calice.

Le *cerveau* ne présente rien d'anormal.

6. Hémiplégie gauche, puis droite; escharre au sacrum; mort en quelques jours. — Foyers d'encéphalite développés dans le cours d'une syphilis grave ; par Barthélemy, interne des hôpitaux.

Marie G., âgée de 27 ans, domestique, entrée à l'hôpital de Lourcine (service de M. Martineau), le 27 décembre 1876. Le 30 décembre on constate des syphilides périanales et périvulvaires papulo-hypertrophiques et érosives, répandant une odeur infecte, nombreuses, surtout confluentes sur la grande lèvre droite qui est très-tuméfiée : syphilides papuleuses disséminées sur tout le corps. Vagin rouge et purulent. Pléiade ganglionnaire dans les deux aines. A la surface, les syphilides papuleuses sont aussi confluentes; elles sont revêtues de croûtes jaunâtres ; ce qui sur certains points leur donne l'aspect impétigineux. Céphalée peu intense mais continue depuis une quinzaine de jours. La malade a toujours l'air hébété ; réponses justes mais lentes; pleurs faciles, malpropreté.

11 *mars*. Malgré l'appétit conservé et les digestions bonnes, à part une constipation habituelle, l'état général est toujours mauvais. La malade est pâle, fatiguée ; elle a des sueurs abondantes la nuit, la peau moite le jour et le pouls petit et fréquent. Syphilides papuleuses toujours très-nombreuses sur le corps. Plaques muqueuses guéries à la vulve.

14 *mars*. Embarras gastrique. Ipéca. Suspension du traitement antisyphilitique.

16 *mars*. Maux de tête surtout à la région occipitale ; la malade garde le lit. Epistaxis légère. Constipation. On reprend le traitement mercuriel (liq. de Van Swieten, 2 cuillerées par jour.

18 *mars*. Accablement, somnolence, hébétude plus grande. Dans la journée, la malade se lève un peu, mais elle est si faible qu'après s'être baissée très-difficilement, elle ne peut se relever sans aide. Elle se plaint d'avoir toujours froid, passe sa journée auprès du fourneau, se sentant « toute étourdie » accusant des troubles visuels et des bourdonnements d'oreille. D'ailleurs pas de diarrhée ni de colique ; pas de douleur ni de gargouillement à la pression de la fosse iliaque droite.

19 *mars*. Langue sale, haleine mauvaise. On remplace la liq. Van Swieten par des frictions d'onguent mercuriel. Temp. Axil. 37,9 matin. soir 38,2.

22 *mars*. Même état. Hier un vomissement bilieux spontané ; constipation persistante malgré lavements. 37,9. Céphalalgie. Pendant la nuit, insommie, agitation, subdélirium.

25 *mars*. Ventre souple, non douloureux. Vomissements après les repas. — 28 *mars*. Surdité, troubles visuels, céphalalgie opiniâtre, insomnie, subdélirium nocturne. Somnolence, hébétude dans la journée. Yeux ternes, abattus, non convulsés. Langue sale sans tremblement. Mâchonnement continuel.

29 *mars*. Sans que rien pût le faire prévoir, sans qu'on ait remarqué d'attaque ou de perte de connaissance, la malade a été trouvée ce matin atteinte d'hémiplégie gauche bien nette. Pouls 54. Respiration régulière, de loin en loin un profond soupir ou quelques faibles gémissements. La malade ne semble pas comprendre ce qu'on lui dit. Sensibilité conservée. Selles involontaires. Rien à droite. Pupilles également dilatées. Orbiculaires et releveurs des paupières intacts.

30. Revenue à elle la malade n'accuse ni douleurs ni fourmillements. Céphalalgie obtuse. Pouls petit, régulier, fréquent, 112. La paralysie motrice est complète dans tout le côté gauche du corps; le mâchonnement persiste.

31. Douleur quand on presse la région rachidienne. Grande raideur au niveau de la nuque. La tête est renversée en arrière. Soif vive ; voix nasonnée.

1er *avril*. Pas de convulsions. Selles inconscientes. Torpeurs diurnes. Subdélirium nocturne presque continuel.

2. Ce matin on trouve la malade dans le coma et on constate d'une manière évidente que la paralysie s'est étendue à tout le côté droit, est par conséquent devenue générale et absolue.

4. Nuit très-agitée. Bavardage continu, incompréhensible. Le jour, on ne tire que très-difficilement la malade de sa torpeur. Elle fait quelques réponses mais ne prend la parole pour rien. Elle avale bien en buvant. Soupirs intermittents; mâchonnement. Sueurs profuses. Temp. 41,8. Pouls petit, régulier, innombrable. Les réflexes sont abolis ; la sensibilité intacte. Eschare au sacrum en deux points, plus prononcée à gauche. Œdème environnant. Les paupières sont abaissées mais non paralysées ; il faut même une certaine force pour empêcher la malade de les soulever quand elle veut le faire. Pupilles normales. Mastication et déglutition faciles. De loin en loin, la malade avale de travers et tousse. Rien dans la poitrine. Rien au cœur. Jamais elle n'a eu de rhumatisme. Face légèrement colorée, non congestionnée. Urines très-ammoniacales. Mort dans la soirée sans convulsion.

Autopsie le 6 avril. — *Poumons* congestionnés; à la base du poumon gauche une large ecchymose sous-pleurale. Dans *l'estomac*, la muqueuse de la petite tubérosité est le siége de nombreuses taches ecchymotiques lenticulaires, sans ulcération. Foie volumineux, légèrement graisseux. *Intestins*, *cœur*, *rein*, *moelle* parfaitement sains.

Cerveau. La face inférieure du lobe frontal droit est sensiblement plus large et plus molle que celle du côté opposé. Toutes les artères de la base, celles de la scissure, du corps strié sont parfaitement saines. Le bulbe, la protubérance n'offrent ni dégénération secondaire, ni teinte grisâtre. Circonvolutions normales ; méninges remarquablement minces, sans adhérence à la substance cérébrale qui, à la coupe, est remarquablement pâle et anémiée. Pas de liquide sous-arachnoïdien ni intra-ventriculaire.

Hémisphère gauche. Sur les coupes de la région fronto-pariétale, on voit, dans la substance blanche sous-jacente aux circonvolutions, une série de petites lacunes du volume d'une lentille, grisâtres non diffluentes, mais plus molles que le tissu ambiant et se déprimant par la coupe.

Hémisphère droit. Sur les coupes préfrontale, pédiculo-frontale et pariétale, on trouve les mêmes lésions que du côté opposé, mais beaucoup plus accentuées.

Substance grise intacte. Substance blanche seule affectée. L'examen microscopique a montré seulement qu'on avait affaire à des foyers d'encéphalite, mais sans en indiquer la nature.

Sans doute la syphilis n'exempte pas des affections cérébrales et un syphilitique peut en être atteint tout aussi bien qu'un individu non contaminé; il est néanmoins difficile ici de ne pas faire jouer un rôle quelconque à la syphilis qui était grave et qui avait cachectisé la malade. Comment, en effet, expliquer autrement une lésion cérébrale grave, *symétrique*, si rapide, chez une femme jeune ayant le cœur, les artères et

le reste des centres nerveux dans un état d'intégrité parfaite?

Séance du 13 *avril* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

7. Hémianesthésie temporaire de cause cérébrale; par P. OULMONT, interne des hôpitaux.

Géra.. Laurence, 88 ans, entre le 31 janvier 1877, à l'infirmerie de la Salpétrière dans le service de M. CHARCOT. La malade se promenait tous les jours, ce matin encore, en s'appuyant sur une canne. Cependant on avait remarqué depuis le jour même un peu de faiblesse du côté gauche : elle traînait un peu la jambe et saisissait moins bien de la main gauche. En déjeunant, assise sur une chaise, elle penche tout à coup du côté gauche, sans tomber, est prise de nausées fréquentes; le bras gauche fléchi et les doigts en griffes elle cherche, sans y arriver, à atteindre la nourriture placée devant elle. Pas de mouvement dans la jambe ni dans la face. Pas de perte de connaissance.

Transportée à l'infirmerie, la malade montre toujours la même tendance à tomber du côté gauche. Son intelligence est affaiblie. Pas d'embarras de la parole. Pas de paralysie motrice. Les jambes et les bras paraissent égaux en force des deux côtés. Seulement, il semble y avoir une légère déviation de la face à droite; le pli naso-labial droit est plus profond que le gauche ; les plis secondaires qui en partent sont aussi plus nombreux et plus marqués.

Hémianesthésie complète, au toucher, à la douleur, occupant tout le côté gauche du corps, la face, le tronc et les membres. Nausées continuelles, exagérées par les mouvements qu'on lui imprime, sans vomissements.

Le 12 février, l'intelligence de la malade baisse rapidement; elle gâte, et trouble par ses cris continuels le repos de ses voisines. Les membres inférieurs sont très-affaiblis et ne peuvent la soutenir. Les membres supérieurs sont intacts. L'hémianesthésie a complètement disparu et la sensibilité est égale des deux côtés du corps.

L'affaiblissement s'accentue tous les jours davantage. On trouve de la submatité à la base des deux poumons de chaque côté; râles humides, surtout à l'inspiration, assez nombreux dans les deux tiers inférieurs, la sensibilité est toujours intacte. Mort le 31 mai.

AUTOPSIE. — *Cerveau.* Méninges saines, se détachant facilement. Artères de la base athéromateuses. Pas de lésions des circonvolutions. Hémisphère gauche sain.

Hémisphère droit : sur une coupe verticale pratiquée au niveau du pied des circonvolutions frontales antérieures, foyer hémorrhagique rempli par un caillot ocreux ; ce foyer, presque linéaire à ce niveau, s'élargit en arrière au point d'avoir 15 mill. environ de largeur au niveau de la coupe passant par la circonvolution frontale ascendante. Ce foyer est situé sur la limite de la capsule externe, et du noyau lenticulaire du corps strié qu'il repousse un peu en dedans vers la capsule interne.

La conformation de ce foyer explique facilement la présence de l'hémianesthésie, puis sa disparition. Ce foyer, par son volume, a comprimé pendant les premiers jours la partie postérieure de la capsule interne, en refoulant contre elle le noyau lenticulaire ; plus tard, au bout de 8 à 10 jours, la rétraction ordinaire s'étant produite dans le caillot, la compression de la capsule interne a cessé, et les fibres nerveuses sont redevenues perméables aux impressions sensitives.

Cœur. Epaississement du bord de la valvule mitrale. Pas d'hypertrophie ventriculaire. Le muscle est sain.

Poumon. Léger épanchement dans les plèvres. Œdème occupant le bord postérieur et le lobe inférieur des deux poumons.

8. Syphilis osseuse et viscérale; par P. OULMONT, interne des hôpitaux.

Belliè... Julienne, âgée de 34 ans, est, depuis juillet 1871, dans le service de M. CHARCOT, à la Salpétrière. Un an auparavant, la malade avait contracté la syphilis, après deux mois de mariage, et avait présenté dans le cours de l'année plusieurs éruptions syphilitiques circonscrites de la face et du sein qui furent guéries à Saint-Louis par le traitement spécifique. Dès son entrée à la Salpétrière, où la malade est admise pour une difformité traumatique des doigts de la main droite, on constate une tumeur volumineuse adhérente à la face externe de l'humérus droit, vers son extrémité supérieure. Cette tumeur présente tous les caractères de l'ostéo-périostite spécifique. Après douze mois de séjour en chirurgie, les symptômes aigus disparaissent mais il persiste une tumeur dure, adhérente à l'os, du volume d'une grosse noix.

En 1875, même phénomène du côté de l'humérus gauche, tumeur douloureuse, à exacerbations nocturnes, adhérente à la partie inférieure de l'os, volumineuse.—Chapelet ganglionnaire très-accentué à la nuque et le long du sterno-mastoïdien. Sur le cuir chevelu, au sommet de la tête, deux fistules dont l'apparition date de 6 mois environ, se fermant et s'ouvrant alternativement, par lesquelles le stylet pénètre jusqu'à l'os sur lequel il s'enfonce en déplaçant de petites esquilles.

En 1877, l'état de la malade n'a pas changé. Les tumeurs des humérus, les fistules du cuir chevelu persistent. Depuis quelques mois, l'état général a baissé rapidement. Cachexie profonde. Maigreur squelettique. Pâleur. Appétit nul. Sommeil troublé par les exacerbations douloureuses de la tête et des bras. La malade ne peut se tenir debout. Diarrhée abondante, difficile à réprimer. Pas d'albumine dans les urines. — Rien dans les poumons. Rien au cœur.

Vers la fin de février, péritonite du bassin avec tympanisme considérable et épanchement remontant jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'ombilic. Ventre modérément douloureux, surtout à la région hépatique. Vomissements bilieux. La mort arrive au bout de 15 jours, le 12 mars 1877.

AUTOPSIE.— L'abdomen contient un litre environ de sérosité louche, dans lequel le microscope découvre de nombreux leucocytes. Aspect des intestins et du péritoine, blanc et lavé. Le *foie* adhérent au diaphragme et aux organes voisins par des adhérences très-lâches, attestant qu'il a subi un mouvement de retrait; le foie est un exemple typique du foie botryoïde.

Les deux humérus sont enveloppés, vers leur extrémité inférieure, comme d'un manchon osseux de 4 à 5 centimètres de longueur sur 1 environ d'épaisseur, à surface externe irrégulière et comme vermoulue, mais très-dure.

Au crâne, les pariétaux et l'occipital, vers la ligne médiane, sont comme vermoulus dans une étendue de plusieurs centimètres. — Toutes ces pièces sont déposées au musée Dupuytren.

9. Petit rein jaune; dernier degré de la néphrite parenchymateuse; par P. OULMONT, interne des hôpitaux.

Elisa Bro...., 58 ans, atteinte de rhumatisme noueux avec déformation très-marquée des mains et des pieds, meurt le 5 avril dans le service de M. CHARCOT, à la Salpétrière. Les reins de cette malade présentent un exemple typique de la dégénérescence connue sous le nom de petit rein jaune. Souvent confondue à tort avec le rein contracté de la néphrite interstitielle, cette lésion est le dernier degré de la néphrite parenchymateuse. La surface présente non pas les granulations fines, régulières, analogues à des grains de semoule, du rein interstitiel, mais des sillons irréguliers, séparant des saillies sinueuses, de telle sorte que la surface du rein représente assez bien l'aspect des circonvolutions cérébrales. Cette différence dans l'aspect macroscopique, se retrouve d'une façon tout aussi tranchée dans la localisation microscopique des lésions. L'examen microscopique des pièces confirme les descriptions du petit rein jaune données par M. Charcot et les auteurs anglais.

M. CHARCOT fait remarquer que cette forme de petit rein a été décrite et figurée par Johnson qui l'appelle le *petit rein jaune* pour le distinguer du *petit rein contracté*.

Ce sont là, en effet, deux formes d'altérations rénales anatomiquement et cliniquement distinctes. Le petit rein contracté est le résultat d'une néphrite interstitielle, le petit rein jaune est la conséquence d'une néphrite parenchymateuse, ou plutôt, il est le dernier terme de l'altération qui produit au début le gros rein blanc. Ces deux formes de lésions produisent des symp-

tômes très-différents : avec le petit rein contracté on observe l'hypertrophie du cœur, les troubles spéciaux de la vision, l'absence d'œdème, et la mort a lieu le plus souvent par urémie. Avec le petit rein jaune coexistent les symptômes des néphrites parenchymateuses, les hydropisies abondantes, les œdèmes étendus, les phlegmasies gangreneuses de la peau, etc. Au point de vue anatomique, les différences sont tout aussi tranchées. Le petit rein contracté présente, à sa surface, de petites granulations d'un volume à peu près égal dans lesquelles les parties saillantes correspondent au faisceau médullaire du lobule rénal, relativement moins altéré que le labyrinthe qui est déprimé par suite de la rétraction du tissu conjonctif de nouvelle formation. Dans le rein jaune, au contraire, il n'y a pas de granulations régulières à la surface ; à leur place existent des plaques saillantes, irrégulières, jaunâtres, séparées par des sillons sinueux et rouges. Les plaques saillantes correspondent à des ilots distribués sans ordre dans lesquels les épithéliums remplis de graisse sont tuméfiés. Les sillons déprimés sont les points où les épithéliums, détruits par la dégénérescence graisseuse antérieure, ont été résorbés ou éliminés. Ces altérations épithéliales produisent donc, à une certaine période, un gonflement jaunâtre du tissu rénal, et à une période plus avancée une dépression à la surface du rein.

En résumé, il faut distinguer deux formes de petits reins : le petit rein jaune et le petit rein rouge. Le premier procède de la néphrite parenchymateuse et constitue une étape des lésions qui, à une autre période, caractérisent le gros rein blanc, le second procède de la néphrite interstitielle.

10. Atrophie partielle et croisée du cerveau et du cervelet; ramollissement cérébral; hémiplégie gauche; paralysie de la paupière gauche; ancienne hémiplégie à droite guérie; Destruction du territoire sylvien, prononcée au pli courbe et sur la frontale ascendante, à droite; lésions centrales anciennes à gauche; un foyer de ramollissement dans la moëlle; par Henri de Boyer, interne des hôpitaux.

Le 26 mars, entre, salle Saint-André, lit nº 6 (Bicêtre, service de M. Bouchard), le nommé T... âgé de 70 ans.

Cet homme a déjà été soigné à la Charité, en 1876 pour une hémiplégie droite; entré en novembre 1876 à l'hospice, il fut bientôt pris de démence sénile avec idées de persécution. Après être resté quelques mois dans cet état, il fut le 25 mars frappé d'apoplexie : le malade avait perdu l'œil droit qui était atrophié; nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sur ses antécédents.

27 *mars*. Le malade semble paralysé du bras droit et de la jambe gauche; en tous cas les mouvements reflexes sont moins prononcés à gauche qu'à droite. il y a aussi plus d'anesthésie de ce côté. Pas de convulsions, pas de contractures : pas de paralysie faciale, pas de nystagmus ou de déviations oculaires, légère chute de la paupière gauche (œil sain), le malade ne peut l'ouvrir comme il fait de la droite.

Matin. T. R. 38°,9. P. 104. R. 22. — Soir. T. R. 39°,4.

Légère rotation de la tête à gauche. — Le malade gâte.

28 *mars*. Cet état se prononce, le malade est complétement paralysé à gauche, n'a pas perdu la parole, mais il est plongé dans un demi-coma qui ne lui permet pas de s'expliquer. — Pas de contractures, même du côté de l'ancienne hémiplégie, pas de paralysie faciale, mais le malade ne peut tirer la langue : une double eschare fessière commence tout près du sacrum. T. 39°. — Soir : 39°,9.

29 *mars*. Même état. Anesthésie de la face, du tronc et des membres à gauche, diminution des mouvements reflexes, l'eschare s'étend au sacrum. 39°,8 ; — Soir : 39°,9.

30 *mars*. T. 39°4. — 39°,8 soir.

31 *mars*. T. 39°,6. — 39°, 9 soir.

1er *avril*. Les 4 membres sont flasques, abolition complète de la sensibilité et des reflexes. — Le malade n'avale plus depuis deux jours. T. R. 40°. — Mort le soir.

Autopsie. — Cœur, reins, foie gras; persistance du canal de l'ouraque, oblitéré seulement au niveau de la cicatrice ombilicale, adhérences de l'épiploon et changement de position de l'S iliaque qui, grâce à ces adhérences, occupe la fosse iliaque droite et recouvre complétement le cœcum.

Inflammation chronique du gros intestin. — Sclérose du sommet des poumons et dilatations bronchiques consécutives.

Cerveau. Le crâne est déformé, il est très-dolichocéphale, déprimé au niveau de la suture fronto-pariétale; l'écaille occipitale est très-peu développée, — épaisseur considérable des os du crâne. L'encéphale adhère à la dure-mère, mais est cependant rétracté, surtout du côté gauche. Adhérences de la pie-mère au cerveau et à la dure-mère ; pas d'épanchement méningé, l'hexagone artériel est complétement athéromateux, le tronc basilaire est oblitéré incomplétement par un caillot ancien et canaliculé ; la vertébrale gauche est très-petite et la droite, très-volumineuse, se continue à plein canal avec le tronc basilaire.

La sylvienne droite est oblitérée complétement par deux caillots dont un, ancien, résistant, adhère aux parois dégénérées du vaisseau.

Le cerveau est asymétrique, le lobe cérébral droit est plus ramassé et moins long que le gauche, et le lobe cérébelleux gauche est moins volumineux que le droit ; on a donc une atrophie cérébrale croisée. — La protubérance est symétrique, les pyramides sont pareilles.

a) *Lésions corticales*. Toute la *face externe de l'hémisphère droit* est le siége d'un ramollissement étendu, correspondant au territoire sylvien tel que l'a décrit Duret ; le ramollissement est tout-à-fait cortical sur T3 T2 T1; il est étendu dans la profondeur de P2 et sur la branche ascendante de la scissure de Sylvius où il occupe surtout le pied de la marginale antérieure et de la F3 ; on trouve en outre du ramollissement sur le milieu de la marginale postérieure près de l'origine de la scissure inter-pariétale et sur la partie antérieure de F2 ; la première, fortement adhérente, adhère au tissu ocreux ramolli et entraîne de grandes plaques de substance corticale quand on cherche à l'enlever.

La *face externe de l'hémisphère gauche* présente les traces d'un ramollissement cortical ancien et des adhérences dans tout l'espace compris au-dessus de la scissure inter-temporale (parallèle) et au-dessous de la scissure inter-pariétale. Ramollissement de la partie antérieure de F3, rien au niveau des points donnés comme centres moteurs.

La *face interne de l'hémisphère droit* présente des points de ramollissement sur les lobes unciforme et lingual, ainsi que sur le coin et sur la partie la plus inférieure de l'avant-coin et sur le pied de la circonvolution crêtée.

La *face interne de l'hémisphère gauche* offre des lésions à peu près symétriques à celles de l'H droit ; à travers la paroi ventriculaire on voit une cicatrice ancienne de ramollissement siégeant dans la queue du noyau caudé. La couche optique paraît plus ramassée que la droite.

La *face supérieure* des hémisphères présente un ramollissement profond occupant la partie toute supérieure de la marginale antérieure à droite.

Des points de ramollissement superficiel siégent sur F1 et F2 à la partie antérieure. La *face antérieure* ne présente de lésions que sur T4, T5 à droite, et T4 et hippocampe à gauche. Nous avons déjà signalé l'asymétrie du cerveau.

Rien de cortical au bulbe, à la protubérance, au cervelet.

b) *Lésions centrales*. Le centre blanc est atteint, *à droite*, par un ramollissement qui est sous-jacent à celui de la surface corticale ; de véritables godets sont creusés dans le cerveau, principalement au niveau de la branche ascendante de la scissure de Sylvius et sur la partie postéro-inférieure du pli courbe : à la coupe on trouve quelques lacunes dans les centres blancs, rien aux masses grises.

A gauche quelques lacunes anciennes dans les cornes frontale et occipitale ; un ancien foyer, gros comme un pois, occupe la partie postérieure du noyau caudé et un foyer cicatrisé bien plus considérable situé en avant, a détruit la partie supérieure de la première portion du noyau extra-ventriculaire du corps strié, en respectant l'avant-mur, et en empiétant sur le point de réunion des deux capsules interne et externe. Cette cicatrice est dans la région des hémiplégies vulgaires. Pas d'anévrysme miliaire. Le tissu cérébral est plus résistant qu'à l'état normal, surtout dans le lobe gauche (a-

trophié) : il semble que le rasoir coupe un cerveau déjà un peu durci.

L'examen du nerf optique droit montre qu'il est plus petit, plus dur ; la couche optique gauche semble un peu atrophiée, surtout dans sa partie supérieure et interne ; pas de changement de volume appréciable ou de coloration anormale des corps genouillés et des tubercules quadrijumeaux.

Moelle. A l'œil nu elle ne présente pas de dégénération secondaire ; un petit foyer de ramollissement à droite en bas tout près de la fin de la moelle. Congestion intense des veines rachidiennes (1).

Réflexions. Ce cas nous a paru intéressant à cause de l'étendue de la lésion corticale répondant bien à tout le territoire sylvien tel qu'il est décrit par M. Duret ; en outre, il est à noter que le seul symptôme facial que nous ayons observé, la chute de la paupière gauche, s'explique par l'étendue et la profondeur de la lésion du pli courbe (voir le croquis); c'est un cas comparable à celui de *Grasset* rapporté dans la thèse de M. *Landouzy;* l'atrophie cérébrale est-elle en rapport avec la lésion déjà ancienne que nous y avons trouvée, est-elle due à la lésion de l'œil droit, est-elle congénitale ?

Nous croyons qu'elle est due à un travail irritatif, car elle présente tous les caractères décrits par *Turner* et *Cotard* (thèses de Paris) entre autres la consistance plus marquée de la substance cérébrale, l'atrophie cérébelleuse, en outre la couche optique est un peu diminuée de volume : il y a sans doute eu névrite optique ascendante.

M. Landouzy connaît neuf cas de paralysie dissociée de la troisième paire, de chute de la paupière supérieure, liée à des altérations cérébrales. Dans ces neuf cas, les lésions occupaient une situation éminemment variable qui n'avait d'autres limites que celles mêmes du lobe pariétal. Ce que l'on peut dire de plus précis c'est que, dans la majorité de ces cas, les lésions occupaient soit le lobule du pli courbe, soit le pli courbe : d'après cela on voit que si l'existence de la paralysie isolée de l'élévateur de la paupière est bien établie en clinique, il s'en faut qu'on connaisse le siége, la localisation de cette paralysie dissociée.

M. Charcot dit avoir plusieurs fois observé une chute de la paupière supérieure sans strabisme et sans mydriase ; récemment encore, une sexagénaire de son service présenta pendant plusieurs semaines, une blépharoptose du même côté qu'une hémiplégie faciale inférieure. La blépharoptose a disparu, l'hémiplégie faciale persiste.

11. Endocardite végétante des valvules mitrale et tricuspide. — Rétraction de l'aponévrose palmaire par traumatisme ; par Ch. Rémy.

Picot, Jean-Joseph, marchand des quatre saisons, âgé de 62 ans, entre le 22 mars 1877, salle Sainte-Anne, 5, à l'hôpital Temporaire, service de M. Rigal.

Il s'accuse de boire. Il a eu fréquemment des rhumes à cause de sa profession. Il n'a pas d'autres antécédents à part quelques traumatismes. Sa maladie date du commencement de février 1877; depuis six semaines environ il était essoufflé, mais c'est depuis seulement huit jours qu'il a dû renoncer au travail.

Etat actuel. — Embonpoint modéré, pâleur des téguments avec cyanose légère des extrémités et des lèvres, œdème des deux malléoles de la partie postérieure des cuisses et de la paroi abdominale.

Dyspnée excessive. Inspiration rude aux deux sommets des poumons; en avant, respiration soufflante du haut en bas en arrière, avec mélange de râles sous-crépitants.

Pointe du cœur dans le cinquième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire. — Matité transversale commençant sur le bord droit du sternum. Souffle systolique rude dans le quatrième espace intercostal gauche, en dedans du mamelon. Le système artériel tout entier est atteint d'athérôme. Anorexie.

Foie mesurant 16 centimètres sur la ligne axillaire. Teinte ictérique légère des sclérotiques, douleur à la pression du foie. Albuminurie.

Le 26 *mai*, la congestion pulmonaire augmente : la dyspnée est plus marquée, les extrémités sont cyanosées. Diminution de la sonorité de la base du poumon droit, les râles sibilants et sous-crépitants augmentent de nombre.

Le 27 *mai.* Cet homme tombe dans un état d'asphyxie plus marquée, il est tout à fait adynamique et succombe.

Le 28 *mai.* Nécropsie. Les plèvres non enflammées, contiennent un peu de liquide séreux, citrin (hydrothorax), surtout du côté droit. Toute la hauteur du poumon droit est congestionnée, rouge-brique; mais il crépite, n'est pas friable, et laisse écouler un liquide rouge spumeux. Au sommet du poumon existe un petit noyau calcaire, enkysté, du volume d'une amande. Le poumon gauche présente quelques adhérences filamenteuses. Il est rouge-brique, crépitant, non friable, laisse écouler un liquide sanglant.

Le *cœur* est hypertrophié par ses deux ventricules, les deux oreillettes sont remplies de caillots noirâtres, elles sont élargies. Dans le ventricule gauche on observe sur la face auriculaire de la valve droite de la valvule mitrale, une végétation longue d'un centimètre, qui, insérée près du bord libre, se porte vers l'oreillette. Cette végétation, blanche à son insertion, est le point de départ d'un caillot noir qui lui adhère. Lorsqu'on détache cette végétation, on constate qu'elle entraîne avec elle une portion d'endocarde et cause une ulcération superficielle lenticulaire. Les sigmoïdes aortiques sont intactes : aorte athéromateuse. Le ventricule droit présente, sur la valve interne de la valvule tricuspide, une végétation dont l'insertion, la couleur et la direction sont analogues à la végétation du cœur gauche, mais elle est plus grosse, présente un centimètre de diamètre et près de trois de longueur.

La rate présente l'épaississement de sa capsule. Le foie volumineux, congestionné, ferme et dur à la coupe, a sa capsule épaissie et paraît avoir une surface granuleuse. Il existe de nombreux calculs dans la vésicule biliaire. Reins intacts, mais congestionnés.

Examen microscopique :

1° Les fibres musculaires du cœur de cet homme avaient subi une altération ; l'enveloppe propre à chaque fibre présentait des noyaux fusiformes allongés, formés par un amas de granulations très-fines et jaunâtres.

2° Des amas de cellules embryonnaires groupées à la périphérie de la capsule fibreuse de Glisson, indiquaient un état inflammatoire chronique très-léger des tissus fibreux du foie.

Le même homme présentait une affection des mains, désignée sous le nom de *rétraction de l'aponévrose palmaire.*

Les deux mains étaient atteintes de cette lésion, mais inégalement. A la main droite, les deux derniers doigts annulaire et auriculaire étaient fléchis dans la paume de la main et ne pouvaient être étendus même en déployant une grande force. La phalange restait fléchie sur la paume de la main et la phalangine était fléchie à angle très-aigu sur la phalange. La phalangette jouissait de tous ses mouvements.

Dans la paume de la main, les plis étaient altérés vers l'éminence hypothénar et on observait dans la peau des enfoncements indiquant des rétractions inégales de certaines brides fibreuses de l'aponévrose palmaire. La main gauche présentait une semblable lésion du doigt annulaire, certain degré de courbure du doigt auriculaire et les mêmes signes sur la paume de la main.

La chose intéressante dans ce fait, est que la cause de cette rétraction a été nettement indiquée. La cause est traumatique. Cet homme poussait devant lui une charrette à bras, communément employée dans son métier. Il y a cinq ou six ans, la pression des brancards de la charrette lui produisit des ampoules qui suppurèrent en décollant l'épiderme et c'est à la suite de cette lésion superficielle que la rétraction de l'aponévrose palmaire débuta.

La dissection de la main gauche que j'ai mise sous les yeux de la société, fait voir que la lésion porte uniquement sur l'aponévrose palmaire qui est épaissie dans sa portion palmaire. Sur les doigts qui ne sont pas rétractés, elle s'unit sans ligne de démarcation par quelques fibres aux gaines des ten-

(1) Plusieurs dessins, représentant la topographie des altérations du cerveau et de la moelle sont déposés dans l'album de la Société.

dons fléchisseurs des doigts. Mais sur le doigt annulaire rétracté, on voit se détacher du bord inférieur de l'aponévrose, deux cordons qui se portent parallèlement aux bords latéraux de la phalange, mais sur un plan antérieur d'un centimètre, et vont s'insérer un peu au-dessous des tubercules latéraux de la phalangine par un premier faisceau, et à l'extrémité inférieure des bords de la même phalangine par un deuxième faisceau. Une mince aponévrose relie ces cordons fibreux aux bords des os, formant ainsi une gouttière profonde au fond de laquelle glissent intacts les tendons des fléchisseurs.

12. Méningite tuberculeuse. Lésion circonscrite du lobule paracentral à droite. Hémiplégie gauche; par L. Faisans, interne provisoire.

D... 19 ans, tôlier, entre à l'hôpital Temporaire, le 13 mars 1877, salle Saint-Philippe n° 7, service de M. Grancher.

Atteint d'une pleurésie gauche en avril 1875, et d'une pleurésie droite deux mois après, il n'a jamais cessé de tousser depuis cette époque. Il présente tous les caractères de la phthisie pulmonaire avancée : pâleur extrême, amaigrissement considérable, fièvre vespérale, sueurs nocturnes. L'auscultation fait percevoir les signes de la tuberculose au troisième degré.

Le 13 mars dernier, se trouvant à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, il eut une perte de connaissance qui dura 5 minutes; en revenant à lui, il s'aperçut qu'il était paralysé de tout le côté gauche du corps; il ne pouvait bouger ni le bras ni la jambe — il resta dans cet état pendant huit ou dix minutes; puis la paralysie disparut, et le malade put venir à pied à l'hôpital Temporaire.

Depuis qu'il est à l'hôpital, il a été repris quatre ou cinq fois, dans son lit, des mêmes accidents; mais jamais la paralysie n'a été aussi prononcée que le premier jour. C'était plutôt une sensation d'engourdissement dans les membres que de la paralysie véritable. Deux fois la jambe gauche seule a été prise ainsi sans le bras.

28 *mars.* — Le malade se plaint d'éprouver des douleurs dans la jambe gauche; son membre est engourdi depuis la veille, et, lorsqu'il essaie de marcher, il laisse traîner la jambe.

29 *mars.* — Affaiblissement plus considérable du membre inférieur gauche. — Les muscles de la cuisse sont agités de spasmes convulsifs assez réguliers qui soulèvent le genou. — Le membre est à demi fléchi, mais il n'y a pas de contracture.

Les deux membres du côté gauche sont faiblement anesthésiés.

31 *mars.* — Le bras gauche s'affaiblit. L'anesthésie y a disparu; elle persiste au contraire dans le membre inférieur, mais à un très-faible degré.

2 *avril.* — La paralysie est plus complète. Elle occupe les deux membres, mais est beaucoup plus prononcée dans l'inférieur. Le malade peut encore remuer sa main, l'étendre et la fléchir; il peut même soulever légèrement son avant-bras. Au contraire, les mouvements sont complétement abolis dans le membre inférieur. Pas de contracture. Les spasmes ont cessé depuis hier. Le chatouillement de la plante du pied provoque de très-légers mouvements réflexes dans la jambe gauche et les orteils. Pas d'analgésie ni d'anesthésie. Les articulations du côté gauche sont douloureuses dans les mouvements provoqués. A la face, pas de paralysie. La vue est intacte. — L'ouïe paraît avoir baissé à gauche; elle est complétement abolie à droite: la montre placée sur la tempe ou au niveau de l'apophyse mastoïde n'est pas entendue.

Les jours suivants, rien de nouveau à signaler. — Le malade, arrivé au dernier terme de la cachexie tuberculeuse, meurt le 10 avril.

Autopsie, *le 12 avril.* — *Poumons.* A droite et à gauche lésions ordinaires de la tuberculose au troisième degré. Cavernes volumineuses aux sommets.

Foie. Gras. — *Rate.* Volumineuse. — *Reins.* Gros, congestionnés.

Cerveau. — *Hémisphère gauche* : sur les première, deuxième, troisième circonvolutions frontales et sur les frontale et pariétale ascendantes, la pie-mère adhère à la substance cérébrale qui est elle-même rosée, congestionnée, surtout au niveau des deux circonvolutions ascendantes. Cette congestion ne pénètre pas profondément dans la substance grise; elle est toute à la surface.

Les vaisseaux sont, dans toute cette région, semés de granulations tuberculeuses et, au niveau du sillon de Rolando, à 1 centimètre en dehors de la scissure inter-hémisphérique, il existe une petite tumeur développée dans la pie-mère s'enlevant avec elle, et laissant dans les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes l'empreinte d'une petite loge. C'est un tubercule cérébral, tri ou quadrilobé, gros comme deux ou trois lentilles accolées, développé dans la pie-mère, et logé, sans y adhérer, dans la substance grise sous-jacente.

Hémisphère droit. — Méningite diffuse, granuleuse, avec un foyer formant une plaque blanchâtre, au niveau du lobule paracentral. En incisant ce foyer, on trouve une masse dure, pénétrant dans la substance même de ce lobule, s'étendant en dehors sur la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, et formant une tumeur du volume d'un œuf de pigeon au moins.

Le point de départ de cette tumeur paraît être dans la pie-mère du sillon de Rolando, pie-mère très-épaissie, semée de granulations tuberculeuses confluentes, et arrivant à former de véritables plaques qui pénètrent peu à peu dans la substance cérébrale et détruisent le lobule paracentral.

Sur la coupe de cette tumeur, on voit la méninge infiltrée d'une matière jaune et sèche; la substance grise au-dessous et la substance blanche sur une épaisseur de 2 ou 3 centimètres sont semées d'un pointillé hémorrhagique très-confluent près de l'écorce, mais qui se perd graduellement à mesure qu'on s'avance vers le centre ovale. — Au niveau du lobule pariétal, on voit une autre petite tumeur, analogue à celle qui a été signalée sur l'hémisphère gauche; — comme cette dernière elle est développée dans la pie-mère, et s'est creusé une loge dans la substance cérébrale, à laquelle elle n'adhère pas; au-dessous d'elle, la substance grise paraît complétement saine.—Rien d'anormal dans les autres parties de l'encéphale.

14. Ramollissement cérébral, aphasie; par Alfred Bulteau, interne des hôpitaux.

Le 31 janvier 1877, entre dans le service du Dr Guyot, salle Saint-Jean, n° 19, le nommé F..., âgé de 61 ans; il a été trouvé paralysé dans sa chambre et amené à l'hôpital Beaujon où il a été admis d'urgence. Il porte au front une plaie contuse qui témoigne de la chute qu'il a faite lors de son attaque d'apoplexie. Le malade présente un facies assez éveillé; l'œil est vif et intelligent. La commissure labiale droite est manifestement déviée à gauche, mais le muscle orbiculaire des paupières a conservé ses mouvements. Les membres du côté droit sont tout-à-fait paralysés et sont le siége d'une contracture très-marquée. Nous notons à gauche une légère contracture, mais sans paralysie du bras et de la jambe; ils peuvent conserver longtemps la position qu'on leur donne sans que le malade manifeste la moindre fatigue; la jambe, par exemple, peut rester pendant plusieurs minutes dans l'extension, le talon élevé à 0,10 cent. au-dessus du plan du lit. Les mouvements réflexes sont conservés des deux côtés; quant à la sensibilité, elle est très-affaiblie; l'analgésie paraît complète à droite.

Le malade ne peut répondre aux questions qu'on lui pose, il semble pourtant comprendre un peu ce qu'on lui dit. Il répond invariablement, à tort et à travers : « oui, oui, oui, non, non, non », et articule par instant des mots inintelligibles. L'auscultation du cœur fait reconnaître un bruit de souffle râpeux à la pointe et au premier temps; les artères radiales sont athéromateuses.

Diagnostic. Ramollissement cérébral, aphasie; probablement lésion de la troisième circonvolution frontale gauche.

4 *fév.* La contracture est moindre à gauche; elle a presque complétement disparu à droite. Vésicatoire à la nuque.

10 *fév.* Légère escharre au sacrum. Eau-de-vie allemande, 10 gr. Le malade paraît un peu plus intelligent, il répète assez facilement tous les mots qu'on prononce devant lui, mais il lui est impossible d'articuler une phrase entière. La contracture du côté paralysé a disparu.

4 *mars*. Fièvre, langue sèche, rôtie, type expiratoire de la respiration. L'auscultation du poumon fait reconnaître une pneumonie assez étendue de la base droite. Saignée de 400 g. vésicatoires, julep, kermès, 0,20. pot. Todd.

8 *mars*. La pneumonie entre franchement en résolution, la fièvre a disparu.

30 *mars*. Rétention d'urine due à un rétrécissement de l'urèthre assez marqué qui ne permet de passer qu'une bougie très-fine.

2 *avril*. Grand frisson d'une demi-heure avec claquement de dents; temp. 39°,4, pendant le frisson. Rien dans la poitrine, langue sèche.

4 *avril*. Contracture du bras droit, fièvre; les traits du malade sont tirés; la mort arrive le 8 avril.

Autopsie. — Congestion du poumon sans hépatisation. Le ventricule gauche du cœur est hypertrophié; la valvule mitrale est indurée ainsi que les valvules sygmoïdes de l'aorte. La vessie est petite, les parois en sont considérablement hypertrophiées. La région membraneuse de l'urèthre est le siége d'un rétrécissement; pas d'hypertrophie de la prostate.

Le cerveau paraît diminué de volume; la dure-mère, en effet, est plissée, flasque, et n'est pas appliquée exactement sur la masse céphalique.

La partie moyenne de la première circonvolution frontale gauche est affaissée; la pie-mère présente un aspect blanchâtre à ce niveau et adhère intimement à la substance cérébrale qu'on enlève avec elle. La pulpe encéphalique n'y forme plus qu'une bouillie, s'étendant profondément jusqu'au corps calleux.

La lésion dépasse un peu la ligne médiane et intéresse légèrement la partie droite du corps calleux. La troisième circonvolution frontale gauche est intacte; sa partie postérieure, siége ordinaire du ramollissement dans l'aphasie, et le lobule de l'insula ne présentent aucune trace d'altération. Le lobule pariétal supérieur et le lobe occipital en partie sont affaissés; une coupe à ce niveau fait constater la présence d'un foyer séro-purulent dans le lobe occipital. La partie postérieure du corps calleux est ramollie et la lésion semble se continuer avec les parois du foyer que nous avons trouvé dans le lobe occipital. Signalons enfin un peu d'œdème cérébral et d'augmentation du liquide céphalo-rachidien; toutes les artères sont très-athéromateuses.

16. Anévrysme de la crosse de l'aorte et de l'aorte thoracique ouvert dans les bronches; par Alf. Jean, interne.

Le nommé Charron, Henri, fumiste, âgé de 58 ans, est entré à l'hôpital Temporaire, service de M. le Dr Dieulafoy, le 23 mars 1877.

Le malade a eu anciennement quelques hémoptysies peu abondantes; il a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a trois semaines. A cette époque, il se plaignit de points de côté très-violents à gauche de la poitrine; en même temps frissons intenses, répétés et crachement de sang à peu près pendant huit jours.

Il entre à l'hôpital le 23 mars. Aspect cachectique. Essoufflement, oppression très-grande. Pas de fièvre, (P. 92. Temp. 36,4); diminution des forces. Douleurs lombaires. Diminution des fonctions digestives. Toux opiniâtre, quinteuse, avec un peu d'expectoration blanchâtre. Percussion normale à droite. A gauche, matité absolue au sommet et en avant. En arrière, matité complète dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche; la percussion et même la palpation de cette partie de la poitrine sont extrêmement douloureuses. A l'auscultation on trouve en avant et à gauche un souffle tubaire ou de compression très-intense, sans râles. En arrière et à gauche, diminution du murmure vésiculaire, respiration un peu soufflante. Pas de râles. L'auscultation à droite est normale. Les vibrations thoraciques sont conservées des deux côtés. Pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone.

Le cœur n'est pas déplacé, pas de bruit de souffle cardiaque; les battements du cœur sont entendus très-nettement en arrière et à gauche dans toute l'étendue du poumon.

Les battements cardiaques se propagent aussi en arrière et à droite, mais moins forts. L'état reste à peu près stationnaire le 24 et 25. Le 26, le malade est plus oppressé, il tousse continuellement, l'expectoration devient plus abondante; primitivement muqueuse, elle devient purulente et est mélangée d'une grande quantité de sang. Ces crachats ne ressemblent en rien à ceux de la pneumonie. La température monte à 39°,3. La poitrine est bombée, globuleuse en avant. La première pièce du sternum est repoussée en avant, mais le malade prétend avoir toujours eu la poitrine conformée de la sorte. La percussion de la poitrine à gauche est encore plus douloureuse que les jours précédents. A l'auscultation: râles ronflants et sibilants des deux côtés de la poitrine. On n'entend plus le murmure vésiculaire à gauche. En avant le souffle tubaire a en partie disparu et est remplacé par des râles ronflants et sibilants.

Pas de souffle cardiaque. Toute la région précordiale est bombée; elle est repoussée en avant à chaque systole ventriculaire. On entend dans la poitrine un double centre de battements: l'un au niveau du deuxième espace intercostal droit, l'autre sous la clavicule gauche. Les deux pouls radiaux sont égaux, petits et isochrones. L'expectoration sanglante continue toute la journée. Diarrhée. Mort le 29.

Autopsie. — *Poumons*. Les poumons sont très-adhérents à la paroi thoracique. A l'ouverture de la trachée, on constate la présence d'un caillot cruorique dans son intérieur. Léger épanchement fibrineux en nappe à droite. Poumon droit emphysémateux, congestionné par places, principalement à la base, non tuberculeux. Les dernières ramifications bronchiques sont remplies d'écume sanguinolente. Le poumon gauche est uniformément dur dans toute sa hauteur, il présente à la coupe les lésions de la pneumonie au troisième degré. En pressant sur les bronches on en fait sortir un liquide purulent contenant une grande quantité de sang.

Le poumon gauche est refoulé par une énorme tumeur aortique, occupant toute la crosse de l'aorte et l'aorte thoracique entière. Le bord postérieur du poumon est creusé d'une gouttière pour recevoir cette énorme dilatation. Le cœur est sain, non hypertrophié. La valvule mitrale est normale. Pas d'insuffisance aortique. Les sigmoïdes de l'aorte sont normales, non athéromateuses; sur l'une d'elles on constate une petite végétation. Immédiatement au-dessus de ces valvules, l'aorte s'élargit et cette dilatation sacciforme s'étend jusqu'à son passage à travers le diaphragme. En ouvrant cette poche on trouve un caillot fibrineux stratifié, plus gros qu'un œuf, au niveau de la convexité de l'aorte, peu adhérent aux parois et permettant encore l'abord du sang dans les carotides et les sous-clavières. Plus bas on trouve un second caillot, aussi volumineux que le premier, très-adhérent à la partie de l'aorte en rapport avec la bronche gauche. Les parois de cette dernière ont été ulcérées et l'anévrysme s'est ouvert dans la bronche gauche à six centimètres au-dessous de la bifurcation de la trachée. En certains points, l'aorte est recouverte de caillots fibrineux stratifiés ayant plus d'un centimètre d'épaisseur; en d'autres, elle offre les lésions très-avancées de l'endartérite chronique. Les ganglions bronchiques sont hypertrophiés sans être toutefois très-volumineux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 juillet 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Després, à l'occasion du procès-verbal, demande à revenir sur l'opération de *blépharorraphie* dont M. Verneuil a donné communication à la Société dans la dernière séance. La méthode choisie par M. Verneuil convenait parfaitement au cas dont il s'agissait, attendu que l'ectropion était régulier et intéressait les deux paupières. Dans les cas où l'ectropion est irrégulier il est de beaucoup préférable de pratiquer la blépharoplastie.

M. Verneuil fait remarquer que ces observations ont été déjà faites par M. Panas dans la séance précédente. Il n'est pas de l'avis de MM. Panas et Després; la blépharorraphie peut être parfaitement appliquée à certains cas d'ectropions irréguliers. Des résultats excellents ont été obtenus par cette méthode, alors même que les deux paupières ne présentaient aucune symétrie.

M. Ledentu est d'avis que malgré la confiance qu'on peut accorder à la simple suture des paupières, il ne faut pas amoindrir l'importance et la grande utilité de l'autoplastie palpébrale. — A l'appui de cette manière de voir, M. Ledentu signale à la Société deux opérations de blépharoplastie qu'il a pratiquées, il y a peu de temps, l'une avec suture, l'autre sans suture. Dans l'un et l'autre cas le résultat obtenu a été fort satisfaisant, et la suture, dans l'une des deux opérations, ne parait avoir rien ajouté au succès que lui avait procuré l'autoplastie.

M. Verneuil, à l'occasion d'une communication faite par M. Anger, mercredi dernier, sur une opération de taille par le thermo-cautère, remit une note intitulée : du thermo-cautère dans l'opération de la lithotomie. M. Verneuil fait remarquer, qu'en effet, on ne fait pas plus la taille que la trachéotomie par le thermo-cautère. La section des téguments et des parties sous-jacentes par le thermocautère est simplement un temps préliminaire de l'opération. M. Verneuil a aussi pratiqué trois opérations dont il rend compte à la Société. Dans un de ces cas il s'agissait d'un malade fort gros dont le périnée présentait une grande épaisseur. Rien ne fut plus facile que d'arriver jusqu'à la région musculaire, exactement sur la ligne médiane. C'est un avantage du thermo-cautère sur le bistouri ; celui-ci, en effet, ne prévient pas l'effusion du sang, de telle sorte que, dans les parties profondes, il est souvent difficile de savoir où l'on opère.

Toutefois, il y a peut-être un léger inconvénient à se servir de cette méthode opératoire ; deux fois il est resté à la région périnéale une fistule, qui, dans un cas, a duré six semaines, et dans l'autre cas, trois mois.

M. Guyon. Comme vient de le dire M. Verneuil, il ne s'agit pas de *la taille par le thermo-cautère*, mais des *préliminaires* de la taille *par le thermo-cautère*. La question essentielle est celle des hémorrhagies. Eh bien, il n'y a à redouter, dans ces opérations, que les hémorrhagies secondaires. En effet, la section des tissus superficiels s'accompagne rarement d'écoulement sanguin. Dans les observations communiquées par M. Verneuil, il ne resterait donc, à l'actif du thermo-cautère que la facilité plus grande à arriver sur l'urethère membraneux.

Mais quel était le volume des calculs chez les malades de M. Anger et de M. Verneuil ? C'est là un point important à connaître, car, s'il ne s'est pas produit d'hémorrhagies des plexus prostatiques au moment de l'extraction des calculs, on ne peut pas l'attribuer au thermo-cautère.

M. Anger. Il s'agissait d'un calcul phosphatique qui s'est brisé entre les mors des tenettes ; mais il avait à peu près le volume des deux poings.

M. Verneuil. Dans le cas dont je viens de parler tout-à-l'heure, le calcul avait tout au plus deux centimètres et demi, à en juger par l'écartement des tenettes.

M. Guyon. Il résulte de ces renseignements, que les calculs étant fort petits, l'extraction a dû être facile, et les dangers d'hémorrhagies ne pouvaient exister. Il ne reste donc plus à déterminer que la valeur de cette manœuvre préliminaire pratiquée avec le thermo-cautère.

M. Tillaux donne connaissance d'une lettre adressée à la Société par M. le docteur Châtelain, de Marseille, pour savoir ce qu'il y aurait à faire dans le cas suivant : Un malade atteint d'hydrocèle est ponctionné le 26 mai dernier, et on lui fait une injection de teinture d'iode. Quinze jours après, la tumeur reparait, mais elle a perdu sa transparence, elle est moins fluctuante, et selon M. Châtelain, il se produit vraisemblablement un hématocèle.

M. Desprès est d'avis qu'il s'agit d'une piqûre du testicule et que l'on doit attendre, car tout peut se terminer par un hydrocèle simple.

M. Lannelongue. La non-transparence de la tumeur n'autorise pas à la faire considérer comme une tumeur sanguine. Les parois peuvent s'épaissir et rendre la transparence très-douteuse.

Quant à la conduite à tenir, M. Lannelongue souscrit à celle que conseillait M. Desprès.

M. Sée a soigné deux malades qui présentaient une grande analogie avec celui de M. Châtelain. Après deux ponctions suivies d'injections iodées, l'épanchement s'était produit ; en faisant une ponction capillaire, M. Sée constata que le liquide était légèrement teinté de sang. Il ne crut pas devoir injecter de nouveau de la teinture d'iode dans la tunique vaginale. Un drain, passé dans la tumeur, favorisa l'écoulement du liquide, et le malade obtint ainsi une guérison complète. G. B.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Du danger des médicaments actifs dans les cas de lésions rénales ; par M. le d^r Ch. Chauvet.

II. De la préparation du phosphure de zinc et de son emploi en thérapeutique ; par M. Vigier.

III. Traitement de la péritonite aiguë par les injections d'eau dans le péritoine ; par M. Netter (Nancy. Berger-Levrault).

IV. Du jaborandi dans les épanchements pleurétiques ; par le d^r Grasset.

V. De l'usage thérapeutique de l'acide salicylique et de la salicine ; par le d^r W. Douglas Hogg.

I. M. Chauvet, interne distingué de Lyon, a pris comme sujet de thèse un point fort intéressant de la pathologie du rein ; il s'agit de savoir en effet dans quelle mesure la lésion d'un des principaux organes d'élimination peut entraver l'action des médicaments, peut rendre dangereuse une dose dont un organisme sain se débarrasserait rapidement ; de nombreux accidents, qui ne reconnaissent d'autre cause qu'une dépuration imparfaite, peuvent survenir par l'emploi de préparations opiacées ou mercurielles, ainsi se trouvent expliquées quelques intoxications suraiguës survenant chez des sujets soumis à des doses excessivement faibles, supportées pendant des semaines par leurs voisins de salle, et qui chez les malades dont nous parlons suffisent à entraîner la mort, si l'examen des urines n'est venu révéler une néphrite presque latente et commander au médecin une réserve extrême dans l'emploi des médicaments actifs. Les observations qui servent de base à ce travail ont été prises à Bicêtre, dans le service du d^r Bouchard, qui possédait déjà nombre de documents relatifs à cette influence de l'intégrité rénale sur l'élimination rapide des principes toxiques. Plusieurs observateurs ont déjà signalé l'imperméabilité du rein à certaines odeurs, les cas les plus connus sont ceux de de Beauvais: il affirmait que le rein malade n'éliminait aucune substance odorante, c'était aller trop loin ; on verra par la lecture du travail de M. Chauvet que toutes les substances ne sont pas éliminées de la même façon, que telle néphrite par exemple n'empêche pas l'urine de prendre l'odeur de violettes après l'ingestion de térébenthine, que telle autre lésion rénale causera l'accumulation dans l'organisme d'une substance plutôt que d'une autre. Il existe du reste dans la science plusieurs observations très-intéressantes que M. Chauvet rappelle, entre autres celles de Tood, Dickinson, M. Charcot.

Les médicaments dont l'élimination a été étudiée dans ce travail sont : le sulfate de quinine, le bromure de potassium, l'iodure de potassium, le mercure, l'acide salicylique : le sulfate de quinine parait dans les urines 25 min. après l'ingestion et son élimination n'est complète qu'au bout de trois à quatre jours ; dans le cas d'altération rénale l'élimination se fait en très-petite quantité et peut durer huit jours : le bromure de potassium s'élimine chez un sujet sain pendant une vingtaine de jours, chez un des malades de M. Chauvet l'élimination a duré 30 jours ; l'iodure de potassium disparaît plus rapidement des urines, même dans le cas de sclérose rénale, mais cependant la durée de son élimination est un peu plus augmentée dans ce dernier cas. — Bien plus importante est l'étude de l'action du mercure, et les deux observations de M. Chauvet sont précieuses à ce point de vue; il s'agit de deux malades qui ont succombé l'un après trois frictions d'onguent napolitain, l'autre après une seule cautérisation au nitrate acide de mercure ; dans ces deux cas il y eut une vérification anatomique, on put retrouver le mercure dans le cerveau et dans les reins sclérosés. L'acide salicylique s'élimine par les urines au bout de quarante heures environ, comme nous l'avons essayé sur nous-même avec M. Chauvet ; son élimi-

nation a duré 6 jours chez un malade, et la dose employée (4 gr.) avait même causé des accidents toxiques.

Il y a donc un réel intérêt à connaître l'état des reins avant de prescrire les médicaments actifs, et l'on doit admettre avec M. Bouchard que les *maladies des reins rendent toxiques les médicaments actifs même administrés à petite dose*.

II. Au point de vue médical l'emploi du phosphure de zinc et surtout du phosphore tend à se répandre. C'est surtout à l'étranger que l'on a eu recours à ces médicaments dans certaines affections nerveuses ou mentales; le phosphure de zinc semble aussi plus actif que le phosphore prescrit sous forme d'huile phosphorée; il peut s'administrer à dose 8 fois plus fortes, 8 milligrammes de $Ph\,Zn^3$ équivalent comme médicament à 1 mill. de Ph. ce qui tient à ce que sous l'influence du suc gastrique il se forme de l'hypophosphite de zinc insoluble, dans la proportion de moitié du phosphure ingéré: Il est probable que l'on pourra par conséquent retirer de grands avantages de cette préparation nouvelle plus facile à manier et plus active que les médicaments phosphorés actuellement employés.

III. M. Netter est porté à employer l'eau dans le traitement de la péritonite aiguë, parce qu'il pense que les produits de la sécrétion péritonéale sont d'autant plus dangereux qu'ils sont moins dilués; aussi propose-t-il d'injecter de l'eau dans le péritoine ou d'employer tel autre moyen susceptible de causer une ascite artificielle; il rappelle que M. J. Guérin a déjà avancé cette méthode et que Herlin, chirurgien du siècle dernier, fit plusieurs expériences dans le même sens sur des animaux dont il remplissait la cavité abdominale de bile et dont il lavait ensuite les viscères à l'eau tiède; aucun des animaux mis en expérience ne mourut; c'est aussi ce que Nussbaum vient d'essayer, et il aurait eu des succès en drainant la cavité péritonéale après l'ovariotomie. C'est en se basant sur ce faisceau d'observations que M. Netter croit pouvoir proposer les injections d'eau et l'ouverture de la paroi abdominale dans le cas de péritonite puerpérale.

IV. Le travail de M. Grasset est basé sur cinq observations de pleurésie dans lesquelles le jaborandi a rendu de notables services, aussi M. Grasset croit-il pouvoir conclure: que le jaborandi est très-utile dans le traitement des épanchements pleurétiques, quelle que soit leur ancienneté et quelle que soit l'abondance du liquide; qu'il fait le plus souvent disparaître très-rapidement le liquide contenu dans la plèvre; mais que ces effets sont de courte durée, que souvent le liquide se reforme avec une grande rapidité; en insistant alors sur l'usage du jaborandi on parvient à faire disparaître le liquide en partie, mais le traitement doit toujours être complété par l'application de teinture d'Iode.

V. M. Hogg a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de l'acide salicylique, et fait une véritable monographie de ce produit nouveau en France mais employé depuis longtemps déjà à l'étranger. Dès 1838, Piria obtenait l'acide salicyleux qu'il retirait de l'essence de Reine des prés, mais la préparation industrielle de ce corps ne fut réalisée qu'en 1869 par Kolbe et Lautemann, qui retirèrent directement l'acide salicylique du phénol par l'action de l'acide carbonique; on trouvera dans le travail de M. Hogg une partie chimique fort intéressante traitant du mode de préparation et des propriétés des salicylates, dont l'emploi en médecine tend à remplacer celui de l'acide pur: l'acide salicylique jouissait d'une remarquable propriété, celle d'arrêter les fermentations, aussi son emploi thérapeutique était-il tout indiqué; Thiersch s'en servait dans le pansement de Lister, l'acide phénique étant trop caustique et imprégnant les vêtements de l'opérateur d'une odeur trop tenace.

Buss croyait en même temps découvrir à l'acide salicylique une propriété antipyrétique; c'est ce qui aujourd'hui semble au moins contestable: en tous cas de nombreux auteurs l'appliquaient au rhumatisme articulaire, et Maclagan essayait même de le remplacer par la salicine; il n'est presque pas de maladies où, à l'heure actuelle, on ne tente d'appliquer le nouveau médicament; de là une certaine confusion dans les appréciations que l'on a portées sur cet acide; aussi faut-il savoir gré à M. Hogg d'avoir, par un travail clair et précis, fait la part de ce qu'il y a de vrai dans la foule d'assertions contradictoires qui encombrent les publications médicales. L'acide salicylique agit sur l'organisme à la manière de la quinine. Il s'élimine de même par les urines et s'y dénote par la coloration violacée qu'y développe le perchlorure de fer *ajouté en excès*, car tant qu'il y a des phosphates non précipités dans l'urine la coloration caractéristique disparait, pour ne devenir fixe qu'ensuite (1); d'après M. Hogg et M. Gubler l'élimination de l'acide salicylique durerait quelquefois pendant une quinzaine; expérimentant à Bicêtre, M. Bouchard l'a toujours vu disparaître des urines après 65 heures (en ayant fait prendre 8 gr. de salicylate de soude en deux jours); M. Chauvet et moi ayant pris chacun 4 gr. de salicylate de soude n'en avons plus trouvé trace dans nos urines après 43 h. et 40 h., et la coloration violette n'était apparue que 25 minutes après l'ingestion de la première dose. Ces différences tiennent sans doute à l'état des reins des malades sur lesquels M. Hogg a expérimenté.

Pris à dose plus élevée l'acide salicylique devient toxique, c'est ce que Weber a vu pour 6 grammes d'acide, c'est ce que nous avons vu pour 4 gr. de salicylate de soude chez un malade de Bicêtre; il était tombé dans un état comateux très-inquiétant et ses urines ne contenaient que peu d'acide salicylique, puis, à mesure que le coma se dissipait, l'élimination s'établissait, et au bout de 6 jours il n'y avait plus trace du médicament dans les urines: il faut donc surveiller l'emploi de ce médicament. Nous renverrons le lecteur au travail si complet de M. Hogg pour les applications thérapeutiques et nous ne nous occuperons que du rhumatisme articulaire aigu, de la fièvre typhoïde, et de la diphthérie. Dans cette dernière affection son succès est incontestable et témoignerait peut-être en faveur de la théorie parasitaire de la diphthérie que soutiennent nombre de médecins étrangers; en France cependant on n'a eu de résultats bien nets que dans le cas de complications diphthériques cutanées, et l'on s'est mieux trouvé des insufflations de poudre d'acide salicylique que de l'ingestion du médicament (Th. Moizard). Dans le rhumatisme articulaire aigu on a successivement annoncé que l'acide salicylique abaissait la température, diminuait la douleur, empêchait les complications cardiaques: que la température se soit trouvée quelquefois abaissée, cela se peut, mais cela ne prouve pas que la durée de la fièvre rhumatismale ait été abrégée; la douleur est certainement calmée par l'administration des salicylates, et non-seulement la douleur dans les formes aiguës, mais aussi celle du rhumatisme chronique et celle des crises de l'ataxie locomotrice, comme M. Bouchard nous l'a souvent montré de la façon la plus évidente; la température s'abaisse alors non pas à cause de l'action antipyrétique de l'acide salicylique, mais bien à cause du repos du malade, dû aux propriétés sédatives du médicament. C'est ainsi que les salicylates agissent dans les névralgies et dans la migraine comme nous l'avons constaté sur nous-même: la question est bien moins claire quand il s'agit de savoir si les complications cardiaques sont moins fréquentes chez les rhumatisants soumis aux salicylates, nous n'entreprendrons pas de la résoudre, rappelons cependant que Brown a sur 100 cas constaté que la complication cardiaque manquait souvent (*Progrès médical* 9 1877):Dans la fièvre typhoïde on aurait eu de bons résultats en employant la médication salicylée; la température aurait été abaissée (Jaccoud) mais à fortes doses, et nous avons dit plus haut que ces doses étaient dangereuses chez certains malades:

Le travail de M. Hogg se termine par une étude pharmacologique pour laquelle il jouissait d'une compétence spéciale et par des observations et des courbes thermiques très-intéressantes. Si nous avons bien compris sa pensée, il n'accorderait pas une confiance exagérée à l'acide salicylique, mais lui reconnaîtrait surtout une action antiputride utile dans les pansements et autres applications chirurgicales, et le considérerait comme un bon médicament dans la diphthérie, la fièvre

(1) Signalons à propos de cette réaction l'erreur de M. C. Paul qui, précipitant l'urine par le perchlorure de fer n'avait en vue que de produire un dépôt d'épithélium; dans ce cas tous les phosphates sont précipités à l'état de phosphate de fer gélatineux.

typhoïde et le rhumatisme, sans pour cela accorder aux salicylates une valeur antépyrétique comparable à celle de la quinine.

La thèse de M. Hogg restera comme un travail consciencieux marquant bien l'état des connaissances actuelles sur l'acide salicylique; nous ne pouvons que le féliciter d'avoir éclairci un sujet sur lequel les matériaux ne manquaient pas plus que les assertions contradictoires. H. de BOYER.

BIBLIOGRAPHIE.

Etude sur la fièvre typhoïde à rechutes ; par Armand GUYARD, ex-interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique. V[e] Adr. Delahaye et C[ie], éditeurs.

Excellent travail, bien écrit et parfaitement exposé. On y trouvera des considérations importantes sur la pathologie générale et surtout une étude intéressante sur la pathogénie de la fièvre typhoïde. La thèse de M. Guyard est divisée en deux parties; dans la première, il s'attache à préciser la signification exacte du mot *rechute* dans la fièvre typhoïde et à distinguer la *rechute* de la *récidive* ; on y trouvera également l'historique de la question.

Dans la seconde partie, l'auteur fait l'étude pathogénique complète de la fièvre typhoïde à rechute; il résume, à cette occasion, la discussion soulevée à la Société médicale des hôpitaux par M. Lorain, en 1879. Il combat l'opinion du regretté professeur qui ne voit dans la rechute qu'une prompte récidive et celle de M. Hervieux qui parait confondre la dothiénenthérie, maladie infectieuse, avec un empoisonnement. Enfin, M. Guyard défend sa théorie de la rechute en soutenant avec MM. Bergeron, Dumontpallier, Hérard et Marotte, que la notion du temps intercalaire constitue presque à elle seule une différence réelle entre la rechute et la récidive.

Comment affirmer qu'un malade, atteint de fièvre typhoïde, est en convalescence? c'est au moyen d'un précieux élément de diagnostic que les travaux de notre ami Bourneville sur la fièvre typhoïde ont contribué à faire connaître, nous voulons parler de la température (1).

Si, après avoir éprouvé les variations thermométriques qu'on observe dans le cours de cette affection, un malade présente pendant un certain temps une température normale, c'est-à-dire 37°; on en conclura qu'il est en convalescence. C'est alors que peut se manifester la *rechute*, c'est-à-dire la reproduction des symptômes de la fièvre typhoïde; taches lenticulaires, adynamie, diarrhée. Si, au contraire, la convalescence est terminée, depuis longtemps, qu'il y ait manifestement retour à la santé et que les mêmes symptômes se reproduisent, il y aura alors récidive.

Nous devons reconnaître que le traitement de ces rechutes n'offre rien de particulier et que d'ailleurs elles se terminent presque toujours par la guérison. Toutefois, il y a là une question importante de diagnostic et de pronostic pour laquelle les praticiens consulteront avec avantage la thèse du D[r] Guyard.

D[r]. G. BOUTEILLIER.

VARIA

Concours à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

Les cours de la Faculté s'ouvriront au mois de novembre prochain. Il est donc utile de pourvoir au plus tôt, par le concours, aux diverses places de chefs de clinique, de prosecteurs, etc. Nous avons annoncé pour le 15 octobre les concours pour les places de chefs de clinique, nous annonçons aujourd'hui, pour le 15 octobre également, un concours pour l'adjuvat, et pour le 20 du même mois, un concours pour le prosectorat. Les dates respectives fixées pour ces deux derniers concours ont provoqué, parmi les intéressés, une critique qu'il suffira, croyons-nous, de soumettre à qui de droit, pour qu'il en soit tenu compte.

Les élèves en médecine ayant 12 inscriptions sont admis à concourir pour les places d'aides d'anatomie et de prosecteurs ; il eût été, dans la situation actuelle, plus logique de procéder en premier lieu à la nomination des prosecteurs, les candidats n'ayant pas réussi se seraient fait inscrire ensuite pour l'adjuvat. En agissant autrement, on s'expose à voir les aides d'anatomie nommés depuis deux jours, et peut-être 24 heures, concourir pour le prosectorat, et, en cas de succès, rendre nécessaire un nouveau concours. Convenons cependant que l'ordre adopté pour la succession de ces concours n'a d'autre inconvénient que d'apporter quelque retard dans la composition des cadres de l'enseignement.

Concours pour deux places d'aides d'anatomie. — Les épreuves consisteront en : 1° Une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Trois heures seront accordées aux candidats pour la rédaction de leur composition. Le mémoire sera lu par les candidats en séance publique. 2° Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. Quatre heures seront accordées pour cette préparation. 3° Une épreuve orale d'anatomie descriptive. 4° Une épreuve orale de physiologie.

La durée de chaque épreuve orale est fixée à vingt minutes après dix minutes de réflexion. Le concours commencera le lundi 15 octobre 1877. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté au moins quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture du concours. Sont admis à concourir tous les étudiants en médecine. La durée des fonctions est de deux années. Le traitement qui y est attaché est de mille francs par an. Pour le concours de 1877, le premier des candidats nommés le sera pour une durée de deux ans, et le second pour une durée d'une année seulement.

Les ancêtres de M. le Président de la République.

Le *XIX[e] Siècle* a découvert les curiosités suivantes relatives à la famille Mac-Mahon : On lit dans le *Dictionnaire des Athées* anciens et modernes de Sylvain Maréchal, supplément par Delalande, page 72 :

« MAC-MAHON, médecin de l'Ecole militaire, était chez M. Jefferson, où l'on niait l'existence des athées. Cet homme de six pieds se leva et dit tout haut : C'est moi ! »

Il est à croire que ce Jean Mac-Mahon n'avait pas pour devise : *Sic nos, sic sacra tuemur*. Il était l'ami de Voltaire, le médecin de Franklin, et on l'eût bien étonné si on lui avait dit qu'un de ses petits-neveux serait le fils aîné de l'Eglise. Il n'eut qu'un fils, nommé Patrice, docteur en médecine comme lui, et bibliothécaire de la Faculté de Paris. Le grand-père du maréchal duc de Magenta se nommait Jean-Baptiste ; il fut reçu docteur à Reims, le 4 août 1739 et partit en 1742 pour Autun, où il fit une rapide fortune.

Dans le procès des héritiers du duc de Grammont-Caderousse contre le docteur Declat, M. l'avocat général Oscar de Vallée raconta l'anecdote suivante, que l'*Union médicale* a reproduite dans son numéro du 23 mars 1867 ;

« ... A Autun, vivaient trois vieillards de grande naissance ; ils appelèrent près d'eux un médecin dont le nom est encore aujourd'hui noblement porté; il s'appelait Mac-Mahon. Bientôt, ce médecin devint leur ami, et au cours des soins qu'ils en recevaient, ils lui firent épouser une de leurs parentes... A la date du mariage, le docteur Mac-Mahon n'était plus, il est vrai, leur médecin exclusif. Il avait épousé la parente de ses malades, vint demeurer près d'eux et en reçut un jour une donation de 2,500,000 fr. L'acte fut passé par devant M[e] Changarnier, notaire (sourires). Oui, et plus tard, le petit-fils du docteur, le maréchal Mac-Mahon, et le petit-fils du notaire, le général Changarnier se retrouvèrent compagnons d'armes en Afrique. La donation fut attaquée par les héritiers, les Lamartinière. On parla de captation, et le ministère public d'alors insistait pour la condamnation de Mac-Mahon. Il s'agissait, dit-il, de réparer un grand scandale par un grand exemple ; les mœurs nationales étaient en danger, et si le captateur triomphait, c'en était fait des mœurs nationales. Le captateur triompha par un arrêt solennel et... ajoute M. l'avocat général, c'est peut-être à cette heureuse circonstance que nous devons de ne pas avoir perdu la bataille de Magenta. »

Le docteur Achille Chéreau, de l'Académie de médecine, a publié le 15 juillet 1875, dans le *Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie* une intéressante notice intitulée : le *Docteur Jean Mac-Mahon*.

Population en Suède.

Le gouvernement suédois vient de publier une statistique de la population en Suède. En 1800, le chiffre de la population s'élevait à 2,347,308 personnes des deux sexes ; en 1825, à 2,711,252 ; en 1850, à 3,482,541 ; au commencement de 1876, elle atteignait 4,383,291 habitants.

La population de la Norvège, qui était, en 1801, de 883,038 habitants, s'est élevée, à la fin de 1875, à 1,817,237 habitants, ce qui donne une augmentation de 105.8 0/0 pendant les soixante-quatorze dernières années. Le chiffre total de la population des deux royaumes réunis dépasse maintenant 6 millions. (*Journal officiel.*)

Société protectrice de l'Enfance de Lyon.

Cette société met au concours la question suivante pour le prix à décerner en 1878 : *Des vers intestinaux comme cause de maladies chez les enfants.* — Etablir les cas où cette clause existe et où elle exerce une influence réelle sur la santé de l'enfant. Insister sur le préjugé qui consiste à attribuer à cette cause la plupart des troubles et des accidents que l'on observe dans le premier et dans le deuxième âge. Chercher à détruire ce préjugé en se fondant sur des preuves accessibles à toutes les classes de la société.

La Société protectrice de l'Enfance de Lyon décernera une Médaille d'or, dans la séance publique de janvier ou février 1878, au meilleur mémoire inédit qui lui sera envoyé sur ce sujet. Les mémoires devront être

(1) *Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde*, Paris, Delahaye 1873.

adressés *franco* avant le 1er décembre 1877, à M. le docteur Fonteret, secrétaire général, place des Célestins, 7. Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus. La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même le mémoire couronné, à ses frais.

Deuxième question mise au concours pour un prix à décerner en 1879. — De l'influence qu'ont exercée et que pourront exercer les Sociétés protectrices de l'Enfance sur la mortalité des enfants, sur la législation et sur la famille. En raison de l'importance de cette question, un prix exceptionnel de 500 francs sera décerné par la Société, dans la séance publique de janvier ou février 1879, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet. Le délai pour l'envoi des mémoires à M. le Secrétaire général est prorogé jusqu'au 1er décembre 1878 exclusivement.

Enseignement libre.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Pinard ont commencé le 15 juillet un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° Anatomie, physiologie et grossesse ; 2° Eutocie ; 3° Dystocie ; 4° Exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cours de technique microscopique. — M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie des cliniques, commencera un nouveau cours, le mardi 1er août, à quatre heures dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure de faire toutes les manipulations micrographiques qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de midi à une heure.

NOUVELLES

Faculté de médecine. — Par décret en date du 27 juin 1877, M. Guyon, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de pathologie chirurgicale à ladite Faculté.

Faculté de médecine. — Les vacances de l'Ecole de médecine s'ouvriront, cette année, le 8 août, et la rentrée aura lieu, comme à l'ordinaire, dans les premiers jours de novembre.

Faculté de médecine. — *Avis* : MM. les étudiants sont prévenus que le stage sera exigé pour la neuvième inscription.

Avis. — *Cours libres de l'Ecole pratique.* Le doyen a l'honneur de prier MM. les docteurs en médecine qui désirent faire des cours libres à l'Ecole pratique pendant le premier semestre de l'année scolaire 1877-1878 de vouloir bien faire parvenir *leur demande avant le 15 juillet prochain.* Les demandes après avoir été soumises à l'assemblée de MM. les professeurs seront remises à M. le Ministre à qui il appartient d'accorder les autorisations nécessaires.

Avis. — MM. les étudiants sont priés de déposer au secrétariat leur feuille d'inscription, la veille du jour où ils doivent prendre l'inscription.

Concours du clinicat. — *Juges :* MM. G. Sée, Hardy, Chauffard, Jaccoud, Peter. — *Candidats* : MM. Barié, Bourceret, Landouzy, Muselier, Pitres et Raymond. — La première épreuve a eu lieu le 17 juillet.

Herborisation. — M. Bureau, professeur au muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation les 23 et 24 juillet 1877 à l'embouchure de la Somme (dunes de Saint-Quentin, Saint-Valery et Houdel.)

Départ le dimanche 22 juillet à la gare du Nord par le train de quatre heures du soir.

Nécrologie. — M. le docteur J. Pigeaux, de Paris, fut, après de bril-

lantes études, reçu docteur en 1832. On lui doit un ouvrage en deux volumes, fort estimé et intitulé : *Pathologie du système circulatoire* (Labbé. 1843). C'était l'un des membres les plus distingués de la Société d'horticulture ; il faisait partie de son bureau.

Jurisprudence médicale. — *Pharmacien; contravention.* — Un pharmacien qui ne suit pas à la lettre les prescriptions d'une ordonnance de médecin, et qui remplace certaines substances par d'autres, encourt une responsabilité pénale. Un pharmacien de Lille fut surpris, par un des inspecteurs, dans la préparation d'une ordonnance qui prescrivait, pour une personne malade de la poitrine, du lait de phosphate de chaux et d'écorce d'orange amère. Manquant dans son officine des deux substances prescrites, il les remplaça par de l'huile de foie de morue, du quinquina et du sirop anti-scorbutique. Le tribunal l'a condamné à 50 fr. d'amende et a ordonné l'insertion du jugement dans trois journaux. (*Le Temps.*)

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

Viallet (L.). — Etude sur la profession médicale et sur quelques questions d'économie charitable, suivies de l'histoire des établissements et des institutions qui existaient à Rhodes. Paris, 1876, in-8 de 113 pages. — Prix : 2 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital du Midi. — 1re Division. Service de M. Simonet. — Salle I : 15, ecthyma syphilitique ; 20, testicules syphilitiques.— Salle III : 12, orchite à droite ; 17, chancre induré balano-préputial; 25, abcès de l'épididyme. — Salle IV : 3, syphilide papulo-squammeuse ; 9, testicule syphilitique-gomme ; 10, chancre gangréneux ; 12, végétation. — Salle V : 2, hématocèle de la tunique vaginale.

2e Division. Service de M. Mauriac. — Salle VI : 1, orchite ; 4, orchi-funiculite. — Salle VIII : 2, syphilide pustulo-crustacée ; 3, perforation du voile du palais ; 12, phimosis gangréneux ; 14, roséole syphilitique.

3e Division. Service de M. Horteloup. — Salle IX : 3, bubon incisé, symptomatique de chancre syphilitique ; 24, plaques muqueuses de l'isthme du gosier et des cordes vocales supérieures. — Salle X : 1, blennorrhagie, épididymite ; 3, chancre syphilitique de la racine de la verge ; 13, blennorrhagie-paraphimosis incisé. — Salle XI : 10, syphilide papulo-croûteuse nummulaire sur la nuque ; 13, syphilide pustulo-ulcéreuse sur le scrotum, angine ulcéreuse ; 15, chancre infectant du frein sur le prépuce, ulcération d'origine lymphatique. — Salle XII : 2, amputation de la verge ; 3, uréthrotomie externe ; 15, amputation de la verge.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 30. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 28 JUILLET 1877.

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE.

COLLÈGE DE FRANCE. — **M. RANVIER.**

Quinzième Leçon (1),

Recueillie par le docteur J. RENAUT.

SOMMAIRE. — I. Le temps perdu d'un muscle ordinaire est exagéré par la fatigue. Il est amoindri, dans le muscle fatigué, lorsqu'on augmente l'intensité de l'excitation. — II. Etude myographique des muscles rouges. Ils contiennent une plus grande proportion de parties élastiques que les muscles blancs. — Dans le muscle rouge, fixé tétanisé-tendu, les disques épais ne sont pas plus hauts que les minces, la striation paraît simple. Nouvelle discussion, à propos de la théorie de Merkel. — Courbes des secousses et des tétanos des muscles rouges ; elles indiquent : 1° Une contraction lente, régulière, soutenue ; 2° une décontraction progressive. — Etude du temps perdu du muscle rouge. — L'amplitude des tétanos n'est point proportionnelle à celle des secousses isolées : le muscle épuisé au point de vue des secousses peut encore être tétanisé. Etude des muscles mixtes ; frais, ils agissent comme des muscles blancs, fatigués, comme des muscles rouges. — III. Usage des muscles rouges comme équilibrateurs des mouvements. Ils sont ordinairement les congénères des muscles pâles, c'est-à-dire à contraction brusque et rapide. — (14 mars 1876.)

Messieurs,

Nous avons étudié, dans la dernière leçon, les modifications amenées, par la fatigue, dans l'amplitude et la durée des secousses isolées et des tétanos électriques des muscles ordinaires. Nous avons, en effet, opéré sur les muscles blancs du lapin et sur ceux de la grenouille ; il n'a été nullement question des muscles rouges. Vous avez vu que la fatigue diminue, au fur et à mesure qu'elle se manifeste, la contractilité du muscle exploré, dont l'élasticité n'est point modifiée et demeure entière. Abstraction faite de l'amplitude, qui dépend uniquement de la contractilité, la déformation subie par la courbe de contraction d'un muscle blanc fatigué est donc ainsi uniquement due à l'action de plus en plus prépondérante de l'élasticité dans le mouvement complexe qui engendre le graphique inscrit sur le cylindre enregistreur. Nous avons pu prévoir *à priori*, d'autre part, que l'influence de l'élasticité, si on la suppose variable, doit se faire sentir sur le temps perdu du muscle. En d'autres termes, si notre raisonnement est exact, et si, dans le muscle fatigué, le rôle des parties élastiques s'exagère, le *temps perdu* par ce muscle, c'est-à-dire le retard du début de sa contraction sur le début de l'excitation électrique, doit être lui-même exagéré par la fatigue. C'est en effet ce que l'on observe nettement sur les muscles gastrocnémiens de la grenouille. L'un d'eux est excité sur l'animal vivant, disposé sur le petit myographe, et excité ensuite à l'aide d'un appareil d'induction. Le début de l'excitation est inscrit sur le tracé en A, par un trait vertical. (*Fig.* 47). Le début de la contraction est donné par l'intersection en B, de la ligne des abscisses avec la courbe de contraction qui s'élève au-dessus d'elle. Dans ces conditions et sur un muscle frais, AB mesuré à l'aide d'une règle divisée, représente graphiquement la durée du retard compté sur l'axe des temps xx'. Soit AB = 9 millim. cette durée. Fatiguons maintenant ce même muscle gastrocnémien par une série de secousses rapprochées, et cherchons de nouveau son temps perdu. La vitesse de rotation du cylindre enregistreur étant restée la même, et les dimensions du système formé par le muscle, le myographe, et le style écrivant n'ayant point non plus varié. Ce style parcourt la même distance, sur les deux axes des abscisses dans l'unité de temps. Pour comparer le nouveau retard A' B' au retard AB il suffira de mesurer le premier sur x, x', et d'exprimer sa longueur en millimètres. Soit A' B' = 12 mm., cette longueur ; nous voyons ainsi que le retard du muscle frais et celui du muscle fatigué sont dans le rapport de :

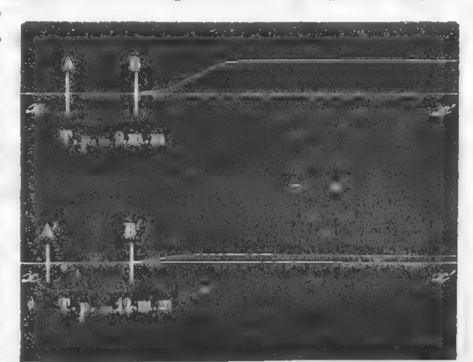


Fig. 47. — AB. Retard du muscle de grenouille frais. A'B' Retard de ce même muscle fatigué (la vitesse du cylindre reste la même.

$$\frac{AB}{A'\,B'} = \frac{9}{12} = \frac{3}{4}$$

Conformément à la théorie, le temps perdu d'un muscle fatigué est manifestement plus grand que celui d'un muscle frais. La vérification se peut faire de la même manière sur le muscle blanc du lapin, et le résultat est identique. L'on peut voir par les tracés suivants (*Fig. 48 et 49*), pris de la même manière que je viens de dire, que le rapport du temps perdu par le muscle frais et par le muscle fatigué est :

$$\frac{AB}{A'\,B'} = \frac{3}{14,5}$$

Ou que, sensiblement, le retard du muscle fatigué est cinq fois plus considérable que celui du muscle frais. L'intensité du courant, je dois le dire, exerce sur la longueur du temps perdu une influence manifeste. Un muscle blanc de lapin fatigué, par exemple, subit avant de se contracter un retard mesuré sur l'axe des temps par 16 millimètres. Rapprochons les deux bobines de manière à augmenter considérablement la force du courant ; le temps perdu sera mesuré seulement par une longueur de 4 millimètres. Ce dernier résultat s'explique aussi facilement que tous les autres dans la théorie que je vous ai proposée. Vous savez, en effet, que le temps perdu n'augmente, dans un muscle fatigué, que parce que l'élasticité y prédomine sur la contractilité affaiblie. Mais réveillons cette contractilité par une excitation très-intense, elle reprend alors toute son énergie, lutte contre les effets de l'élasticité, et le temps perdu se trouve nécessairement amoindri, puisque les parties élastiques jouent, à ce moment, un rôle moins considérable dans le fonctionnement du système. Ce que je viens de dire pourrait aussi s'exprimer sous cette forme plus saisissante, qu'en excitant un muscle fatigué, à l'aide d'un courant plus fort, on lui restitue sa force de contraction, et l'on en refait artificiellement et pour un instant un muscle frais.

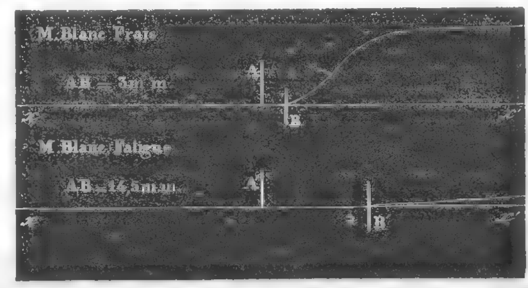


Fig. 48. — Augmentation du temps perdu d'un muscle blanc sous l'influence de la fatigue.

Je vais examiner maintenant en détail les différences fondamentales existant entre les muscles rouges et les mus-

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44, de 1876 ; nos 1, 2, 7, 9, 20, 21, 22, 23, 24, 26 et 28 de 1877.

cles pâles, et rechercher comment ces différences modifient leur mode respectif de fonctionnement.

Le demi-tendineux du lapin est découvert sur l'animal vivant, il apparaît avec sa coloration rosée tranchant avec les muscles pâles qui l'environnent. La masse musculaire est mise et maintenue dans un état d'extension convenable, et nous y pratiquons une injection interstitielle d'acide osmique à 1 p. 200. L'extension exacte est ici nécessaire car les muscles rouges sont très-rétractiles, et, sous peine d'avoir des faisceaux primitifs artificiellement élargis par la rétraction, il est nécessaire de ne les fixer dans leur forme qu'après les avoir exactement tendus. Mais quand on a pris cette précaution, le diamètre des faisceaux primitifs du muscle rouge, comparé à celui des faisceaux primitifs d'un muscle blanc tel que le grand adducteur, est sensiblement égal à celui de ce dernier muscle. Au point de vue de leurs dimensions, les fibres du muscle rouge et du muscle blanc offrent donc dans leur ensemble des figures semblables, mais si l'on entre dans les détails il n'en est plus ainsi et des différences surgissent. Et tout d'abord, la coloration des muscles rouges, sous l'influence de l'acide osmique, est plus intense que celle des muscles blancs ; elle est brune un *peu foncée* au lieu d'être d'un jaune brunâtre. Ce premier fait permet de penser d'abord que les faisceaux primitifs des muscles rouges contiennent une plus forte proportion de graisse que ceux des muscles blancs. On s'en assure en examinant ces faisceaux à l'aide d'un objectif à grand angle d'ouverture ; on voit alors qu'ils sont parcourus, dans le sens de leur longueur, par des traînées de granulations graisseuses colorées en bistre par l'osmium, et situées dans l'intervalle des cylindres primitifs de Leydig qui constituent, par leur réunion, le faisceau primitif entier. De plus, si l'on mesure le nombre des disques épais et des disques minces, sur une même longueur, l'on reconnaît que dans le faisceau primitif appartenant au muscle rouge, on en trouve six, par exemple, dans cette longueur tandis qu'on en rencontre sept sur le faisceau primitif du muscle blanc. Inversement, les dimensions des disques sombres sont identiques dans les deux fibres. On doit conclure de là que la hauteur des disques minces et des espaces clairs qui les traversent est plus considérable dans les muscles rouges que dans les pâles ; qu'en un mot ces parties non contractiles prennent une plus grande part à la constitution de la substance musculaire et y occupent plus de place sur une même longueur. Ces premières observations sont encore corroborées par l'examen comparatif d'un muscle rouge tétanisé tendu fixé par l'osmium, et d'un muscle pâle traité de la même façon. La striation de ce dernier est simplement modifiée, comme nous l'avons dit plus haut, en ce sens que les disques épais ont diminué de hauteur, qu'ils sont séparés les uns des autres par des espaces interfibrillaires agrandis, et que les bandes claires qui les unissent dans le sens longitudinal sont plus apparentes ; mais, dans le muscle rouge, fixé tétanisé tendu, l'on ne voit plus que des stries obscures et claires, de même hauteur à très-peu près, alternant les unes avec les autres. Si, sur une longueur donnée, prise sur l'un de ces faisceaux primitifs simplement tendus, l'on avait par exemple compté six disques épais et six disques minces, on trouvera, sur cette même longueur, dans le muscle fixé tendu, douze disques sombres, de hauteur à peu près égale.

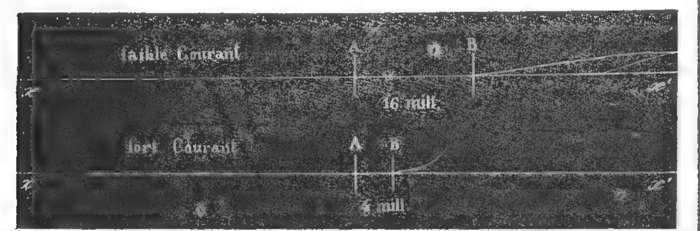


Fig. 49. — Diminution du temps perdu du muscle blanc quand on augmente l'intensité du courant.

Mais si l'on examine bien, on verra qu'alternativement, ces disques identiques en apparence sont, l'un un disque épais, l'autre un disque mince, et ainsi de suite. De telle sorte que l'on arrive à cette conclusion : 1° Que, dans le muscle rouge, les disques minces ont une hauteur beaucoup plus considérable que dans les muscles pâles.

2° Que les disques épais d'un muscle rouge, en diminuant de hauteur par la contraction, arrivent à n'avoir plus que celle des disques minces avec lesquels ils alternent ; de telle sorte que dans un pareil muscle tétanisé tendu, toutes les parties anisotropes ont les mêmes dimensions dans le sens longitudinal ; celles des disques épais égalant celles des disques minces.

Cette apparence ne peut nullement servir, je dois le faire remarquer en passant, à étayer la théorie dite de l'*Inversion* de la striation musculaire.

Vous vous souvenez que, dans cette théorie, au moment où se produit la contraction, les deux moitiés du disque épais, séparées par la strie intermédiaire, se disjoignent et se portent vers le disque mince qui est au dessus et au-dessous. Merkel suppose alors que le demi-disque épais qui est au-dessus du disque mince, et le demi-disque épais qui est au-dessous, s'accolent à son niveau, le masquant, et produisant par leur réunion une bande sombre unique. La même chose se passant au niveau de chacun des disques minces successifs, on reconnaît facilement (et l'inspection de la (*Fig. 50*) l'indique de suite), que si l'inversion est véritablement produite au moment de la contraction, le nombre des disques anisotropes qui marquent la striation transversale doit être, pour une même longueur, prise sur un muscle au repos et un muscle contracté, exactement diminué de moitié (1). Or, nous venons de voir qu'il n'en est pas ainsi. Le nombre des bandes sombres reste constant, leur hauteur seule varie. C'est dire, en d'autres termes, que la théorie de Merkel, ici comme partout ailleurs, du reste, est inapplicable à l'explication des phénomènes observés.

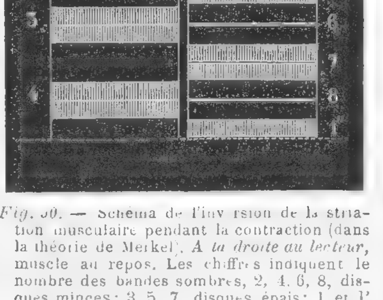


Fig. 50. — Schéma de l'inversion de la striation musculaire pendant la contraction (dans la théorie de Merkel). *A la droite du lecteur*, muscle au repos. Les chiffres indiquent le nombre des bandes sombres, 2, 4, 6, 8, disques minces ; 3, 5, 7, disques épais ; 1 et 1' les deux moitiés d'un disque épais. — *A la gauche du lecteur*, muscle contracté. Le nombre des bandes sombres a diminué de moitié.

Etudions maintenant la contraction des muscles rouges à l'aide de la méthode graphique. Et tout d'abord je dois vous rappeler que, d'après les prévisions de notre théorie, ces muscles étant abondamment pourvus de parties élastiques, doivent donner dans tous les cas une courbe de contraction notablement influencée par l'élasticité, c'est-à-dire qu'elle doit être à la fois plus longue, et précédée d'un temps perdu plus considérable. C'est ce que l'on observe en effet; pour une même amplitude, les secousses musculaires sont beaucoup plus allongées suivant l'axe des temps dans les muscles rouges que dans les muscles blancs. Il semble que l'énergie initiale de la contraction brusque soit transformée par la force élastique qui, après avoir emmagasiné, comme un volant, la force vive engendrée par la contractilité, la restitue ensuite lentement et régulièrement par une sorte de distribution uniforme. Il en résulte une forme allongée en arcade de la courbe de la secousse musculaire isolée. Les différences d'amplitude entre la secousse de clôture et celle de

(1) Le raisonnement qui précède suppose connu ce fait, que nous avons démontré, à savoir que la strie de Hensen n'est point une strie, mais une bande claire ; autrement, c'est-à-dire si la strie intermédiaire était une véritable strie sombre, elle serait démasquée par l'écartement des deux moitiés du disque épais ; il y en aurait une de découverte pour chaque disque et le nombre des bandes sombres resterait le même dans le muscle au repos et le muscle contracté.

rupture, bien qu'elles existent, sont en outre beaucoup moins accusées que dans les muscles pâles.

Mais ce qui montre surtout que dans les muscles rouges l'élasticité musculaire joue, au moment de la contraction, un rôle prédominant, c'est l'étude du temps perdu éprouvé par ces muscles. Tandis, en effet, que ce temps perdu est mesuré par trois millimètres, sur l'axe des temps, pour l'un des muscles blancs de la cuisse du lapin, le temps perdu du demi tendineux, pris sur le même animal, est par exemple, toutes choses égales d'ailleurs, mesuré par 27 millimètres. Il est donc, par rapport à celui qu'éprouve le muscle blanc, dans la proportion de $\frac{9}{1}$, c'est-à-dire, beaucoup plus considérable, comme l'avait prévu la théorie.

La fatigue et le refroidissement, agissant seuls ou combinés, font subir aux secousses des muscles rouges des modifications analogues à celles éprouvées par les secousses des muscles blancs mis dans les mêmes conditions. Mais le muscle rouge cesse de donner des secousses isolées beaucoup plus vite que le blanc. Au bout de dix à douze secousses de rupture et de clôture, l'amplitude, après avoir rapidement décru, devient absolument nulle, et la contraction ne s'inscrit plus.

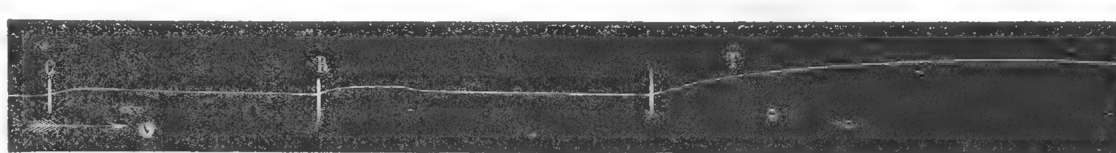


Fig. 51. — Courbes de contraction d'un muscle rouge du lapin. — C, Secousse de clôture. — R, Secousse de rupture. — T, Tétanos.

Ce fait s'explique encore très-bien par l'élasticité considérable du muscle. Cette dernière possède, en effet, une action si considérable que, dès le début, et sur un muscle frais, elle déforme la courbe de contraction en l'étalant le long de l'axe des temps. Cette action s'exagère naturellement à mesure que la contraction s'affaiblit, et bientôt la courbe de contraction se confond avec la ligne des abscisses, vers laquelle elle est ramenée par l'élasticité, qui agit ici, nous l'avons vu, comme une force continue. En un mot, la réaction de la contractilité est alors rapidement annulée, et comme cachée par l'intensité de l'élasticité musculaire.

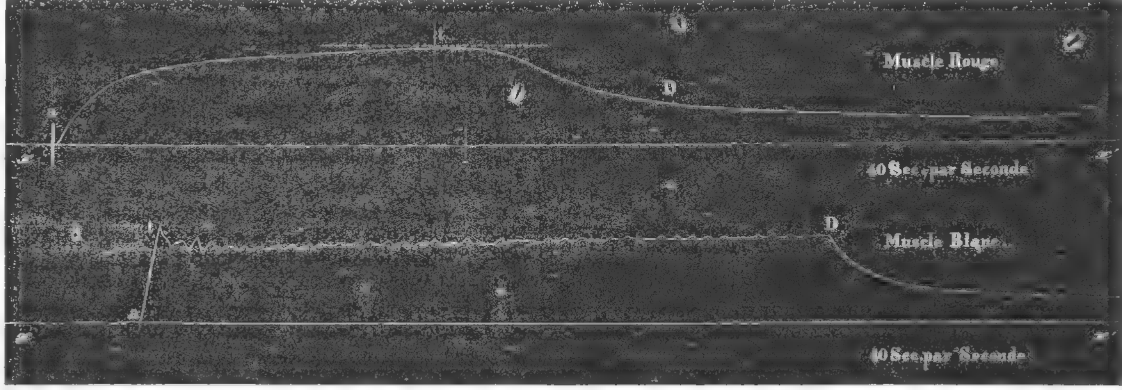


Fig. 52. — Tétanos du muscle rouge et du muscle pâle produits par un même nombre de secousses. — x x', axe des temps, — *a*, début, — *t*, sommet du tétanos. — D, décontraction.

Mais quand bien même cette contractilité a semblé disparaître et qu'elle ne s'inscrit plus, elle agit cependant, et lorsque le muscle rouge semble totalement épuisé, il suffit d'augmenter légèrement le nombre des secousses dans l'unité de temps, pour produire un tétanos qui présente une forme absolument caractéristique.

Comparons, en effet, la courbe du tétanos électrique du muscle blanc à celle du muscle rouge ; l'ascension du tétanos du muscle blanc est rectiligne, pendant toute sa durée le muscle reste dans un état tonique constant, ce qui se traduit par un plateau plus ou moins long parallèle à l'axe des abscisses. *Enfin, la décontraction* (D) *débute toujours et souvent s'achève brusquement.* Dans le muscle rouge, au contraire, le tétanos présente une ascension courbe; le muscle arrive lentement à l'état tonique comme si sa contractilité était sans cesse sollicitée par une force de signe contraire. Le sommet du tétanos (*t*) est placé très-loin de son origine, et ne peut être déterminé qu'à l'aide du tracé d'une tangente; enfin, la décontraction (D) est longue, soutenue, comme étalée le long de l'axe des temps. Ici encore l'influence de l'élasticité musculaire est de toute évidence (*Fig. 51*). (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Pneumonie lobaire chronique et pneumonies récurrentes ;

Par **P. OULMONT**, interne des hôpitaux.

La pneumonie chronique a été considérée de tout temps comme une affection rare. Chomel n'en a rencontré que deux cas en seize années, pendant lesquelles il a pratiqué plus de 3.000 autopsies (*Dict. de Médecine,* art. *Pneumonie*). Grisolle (*Traité de la Pneumonie*), n'en a vu que six cas en vingt-cinq ans. M. Charcot (Thèse d'agrégation sur la *Pneum. chronique*) estime qu'on trouverait difficilement plus de dix à douze observations réunissant toutes les garanties désirables. Cependant la pneumonie chronique, et nous ne parlons ici que de la variété consécutive à une pneumonie lobaire aiguë, n'est pas tellement rare qu'on ne puisse avoir parfois l'occasion de la rencontrer. Nous verrons même tout-à-l'heure qu'elle doit exister assez fréquemment inaperçue, cachée, quelquefois plus ou moins profondément au milieu du parenchyme pulmonaire, et que sa présence permet d'expliquer un point peu connu encore de l'histoire des pneumonies aiguës, les pneumonies récurrentes.

La pneumonie lobaire, on le sait depuis *Grisolle*, se résout fréquemment avec lenteur. Sur 104 malades dont il parle, 37 présentaient encore, du vingtième au cinquante-cinquième jour, des signes stéthoscopiques plus ou moins accusés d'exsudats pneumoniques.

M. Charcot cite dans sa thèse (p. 34), plusieurs faits du même genre, deux empruntés à la thèse de M. *Raymond,* un autre publié par M. *Rayer* dans la *Gazette médicale* de 1848, et, enfin, deux observés par M. *Aran* et M. *Hérard.*

Dans certains cas, cette résolution lente, au lieu de conduire à une terminaison heureuse, aboutit à une modification indélébile de la trame pulmonaire, à la pneumonie interstitielle dont la marche sera subaiguë ou chronique.

La forme subaiguë est bien connue, depuis que M. Charcot a fixé, dans sa thèse d'agrégation, la symptomatologie et l'anatomie pathologique de la maladie. Pneumonie franche, lobaire, à marche classique, à courbe thermique régulière, terminée vers le huitième jour par une brusque défervescence. Persistance des signes locaux après la chute

de la fièvre. Apparition au bout d'un certain temps de fièvre hectique, d'escharres multiples; puis mort au bout d'une période qui varie de quarante jours à plusieurs mois. A l'autopsie, on constate au siége de la pneumonie, une *induration rouge* ou *ardoisée*, suivant l'ancienneté du début. Dans l'induration rouge, le tissu pulmonaire est rouge, compact, dur, mais plus friable qu'à l'état normal; sur une coupe, les granulations pneumoniques apparaissent encore, mais plus petites que dans l'état aigu. Le microscope révèle un épaississement des parois alvéolaires, qui sont le siége d'une néoplasie embryonnaire, tandis que les cavités alvéolaires contiennent des éléments en voie de métamorphose graisseuse. Dans l'induration ardoisée, le tissu des poumons est transformé en une masse fibreuse, enveloppée, d'une coque pleurale épaisse, lorsque le noyau est superficiel. Les granulations ont disparu, *les bronches ne sont pas dilatées*. Les alvéoles, en grande partie effacées, contiennent encore quelques cellules épithéliales pavimenteuses. Des lignes blanches indiquent les travées que forme le tissu interlobulaire épaissi. Enfin, dans les formes anciennes, il existe un certain *degré d'atrophie* du poumon, mais toujours moins marqué que dans la bronchopneumonie chronique.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer dans nos salles, une malade dont l'histoire répond en tous points d'une façon frappante à cette description de la pneumonie lobaire chronique.

OBSERVATION I. — *Pneumonie lobaire du lobe inférieur du poumon gauche. — Défervescence au huitième jour. — Persistance des accidents locaux. — Eschares. — Fièvre hectique. — Mort au bout de quarante jours. — Induration rouge du poumon.*

Pic..., 71 ans, entrée le 24 mars 1877 à l'infirmerie des Incurables (service de M. CHARCOT).

Entrée à la Salpêtrière en 1840 pour des métrorrhagies tenant à un corps fibreux de l'utérus. Celles-ci ont cessé depuis la ménopause. Bonne santé; la malade va travailler tous les jours au magasin central. On ne peut savoir si elle a eu des pneumonies antérieurement.

18 *mars*. — Sensation de malaise et de froid. Céphalalgie légère. Ni frissons, ni vomissements, ni points de côté. La malade va, comme à l'ordinaire, à son travail.

Le 19. — Toux légère; il y a eu quelques crachats qu'elle n'a pas conservés. La malade, fatiguée, garde le lit. Anorexie, bouche mauvaise, pas d'oppression.

Nous sommes appelés le 23 seulement près de la malade. Figure pâle, un peu jaunâtre. Abattement et somnolence. Langue humide et nette. Respiration libre et calme. Pas de points de côté. Peau chaude. Pouls régulier, 90. Rien au cœur. Matité dans toute la moitié inférieure du poumon gauche, en arrière. Dans la même étendue, jusqu'à la pointe de l'omoplate et jusque sous l'aisselle, râles crépitants fins, très-nombreux. Souffle tubaire en un point très-limité, près du rachis, sous la pointe de l'omoplate. Ni toux, ni crachats.

La malade gâte depuis le 19. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. — Vésicatoire. Pot. Rhum 15 g. Teint. Digitale.

24. — Même état local. Abattement plus grand. Langue sèche. Ni toux, ni crachats. Pas de délire. — T. R. mat. 39°; soir, 39°, 1.

25. — T. R. mat. 38°, 7; soir, 39°.

26. — T. R. mat. 37°, 2; soir, 35°, 3.

Changement considérable dans l'état général. Langue humide. Un peu de gaité. La malade demande à manger. On entend toujours dans la moitié inférieure du poumon gauche du souffle et des râles crépitants fins. — Pot. Digitale supprimée.

27. — L'amélioration persiste. La malade mange un peu, parle de se lever. — T. R. mat. 37°, 7; soir, 38°.

28. — T. R. mat. 37°; soir, 38°, 2.

29. — T. R. mat. 37°, 3; soir, 38°.

L'état général se soutient ainsi, pendant une dizaine de jours, mais sans faire de progrès. Un peu d'appétit, de sommeil, pas de fièvre; mais les forces ne reviennent pas, et la malade continue à garder le lit. Les signes stéthoscopiques persistent sans modification.

Vers le 15 *avril*, l'état général se met à baisser rapidement. Appétit nul, totalement supprimé; somnolence continuelle. Peau chaude et sèche. Des phlyctènes apparaissent en grand nombre sur les fesses, et sur les points des membres inférieurs qui sont en contact avec les draps.

L'état du poumon gauche n'a pas varié; seulement le souffle est moins rude, et en partie couvert par des râles crépitants et sous-crépitants fins.

23. — T. R. matin, 38°, 5; soir 38°, 6.

24. — T. R. matin, 38°, 3; soir, 39°, 1.

25. — T. R. matin, 39°, 1; soir, 39°, 2.

26. — T. R. matin, 38°, 6; soir, 39°, 2.

27. — T. R. matin, 39°, 1; soir, 39°, 5.

28. — T. R. matin, 39°, 3; soir, 39°, 3.

29. — T. R. matin, 39°, 4; soir, 39°, 5.

Du 23 au 30, les phlyctènes font place à des eschares multiples qui s'étendent rapidement. Adynamie profonde. Langue sèche et fuligineuse. Mort le 30 avril.

AUTOPSIE. Le cerveau est sain. Les reins, le foie, la rate n'offrent rien de particulier. Au cœur, bourrelet athéromateux sur le bord libre de la valvule mitrale.

Plèvres saines, sauf dans la moitié inférieure gauche, où existent quelques adhérences récentes et faciles à déchirer.

Poumons : droit. Emphysème marqué du bord antérieur et du supérieur. — *Gauche.* Emphysème disséminé le long du bord antérieur. Tout le lobe inférieur est transformé en un bloc compact d'hépatisation rouge, dur, et cependant plus friable que le tissu environnant. Il laisse suinter à la coupe un liquide sanguinolent, non aéré. L'aspect granuleux est encore visible, mais généralement très-peu marqué. Un morceau de ce poumon plonge immédiatement au fond de l'eau.

A l'*examen microscopique*, les espaces interlobulaires sont élargis au triple de leur diamètre normal. Les alvéoles, manifestement resserrés, sont séparés par des travées épaisses, dans lesquelles on voit quelques cellules fusiformes et de nombreuses cellules embryonnaires. Les cavités alvéolaires sont tapissées encore en quelques points par leur épithélium; elles contiennent quelques cellules pavimenteuses, des cristaux aciculés, isolés ou groupés en forme de rayons, des cellules granulo graisseuses, dont quelques-unes contiennent ces mêmes cristaux.

Cette induration pulmonaire, rouge ou ardoisée, n'est pas toujours accompagnée, dans son évolution, de symptômes généraux. A la forme subaiguë, dont nous venons de citer un exemple, qui s'entoure d'un appareil symptômatique particulier, mais qu'on a rarement occasion d'observer, il faut opposer une forme chronique, celle-ci probablement beaucoup plus fréquente, qui évolue silencieusement, sans réaction apparente de l'organisme. Rien n'appelle l'attention du côté de la poitrine; le malade se plaint parfois d'un peu de toux et d'oppression; souvent aussi l'affection reste latente. Les signes stéthoscopiques seuls révèlent à une oreille attentive la modification du tissu pulmonaire : c'est ordinairement une respiration rude et soufflante avec quelques râles sous crépitants, en un point limité du poumon. Mais ces signes, il faut les chercher, et l'on comprend même qu'ils ne soient pas perceptibles, si le noyau d'induration est petit, profondément caché dans la masse du tissu sain. Or, ces foyers latents sont sans doute beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense; ils restent ignorés parce qu'on ne les recherche pas, ou qu'on ne peut les entendre, et c'est peut-être à eux qu'il faut rattacher un caractère curieux et peu remarqué encore des pneumonies aiguës, la récurrence.

Les pneumonies récurrentes ne sont pas rares. Si on ne les a pas notées plus fréquemment, cela tient aux difficultés d'une observation continue. A l'hôpital, les malades réclament, pour une affection aiguë, les soins du médecin; celle-ci guérie, ils disparaissent sans plus jamais donner signe de

vie, et viennent rarement pour les récidives qu'ils peuvent avoir une ou deux années plus tard. A la ville, les choses se passent souvent de même. Dans les deux cas, si l'on veut reconstituer l'histoire des malades, leur mémoire infidèle est souvent d'un bien faible secours. Malgré tous ces obstacles, le nombre des pneumonies récurrentes relevées par les divers auteurs atteints un total imposant. Grisolle (1) en tenant compte seulement des observations rigoureuses, constate que sur 175 malades atteints de pneumonies lobaires aiguës, 74 ont présenté déjà des pneumonies antérieures. Sur ces 54 sujets, plus d'un tiers est atteint pour la 3e, 4e, 5e, 7e ou 8e fois.

Le docteur West (2), sur 78 cas de pneumonie franche observés chez les enfants de 1 à 6 ans, note 31 récidives. Sur ces 31 malades, 21 ont eu une pneumonie antérieure; 4 en ont eu 2; 2 en ont eu 4; enfin 4 en ont eu un nombre plus grand, mais déterminé. Ziemssen (3), sur 201 cas, également observés chez des enfants, relève dans 19 cas l'existence de pneumonies antérieures. Sur ces 19 malades, 14 en ont eu 2; 3 en ont eu 3; 2 en ont eu 4. Andral constate chez un sujet 16 pneumonies en 11 ans (4); Chomel (5), 10 pneumonies chez un autre; Franck (6) voit un malade chez lequel la pneumonie se renouvelle pour la onzième fois; Rust (7) parle d'un Allemand habitant Philadelphie, qui aurait été 28 fois atteint de pneumonie. Enfin, M. Charcot a observé, à la Salpétrière, plusieurs cas de ce genre; deux vieilles femmes, entre autres, dont l'une est morte à sa 8e pneumonie, l'autre à sa 4e, et dont il a pu recueillir l'histoire dans toute son étendue.

Non-seulement certains sujets sont atteints d'attaques réitérées de pneumonie, mais encore ces pneumonies récurrentes affectent habituellement le poumon, le lobe même primitivement atteint. Grisolle l'a déjà remarqué; « sur 35 malades, dit-il, chez lesquels il a pu préciser le côté de la poitrine occupé par les attaques antérieures, 25 fois la pneumonie sévissait toujours sur le même poumon. » Ziemssen le constate également chez un enfant qu'il a pu observer avec la même précision. Sur 5 attaques, 4 fois la pneumonie occupait le lobe inférieur gauche; une fois le lobe supérieur droit. Chez les deux malades de M. Charcot, dont nous avons déjà parlé, les conditions spéciales dans lesquelles se trouvent les pensionnaires de la Salpétrière, ont permis de suivre toute la série des attaques pneumoniques à travers une période de plusieurs années; aussi leur histoire que nous résumons sous forme de tableau offre-t-elle le plus haut intérêt.

1° *Coudraux*, 76 ans.

		Poumon gauche (lobe inférieur)	Poumon droit (lobe supérieur).
1861	Janvier.	1re attaque.	
	Mai.	2e —	
1864	Janvier.	3e —	
	Mai.	4e —	
1865	Janvier.	5e —	
	Avril.	6e —	
1867	Janvier.	7e —	
	Mars.	....	8e attaque.

Attaques peu intenses, mais typiques de pneumonie aiguë. Résolution de plus en plus lente, à mesure que les attaques se répètent. Dans l'intervalle qui les sépare, persistent une partie moyenne du poumon gauche, une respiration rude et des râles sous-crépitants. Pas d'autres symptômes qu'un peu de toux et d'oppression.

A l'autopsie, induration rouge et ardoisée, avec adhérences pleurales anciennes, du lobe inférieur du poumon gauche. Hépatisation grise récente du lobe supérieur du poumon droit.

(1) *Traité de la pneumonie*, p. 108.
(2) *Reynold's Syst. of Medicine.* Wilson Fox, p. 612.
(3) *Reynold's Syst. of Medicine.* Wilson Fox, p. 612.
(4) *Clin. méd.* III. 371.
(5) *Dict. méd.* Vol. XVII, p. 214.
(6) *Interpret. clinic.*, p. 96.
(7) *Cyclop. of. pract. med.*, t. III, p. 406.

2° *Vien*, 81 ans.

	Poumon droit (sommet).	Poumon gauche (sommet).
1863 Novembre.	1re attaque.	
1864 Novembre.	2e —	
1865 Décembre.	....	3e attaque.
1866 Décembre.	4e —	

Les attaques suivent toutes une marche régulière. Les courbes thermiques sont typiques.

Dans l'intervalle des attaques, persistent à leur siége du souffle et des râles sous-crépitants. Pas de symptômes fonctionnels. La dernière pneumonie est compliquée d'une pleurésie droite enkystée, qui amène la mort.

A L'AUTOPSIE, induration ardoisée du sommet du poumon droit. Induration fibreuse du sommet du poumon gauche; on n'a pu savoir s'il y avait eu antérieurement des pneumonies de ce côté.

Ces deux cas fournissent des renseignements très-intéressants sur l'histoire des pneumonies récurrentes. Chaque attaque est un type de pneumonie franche, peu intense dans certains cas, mais toujours régulière. L'espace de temps qui les sépare semble soumis à certaines lois. Grisolle avait déjà remarqué dans les faits qu'il a rassemblés une marche générale à peu près uniforme. Les intervalles étaient en moyenne de 3 à 5 ans entre les attaques successives de pneumonie; de plus, ils étaient habituellement d'autant plus courts, que les récidives devenaient plus fréquentes. Chez les deux malades de M. Charcot, il existe dans le retour des attaques successives une périodicité vraiment étonnante. Les intervalles sont réguliers, les époques toujours les mêmes; dans un cas l'hiver et le printemps, dans l'autre, l'hiver de chaque année Il y a là une analogie frappante avec la marche d'une maladie constitutionnelle, à manifestations aiguës périodiques, le rhumatisme articulaire, par exemple.

Mais ce qui constitue surtout l'intérêt de ces deux malades, c'est que, chez chacune d'elles, dans l'intervalle des épisodes aigus, persiste une altération du parenchyme pulmonaire, induration rouge ou ardoisée constatée par l'autopsie et que l'auscultation seule peut révéler pendant la vie; c'est qu'autour de ce noyau même de pneumonie chronique, viennent se former les attaques aiguës successives. Ce noyau a dû vraisemblement exister aussi dans tous les cas où les récidives se sont formées successivement dans un même foyer; les difficultés d'observation que nous avons déjà signalées, l'absence de réaction générale, qui n'attire pas l'attention du côté de l'auscultation du poumon, ont sans doute empêché de le constater.

Dans tous les cas, chez nos deux malades, ce noyau d'induration a joué certainement un rôle, on ne peut douter. C'est à sa présence, sans doute, qu'il faut rapporter la localisation en un point constant de l'affection inflammatoire. Maintenant, son rôle est-il plus considérable? Est-il l'épine, qui, par sa seule présence, produit autour d'elle une inflammation? C'est peu probable; car il faudrait admettre alors que la pneumonie est une inflammation vulgaire, analogue à ce phelgmon que produit un corps étranger dans le tissu cellulaire. L'induration chronique est plutôt la cause prédisposante. La pneumonie lobaire est une maladie toujours semblable à elle-même, qu'aucun irritant artificiel ne peut reproduire; à cours bien défini, c'est quelque chose de spécial, peut-être une maladie constitutionnelle comme le rhumatisme articulaire; l'induration sert sans doute d'appel à ses manifestations successives.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Le nouvel Hôtel-Dieu.

La lettre suivante vient d'être adressée à M. le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique.

Paris, 24 juillet 1877.

Monsieur le Directeur,

Les internes en médecine de l'Hôtel-Dieu ont l'honneur d'attirer votre attention sur les locaux qui leur sont affectés dans le nouvel Hôtel-Dieu. (Salle de garde, bibliothèque, chambre de garde).

La situation de ces locaux au rez-de-chaussée, entre la cour de service et le couloir qui dessert tout l'hôpital, leur séparation en deux parties par le seul corridor qui fasse communiquer la cour d'honneur et la cour de service, L'ABSENCE COMPLÈTE DE FENÊTRES, l'humidité et le défaut de lumière, en font un logement insalubre, surtout pour des internes destinés à y passer la majeure partie de leur temps.

Les soussignés ont été frappés du luxe et de la somptuosité des bureaux et appartements destinés aux moindres employés de l'administration, ce qui forme un contraste d'autant plus blessant que le rôle des internes dans l'hôpital est plus essentiel.

Ils espèrent en conséquence, M. le Directeur-général, que vous voudrez bien prendre leur protestation en considération et leur faire donner un local qui réunisse mieux les conditions les plus élémentaires de l'hygiène.

Les soussignés, M. le Directeur, vous prient d'agréer l'assurance de leurs sentiments les plus respectueux.

(Suivent les signatures.)

L'Administration s'empressera, espérons-le, de réparer les erreurs de l'architecte en faisant droit à la juste réclamation qui précède.

Les réservistes, internes des hôpitaux.

A plusieurs reprises, les années passées, le *Progrès médical* a attiré l'attention des autorités compétentes sur la situation des médecins et des internes des hôpitaux qui, par leur âge, appartiennent à la réserve. Jusqu'ici la question n'a pas été complètement tranchée; il y a eu tout simplement des accommodements. En attendant que cette situation soit réglée d'une façon définitive, les internes des hôpitaux de Paris ont pensé utile de s'informer auprès de l'administration et de se concerter. En conséquence, ils ont rédigé une pétition au sujet de laquelle nous avons reçu la communication suivante que nous nous faisons un plaisir d'insérer.

Avis aux internes réservistes.

Les internes titulaires et provisoires, *réservistes de la classe de* 1870, sont instamment priés de venir donner leur signature à la pétition adressée à M. le Directeur général de l'Assistance publique. Cette pétition est déposée à la salle de garde de la Pitié. Elle sera irrévocablement envoyée le jeudi 2 août 1877.

Nous ne saurions trop engager les retardataires à aller signer cette pétition ou à envoyer leur adhésion à la salle de garde de la Pitié. La négligence de quelques-uns des intéressés ne pourrait que compromettre la tâche entreprise par la généralité. Il est grand temps que tous les citoyens se préoccupent sérieusement de leurs propres affaires.

Nous profitons de cette occasion pour répéter que jamais les internes n'ont songé à se faire dispenser du service militaire, mais qu'ils demandent seulement à être assimilés aux docteurs en médecine, assimilation à laquelle les concours qu'ils ont subis et les services qu'ils rendent journellement leur donnent un droit incontestable.

Il serait enfin à désirer que l'on examinât s'il n'y aurait pas lieu de profiter des 28 jours du service pour organiser des *cours de chirurgie des armées* dans les grands centres, où les médecins pourraient être mis au courant de tout ce qu'ils auraient à faire dans le cas où les circonstances exigeraient leur appel sous les drapeaux.

Le déménagement de l'ancien Hôtel-Dieu.

Lorsque ce numéro paraîtra, le déménagement du vieil hôpital de la Cité sera commencé; des lits seront installés dans le nouvel Hôtel Dieu, des malades y seront reçus. Nous verrons prochainement quelle est la situation de ce palais où se sont follement engloutis tant de millions, et si l'on n'a pas procédé un peu hâtivement à son installation. Pour le moment, nous nous contenterons de quelques remarques au sujet du transport du vieux mobilier du vieil Hôtel-Dieu.

On nous assure que la plus grande partie de ce mobilier est ou va être placée dans le nouvel Hôtel-Dieu. C'est là une mesure grave au point de vue de l'hygiène. Car si toutes les précautions qu'exige la plus vulgaire prudence ne sont pas prises, il est à craindre que le nouvel hôpital ne devienne promptement la source d'accidents infectieux.

Les lits en fer, nous dit-on, sont lavés simplement avec de l'eau et repeints ; les sommiers également en fer sont-ils nettoyés avec soin? nous ne savons. Tous les matelas, tous les oreillers, etc., sont-ils cardés de nouveau, désinfectés ? Le déménagement à grande vitesse que l'on est en train d'opérer nous autorise à en douter. Les tables de nuit, les chaises, les armoires, etc., etc., sont-elles sérieusement nettoyées? Tous les vieux meubles de la communauté ont-ils subi un lessivage convenable? En un mot, a-t-on pris toutes les mesures recommandées par les lois les plus élémentaires de l'hygiène pour ne pas transporter dans le nouvel Hôtel-Dieu toutes les punaises, tous les miasmes accumulés dans l'ancien ? C'est ce que nous n'oserions affirmer. Dans tous les cas, nous ne pensons pas que les médecins aient été consultés sur la marche à suivre. Nous possédons un comité d'hygiène et de salubrité publique, deux Sociétés qui se sont donné pour but l'étude pratique de l'hygiène, il est à désirer que le déménagement de l'ancien Hôtel-Dieu soit, de leur part, l'objet d'un examen attentif. Nous souhaitons vivement que cet examen soit favorable à l'administration de l'Assistance publique parce que, alors, nous aurions l'espoir que, pendant quelque temps au moins, le nouvel Hôtel-Dieu pourrait être habité sans danger.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 *juillet* 1877.—PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. BOCHEFONTAINE donne à la société les résultats d'expériences faites sur l'action physiologique du verspernum? plante employée au Brésil comme fébrifuge. Son alcaloïde paralyse le système nerveux central, détruit les propriétés excito-motrices de la moelle.

M. BOCHEFONTAINE a pu également s'assurer par la voie

expérimentale que le bromure de zinc a la même action que le bromure de potassium.

M. Charcot a employé ce nouveau médicament dans l'épilepsie : il paraît avoir une certaine efficaccité.

M. Charcot communique les résultats des recherches anatomo-pathologiques qu'il a entreprises à propos de son cours sur la tuberculose pulmonaire à l'Ecole de Médecine. On sait que la doctrine uniciste de Laennec a été combattue par Reinhardt et Virchow qui ont opposé les processus caséeux aux processus tuberculeux, et ont singulièrement restreint la part du tubercule dans les lésions de la phthisie pulmonaire. C'est la pneumonie caséeuse aiguë qui est devenue en quelque sorte le rempart de la doctrine dualiste. Symptomatiquement, en effet, elle ressemble à la pneumonie vulgaire au début, et si, ultérieurement, elle aboutit à la phthisie et a une terminaison funeste, c'est, dit Virchow, parce que les produits de l'inflammation ont subi une dégénération caséeuse, à laquelle la tuberculose reste étrangère. Or, M. Charcot conclut de ses recherches que la pneumonie caséeuse est toujours tuberculeuse, car on y trouve tous les attributs du tubercule.

Voici, en effet, la composition du tubercule élémentaire : en allant du centre à la périphérie on trouve d'abord une masse de protoplasma aux noyaux périphériques (*cellule géante*), puis une zone dans laquelle les éléments cellulaires sont encore volumineux (*zone des grosses cellules*), enfin, une *zone de petites cellules*. Nulle part, il n'y a de vaisseaux qui permettent le cours du sang. Le tubercule peut subir une dégénération caséeuse allant toujours du centre à la périphérie, et révélée par une coloration jaunâtre toute particulière, qui se montre au début dans la cellule géante.

L'agglomération tuberculeuse est composée d'une série de tubercules agrégés et réunis par une zone commune ; c'est sous cette forme qu'on rencontre le tubercule dans le poumon à l'état de granulation installée pour ainsi dire dans la trame pulmonaire, entre les fibres élastiques.

Ceci posé, et ces faits sont universellement admis, que voit-on dans la pneumonie caséeuse, en prenant les points les moins altérés, où l'étude est plus facile? A un faible grossissement, on distingue la bronche à laquelle est accolée une artériole formant en quelque sorte le centre d'un *îlot* de substance pathologique. Entre ces îlots est une masse de coloration différente. Or, ces îlots ne sont autre chose qu'une agglomération tuberculeuse, car on y trouve tous les éléments du tubercule. On peut, en effet, y distinguer deux portions, centrale et périphérique : la première, formée par une masse jaunâtre, transparente, renfermant des fibres élastiques ; la seconde, par des cellules embryonnaires, rangées en cercle autour de cellules géantes. C'est dans la substance intermédiaire à ces îlots que se trouvent les produits de l'inflammation vulgaire, ayant subi, non la caséification, mais la dégénération graisseuse ou granulo-graisseuse. Ainsi, avec MM. Thaon, Grancher, Renaut, Wilson Fox, M. Charcot admet que la pneumonie caséeuse est tuberculeuse; il ne croit pas qu'il existe des lésions phthisiogènes en dehors du tubercule ; il revient donc à la doctrine uniciste de Laennec.

M. Malassez présente quelques considérations sur des points de détails qu'il relève dans cette communication. Il croit que le tubercule le plus simple ne renferme pas de cellules géantes et n'est formé que par une série d'éléments embryonnaires. D'autre part, il a rencontré ces cellules géantes dans des tumeurs non tuberculeuses, dans certains fibro-sarcômes par exemple.

M. Charcot accepte cette manière de voir : s'il a décrit un tubercule avec des caractères de luxe pour ainsi dire, pour prouver que tous se retrouvent dans la soi-disant pneumonie caséeuse, c'est pour rendre sa démonstration plus complète. Quant aux cellules géantes, il en admet l'existence dans des tumeurs non tuberculeuses ; mais, en ce qui concerne le poumon, lorsqu'il ne s'agit pas de ces tumeurs angioplastiques décrites par M. Malassez, la présence des cellules dans la pneumonie caséeuse est une preuve de la nature tuberculeuse de cette affection.

L. Dreyfus-Brisac.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juillet 1877. — Présidence de M. Bouley.

M. Edouard Fournié, médecin à l'Institut des Sourds-Muets, lit la première partie d'un mémoire : Sur la fonction-langage et sur la pensée. — Dans les préliminaires de ce travail, l'auteur répudie l'intromission des systèmes philosophiques dans les études physiologiques, et il démontre que la méthode psychologique, reposant simplement sur la manière de sentir de chacun, est un instrument faux et incomplet entre les mains des philosophes, lorsqu'ils prétendent faire, sous le nom de psychologie, la physiologie du cerveau. Cependant, comme la détermination des éléments psychiques est le préambule obligé de toute étude sur le cerveau, M. Fournié reconnaît la nécessité de l'emploi de la méthode psychologique, à la condition qu'on s'en servira de concert avec l'anatomie pathologique, avec l'expérimentation, et sous la direction de l'analyse physiologique.

Après ces préliminaires, M. Fournié examine, au point de vue critique, la doctrine régnante touchant la localisation de la parole dans la troisième circonvolution gauche du lobe frontal. Cette doctrine, comme chacun sait, est celle de MM. Bouillaud et Broca. L'auteur accepte tous les faits d'anatomie pathologique sur lesquels la doctrine repose, mais il se propose de prouver que ces faits ne disent pas ce qu'on a prétendu leur faire dire : 1° l'analyse physiologique des mouvements intelligents, dont la parole est le type le plus élevé, nous enseigne que, dans l'exécution de ces mouvements, il entre, comme éléments nécessaires, des phénomènes de sensibilité, de mémoire, soumis à l'action du jugement de la volonté, et des phénomènes de mouvement dirigés par un sens spécial : la vue ou l'ouïe. Or, il est impossible d'admettre que toutes ces activités, que l'on trouve d'ailleurs dans tout fonctionnement cérébral, soient localisées dans la troisième circonvolution du lobe frontal gauche. — 2° L'anatomie nous enseigne que, sur tous les points de son étendue, le système nerveux est soumis aux lois de la symétrie organique et, par conséquent, aux lois de la symétrie fonctionnelle.

La perte de la parole par la lésion d'un seul côté du cerveau ne prouve pas que la parole soit localisée dans ce côté ; elle prouve que les deux côtés sont absolument indispensables à la formation de la parole. A l'appui de cette opinion, M. Fournié démontre que, si les phénomènes de sensibilité et de mémoire peuvent se suppléer dans les deux hémisphères, il n'en est pas de même des phénomènes excito-moteurs qui, des deux côtés, ont un rôle analogue, mais distinct quant au siége du résultat obtenu. Pour compléter ces démonstrations, M. Fournié soumet la formation du mot à une analyse des plus délicates ; il le considère d'abord comme phénomène sensible, ensuite comme phénomène de mouvement, et il termine par les conclusions suivantes : 1° les conditions matérielles de la parole, considérée comme phénomènes sensibles, se trouvent dans les deux hémisphères.

2° Les conditions matérielles de la parole, considérée comme phénomène de mouvement, se trouvent indispensablement dans les deux côtés du cerveau.

3° Contrairement à l'opinion de MM. Broca et Bouillaud, il n'est pas possible d'admettre que les conditions matérielles de la parole se trouvent localisées dans la troisième circonvolution du lobe frontal gauche, malgré l'exactitude et l'authenticité des faits d'anatomie pathologique sur lesquels cette manière de voir est établie.

Suite de la discussion sur l'acide salicylique et les salicylates.

M. Oulmont appelle l'attention de l'Académie sur une propriété de l'acide salicylique et des salicylates que M. Sée aurait peut-être un peu trop méconnue. C'est la propriété antifébrile, antipyrétique ; cette propriété n'a encore qu'une importance pratique assez restreinte, mais au point de vue physiologique, elle est extrêmement curieuse. M. Oulmont a employé la médication salicylée dans un grand nombre d'affections fébriles, notamment la fièvre typhoïde, la phthisie, le rhumatisme articulaire aigu.

M. Oulmont espère avoir démontré que l'acide salicylique et les salicylates donnés à doses massives, déterminent, dans

un espace de temps très-court, de 2 à 4 heures, une chute du pouls de 10 à 20 pulsations et même davantage, ainsi qu'un abaissement dans la température qui peut, depuis cinq dixièmes de degré aller jusqu'à deux et même trois degrés. M. Oulmont termine sa communication par la lecture d'une lettre que vient de lui adresser M. Immermann; cette lettre qui a trait à l'emploi du salicylate de soude dans les affections fébriles, se résume dans les deux conclusions suivantes, dont la première est absolument partagée par M. Oulmont et dont la seconde ne sera pas répudiée par M. Sée : 1° Le salicylate de soude est un remède anti-pyrétique très-efficace dans les diverses maladies aiguës fébriles ; 2° il est d'un effet spécifique dans le rhumatisme aigu.

M. Guéneau de Mussy a employé depuis deux ans l'acide salicylique et les salicylates alcalins dans diverses maladies, en particulier dans le rhumatisme articulaire fébrile. Presque constamment, dans les trois jours qui suivaient l'administration du médicament, il a constaté une diminution des douleurs, un abaissement de la température et un ralentissement du pouls. Les symptômes morbides s'apaisaient graduellement dans un temps relativement court. M. Guéneau de Mussy n'a jamais observé de sidérations du rhumatisme ni de ces rechutes sur lesquelles a récemment insisté M. Hérard. — Il commençait par 3 ou 4 grammes, s'élevait graduellement à 6, très-exceptionnellement à 8 dans les vingt-quatre heures.

M. Jaccoud apporte vingt-et-un cas de rhumatisme articulaire dans lesquels il a expérimenté la médication salicylée.

L'étude de ces 21 faits, conduit M. Jaccoud à former les conclusions suivantes :

I. Dans le rhumatisme articulaire fébrile, dégagé de toute complication, le salicylate de soude, à la dose de 8 à 12 grammes par 24 heures, est le moyen thérapeutique le plus puissant que nous possédions aujourd'hui ; il guérit plus rapidement qu'aucun autre.

II. Quoique son action soit parfois assez prompte pour amener la guérison dans un intervalle de 2 à 4 jours, il n'est pas possible d'assigner au traitement une durée uniforme de 3 jours. Il serait même imprudent de le faire, car les déceptions qui suivraient certainement l'adoption d'une telle loi, auraient pour effet de compromettre un médicament qui, dans les cas indiqués, mérite une entière confiance.

III. Le salicylate de soude ne prévient pas les complications cardiaques pulmonaires et cérébrales du rhumatisme aigu.

IV. Lorsque ces complications existent avant l'intervention du médicament, il n'a aucune action sur elles.

V. Malgré ses propriétés antipyrétiques, le salicylate de soude n'empêche pas l'ascension thermique qui révèle le développement des complications viscérales au cours de la médication déja instituée.

VI. Dans le rhumatisme fébrile à complications très-légères on peut encore employer le salicylate de soude pour bénéficier de ses effets antipyrétiques et analgésiants, mais il convient, pour ne rien compromettre, d'adjoindre à ce traitement l'usage des révulsifs et parfois des stimulants.

VII. Dans le rhumatisme fébrile à complications sérieuses il n'y a pas à compter sur le salicylate de soude et il importe de recourir à d'autres médications.

Enfin, M. Jaccoud a employé également le salicylate de soude dans deux cas de rhumatisme chronique vulgaire à localisations multiples ; les effets ont été nuls et, par suite, ne concordent pas avec les résultats rapportés dans les observations de M. G. Sée.

La séance est levée à cinq heures. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 13 *avril* 1877. — Présidence de M. Charcot.

13. Ramollissement jaune d'une partie limitée de la surface externe de l'hémisphère droit du cerveau; par le Dr R. Lépine.

P... âgée de 50 ans, entrée le 30 janvier à l'hôpital Temporaire (service de M. Lépine). Cette femme dont les parents paraissent être morts phthisiques, réglée à 19 ans seulement a toujours toussé, surtout les hivers; depuis deux ans, la toux a augmenté (quelques hémoptysies) ; elle a beaucoup maigri, et depuis quelques mois a eu des sueurs nocturnes et de la fièvre.

Depuis le commencement de l'hiver, elle a remarqué que les membres du côté gauche (le membre supérieur surtout) devenaient faibles; elle n'éprouvait pas de douleurs; sa vue aurait, dit-elle, diminué à ce moment. Vers le milieu de novembre la faiblesse du bras gauche devint assez prononcée pour l'empêcher de travailler à la couture, elle put cependant continuer à marcher. Le 29 janvier, étant à table, elle lâcha tout à coup une assiette qu'elle tenait avec la main gauche et s'aperçut en même temps que son membre inférieur gauche devenait inerte, comme le supérieur.

A son entrée, la malade jouit de son intelligence et répond nettement aux questions, sans embarras de la parole. Le sillon naso-labial et les plis du front sont effacés du côté gauche. La pointe de la langue est déviée à gauche. Les pupilles sont égales et les paupières ne présentent rien de particulier. La paralysie de la motilité du membre supérieur est complète, mais la malade peut soulever un peu le pied gauche. La sensibilité est moindre dans le côté gauche de la face que dans le côté droit. Si on pince l'avant-bras gauche, il se produit dans le coude une sensation d'engourdissement qui s'étend au bras; quand on pince ou que l'on pique le pied, le malade se plaint de ressentir dans le genou un engourdissement douloureux. La température est exactement la même dans les membres homologues.

Les jours suivants l'état est exactement le même, sauf que le malade a paru pouvoir soulever un peu mieux le membre inférieur. Quant aux troubles de la sensibilité consécutifs aux pincements et aux autres excitations ils sont exactement les mêmes ; de plus on a parfois noté que les pincements de la cuisse causaient un engourdissement douloureux, dans le coude. L'absence de troubles vaso-moteurs dans les membres paralysés a été chaque jour constatée.

A partir du 20 février, on note un peu de rétraction du membre supérieur paralysé: l'avant-bras est dans la demi-flexion et ne peut être étendu qu'avec douleur, la main dans la flexion, les doigts dans la demi-flexion, le pied est aussi légèrement fléchi. Les jours suivants il se développe un peu de gonflement du poignet et du dos de la main gauche, mais jamais de trouble vaso-moteur; enfin on remarque une atrophie assez notable des muscles de l'avant-bras gauche ; quant aux troubles de la sensibilité, ils ne sont pas tout-à-fait les mêmes que précédemment; on ne note plus de perversion de la notion de lieu, mais une perversion de la qualité de la sensation; car la malade perçoit comme sensation de froid toutes les excitations, de quelque nature qu'elles soient.

La mort est survenue le 17 avril par suite des progrès d'une pleurésie tuberculeuse.

Autopsie. Le crâne n'offre rien d'anormal; à la surface externe de l'hémisphère droit, on constate l'existence de deux plaques distinctes de ramollissement jaune, reconnaissant toutes deux pour cause l'oblitération athéromateuse de branche de troisième ordre de la sylvienne. L'une, la plus petite, est située sur le pied de la 2e circonvolution frontale et dans le sillon qui le sépare de la centrale antérieure; l'autre est une vaste plaque occupant les deux tiers inférieurs de la centrale postérieure, sauf dans sa partie la plus inférieure, tout le lobule pariétal inférieur et le pli courbe, sauf son extrémité tout-à-fait postéro-inférieure. La lésion qui empiète un peu sur le 1er temporal est limitée en bas par la scissure parallèle.

En profondeur, les deux plaques, surtout la dernière, s'étendent dans la substance blanche sous-jacente, mais respectent absolument les noyaux gris. La moitié droite de la protubérance est notablement plus petite que la moitié gauche.

Cavernes aux deux sommets, granulations tuberculeuses dans les deux poumons, épanchement médiocre dans la cavité pleurale gauche: adhérences des deux feuillets pleuraux à droite.

Cœur un peu surchargé de graisse; valvules saines: rate un peu grosse; reins petits, paraissent sains; foie de volume normal, à peine graisseux; bile verte dans la vésicule.

La muqueuse stomacale présente de petites ecchymoses de quelques millimètres de diamètre.

Réflexions. Dans ce cas, comme dans celui recueilli par M. Dreyfus dans notre service et présenté à la Société anatomique (séance du 6 octobre 1876, *Progrès médical*, 30 décembre 1876), les douleurs doivent sans doute être rapportées à l'altération du centre ovale qui était assez profonde pour atteindre les fibres de la capsule interne qui vont au lobe occipital. C'est à la même cause que nous attribuons aussi la perversion si remarquable de la sensibilité que nous avons observée chez elle. Nous croyons aussi devoir appeler l'attention sur l'absence de tout symptôme du côté de la paupière du côté paralysé bien que la presque totalité du pli courbe ait été détruite ainsi que la circonvolution pariétale ascendante. Ce fait est donc en contradiction avec celui qu'a publié M. Grasset (*Progrès médical*, 1876, p. 406), mais il ne l'est pas complètement avec celui qu'a rapporté plus récemment M. Rendu (de Lyon) (*Lyon médical*, 77, n° 13), car, dans ce dernier cas, c'était le tiers inférieur de la circonvolution pariétale ascendante qui était lésé tandis que dans le nôtre, *c'est précisément la partie inférieure de la même circonvolution qui est saine.*

Enfin nous devons insister sur l'absence de troubles vaso-moteurs dans le membre du côté paralysé chez notre malade, symptôme négatif des plus importants, vu leur existence dans les lésions des masses centrales. Leur absence, dans le cas actuel, permettait seule d'exclure une altération du corps strié ou de la capsule interne. D'après quelques cas que nous avons observés avec soin, nous croyons pouvoir affirmer que les troubles vaso-moteurs des membres sont relativement peu prononcés dans les lésions exclusivement corticales.

Dans ce cas, cependant, il peut exister des ecchymoses stomacales, ainsi qu'on le trouve noté dans notre observation. Nous rappellerons à ce sujet que nous avons expérimentalement produit cette lésion sur un cochon d'Inde en blessant très-superficiellement la partie la plus antérieure de l'hémisphère droit (*Société de biologie*, 1870, p. 38 et *Gazette médicale*, même année, p. 517).

15. Pneumonie caséeuse. — Mort subite; par Alfred Bulteau, interne des hôpitaux.

Le nommé Pa...., âgé de 16 ans, est entré le 29 mars 1877, à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Jean, n° 24, dans le service de M. le docteur Guyot. Il est à Paris depuis quinze mois, où il exerce l'état de maçon. Il n'est malade que depuis douze jours, et a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à cette époque; il n'accuse aucun antécédent tuberculeux dans sa famille. Un point de côté à droite assez douloureux qui a persisté pendant trois jours, a marqué le début de sa maladie; il s'est couché et ne s'est pas relevé depuis. Il y a dix jours qu'il a la diarrhée consécutivement à l'administration d'un purgatif, il tousse un peu, mais n'expectore pas; il n'a jamais craché de sang. Le diagnostic porté par le médecin qui l'a soigné en ville, a été fièvre typhoïde.

Etat actuel. — Ce malade est pâle, amaigri, d'une constitution faible et débilitée. La respiration est calme, facile et sans fréquence; rien, apparemment, ne dénote une affection pulmonaire. En avant et de chaque côté, le murmure vésiculaire est un peu rude et marqué en partie par des sibilances disséminées un peu partout. En arrière et à droite, on constate de la matité dans les deux tiers inférieurs du poumon; au niveau de l'origine des grosses bronches et près de la colonne vertébrale, on perçoit manifestement du souffle tubaire mélangé à de gros râles muqueux. A gauche et au sommet, la respiration est un peu rude et exagérée; quelques râles humides s'entendent à la base.

Le foie, le cœur, ne présentent rien d'anormal; la rate est un peu volumineuse. La langue est saburrale; le ventre, loin d'être ballonné, est plutôt rétracté et les taches rosées font absolument défaut. — La température du soir est 39° 4. — Diarrhée assez abondante depuis l'entrée du malade.

Le diagnostic est incertain: on hésite entre une fièvre continue et une pneumonie caséeuse tuberculeuse; on penche plutôt vers cette dernière affection, en raison du mode de début.

4 avril. Le diagnostic de pneumonie caséeuse se confirme; la température varie le matin et le soir entre 39 et 40°. A droite, et en arrière, le souffle tubaire s'accentue, et l'on entend en même temps, à ce niveau, de gros râles gargouillants qui témoignent d'un commencement de ramollissement de la masse caséeuse. Des râles muqueux nombreux sont disséminés à droite, moins à gauche. — La diarrhée persiste.

Le 5 *avril*, le malade se plaint d'une douleur assez vive dans le membre inférieur droit; il est œdématié et douloureux à la pression sur le trajet de la veine supérieure interne et de la veine fémorale (*phlegmatia alba dolens*).

Le malade meurt subitement dans la nuit du 7 au 8 avril.

Autopsie. — Rien au cerveau; les parois du cœur sont flasques, minces, sans dégénérescence graisseuse appréciable; les valvules sont intactes, les artères pulmonaires ont été examinées avec soin, mais nous n'avons pu trouver une embolie de ces vaisseaux qui ait pu nous rendre compte de la mort subite dont avait été frappé notre malade d'une manière si inopinée. Le poumon gauche est tout-à-fait sain; à droite, au contraire, les deux feuillets de la plèvre sont intimement adhérents entre eux; à la coupe, nous trouvons à la partie moyenne du poumon droit un gros noyau caséeux du volume d'une noix, ramolli à son centre, et communiquant directement avec une grosse branche. D'autres points caséeux beaucoup plus petits, et non encore arrivés à la période de ramollissement se rencontrent dans la partie inférieure du poumon; quelques granulations miliaires sont disséminées dans toute l'étendue de cet organe. Le parenchyme pulmonaire présente une vive congestion sans hépatisation et crépite sous le doigt. L'examen histologique fait par M. Gombaut dans le laboratoire de M. le professeur Charcot, a permis de constater une pneumonie catarrhale lobulaire de nature tuberculeuse.

Les ganglions thoraciques ont acquis un volume considérable, surtout dans le médiastin postérieur; là se trouvent accolés à l'aorte et à l'œsophage quatre ganglions du volume d'un petit œuf de poule, constitués par de la matière caséeuse non encore ramollie. Le pneumogastrique droit, un peu au-dessous de la bifurcation des bronches, est emprisonné dans la gaine lamineuse indurée qui entoure ces ganglions; il est aplati au milieu de cette gangue inflammatoire, et tout porte à croire que ces éléments étaient plus ou moins altérés. Peut-être, cette compression de pneumogastrique a-t-elle été la cause de la mort subite, bien qu'elle n'existât que dans la partie inférieure de sa portion thoracique.

Les deux feuillets de la plèvre viscérale et pariétale du poumon droit, ainsi que le péritoine diaphragmatique sont le siége d'un grand nombre de petites granulations. Le foie, la rate présentent également quelques granulations jaunâtres disséminées soit à leur surface, soit dans l'intérieur même de leur parenchyme.

La muqueuse de l'intestin grêle est très injectée, mais les plaques de Peyer sont intactes. Rien à signaler du côté des organes génito-urinaires.

La veine iliaque externe du côté droit est complétement oblitérée par un caillot fibrineux, décoloré, fortement adhérent aux parois veineuses; celles-ci sont considérablement épaissies, artérialisées en quelque sorte. Le caillot se continue dans la veine fémorale qui est tout-à-fait obstruée, ainsi que les veines qui y aboutissent par un caillot cruorique.

17. Plaie de poitrine par arme à feu; par Audouard, interne.

Le nommé Lacoux Amédée, âgé de 64 ans, entre dans le service de M. Dolbeau, à l'hôpital Beaujon, le 9 février 1877.

Il s'était tiré dans la matinée, un coup de pistolet dans la région précordiale. La plaie cutanée est circulaire, située à deux travers de doigt au-dessous du mamelon gauche et à 11 centimètres de l'appendice xiphoïde. Dans toute la région pectorale gauche on constate de l'emphysème sous-cutanée remontant jusqu'à l'aisselle. Le malade n'a pas perdu connaissance au moment de l'accident, et n'a pas craché de sang. Il est très-abattu, et se plaint dans tout le côté gauche, d'une

douleur, qui est augmentée par la toux. Pas de point douloureux localisé à la région dorsale ou lombaire.

D'après les renseignements fournis par le malade, il y aurait un an environ qu'il tousse, et à plusieurs reprises il aurait craché du sang. Ses crachats sont muco-purulents. A l'auscultation, on trouve en avant et à droite sous la clavicule les signes d'une caverne pulmonaire. Au sommet gauche on entend des râles fins, l'expiration est prolongée et soufflante. Le cœur bat régulièrement. Les jours suivants, l'emphysème s'étend à la face interne gauche jusqu'au pli du coude. — Même état général.

14 *février*. Le pouls est intermittent. Les battements du cœur sont irréguliers. Le malade est oppressé, mais on ne trouve pas les signes d'un épanchement dans la plèvre gauche.

16 *février*. L'emphysème sous-cutané a disparu peu à peu; un léger écoulement purulent a lieu par l'orifice de la plaie. Il n'y a pas de rougeur autour et elle n'est plus douloureuse.

Le malade est moins abattu, mais il crache toujours abondamment; le râle est irrégulier. Les lésions pulmonaires augmentent les jours suivants; on constate de la fièvre tous les soirs.

11 *mars*. Gargouillement au sommet droit. Râles muqueux dans toute la hauteur des deux poumons. Le malade est cyanosé et très-affaibli.

13 *mars*. Il succombe à son affection pulmonaire.

Autopsie. — Cavité thoracique. L'orifice d'entrée de la balle est situé à deux travers de doigt, sur une ligne verticale abaissée du mamelon gauche. Au lieu de perforer directement la paroi thoracique, la balle a été déviée de haut en bas et de dehors en dedans, elle a pénétré seulement dans la plèvre gauche au niveau de l'articulation synchondro costale de la sixième côte. En ce point on constate une éraflure de l'extrémité antérieure de la côte avec perforation du sixième espace intercostal. Lorsqu'on rabat le plastron thoracique, on trouve un fragment osseux qui fait saillie à l'intérieur et qui est uni par des adhérences au bord antérieur du poumon gauche. Il existe un épanchement citrin peu abondant dans la cavité pleurale.

Des néo-membranes tiennent unies la base du poumon au diaphragme, et la face interne du poumon à la partie correspondante du péricarde qui est doublé d'une grande quantité de graisse. Les adhérences se rompent facilement.

En rejetant en dehors et en haut le lobe inférieur du poumon, on constate sur le péricarde une plaque hémorrhagique noirâtre, sans perforation de cette enveloppe.

Il n'existe pas de lésion traumatique du poumon. La balle a ainsi glissé sur le feuillet externe du péricarde et se dirigeant obliquement de haut en bas, elle est arrivée sur le diaphragme au niveau de la foliole gauche; elle a déchiré quelques fibres musculaires du pilier gauche, en laissant une traînée noirâtre et est tombée dans le médiastin postérieur.

C'est au niveau de la onzième vertèbre dorsale, dans le tissu cellulaire qui unit l'aorte à la colonne vertébrale qu'on retrouve la balle. Celle-ci est directement accolée à l'aorte thoracique et déjà enkystée dans le tissu cellulaire qui la maintient appliquée contre la tunique externe. D'ailleurs, les tuniques artérielles paraissent intactes.

Cœur. — Volumineux. Dégénérescence graisseuse. Sur le bord gauche du cœur, on trouve encore une petite ecchymose avec déchirure du péricarde viscéral, correspondant au point contus signalé sur la face externe du péricarde. Il n'y a pas de liquide dans cette séreuse.

Poumon droit. — Masses caséeuses disséminées. — Excavation au sommet. *Poumon gauche.* Congestion surtout à la base. — *Ganglions bronchiques.* Volumineux. — *Diaphragme.* Il n'y a pas de perforation du muscle, l'œsophage paraît sain.

M. Houel fait observer que l'accollement de la balle à l'aorte, aurait pu déterminer plus tard une perforation des tuniques artérielles.

Séance du 20 *avril* 1877. — Présidence de M. Charcot.

18. Deux cas de plaies artérielles par écrasement; par M. Chuquet, interne des hôpitaux.

I. C..., âgé de 22 ans, entre le 17 janvier, salle Saint-Louis hôpital de la Pitié, service de M. Verneuil, présentant un écrasement du bras droit, qui a été pris entre deux tampons de wagons. La violence a déterminé une fracture comminutive de l'humérus au tiers supérieur; une petite plaie met le foyer de la fracture en communication avec l'extérieur. Il s'écoule par la blessure une quantité considérable de sang. L'hémorrhagie est arrêtée par une ligature élastique faite à la racine du membre. Mais si le sang ne se répand plus au dehors, il ne cesse pas de sortir des vaisseaux et forme une tumeur volumineuse sous le grand pectoral. Le pouls ne se sent plus dans les artères de l'avant-bras. La désarticulation de l'épaule est remise au lendemain à cause de l'abaissement de la température.

La dissection du bras a donné les renseignements suivants: la tunique celluleuse manque à l'extrémité du bout supérieur, la tunique interne légèrement rebroussée dans la tunique moyenne protége un caillot très-mince qui aurait cédé au moindre effort. Intérieurement, au contraire, les tuniques interne et moyenne sont recoquevillées et un manchon celluleux aurait protégé la formation du caillot.

II. D..., 28 ans, chauffeur, entre dans la même salle le 15 mars. Un engrenage lui a saisi le bras vers la partie moyenne et a déterminé une fracture comminutive avec large plaie au même niveau. L'hémorrhagie a été presque insignifiante. Le pouls n'est plus perçu dans la radiale. La désarticulation est faite le soir même.

La dissection du bras a montré l'artère complétement divisée au niveau des fragments osseux. Le bout supérieur non effilé renferme un caillot assez volumineux qui s'est formé grâce au rebroussement de la tunique interne et d'une partie de la tunique moyenne vers le centre du vaisseau. La tunique externe est rompue à quelque distance de l'extrémité inférieure.

Le bout inférieur est effilé, la tunique celluleuse prolongée au-delà de la tunique moyenne et de la tunique interne forme une barrière solide qui eût empêché certainement toute hémorrhagie.

Ces deux faits nous ont paru par leur rapprochement présenter un certain intérêt. Des deux côtés, la violence a porté sur le même point et le genre de traumatisme n'est pas sans analogie. Cependant, les lésions sont différentes. D'un côté, (obs. 1) nous avons les lésions de l'écrasement simple; de l'autre, l'écrasement a été compliqué d'arrachement et ce qui le prouve, c'est l'effilement du bout inférieur spécial aux lésions artérielles de cette catégorie. Ces faits nous montrent encore combien est capricieuse l'hémostose naturelle dans les plaies artérielles et combien il y faut peu compter.

19. Cystite chronique. — Vaste membrane trouvée à l'état libre dans la vessie et correspondant à presque toute l'étendue de ses parois; par Dubard, interne.

Mme X.., âgée de 65 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Dujardin-Beaumetz), le 16 avril 1877 et meurt le lendemain, avant d'avoir pu être soumise à un examen approfondi. Toutefois l'âge de la malade, les longues souffrances qu'elle avait accusées à l'hypogastre, une gêne notable dans la miction, des hématuries répétées et récentes, enfin son aspect extérieur profondément cachectique, avaient fait admettre la possibilité d'un cancer vésical.

L'autopsie révèle une lésion, dont l'intérêt motive notre présentation. — Après l'ouverture de l'abdomen, nous constatons le volume assez considérable de la vessie, l'épaisseur et la rigidité de ses parois, l'absence des bosselures à sa surface péritonéale. Nous la fendons sur la ligne médiane; immédiatement s'écoule un liquide à odeur infecte, constitué par un mélange d'urine et de pus. Nous apercevons alors une membrane a peu près libre dans le réservoir de l'urine, aux parois duquel elle n'est reliée que par quelques filaments peu résistants. Après l'avoir extraite de la vessie et lavée avec soin pour la débarrasser d'une couche de matière purulente qui revêt ses deux faces, nous constatons qu'elle s'adapte à presque toute l'étendue des parois vésicales, qu'elle n'est interrompue qu'au niveau du trigone et du sommet de cet organe. Sa face externe présente des saillies et des dépressions qui lui donnent une forme aréolaire et qui reproduisent en sens opposé les

dépressions et les saillies des parois de la vessie. Sa face interne ou centrale serait lisse, si elle n'était imprégnée par un nombre considérable de petits cristaux blanc-jaunâtres, qui semblent avoir été semés d'une manière régulière à sa superficie. Cette membrane est d'une couleur gris-noirâtre, elle offre une épaisseur de 2 millimètres environ et oppose une résistance assez forte aux tractions qu'on exerce sur elle pour la déchirer.

Les parois de la vessie, rougeâtres dans certains points, noirâtres dans d'autres, sont recouvertes par des détritus, dont il est fort difficile de les débarrasser, et qui ne permettent pas de reconnaître à simple vue le degré exact de leurs lésions.

Nous ne ferons que mentionner les altérations concomitantes des reins, qui laissent voir à travers leur capsule peu adhérente un grand nombre de petits abcès de la grosseur d'une tête d'épingle. Mais nous voulons insister d'une manière particulière sur la membrane que nous avons rencontrée dans une vessie atteinte de cystite chronique.

Avons-nous affaire à une fausse membrane déposée à la surface de la muqueuse vésicale sous l'influence de l'inflammation, ou bien n'est-ce là qu'une couche plus ou moins épaisse des tuniques de la vessie? A priori il est impossible de résoudre cette question. On a, en effet, souvent discuté sur la nature de ces produits membraneux. Dolbeau, dans son traité de la pierre, pose la question à propos des produits membraneux incrustés, que l'on voit parfois sortir par la plaie à la suite de l'opération de la taille. Pour lui, si dans quelques cas ces membranes peuvent être regardées comme des portions de muqueuse vésicale mortifiée, le plus souvent il ne s'agit que de pseudo-membranes dans lesquelles sont venus se déposer des sels calcaires. Le microscope pouvait donc seul nous éclairer sur la véritable nature de la membrane que nous avions recueillie. Voici le résultat de l'examen:

Membrane. —	Couche superficielle.......	Fines granulations, pas trace d'épithélium.
—	Couche moyenne..........	Un grand nombre de fibres de tissu conjonctif. Quelques fibres élastiques. Quelques vaisseaux, contenant des hématies altérées.
—	Couche profonde..........	Nombre considérable de fibres musculaires lisses.
Parois vésicales. —	Couche superficielle...	Fibres musculaires lisses, parfaitement nettes.

Ainsi donc pas d'hésitation possible. La membrane est bien composée de la muqueuse vésicale, dont la couche épithéliale a disparu par le fait d'une inflammation et d'une macération prolongée, et d'une partie de la couche musculeuse de la vessie, l'autre constituant désormais avec la tunique péritonéale les parois vésicales. Comment s'est produit la séparation? Il est difficile de le dire. Toutefois il est probable qu'une ulcération profonde en a été le point de départ. L'urine et le pus ont peu à peu cheminé entre les faisceaux de la couche musculeuse en dédoublant les bords de l'ulcère; peu à peu la séparation est devenue plus étendue; la portion décollée, d'abord flottante, a fini par être libre dans la vessie.

20. Procédé de conservation des pièces anatomiques, avec leur consistance, leur forme et leur coloration; par M. Boudet de Paris, interne des hôpitaux.

Les procédés généralement mis en usage pour conserver les pièces anatomiques, sont presque tous fondés sur le même principe : dessèchement à l'air, puis vernissage. Il en résulte que les tissus, même ceux qui se conservent le mieux, perdent à la fois leur volume, leur consistance et leur couleur. — La plupart du temps, les vernis dont ils sont recouverts finissent par s'écailler, et l'humidité aidant, la pièce s'altère rapidement. Alors même que des liquides plus ou moins conservateurs ont été injectés, l'action de l'air n'amène pas moins cette destruction fatale. D'un autre côté, on n'est encore jamais arrivé à conserver les pièces pathologiques, tumeurs fibreuses, cancéreuses, etc.

Quant aux viscères (foie, rein, poumon), leur déformation est si complète au bout de peu de temps, que l'immersion continue dans l'alcool est le seul procédé mis en usage. Si ce procédé est sûr, il ne détruit pas moins la consistance et la coloration des pièces; en tout cas, il nécessite un emplacement considérable, de vastes bocaux, etc.

Le procédé, dont j'ai eu l'honneur de présenter plusieurs spécimens à la Société anatomique, est destiné à combattre ces nombreux inconvénients.

Ce qui cause l'altération des pièces préparées par les procédés ordinaires étant le contact de l'air, ce qu'il fallait avant tout obtenir, c'était évidemment l'isolement des tissus; en outre, il fallait enlever aux tissus, ainsi isolés, leur eau de composition et la remplacer par un liquide qui n'altérât en rien leur consistance. Ces deux résultats obtenus, la pièce doit rester absolument semblable à ce qu'elle est sur le cadavre, et *conserver, pour un temps à peu près illimité, sa forme, son volume, sa consistance et sa couleur.* (Les pièces que j'ai présentées à la Société anatomique datent de plus d'un an, et elles sont restées absolument ce qu'elles étaient le premier jour).

Ce procédé pouvant s'appliquer également aux pièces anatomiques proprement dites et aux tumeurs, à part quelques détails, je vais d'abord le décrire dans son ensemble; je donnerai ensuite les quelques indications spéciales que réclame la préparation des tumeurs et des viscères.

1° *Préparation première de la pièce.* — Je suppose que l'on veuille préparer un membre supérieur, en tout ou en partie: on peut alors, ou bien détacher le membre du cadavre, ce qui est préférable, ou bien opérer le membre restant en place.

Dans le premier cas on détache le membre à sa racine; puis on fait sur toute sa longueur un certain nombre d'incisions n'entamant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On introduit ensuite une canule dans l'artère principale (les autres artères étant liées, ou ce qui est plus simple, une forte ligature serrant le membre en masse à sa base) et l'on injecte de l'essence de térébenthine. Cette injection doit être faite lentement et renouvelée cinq ou six fois pendant quatre heures. On chasse ainsi non-seulement le sang contenu dans les capillaires et les veines, mais encore les tissus s'imprègnent complétement de térébenthine, en perdant leur eau de composition qui s'écoule avec une partie de l'injection par les incisions de la peau.

Un moyen que l'on peut employer de préférence à l'injection à la seringue, est le suivant: le membre étant suspendu par sa racine, on adapte à la canule un tube de caoutchouc communiquant avec un vase plein d'essence de térébenthine et placé un peu plus haut que le membre, il se fait ainsi une sorte d'écoulement continu que l'on peut faire durer quatre ou cinq heures.

Ce bain interne de térébenthine est destiné à conserver les tissus, une fois que ceux-ci seront soustraits au contact de l'air; on pourrait d'ailleurs mélanger à l'essence de térébenthine, une substance conservatrice quelconque, mais je crois cette précaution inutile.

2° *Injection.* — Après cette première préparation, il faut injecter les vaisseaux, ou du moins les artères, et cela avec la matière à injection ordinaire. Celle dont je me sers est un mélange de suif, de cire, de résine et de térébenthine de Venise, auquel j'ajoute de la matière colorante, selon le cas. Cette injection trouve les voies préparées par la térébenthine, et peut pénétrer très-loin dans les vaisseaux.

3° *Dissection.* — On procède ensuite à la dissection de la pièce, en ayant soin, dans l'intervalle des séances, de l'envelopper de compresses imbibées de térébenthine; le tout est recouvert de taffetas gommé.

4° *Montage de la pièce.* — Aussitôt la dissection achevée, il faut monter la pièce. Ici, les méthodes varient selon que l'on veut avoir la pièce dressée sous une potence et libre de tous côtés, ou bien qu'elle doit être couchée sur une planche.

Dans le premier cas, on la suspend à la potence, après avoir bien fixé ses différentes parties avec des fils ou des épingles, puis on passe au vernissage.

Dans le second cas, on couche la pièce disséquée sur une planchette de liége, un peu plus large qu'elle, et épaisse d'environ 8 à 10 millimètres; on l'y fixe par de longues épingles

dont on coupera plus tard les extrémités supérieures, puis on coule tout autour d'elle, sur les points où elle touche au liége, un mélange de cire et de stéarine. J'emploie ordinairement, pour cet usage, de la cire ordinaire à bouteille, dans laquelle je fais fondre une bougie. On peut remplacer cette couche de cire par une épaisse couche de goudron; mais celui-ci demande un temps très-long pour sécher.

La pièce est ainsi enchassée dans un mélange inaltérable qui empêche toute évaporation par les parties que l'on ne tient pas à montrer. C'est ainsi que l'on peut préparer la face antérieure de l'avant-bras, de la main, etc., la région postérieure reposant sur la planchette.

Ensuite, on fixe avec des clous ou de la colle la plaque de liége sur une planchette de bois; une fois la pièce montée, on peint, s'il y a lieu, les vaisseaux et les nerfs. Lorsque l'injection a été bien faite, il est généralement inutile de peindre les vaisseaux.

5° *Vernissage.* — Il s'agit alors de soustraire la pièce au contact de l'air. Les vernis généralement employés s'écaillant facilement, c'est là la plus grande difficulté à vaincre. Cependant je n'ai eu à combattre cet inconvénient sur aucune des pièces que j'ai préparées depuis dix-huit mois.

La pièce une fois disséquée, montée et peinte, on la recouvre avec soin d'une épaisse couche de vernis copal à la térébenthine. Au bout de vingt-quatre heures, cette première couche étant sèche (la dessiccation de ce vernis est absolument indispensable pour passer à l'opération suivante), on passe plusieurs couches de vernis Sœhnée.

Cette opération doit être renouvelée patiemment un nombre considérable de fois (10 à 12). Pour être sûr de réussir, il faut ajouter une nouvelle couche de vernis dès que la précédente est sèche, et cela pendant deux heures environ.

Le vernis copal suffirait peut-être à empêcher le contact de l'air, mais il s'écaillerait à la longue. Au contraire, lorsqu'il est recouvert par cette sorte de laque formée par les couches successives de vernis Sœhnée, l'enveloppe ainsi constituée est devenue absolument inaltérable, et cependant elle est assez peu épaisse pour ne changer en rien la consistance. Les muscles ainsi préparés sont aussi souples après plusieurs mois que le premier jour. Autre avantage : si la pièce se couvre de poussière, il suffit de passer légèrement dessus un pinceau trempé dans l'eau pour la nettoyer.

La préparation est dès lors terminée; par précaution, on peut encore passer une couche de vernis Sœhnée les deux ou trois jours suivants: mais la seule vraie précaution, surtout au début, consiste à éviter l'humidité.

Si, au lieu d'un membre, on veut préparer une région, on la dissèque sur le cadavre, après injection de térébenthine dans les artères de la région; ou bien on la plonge pendant deux ou trois heures dans un bain d'essence de térébenthine, après l'avoir séparée du sujet; puis on la remonte et on la vernit comme plus haut.

On voit, en somme, que ce procédé, fort simple par lui-même, a en outre l'avantage d'être très-rapide et très-économique. En dehors de la dissection, dont la durée est naturellement très-variable, voici, en moyenne, le temps nécessaire pour une préparation :

Injection à la térébenthine, 4 à 5 heures.
Injection des artères et montage de la pièce, 2 à 3 heures.
Vernissage, 24 heures, dont 2 heures de vernissages successifs.

En résumé, une pièce volumineuse, (un membre supérieur par exemple), à part le temps de la dissection, peut être préparée en deux jours, et, ainsi que je l'ai dit en commençant, elle conserve indéfiniment sa couleur, sa forme et sa consistance.

Préparation des viscères. — Si l'on veut préparer un organe, le foie, le rein, le poumon, le même procédé est applicable.

Tout d'abord, injection à la térébenthine dans le vaisseau principal (veines et artère pulmonaires, artère rénale, veine porte et veines sus-hépatiques, etc.), suivie d'une injection solidifiable. En outre, afin de conserver la forme exacte des organes creux, on injecte dans leurs cavités un mélange de cire et de suif ou de stéarine. (Cette injection est indispensable pour le poumon ; elle se fait, naturellement, par la trachée.) On procède ensuite aux vernissages.

Préparation des tumeurs. — Ici, l'injection première à la térébenthine est naturellement impossible, il faut donc recourir à l'immersion pour chasser l'eau de composition. J'ai pu conserver des tumeurs qui avaient macéré quelque temps dans l'alcool, par conséquent, l'immersion de ce liquide peut remplacer l'injection de térébenthine, mais elle a le désavantage, si elle est prolongée, de raccornir les tissus et de les décolorer. Je crois préférable de baigner la pièce pendant trois ou quatre heures seulement dans l'essence de térébenthine, l'action conservatrice sera suffisante, et la coloration ne sera pas altérée. On fixe ensuite la tumeur sur une planchette de liége, on l'entoure de cire stéarinée ou de goudron, et on vernit comme précédemment.

Un des grands avantages de ce procédé est le suivant: il permet d'abord aux chirurgiens de conserver facilement et sans frais les pièces provenant des opérations; en outre, lorsque la tumeur a été préparée par immersion dans l'alcool, puis convenablement vernie, on peut, au bout de plusieurs mois, pratiquer dans ses parties centrales des coupes qui sont restées absolument propres à l'examen histologique.

21. Tuberculose pulmonaire et péritonéale. Périhépatite chronique. Tuberculose génito-urinaire (de l'utérus des trompes, du col et du vagin); par M. Homolle, chef de clinique de la Faculté.

Le 24 mars 1877 est entrée dans le service de M. le professeur Potain, à Necker, une femme de 54 ans, couturière, pâle, amaigrie, d'apparence cachectique. En 1870, cette femme avait été pour la première fois sérieusement malade; elle avait eu alors une affection aiguë des voies respiratoires qui s'était prolongée pendant trois mois. Depuis cette époque, les fonctions digestives ont été presque constamment troublées; la malade a eu des douleurs abdominales, et des alternatives de constipation et de diarrhée.

En septembre 1876, à la suite d'un refroidissement, se déclara une pleurésie gauche qui dura deux mois; la convalescence fut pénible et la malade très-affaiblie continua à tousser. Elle eut, il y a six semaines une hémoptysie qui se reproduisit trois fois en huit jours.

L'appétit se perdit, la toux devint presque incessante sans qu'il y eût de mouvement fébrile considérable. Jamais, depuis le début des accidents, la malade n'a vomi; la diarrhée qui existe depuis une quinzaine ne s'est jamais prolongée longtemps.

L'examen de la poitrine ne fait pas reconnaître d'altérations considérables et au premier examen on peut se demander s'il y a plus que les vestiges d'affections antérieures et si l'on doit supposer qu'il y a des lésions actives en voie d'évolution.

Le thorax est très-déformé, la paroi antérieure est profondément affaissée à gauche, mais il y a en outre un retrait total moins appréciable à la vue du même côté qui mesure seulement 32 cent. 5 tandis que le côté droit a un périmètre de 35 centimètres.

Tout le côté gauche résonne mal à la percussion; toutefois la diminution de sonorité est moins accusée à la base que dans le tiers supérieur; sous les clavicules, la sonorité est affaiblie des deux côtés.

La respiration, faible à gauche, s'accompagne du même côté de râles muqueux. Des craquements sont perçus quelques jours seulement après l'entrée de la malade sous la clavicule droite.

L'état cachectique de la malade, son amaigrissement extrême et sa pâleur étaient de nature à faire supposer des lésions pulmonaires plus profondes. L'examen de l'abdomen fait reconnaître d'autres altérations graves. Le ventre est un peu développé, assez régulier, saillant à l'épigastre et étoilé latéralement plutôt que globuleux et ovoïde comme on le voit souvent dans la péritonite tuberculeuse. Il est sensible à la pression, surtout au voisinage et au niveau de l'épigastre. Il est rénitent par places, mais ne donne pas à la main les sensations d'empâtement diffus de tension égale qui ap-

partient à la péritonite tuberculeuse et qui semble en rapport avec la fusion de tous les organes abdominaux agglomérés par les adhérences. On rencontre au contraire, çà et là, des plaques résistantes, à l'épigastre en particulier ; cette masse se continue sous l'hypochondre droit et semble se rattacher au foie. On constate à peine un léger degré d'ascite, on ne trouve pas de tumeurs marronnées distinctes, disséminées dans la cavité péritonéale.

Le toucher vaginal n'indique aucune altération appréciable du col ; l'utérus est absolument immobilisé, enclavé par des adhérences, séparé du rectum par une masse morbide dont il est difficile d'apprécier la nature.

Le peu de signes constatés à l'examen de la poitrine, surtout au premier jour, ne pouvaient permettre d'affirmer la tuberculose et les caractères de l'affection péritonéale avec les plaques d'induration disséminées que nous avons signalées, étaient de nature à faire discuter le diagnostic de carcinome et péritoine. Toutefois, la coexistence des lésions thoraciques et abdominales rendait plus vraisemblable le diagnostic de phthisie pulmonaire peu avancée avec pleurésie ancienne et rétraction consécutive du côté gauche du thorax et péritonite tuberculeuse abdominale et pelvienne.

Rien de nouveau ne se produisit dans l'état de la malade jusqu'au 10 avril. Elle fut prise ce soir-là de fièvres avec frissons et de mal de gorge ; le 12, elle avait un érysipèle de la face (contracté dans la salle où régnait une petite épidémie.) La fièvre resta modérée jusqu'au 17 ; l'érysipèle qui avait envahi la paupière supérieure droite dès les premiers jours, sans entraîner de suppuration profonde, gagnait la tête ; la malade fut prise de délire ; le 18 elle était dans le coma ; elle mourut dans la soirée sans avoir présenté de complications cardiaques appréciables. (Plusieurs malades atteints également d'érysipèle de la face les jours précédents, n'avaient présenté non plus aucune altération de bruits de cœur).

AUTOPSIE. — *Appareil respiratoire.* — Des adhérences serrées unissent les deux plèvres du côté gauche ; il n'y a pas d'épanchement. Des granulations fibreuses ou caséeuses isolées ou groupées en petits ilôts, sont disséminées dans les deux sommets au milieu d'un tissu sclérosé.

Le *cœur* est sain. *Encéphale.* Méningite suppurée sans granulations tuberculeuses reconnaissables à l'œil nu ou au microscope, sans phlébite de la veine ophthalmique ou des sinus, sans suppuration intra-orbitaire.

Abdomen. — La paroi abdominale est, dans presque toute son étendue, adhérente aux anses intestinales, à l'épiploon et aux viscères abdominaux. Le péritoine pariétal et l'épiploon présentent un grand nombre de plaques irrégulières formées par la réunion de grosses granulations opaques d'aspect cireux, présentant à peu près le volume d'un grain de chènevis et assez analogues comme aspect, par quelques points, à des plaques cireuses carcinomateuses de la plèvre. Autour de chacun de ces amas, le péritoine est très-vascularisé.

Les anses intestinales, adhérentes à l'épiploon et adhérentes entre elles, sont reliées les unes aux autres par des néo-membranes filamenteuses très-vascularisées, mais non fusionnées par accollement comme il est fréquent de l'observer dans la péritonite tuberculeuse. Des adhérences relient également l'intestin au *foie* qui, par sa face supérieure n'adhère que partiellement et peu intimement au diaphragme.

La capsule de Glisson très-épaissie, forme autour du foie une sorte de coque continue de 2 à 4 millimètres d'épaisseur suivant les points ; son tissu est lardacé, blanc, opaque, résistant sous le scalpel, aucun prolongement ne s'en détache pour pénétrer dans la substance du foie. Cette périhépatite scléreuse, rappelle tout-à-fait, comme apparence, certaines pleurésies sans épanchement, mais avec épaississement considérable, certaines formes de phthisie pleurale par exemple.

Le parenchyme hépatique n'offre pas d'autre altération qu'un certain degré de mollesse et de pâleur qui indiquent sans doute un commencement d'altération graisseuse. Sur la face convexe de la *rate*, on trouve une plaque de périsplénite comparable à la périhépatite. Les *reins* sont volumineux, congestionnés, sans altération tuberculeuse ou autre.

Dans le *petit bassin*, les lésions péritonitiques sont considérables, les nodosités tuberculeuses extrêmement nombreuses et le péritoine très-injecté. Le cul-de-sac recto-utérin est en partie comblé par deux masses contournées : ce sont les trompes déviées et fixées dans une situation anormale, rappelant assez bien la disposition des vésicules séminales par rapport à la vessie, pour employer une comparaison qui a été faite plusieurs fois dans des cas semblables. Sur les côtés de l'utérus, le ligament large et les annexes forment deux masses épaisses, compactes, qui unissent intimement l'utérus aux parois du petit bassin et dans lesquelles on ne peut distinguer qu'avec peine et par la dissection une portion des trompes et les ovaires. La vessie est saine.

L'*utérus* est augmenté de volume, peu consistant et semble céder sous le doigt qui le presse. A la coupe, on le trouve rempli d'une masse caséeuse qui est, au centre, molle et presque crémeuse d'un blanc opaque. La face interne de l'organe est dans toute son étendue, ulcérée d'une façon tout-à-fait irrégulière ; une zone hypermique entoure les ulcérations dont le fond grisâtre se continue avec le magma caséeux adhérent.

Les *trompes* distendues et contournées renferment une substance toute semblable.

Quant aux *ovaires*, ils forment à droite et à gauche deux masses du volume d'un marron, formées de petits kystes multiples à parois épaisses : ils sont comme perdus au milieu de tissus fibreux épaissis des ligaments larges.

Enfin, et c'est là ce que la pièce présentait de plus spécial, les muqueuses du col et du vagin sont envahies par une véritable éruption qui ne ressemble à aucune des lésions qu'il est commun d'observer sur ces organes. Au niveau de l'orifice du museau de tanche, de petites ulcérations situées en partie au fond des plis de la muqueuse empiètent à la fois sur la muqueuse de la cavité cervicale et sur celle de la portion vaginale du col ; leur forme est irrégulière, leur fond grisâtre, leur pourtour enflammé, sur le col même et le vagin, jusqu'au voisinage de l'anneau vulvaire ; la muqueuse enflammée et rouge, est semée d'éléments éruptifs lenticulaires, d'un blanc jaunâtre, à peine saillants ou de niveau avec la muqueuse environnante. A côté de ces petites plaques arrondies se voient quelques vésicules saillantes et transparentes, ce sont des œufs de naboth, et de petites ulcérations peu profondes qui ont manifestement succédé aux autres éléments ; les uns et les autres reposent sur un fond rouge ; nulle part on ne voit de saillies miliaires qu'on puisse considérer comme des granulations. Il est néanmoins difficile, en présence des lésions si manifestement tuberculeuses de la face interne de l'utérus, de ne pas considérer comme un produit morbide analogue l'éruption cervico-vaginale, lors surtout que l'on constate au niveau de l'orifice du col de petites ulcérations qui sont en quelque sorte intermédiaires entre les lésions intra-utérines et celles du vagin.

Les tuberculoses cervico-vaginales sont très-rares ; la thèse de M. Brouardel ne signale que trois observations où elles soient décrites et les descriptions semblent se rapporter à trois formes tout à fait distinctes. Dans un cas de Virchow ce sont des granulations qui se sont développées en grand nombre sur la muqueuse. Namias parle d'une plaque ulcéreuse opaque qui, d'après son récit, devait différer complétement des petits groupes éruptifs observés dans le fait actuel. Enfin, Holmes Coote compare l'affection qu'il a observée aux lésions superficielles de la tuberculose laryngée. En effet, l'analogie est très-grande surtout dans les points où l'éruption est ulcérée ; elle pourrait être comparée de même aux ulcérations superficielles multiples et sinueuses de la base de la langue et de l'isthme telles que Julliard les a décrites et figurées, bien différentes par conséquent de l'ulcère tuberculeux unique de la langue avec ses bords indurés, et les petites granulations de la périphérie, et des ulcères de même nature mais beaucoup plus rares qui ont été observés sur le gland, chez un malade par exemple qui était en 1874 dans le service de M. Hillairet par qui le fait a été rapporté. Une lésion de cet ordre, développée sur le col utérin, ne manquerait pas d'être prise pour un cancer. Quant à l'affection qui nous occupe, elle est restée méconnue pendant la vie ; mais je ne sais, si elle eût

été observée, quel diagnostic aurait été porté, car les caractères objectifs de l'affection sont différents de ce qu'on observe journellement dans les affections ulcéreuses du col.

Une autre altération intéressante dans cette autopsie, est celle que présente la capsule de Glisson ; cette périhépatite en masse, scléreuse et lardacée, distincte en un mot des formes communes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juillet 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Anger, à l'occasion du procès-verbal, rend compte à la Société de quelques expériences qu'il a pratiquées sur le cadavre, dans le but de faire l'opération de la taille avec le thermocautère. Au moyen des ciseaux thermiques de Collin, il lui a été facile de terminer l'opération sans avoir recours au bistouri, et l'ouverture périnéo-uréthrale a même été suffisante pour lui permettre de distinguer nettement la muqueuse vésicale.

M. Anger lit ensuite un rapport sur les travaux communiqués, dans le courant de l'année à la Société de chirurgie, par M. Berger, candidat à une place vacante.

M. Verneuil appelle l'attention de ses collègues sur une affection de l'enfance peu étudiée jusqu'à ce jour, et dont il a observé une douzaine de cas dans le courant des dernières années.

Il s'agit d'une maladie dont les symptômes présentent une grande analogie avec ceux de la coxalgie, et même à un tel point qu'on a dû commettre à cet égard des confusions assez fréquentes. Cette affection est caractérisée par une certaine *gaucherie* dans la démarche, pouvant aller parfois jusqu'à la claudication. Les membres inférieurs et le bassin ont une attitude vicieuse rappelant à s'y méprendre celle de l'arthrite fongueuse de la hanche. Enfin une particularité absolument constante, et la plus frappante entre tous les symptômes observés, consiste en un certain état de contracture ou de rigidité des muscles adducteurs de la cuisse. — Au reste voici en résumé une observation typique :

Un enfant de 3 ans, grêle, pâle, chétif, est présenté à M. Verneuil, il y a quelques mois. Cet enfant est toujours en mouvement, et il est atteint d'une claudication, intermittente au dire de ses parents, et attribuée par eux à la jambe gauche. Jamais l'enfant n'a éprouvé la moindre douleur.

De profil, il a une attitude sénile ; les fesses sont saillantes, le bassin est fléchi sur les cuisses ; les cuisses sont fléchies sur les jambes, ainsi qu'on le voit souvent chez les vieillards. De face tout est symétrique ; les plis inguinaux et les fessiers n'ont rien d'anormal.

Quand on le fait marcher, sa démarche est encore celle d'un *petit vieux*. Les genoux sont droits, mais semblent ne pas vouloir s'abandonner. Il marche à petits pas. — Quand on le couche, on constate une ensellure des plus marquées. La flexion du bassin sur la cuisse persiste. Il n'y a pourtant ni déformation, ni allongement ni raccourcissement. Si l'on veut fléchir la cuisse sur le bassin, on s'aperçoit que ce mouvement est des plus facile et s'exécute jusqu'à ses dernières limites. Il en est de même du mouvement d'adduction. Mais quand on étend la cuisse ou qu'on la porte dans l'abduction, on se sent bien vite arrêté par une résistance ; le bassin suit le mouvement ; c'est alors tout-à-fait le *mouvement de sonnette*, si commun dans la coxalgie.

La mère de cet enfant avait remarqué en l'habillant une certaine raideur de la jambe, plus prononcée lorsque il avait marché la veille que lorsque il avait été tenu au repos.

Dans ses antécédents il a été impossible de trouver rien qui pût être rapporté à la scrofule.

Cette affection paraît être aussi commune chez les petites filles que chez les petits garçons. Mais ce qui est fort intéressant au point de vue étiologique, c'est que la plupart du temps les parents ou les enfants eux-mêmes sont en puissance de diathèse rhumatismale.

Ordinairement l'affection est bilatérale. Toutefois M. Verneuil a observé que presque toujours, elle est plus prononcée d'un côté que de l'autre. Deux fois seulement elle a paru être unilatérale. Souvent elle est intermittente. Enfin, sa durée semble illimitée.

Tous les phénomènes dont il s'agit peuvent en somme être mis sur le compte d'une rigidité des adducteurs de la cuisse et peut être aussi du psoas. Mais chose curieuse, les muscles fessiers sont en même temps à moitié paralysés, mous ou atrophiés.

M. Verneuil déclare qu'il ne sait absolument rien des causes de la lésion, et fort peu de chose sur la marche de cette maladie dont il n'a pu suivre que deux cas d'une manière un peu régulière. — Le pronostic doit être favorable, car les deux cas dont il s'agit se sont terminés par la guérison. — En ce qui concerne le diagnostic, on ne peut hésiter qu'avec une coxalgie commençante ; mais l'affection qui fait l'objet de cette communication est presque toujours double, tandis que la coxalgie double est une exception des plus rares. Dans la station chez le coxalgique, il y a forcément de l'asymétrie des membres, de la claudication vraie ; ici rien de pareil. Enfin quand on couche sur le dos un enfant atteint de coxalgie et qu'on imprime des mouvements à son membre, on voit que ces mouvements sont tous gênés, aussi bien l'adduction que l'abduction, et la flexion aussi bien que l'extension.

Le traitement ne doit pas comporter l'immobilisation. Il s'agit ici, en effet, selon toute probabilité, d'un affection qu'on peut assimiler à ce groupe d'affections spasmodiques des muscles, qui paraît être l'apanage de l'enfance. M. Verneuil a prescrit des frictions, l'électrisation, des douches froides et le séjour à la campagne.

M. Houel a observé des cas absolument identiques à ceux de M. Verneuil. Mais il a constaté que la douleur se faisait sentir dès que l'on mettait le membre dans l'abduction, en forçant pour ainsi dire la résistance. M. Houel a aussi observé que les enfants ou les jeunes gens atteints de cette affection, ont presque toujours quelques troubles intellectuels. A cet égard, il est partisan de la séquestration.

M. Desprès. Duchenne (de Boulogne), a signalé cette contraction double des adducteurs de la cuisse, et il a même donné la description d'un appareil destiné à maintenir les membres inférieurs écartés l'un de l'autre. Mais c'est dans le cas où l'affection est unilatérale, que les faits de M. Verneuil sont intéressants et nouveaux. Ne s'agirait-il pas là d'une coxalgie avortée, d'une sorte d'hydarthrose de la hanche ?

M. Panas. Il s'agirait de savoir si la contracture des adducteurs est primitive ou secondaire. Duchenne (de Boulogne) a signalé une *impotence fonctionnelle des muscles antérieurs de l'abdomen*, qui force les malades à se cambrer pour se tenir en équilibre. Cette cambrure fléchit le bassin en avant ; pour relever l'équilibre, les malades fléchissent instinctivement les genoux, et alors ils marchent à petits pas, avec cette attitude qu'a très-bien décrite M. Verneuil. N'y aurait-il pas dans les faits de M. Verneuil quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans l'impotence fonctionnelle des droits abdominaux ?

M. Verneuil répond à M. Panas qu'il n'a pas d'opinion à cet égard, et qu'il se borne à porter la question devant la Société. Quant à l'hypothèse de M. Desprès, elle est improbable, attendu que dans la coxalgie commençante il y a toujours, au bout de quelque temps, de la déformation et de l'asymétrie soit du pli inguinal, soit du pli fessier. Enfin, Duchenne (de Boulogne) n'a pas fait allusion à une affection qui simulât la coxalgie, et dans les faits qui sont en cause, c'est à la coxalgie qu'on doit penser immédiatement.

M. Farabeuf lit un note fort intéressante sur la *Réduction des hernies sous le péritoine par la fente du débridement*.

M. Tillaux communique l'observation d'un homme qui s'était introduit dans le rectum (Dieu sait pourquoi), une bougie tout entière. L'anus étant bridé par d'anciennes cicatrices de scrofulides suppurées, l'extraction par la dilatation fut impossible. On fit alors dans le rectum une injection abondante d'eau et de glycérine, et la bougie parvint à sortir. Mais cet homme, dès le lendemain, présenta des symptômes de péritonite et succomba. A l'autopsie, on constata une péritonite légère, et on trouva une eschare de l'intestin dans le point sur lequel venait buter l'extrémité de la bougie. E. B.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 25 juillet 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARDAT.

M. DUCAMP. Il existe dans le 8e et le 17e arrondissements une véritable épidémie d'intoxication saturnine. M. Ducamp en a, pour sa part, observé 65 cas parfaitement caractérisés. Les recherches faites pour en découvrir la cause ne laissent aucun doute : elle tient à l'usage de pain cuit dans un four chauffé avec les bois peints provenant des démolitions.

M. CATELAN a pu observer la stomatite ulcéreuse chez les soldats de la marine. Pour lui, cette affection n'est pas contagieuse ; elle n'est pas due non plus à l'encombrement. Elle serait intimement liée avec l'évolution des dents de sagesse et favorisée par les transitions subites du froid au chaud, le changement de climat et d'alimentation, les fatigues.

M. COLIN ne nie pas une certaine relation entre l'évolution de la dent de sagesse et la stomatite ulcéreuse, mais il accorde à l'encombrement une grande influence.

M. LE PRÉSIDENT annonce que, en raison des vacances, la prochaine séance de la Société sera remise au mois d'octobre.

I. BESSON.

BIBLIOGRAPHIE.

Notes on Nursing ; by Florence NIGHTINGALE

Miss Florence Nightingale n'est pas seulement une infirmière ; c'est une combattante : cela se voit à son style, à l'ardeur de son prosélytisme, à la décision avec laquelle, plantant sa bannière au milieu des bataillons féminins, elle s'écrie : *Every woman is a nurse* (toute femme est une infirmière).

Cette affirmation est peut-être bien un peu téméraire ; car s'il y a peu de femmes qui ne soient, à un moment donné, capables de donner à ceux qu'elles aiment les soins les plus tendres et les plus assidus, encore ne peut-on dire que la tendresse et le dévouement dont toute femme peut occasionnellement faire preuve, équivalent chez les femmes à une vocation universelle pour la profession d'infirmière. Nous croyons, au contraire, que, de même qu'il y a des femmes qui détestent les travaux d'aiguille, ou la cuisine, ou les soins du ménage, il y en a aussi, et beaucoup, qui n'ont aucun goût pour l'état d'infirmière. Or, cet état est précisément l'un de ceux pour lesquels il faut une vocation décidée. Méfions-nous donc, surtout en pareille matière, des généralisations vagues et hâtives, et ne nous rappelons que pour éviter de tomber dans une erreur du même genre, le fameux dilemme « ménagère ou courtisane » si impertinemment et si inutilement posé aux femmes par un homme à qui il n'a peut-être manqué que de les connaître mieux, pour être un aussi grand réformateur qu'un admirable écrivain.

Non, toute femme n'est pas une infirmière ou une bonne d'enfants, ou une gardeuse, ou une accoucheuse ; il y a d'autres horizons ouverts à la femme que les soins à donner à l'enfance ou aux malades, et il n'est pas seulement bon pour elles, mais bon pour tous qu'il en soit ainsi.

Mais revenons à Miss Nightingale, dont nous sommes d'ailleurs loin de blâmer le caractère enthousiaste, car on ne fait rien de grand sans passion, et il ne fallait rien de moins que cette passion que nous admirons chez Miss Nightingale et chez ses collaboratrices, pour créer cette admirable école d'infirmières laïques qui fait déjà tant d'honneur à nos voisins et se montre une auxiliaire si puissante de la science médicale en Angleterre.

Ces infirmières, en effet, ne sont pas seulement des femmes dévouées, comme le sont nos sœurs de charité ; ce sont des femmes dont l'instruction générale et les connaissances techniques sont infiniment supérieures à tout ce qu'ont pu produire jusqu'ici les congrégations religieuses. Les livres comme celui de Miss Veitch, que nous analysions il y a quelques semaines, et comme ceux de Miss Nightingale, en sont la meilleure preuve.

Nous avons dit que le caractère distinctif du style de Miss Nightingale est un entrain, une verve, un esprit de combativité singuliers. Est-ce en Crimée qu'elle a contracté cet esprit-là ? C'est possible. Toujours est-il qu'elle attaque la maladie, les préjugés, les spéculations meurtrières, les mauvaises habitudes, comme un général d'armée attaque l'ennemi.

Qu'il s'agisse de la mauvaise éducation des femmes, qui ne manquent pas d'apprendre à jouer du piano, mais se gardent bien d'étudier les lois qui peuvent assurer la vie et la santé de leurs enfants ou le développement de leur intelligence ; qu'il s'agisse des propriétaires et architectes, qui construisent des maisons, non pour qu'on s'y porte bien, mais pour qu'on y paye le plus de loyers possibles ; qu'il s'agisse des domestiques qui croient avoir fait une chambre lorsqu'ils ont forcé, à coups de plumeau, la poussière à se distribuer plus également sur tous les meubles ; qu'il s'agisse de l'absurde préjugé populaire, d'après lequel il faut que les enfants aient les maladies de leur âge, rougeole, coqueluche, etc. ; Miss Nightingale pousse bravement à l'ennemi, frappant à droite et à gauche et d'une main qui, pour être féminine, n'en frappe pas moins fort.

On pourrait désirer plus de méthode dans son livre et moins de répétitions. Autant les répétitions sont nécessaires, indispensables même, dans les instructions verbales données par une infirmière en chef à ses subordonnées, autant elles sont inutiles dans un livre. Mais, comme l'indique le titre, ce livre est un recueil d'observations et de conseils mis en note au jour le jour, et cela explique tout à la fois la fréquence des répétitions et le décousu de la méthode, qui fait, par exemple, deux chapitres séparés de la *salubrité des maisons* et de la *propreté des chambres et des murs*, sujets absolument connexes.

Il ne faut pas croire, cependant, que le livre manque d'unité. Seulement, il faut reconnaître qu'il ne tient cette unité que de l'esprit dans lequel ces notes, d'ailleurs, mises ensemble sans grande méthode, ont été rédigées. Ce ne sont pas, il faut le dire aussi, des instructions techniques sur l'art de soigner les cas médicaux ou chirurgicaux ; (cet enseignement technique a été donné par Miss Nightingale dans d'autres ouvrages) ; ce sont des instructions sur les conditions hygiéniques dans lesquelles il faut placer les gens pour qu'ils ne tombent pas malades, s'ils sont bien portants, et pour qu'ils recouvrent la santé, s'ils sont malades. Le but que s'est proposé Miss Nightingale est parfaitement exposé dans le passage que voici :

« La médecine est la chirurgie des fonctions, comme la chirurgie proprement dite est celle des organes et des membres. Ni l'une ni l'autre ne peuvent que détruire des obstacles ; ni l'une ni l'autre ne guérissent ; la nature seule guérit. »

Il eût peut-être été bon d'ajouter que la nature a besoin d'être aidée par la science et l'art, et que cela revient alors au même que si l'art guérissait ; mais ne cherchons pas à Miss Nightingale une querelle de mots.

» La chirurgie extrait d'un membre une balle qui est un obstacle à la guérison ; mais c'est la nature qui guérit la plaie. Il en est de même pour la médecine. Le fonctionnement d'un organe est troublé ou arrêté ; la médecine aide la nature à se débarrasser de l'obstacle ; elle ne fait rien de plus. La tâche qui, dans les deux cas, incombe à l'infirmière est de mettre le malade dans les meilleures conditions possibles pour que la nature puisse agir sur lui. Généralement, c'est le contraire que l'on fait. Trop souvent on regarde l'air pur, le repos, la propreté, comme des choses bonnes assurément, mais superflues, qui peuvent être données au malade quand on le trouvera commode, mais qui ne passent qu'après la médecine, laquelle est pour le malade le *sine quâ non*, la panacée. Eh bien, c'est là une erreur, et si j'ai réussi, dans quelque mesure que ce soit, à dissiper cette erreur et à montrer ce que doit véritablement être l'art de l'infirmier et ce qu'il ne doit pas être, j'aurai atteint mon but. »

Nous ne pouvons analyser ici les divers chapitres consacrés par Miss Nightingale à la *ventilation*, au *chauffage*, à l'*éclairage*, au *drainage*, à la *propreté des maisons et des appartements*, etc., etc., mais nous pouvons dire que le but qu'elle s'est proposé est parfaitement atteint, et qu'il serait désirable que son livre fût entre les mains non-seulement de toutes les infirmières, mais de toutes les mères de famille, de toutes les commissions d'hygiène ou de salubrité, et même de tous ceux qui

ont le devoir, comme c'est le cas pour les conseillers municipaux notamment, de s'occuper de tout ce qui concerne la salubrité des villes et en particulier des établissements publics tels que les écoles et les hôpitaux.

Un des points sur lesquels Miss Nightingale insiste le plus est celui qui consiste à donner de l'air pur aux malades, sans les exposer à prendre froid. Presque en tout temps, avec un bon feu et des fenêtres ouvertes, cela est facile. On ne prend pas froid au lit, et si l'on craint un saisissement, il est toujours facile de couvrir le malade un peu plus, et, au besoin, d'avoir recours aux bouteilles d'eau chaude.

Ce n'est pas lorsqu'un malade est alité que l'on doit craindre de ventiler sa chambre, mais lorsqu'il se lève pour la première fois et qu'il est sous le coup de l'épuisement qui résulte de l'effort qu'il a fait pour s'habiller. Le malade est alors impuissant à réagir contre le froid, et la température qui n'aurait fait que le rafraichir lorsqu'il était au lit, peut alors le tuer.

Miss Nightingale va jusqu'à recommander l'air de la nuit.

« Quel air pouvons-nous respirer durant la nuit. Nous n'avons à choisir qu'entre l'air pur du dehors et l'air vicié du dedans. La plupart des gens préfèrent ce dernier. Que diraient-ils s'ils savaient que la moitié des maladies dont nous souffrons tiennent à ce que nous dormons dans des chambres dont les fenêtres sont hermétiquement fermées. »

On compte beaucoup trop sur les désinfectants, et l'on ne songe pas assez que ce n'est pas l'odeur de la chose infecte qu'il faut combattre, mais la chose infecte qu'il faut supprimer. Sous ce rapport, les malades sont victimes des préjugés les plus absurdes et les plus enracinés.

Maintenir la chaleur vitale chez le malade n'est pas moins important que de lui donner de l'air pur ; aussi Miss Nightingale insiste-t-elle avec force sur les soins dont les malades doivent être l'objet durant ce que les anglais appellent *les petites heures de la nuit* (de 1 à 6 heures du matin).

« Une infirmière soigneuse, dit-elle, exercera une surveillance constante sur ses malades, particulièrement dans les cas d'extrême faiblesse, afin de prévenir les effets qui peuvent résulter d'une diminution de la chaleur vitale. Elle devra examiner fréquemment les pieds et les jambes, et toutes les fois qu'elle observera une tendance au refroidissement, elle devra appliquer des bouteilles, des briques ou des flanelles chaudes, donner une boisson chaude, faire en un mot tout son possible pour rétablir la température désirable. Que de malades l'on perd faute d'attention à des précautions si simples! Que d'infirmières comptent sur le repas qu'a pris le malade, ou sur la médecine, ou sur la dose de stimulant qui a été prescrite ! Et pendant ce temps le malade s'en va faute d'un peu de chaleur extérieure. De pareils faits se produisent, même au fort de l'été. Ce refroidissement fatal tend surtout à se produire vers l'aube du jour, c'est-à-dire au moment de la plus basse température dans les vingt-quatre heures, et au moment où l'effet du repas de la veille est épuisé. »

Il ne faut pas seulement de l'air pur et de la chaleur aux malades, il leur faut de la lumière, du soleil. Sans soleil, le corps et l'esprit dégénèrent ; où il n'y a pas de soleil, il n'y a pas de pensée et il n'y a pas de santé ; sur la pente sombre des profondes vallées, vous trouvez le crétinisme ; dans les caves et les rues étroites et sans soleil vous trouvez le rachitisme et la dégénération physique et intellectuelle. Mettez au soleil la pauvre plante fanée et le pauvre être humain rachitique, et si le mal n'est pas trop avancé, ils recouvreront l'un et l'autre la force et la santé.

Miss Nightingale est tellement convaincue de cette vérité qu'elle voudrait que dans la construction des hôpitaux on orientât les salles et les fenêtres de manière à assurer aux malades quelques heures de soleil et la vue du dehors.

Cette dernière considération nous amène à un ordre d'idées dans lequel Miss Nightingale fait preuve de l'esprit le plus philosophique et le plus tendrement humain : il s'agit des distractions à donner aux malades. Rien n'est curieux et intéressant comme les deux chapitres intitulés *Variety*, que nous traduirons par *Distractions* et *Chattering hopes and advices* que nous traduirons par *Consolations et Conseils*.

C'est avec une véritable fureur de bonté pour ses malades que Miss Nightingale s'emporte contre ces imbéciles parents et amis qui ne savent qu'entretenir un malade de lui-même, au lieu de l'arracher à ses propres pensées, à ses idées noires, aux tristes réflexions auxquelles il n'a que trop le temps de s'abandonner durant les heures de solitude et d'insomnie.

Apportez-lui des fleurs, donnez-lui les nouvelles du dehors, racontez-lui des histoires, amenez-lui le plus petit enfant de la famille, pour qu'il le fasse asseoir sur son lit et joue avec lui : rattachez, en un mot, le malade à la vie par tous les liens efficaces, au lieu de le fatiguer en ressassant auprès de lui les banales consolations des espérances trompeuses ou en lui conseillant des remèdes qui lui auraient été donnés depuis longtemps s'ils avaient pu lui être utiles. Si même vous pouvez lui donner un travail manuel approprié à ses forces, faites-le. Songez que faute de tout cela, la vie vous serait insupportable à vous-même, et que c'est de tout cela que le prive la maladie. Songez aussi que c'est bien plus la fatigue mentale que la fatigue corporelle qu'il faudrait épargner au malade. « Je suis absolument sûre, dit Miss Nightingale que si l'on pouvait empêcher un malade de penser à lui-même et ne pas le priver du peu d'exercice physique dont il est capable, il y gagnerait beaucoup. Le contraire a généralement lieu dans les maisons privées. Mais dans les hôpitaux, l'absence de toute anxiété qui résulte de l'ordre et de la ponctualité auxquels une institution bien réglée est soumise, exerce la plupart du temps une influence des plus heureuses sur les malades. »

Nos lecteurs peuvent voir que Miss Nightingale est aussi du nombre des personnes qui pensent que les soins donnés dans les hôpitaux sont infiniment supérieurs à ceux que l'on peut se procurer dans la plupart des maisons privées. Elle donne dans un autre chapitre, celui sur l'*alimentation des malades*, une excellente raison en faveur de cette opinion. Cette raison, c'est qu'il y a bien plus d'entente pour s'aider l'un l'autre entre le docteur et son infirmière en chef, dans un hôpital, qu'entre le docteur et les parents ou amis du malade, dans une maison privée. Nous croyons que c'est là, en effet, une vérité irréfutable.

Avant de quitter le livre de Miss Nightingale, nous devons prémunir ceux de nos lecteurs qui pourraient avoir envie de lire cet ouvrage dans l'original, contre une erreur d'appréciation qui pourrait résulter du double sens du mot anglais *nurse*. Ce mot veut dire tout à la fois *nourrice*, *bonne* et *infirmière* ou *infirmier*. Or, Miss Nightingale donne à la fin de son livre une statistique où, si l'on s'en tenait à la signification du mot *nurse* dans le sens d'*infirmière*, on verrait avec étonnement qu'il y a en Angleterre une vingtaine de mille d'infirmières dont les âges varient entre 5 et 20 ans. Ce n'est pas d'infirmières qu'il est ici question, mais de bonnes d'enfants, parmi lesquelles Miss Nightingale compte les fillettes de 5 ans et au-dessus qui, dans les familles pauvres, sont chargées de garder les bébés pendant que la mère travaille. C'est donc d'une vingtaine de mille qu'il faut réduire le chiffre de 64,600 donné par Miss Nightingale comme chiffre des infirmières en Angleterre, et encore ce chiffre nous parait-il bien élevé.

Toutefois nous comprenons très-bien l'excellent sentiment qui a inspiré Miss Nightingale. Elle voudrait que l'instruction qui est donnée dans son livre fût mise à la portée de toutes les femmes et fût même l'objet d'un enseignement spécial daes les écoles primaires de filles. C'est assurément une idée fort louable ; mais, craignant sans doute qu'on ne lui oppose quelque fin de non-recevoir, elle se rejette sur la statistique et dit : non-seulement toutes celles qui doivent devenir mères de famille ont besoin de cette instruction, mais toutes nos maîtresses d'écoles et d'asiles, et toutes nos *nurses* (infirmières, nourrices ou bonnes d'enfants), en ont un besoin spécial et urgent. C'est un raisonnement auquel on ne peut qu'applaudir. A. T.

VARIA

Décret relatif aux épreuves de la licence et du doctorat ès-sciences.

Le Président de la République française, sur le rapport du Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, vu le décret du 17 mars 1808 ; vu la loi du 14 juin 1854, article 14 ; vu l'avis du conseil supérieur de l'instruction publique ; le conseil d'État entendu, décrète :

TITRE PREMIER. — *De la licence ès-sciences.*

Article premier. — Les candidats à la licence ès-sciences mathématiques et à la licence ès-sciences physiques doivent être pourvus du diplôme de bachelier ès-sciences complet. Les candidats à la licence ès-sciences naturelles doivent justifier du même grade ou être pourvus des diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint (physiques et naturelles).

Tout candidat à la licence doit justifier de quatre inscriptions.

Art. 2. — Les examens pour les diverses licences ès-sciences sont subis devant les jurys distincts choisis par les doyens dans le sein des Facultés. Chaque jury est composé de trois professeurs ou agrégés des Facultés de l'ordre des sciences auxquelles la licence se rapporte. Lorsque le nombre des professeurs ou agrégés d'une Faculté n'est pas suffisant pour la constitution des jurys, ceux-ci sont complétés par des professeurs appartenant à une autre Faculté ou désignés par le Ministre.

Art. 3. — L'examen, pour chacune des licences, se divise en épreuves écrites, en épreuves pratiques et en épreuves orales. Les épreuves orales sont publiques. Nul n'est admis à subir les épreuves orales s'il n'a satisfait aux épreuves écrites et aux épreuves pratiques. Le candidat qui n'a pas satisfait à l'une des épreuves perd le bénéfice des épreuves antérieures.

Art. 4. — Les sujets des épreuves écrites, pratiques et orales sont empruntés aux programmes arrêtés en conseil supérieur de l'instruction publique.

Art. 5. — L'épreuve écrite pour la licence ès-sciences mathématiques porte sur deux sujets distincts pris, l'un dans le programme du calcul différentiel et intégral, l'autre dans le programme de mécanique. L'épreuve écrite pour la licence ès-sciences physiques porte sur deux sujets pris, l'un dans le programme de physique, l'autre dans le programme de chimie. Pour la licence ès-sciences naturelles, l'épreuve écrite porte sur deux sujets empruntés, l'un au programme de botanique, l'autre au programme de zoologie, d'anatomie et de physiologie.

Art. 6. — Les épreuves pratiques de la licence ès sciences mathématiques consistent en épreuves ou en application du calcul à des questions d'astronomie indiquées dans le programme arrêté en conseil supérieur.

Pour la licence ès-sciences physiques elles consistent : 1° En une préparation ou une analyse chimique ; 2° en manipulations ; 3° en déterminations minéralogiques.

Pour la licence ès-sciences naturelles, elles consistent : 1° En une préparation d'anatomie zoologique ; 2° en une préparation d'anatomie botanique ; 3° en des déterminations de roches et de pièces paléontologiques.

TITRE II. — *Du doctorat ès-sciences.*

Art. 7. — Les dispositions des paragraphes 2 et 3 de l'article 2 du présent décret sont applicables aux épreuves du doctorat.

Art. 8. — Sont et demeurent abrogées les dispositions des règlements antérieurs qui sont contraires au présent décret.

Art. 9. — Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 15 juillet 1877.

Mal DE MAC-MAHON duc DE MAGENTA.

Les ancêtres de M. le Président de la République.

Nous avons, dans notre dernier numéro, publié quelques renseignements curieux sur les ancêtres de M. le Président de la République. En voici d'autres empruntés à la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, et particulièrement relatifs à notre profession.

Le seul recueil où il soit question du nom de Mac-Mahon, est le recueil des *Mémoires de l'Académie de chirurgie de Paris* (édit. Didot, t. XIV, p. 247). Un calendrier médical à l'usage de la Faculté de Paris, que nous possédons, apprend que le même médecin occupait à Paris une très-grosse place. Voici ce que l'on trouve dans l'almanach de 1780 : « M. Mac-Mahon (Jean) de Laon, Irlandais, ancien médecin des armées du roi et des hôpitaux militaires, médecin de l'école royale militaire, à l'école militaire et rue de Grenelle, en face la fontaine. »

Dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, il est évidemment question de Mac-Mahon. Louis, le secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie, a présenté et fait suivre de réflexions une observation du docteur Lescure, médecin en second à l'école militaire, et dont voici le titre : *Sur une portion d'amande d'abricot dans la trachée artère.*

Le 8 août 1768, le docteur Lescure fut appelé auprès de la fille de Huguenin, professeur de géographie à l'Ecole ; il reconnut la présence d'un corps étranger dans la trachée artère et était prêt à faire la bronchotomie. On pria le soir Mac-Mahon de voir l'enfant ; ce médecin ne jugea pas qu'il y eût d'opération à faire. On abandonna l'enfant à elle-même, avec quelques vomitifs et du kermès. Cette petite fille mourut soixante-cinq heures après l'accident. Lescure demanda à faire l'examen du cadavre et qu'il pût le faire en présence du gouverneur de l'école militaire et de Mac-Mahon. On trouva le corps étranger dans la trachée artère. Louis, l'illustre secrétaire de l'Académie de chirurgie, ajoute les réflexions suivantes : « Il est impossible de justifier l'omission du secours qui aurait conservé la vie à l'enfant dont il est question dans l'observation qu'on vient de lire ; mais pour que le blâme n'en soit pas imputé à l'observateur (M. Lescure) il importe que l'on sache qu'il était alors en sous-ordre à l'école royale militaire, et que si des considérations particulières l'ont empêché de proposer l'opération nécessaire, c'est sans doute que les signes diagnostics de l'existence du corps étranger qu'il a si bien aperçus et qu'il n'a pas dissimulés, n'ont pas paru décisifs au jugement de celui par qui, ou sous l'autorité de qui l'incision convenable aurait dû être pratiquée. » — Le jugement était dur pour le médecin Mac-Mahon. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*)

Potion cyanique (Drs LELU et LUGAN).

Cyanure double de potassium et de zinc.	0,07 centig.
Eau distillée....................	100,00 —
Sirop de sucre....................	30,00 —
Alcoolé d'essence de menthe.........	n° 5 gtt.

A prendre par grandes cuillerées en 24 heures. Cette potion est destinée à remplacer dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu diverses préparations cyaniques moins stables que la cyanure double. — (*Bulletin de thérapeutique*).

Teinture de phosphore (Dr EMERSEN, de New-York).

Phosphore....................	6 centig.
Alcool absolu....................	10 grammes.
Glycérine....................	24 —
Alcool à 90°....................	4 —
Essence de menthe....................	2 —

On fait dissoudre le phosphore dans l'alcool absolu et la glycérine et l'on aromatise avec l'alcool d'essence de menthe. La solution est complète et le liquide reste parfaitement limpide. Cette préparation est employée, à la dose de 2 grammes, tous les trois ou quatre heures, dans le traitement des névralgies. — (*Transactions of the American nevrological Association*).

Formule contre le carreau ou Tabes mesenterica (Dr LUBERT).

Teinture de rhubarbe....................	30 grammes.
Acétate de potasse liquide (Codex).....	8 —
Vin stibié (Codex)....................	4 —

Mélangez. — On administre cette mixture à l'enfant malade, par gouttes, dans une cuillerée à café d'eau sucrée, trois fois par jour : le matin, à midi et le soir. Le nombre des gouttes, à chaque dose, doit être proportioné à l'âge du sujet, 10 gouttes au minimum, 20 gouttes au maximum. — Pas de traitement accessoire. Il n'y a pas d'autres contre-indications qu'un état fébrile très-prononcé ou une diarrhée. — (*Gazette médicale de Strasbourg*).

MORTALITÉ A PARIS. — 1,988,806 habitants (recensement de 1876). Pendant la semaine finissant le 19 juillet 1877, on a déclaré 889 décès, soit 23,2 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 25 ; — rougeole, 13 ; — scarlatine, 3 ; — variole, 2 ; — croup, 13 ; — angine couenneuse, 24 ; — bronchite, 32 ; — pneumonie, 56 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 22 ; — choléra nostras, » ; — dysentérie, » ; — affections puerpérales, 3 ; — érysipèle, 5, — autres affections aiguës, 244 ; — affections chroniques, 388 dont 165 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 37 ; causes accidentelles, 22.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La composition écrite du concours pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie, aura lieu le samedi 3 novembre 1877, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat de l'administration générale, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés de une heure à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division, devra être déposé conformément au réglement, avant le 15 août dernier délai. — (*Gazette des hôpitaux*).

M. le docteur Courot, médecin-adjoint de Saint-Lazare, est nommé médecin titulaire, en remplacement de M. Costilhes, décédé.

M. le docteur Leblond, médecin adjoint du dépôt de la préfecture, est nommé médecin adjoint de Saint-Lazare, en remplacement de M. Courot. (*Gazette des hôpitaux.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — *Concours pour deux places de prosecteurs.* — Les épreuves consisteront en : 1° Une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Quatre heures seront accordées aux candidats pour la rédaction de leur composition. Le mémoire sera lu par les candidats en séance publique ; 2° Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. Quatre heures seront accordées pour cette préparation ; 3° Une épreuve orale d'anatomie, d'une demi-heure de durée après dix minutes de réflexion ; 4° Une épreuve orale de physiologie, d'une demi-heure de durée, après dix minutes de réflexion ; 5° La pratique de deux opérations. Le concours commencera le 20 octobre 1877.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté au moins quinze jours avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours. Sont admis à concourir : les docteurs en médecine et les étudiants ayant au moins douze inscriptions.

Les fonctions de prosecteur sont incompatibles avec celles d'agrégé. La durée des fonctions est de quatre années. Le traitement qui y est attaché est de 1,500 fr. par an. Pour le concours de 1877, le premier des candidats nommés le sera pour une durée de quatre années, et le second pour une durée de deux ans seulement.

NOTA. — *De nouvelles affiches indiquent que le concours pour le prosectorat*

aura lieu le 15 octobre et celui de l'adjuvant le 20. Il est ainsi fait droit aux observations présentées dans le dernier numéro. (*Lyon médical.*)

Médecine légale. — Le préfet de police, après avoir pris l'avis du Ministre de l'instruction publique sur une demande qui lui avait été adressée par le doyen de la Faculté de médecine de Paris, vient de prendre un arrêté autorisant l'établissement, à la Morgue, de conférences de médecine légale faites par un professeur agrégé de la Faculté et désigné par elle. Ces conférences auront lieu deux fois par semaine, du 1er novembre au 1er avril. Les docteurs et les élèves ayant au moins trois années d'études médicales y seront seuls admis, munis de cartes personnelles.— (*République française*).

École de médecine et de pharmacie de Marseille. — Par arrêté en date du 18 juillet 1877, des concours s'ouvriront à l'École de médecine et de pharmacie de plein exercice de Marseille, savoir : le 4 février 1878, pour un emploi de suppléant des chaires des sciences naturelles; le 19 février 1878, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. (*Union médicale*)

Faculté de médecine de Nancy. — Par décret en date du 20 juillet 1877, M. Bichat, docteur ès-sciences, a été nommé professeur de physique à la faculté des sciences de Nancy. — (*Journal officiel*).

Association française pour l'avancement des sciences. — Le congrès de l'association française pour l'avancement des sciences aura lieu, cette année, au Havre, ainsi que nous l'avons annoncé. La session durera du 23 au 30 août et se composera de séances de sections, d'excursions scientifiques et de séances publiques. La séance d'ouverture aura lieu sous la présidence de M. le professeur Broca. Le vice-président est M. Kuhlmann chimiste, à Lille; et le secrétaire-général M. Déhérain, le directeur des Annales agronomiques, professeur de chimie à l'École spéciale d'architecture. (*Union médicale.*)

Le repos du dimanche. — Les pharmaciens d'Alger ont informé le public que, du mois de juin au mois d'octobre inclus, leurs établissements seront fermés la journée du dimanche. Six d'entre eux, à tour de rôle et répartis dans les différents quartiers de la ville, tiendront, ce jour-là, leurs pharmacies ouvertes comme d'habitude ; une liste indiquant leurs noms et adresses sera placardée chaque fois sur la porte des établissements fermés.— (*Lyon médical*).

Nécrologie. — M. le docteur Dublanchet, ancien interne des hôpitaux de Paris vient d'être victime de son dévouement en soignant un jeune enfant atteint du croup. En moins de deux jours il a été enlevé à l'affection de sa famille, au moment où il allait recueillir le fruit d'une jeunesse studieuse et modeste, par la publication de deux ouvrages, produit de deux années d'études sérieuses, de longues et patientes observations, dont il avait réuni les matériaux pendant son internat. — (*Gazette des hôpitaux.*)

Le corps médical de l'Est vient de perdre un de ses membres les plus estimés, M. le docteur Grillot, médecin à Plombières, membre du conseil municipal de la commission de l'hospice et du conseil d'administration de la Société des Thermes.

La *Gazette hebdomadaire de médecine* annonce la mort de M. le docteur *Ferdinand Gignoux*, l'un des plus brillants élèves de la Faculté de Montpellier.

M. le docteur *Aug. Goupil*, vient de mourir à 83 ans, il était compté parmi les praticiens les plus occupés et les plus honorés de la capitale.

On annonce aussi la mort de M. le docteur Costilhes, médecin de Saint-Lazare. — (*Gazette hebdomadaire*).

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

Teinturier (E.). — Les skoptzy, 1877. Aux bureaux du *Progrès médical* 1 joli vol. in-12 de 93 pages avec gravures. Prix : 1 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès médical*, 1 fr.

CHEZ TOUS LES LIBRAIRES.

Paul Parfait. — Le dossier des pélerinages, suite de l'artenat de la dévotion. Paris, 1877, 1 vol. in-12 de 388 pages,

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Gallard (Th.). — Clinique médicale de la Pitié. Paris, 1877, 1 vol. in-8, avec 25 fig. intercalées dans le texte.

Bulletin de la Société de médecine légale de France, fondée le 10 février 1868. Tome IV, 2e fascicule. Paris, 1877, 1 vol. in-8 de 232 pages.

Vallat (E.). — De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations, étude clinique et expérimentale. Paris, 1877, 1 vol. in-8 de 154 pages.

Lévy (Ch.). — Mémoires de la Société de médecine de Nancy, compte-rendu annuel et procès-verbaux des séances. Année 1875-1876. Nancy, 1877. Berger-Levrault et Cie. 1 vol. in-8 de 126 pages.

Librairie BERGER-LEVRAULT, 5, rue des Beaux-Arts.

Claude Bernard. — Cours de médecine du Collége de France. Leçons sur le diabète et la glycogénie animale. Paris 1877, 1 vol. in-8° de 576 pages. Prix : 7 fr.

Librairie DELAGRAVE, 56, rue des Écoles.

L'Indicateur-Bijou. — Guide du promeneur à Paris et aux environs, vol. in-32 de 111 pages avec deux cartes en chromo.

Librairie V. A. DELAHAYE et Ce. libraires-éditeurs, place de l'École-de-Médecine.

Braive (E). — De la convalescence confirmée. Étude et appréciation de faits observés à l'asile de Vincennes. Paris, 1877. in-8 de 54 pages.

Guéneau de Mussy. — Discussion sur la salubrité des égouts et l'étiologie de la fièvre typhoïde. Réponses à MM. Jaccoud et Chauffard. Extrait du bulletin de l'Académie de médecine 1877, 2e série, tome VI, page 611.

Rochaz (Félix). — De la suture des tendons, Paris, 1877, in-8 de 144 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques. Service de M. Hillairet. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mardi. — Pavillon Gabrielle : 3, 7, lèpre tuberculeuse et anesthésique. — Salle Henri IV et Saint-Louis.

Service de M. Lailler. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le mercredi. Lundi, spéculum. — Salle Sainte-Foy : 6, scrofulide de la main ; 9, perforation de la voûte palatine. gomme ulcérée; 20, herpès circiné de la face; 24, scrofulides malignes. — Salle Saint-Mathieu : 54, varices lymphatiques de la jambe ; 58, psoriasis généralisé.

Service de M. Guibout. — Visite à 8 h. 1/2, consultation externe le vendredi. Lundi, conférence clinique sur les maladies des femmes, salle Henri IV, à 9 heures.

Service de M. Vidal. — Visite à 9 h. Consultation externe le jeudi. Mercredi, traitement du lupus par les scarifications. Samedi, spéculum. — Salle St-Ferdinand : Accouchements. — Salle Ste-Marie : 11, mycosis fongoïde. — Salle St-Jean : 11, paraplégie hystérique; 13, syphilide ulcéreuse serpigineuse; 15, sclérodermie accidentelle ; 19 bis, molluscum généralisé; 25, érythème papuleux desquammatif; 46 et 51, lichen planus et lichen ruber; 50, sarcome de la peau; 61, lupus du pied, pachydermie et icthyose de la jambe; 71, sclérodermie.

Service de M. Besnier. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le lundi; vendredi spéculum. — Salle Saint-Léon : 2, sclérodermie; 14, papillômes des mains; 25, eczéma provoqué; 27, favus; 62, sycosis strummaux. — Salle Saint-Thomas : 44, psoriasis; 56, pityriaisis rosea; 65, acné miliaire arthritique.

Service de M. Fournier. — Visite à 9 h. Consultation externe le samedi; mardi, conférences cliniques sur les maladies syphilitiques, à l'amphithéâtre d'opérations, 9 h. 1/2. — Salle Saint-Thomas : 2, syphilis maligne; 5, syphilis cérébrale; 21, nécrose du crâne, dénudation de la duremère; 38, aphasie. — Salle Saint-Léon : 35, glossite scléreuse; 31, cancer du péritoine.

Cliniques chirurgicales. — Service de M. Pean. Visite à 9 heures, salles Sainte-Marthe et Sainte-Augustine. Consultation externe lundi, mercredi, vendredi. Samedi opération et clinique chirurgicale à l'Amphithéâtre. Mardi, spéculum.

Service de M. Duplay, suppléé par M. Marchant. Visite à 8 h. 1/2 salles Sainte-Marthe et Sainte-Augustine. Consultation externe mardi, jeudi, samedi. Jeudi, opération à l'Amphithéâtre. Lundi, examen des yeux et des oreilles. Samedi spéculum.

Hôpital Cochin. — Service de M. Bucquoy. Salle Saint-Jean (F.): 4, pleurésie; 5, rhumatisme articulaire, douleur sous-ca.canéenne; 10, pachy-

méningite cervicale; 15, rhumatisme articulaire aigu, endo-péricardite; 19, insuffisance tricuspide; 21, insuffisance mitrale, albuminurie.— Salle Saint-Philippe (H) : 2, insuffisance mitrale, bronchite chronique; 5, laryngite tuberculeuse; 7, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Marie (H.): 1, pleurésie; 3, insuffisance mitrale; 5, fièvre typhoïde; 8, colique hépatique.

Service de M. Desprès. Salle Cochin (F.) : 2, hystérie, transpiration sanguine; 3, carcinome de l'utérus; 6, grenouillette; 15, kyste de l'ovaire; 19, mal de Pott, région lombaire. — Salle Saint-Jacques (H.): 4, rétrécissement de l'urèthre; 8, hématome de la cuisse en voie de suppuration; 12, irido-choroïdite; 13, hydrocèle de la tunique vaginale; 15, granulations de la conjonctive et kératite; 23, fracture de jambe compliquée de plaie; 24, ectropion, suite de brûlure, autopsie. — Baraque I (H) : 1, gommes du voile du palais; 8, orchite tuberculeuse; 29, abcès tuberculeux de la prostate ouvert dans l'urèthre; 33, rétrécissement de l'intestin consécutif à une dysentérie. — Baraque II : 12 *bis*, hématome suppuré de la cuisse; 17, abcès froid de la paroi thoracique. — Baraque III : 6, abcès de l'aisselle; 8, hématome de la fesse en voie de résolution; 11, pied-bot varus, bourse séreuse accidentelle enflammée, amputation prochaine; 16, mal plantaire perforant.

Hôpital Saint Antoine. — Médecine. — Service de M. Mesnet. Consultation le mardi. Spéculum le vendredi. — Salle Saint-Hilaire (H.) : 4, mal de Bright; 11, rétrécissement de l'œsophage consécutif à un empoisonnement par l'ammoniaque; 22, péritonite tuberculeuse; 24, alcoolisme chronique; 27, néphrite parenchymateuse, 35, cancer de l'estomac; 39, cancer de l'intestin; 48, sclérose en plaques au début; 48, psoriasis syphilitique. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 10, néphrite parenchymateuse; 11, accidents secondaires de la syphilis, hémianesthésie hystérique; 12, insuffisance mitrale; 18, chloro-anémie; 20, arthrite du genou; 21, pleurésie aiguë, thora-

centèse ; 23, cirrhose hypertrophique, affection cardiaque ; 28, rhumatisme chronique.

Service de M. LANCEREAUX. — Consultation le lundi. Salle Sainte-Marguerite. Accouchements. Spéculum le mercredi. — Salle Saint-Antoine (H.) : 1, rhumatisme cérébral ; 3, myocardite et endocardite rhumatismales ; 7, insuffisance aortique ; 10, péritonite aiguë primitive ; 33, cancer latent. — Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 2, affection cardiaque, anasarque et hémorrhagie pulmonaire ; 8, sclérodermie ; 11, pleurésie tuberculeuse ; 19, syphilis tertiaire, névralgie trifaciale ; 25, endocardite rhumatismale ; 26, hémichorée.

Service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Consultation le samedi. Crèche. Salle Sainte-Marie. Spéculum le mercredi. — Salle Saint-Lazare (H.) ; 3, pleurésie-thoracentèse ; 4, pneumonie du sommet ; 9, anévrysme de l'aorte, asystolie ; 10, fièvre intermittente ; 12, cancer de l'œsophage ; 18, carcinome de l'estomac ; 30, anthracosis. — Salle Sainte-Marie (crèche) : 1, broncho-pneumonie ; 6, coxalgie puerpérale ; 7, angine diphthéritique, paralysie du voile du palais. — Salle Sainte-Agathe (F.) : 3, stomatite ulcéro-membraneuse ; 6, typhlite ; 9, syphilis ; 20, cancer des annexes de l'utérus.

Service de M. BALL. Consultation le vendredi. Spéculum le lundi. Salle Saint-Louis (H.): 3, insuffisance mitrale; 11, ataxie locomotrice; 4, fièvre typhoïde; 18, paralysie agitante sans tremblement; 27, atrophie musculaire progressive; 32, coliques saturnines, paralysie des extenseurs. — Salle Sainte-Thérèse (F.): 2, lésion organique de l'estomac; 4, insuffisance aortique; 8, 9, hystérie; 12 *bis*, accidents épileptiformes dus à la présence de vers intestinaux (?) 11, fièvre typhoïde.

Service de M. BROUARDEL. Salle Saint-Augustin (H.): 3, 4, affection cardiaque; 7, broncho-pleuro pneumonie caséeuse gauche; 8, pleurésie du sommet; 17, pleurésie enkystée du sommet; 34, cirrhose syphilitique; 44, insuffisance aortique, hémiplégie et aphasie transitoire; 50, lésion organique de l'estomac. — Salle Saint-Geneviève (F.): 1, pachyméningite cervicale hypertrophique; 2, tuberculisation rapide des poumons, des organes génitaux et des méninges; 9, carcinome de la colonne vertébrale, adénopathie trachéo-bronchique; 19, asystolie urémique et apoplexie pulmonaire.

Chirurgie. — Service de M. Benjamin ANGER. Consultation les lundi, mercredi et vendredi. — Salle Saint-Barnabé (H.): 2, fracture du col chirurgical de l'humérus; 3, fistules urinaires; 7, coxalgie; 9, périarthrite de l'articulation scapulo-humérale; 13, cancer du plancher buccal et de la langue ; 14, empyème; 15, tuberculisation des organes génito-urinaires; 24, phlegmon diffus de la cuisse chez un diabétique; 31, 32, fractures compliquées de jambe, traitement par l'occlusion. — Salle Sainte-Marthe (F.): 3, épanchement sanguin dans la bourse séreuse prérotulienne; 9, polype utérin; 10, tumeur blanche du genou; 11, cancer du sein, généralisation vertébrale; 14, varices profondes de la jambe; 15, calcul vésical; 16, coxalgie, eschare du sacrum, infection purulente; 17, rétrécissement du rectum; 18, fracture du radius compliquée de plaie.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 31. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 4 AOUT 1877.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Phlegmon de la main.

Leçon recueillie par FERRAND, interne provisoire.

Messieurs,

Nous venons de voir, couché au n° 55 de la salle Saint-Augustin, un malade âgé de 57 ans, exerçant la profession de brossier, et entré à l'hôpital depuis huit jours. Il présente une affection inflammatoire de la main et de l'avant-bras gauche, affection causée par une très-légère piqûre qu'il s'est faite à la pulpe du pouce. C'était, nous dit-il, une petite éraillure à laquelle il n'a fait aucune attention. Il n'a point interrompu son travail, se contentant d'appliquer de l'alcool sur le doigt malade. Dès le lendemain, il a commencé à ressentir de la gêne. Celle-ci est rapidement devenue de la douleur. Sa main a enflé, et il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Ce qui frappe au premier abord, lorsqu'on examine la main malade, c'est son attitude toute spéciale. C'est là, comme nous le verrons tout à l'heure, un symptôme d'une grande importance. La première phalange des doigts est dans la position rectiligne, sur les mêmes plans que les métacarpiens. Les deux dernières, au contraire, sont fléchies et forment avec la précédente un angle obtus, de telle sorte que la main a la forme d'une griffe. Ce n'est point là une attitude passagère que le malade quitte et reprend selon sa volonté. Elle est permanente, au contraire, et si l'on cherche à la modifier, le malade accuse une vive douleur.

L'étude de ce dernier symptôme va nous arrêter un instant. La douleur spontanée est vive, lancinante, et assez violente pour empêcher le malade de dormir. La douleur provoquée par les mouvements imprimés aux doigts pour corriger leur attitude vicieuse est également vive. Elle se prolonge suivant le trajet des tendons fléchisseurs.

La douleur à la pression est intéressante à étudier. Elle occupe la face palmaire du pouce, l'éminence thénar, et remonte en haut sur la face antérieure de l'avant-bras jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation radio-carpienne. A la paume de la main, elle ne s'étend guère que jusqu'à la branche moyenne de l'*M*. Depuis hier, elle a diminué au pouce, mais a envahi l'éminence hypothénar et le petit doigt. Dans les points où siége cette douleur, on constate un gonflement des parties malades constitué par de l'empâtement, sans apparence de fluctuation.

La main et une partie de l'avant-bras, surtout à sa partie externe, présentent une teinte rosée sur laquelle j'ai également appelé votre attention. Les mêmes parties présentent de plus une hyperthermie facilement appréciable.

Si j'ajoute que les phénomènes généraux manquent complétement, que toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement, en un mot, que la santé est bonne, je vous aurai exposé l'état dans lequel se trouve actuellement le malade.

Les quatre symptômes classiques : gonflement, rougeur, douleur et chaleur, ne laissent aucun doute dans notre esprit et nous avons évidemment affaire à une affection inflammatoire limitée à la main et à l'avant-bras.

Mais quel est le siége anatomique de cette affection? Quelles particularités offre-t-elle à étudier au point de vue de la marche et du pronostic? A quelles indications thérapeutiques donne-t-elle lieu? Telles sont, Messieurs, les questions que nous devons nous poser.

Relativement au siége anatomique de la maladie, les symptômes que je vous ai décrits répondent exactement à ceux que l'on assigne à la phlegmasie des gaînes tendineuses de la main et du poignet.

Ici, permettez-moi de vous rappeler en deux mots la disposition générale des gaînes synoviales qui accompagnent les tendons fléchisseurs des doigts.

Tandis que les gaînes des tendons fléchisseurs des trois doigts moyens (annulaire, médius et index) s'arrêtent un peu au-dessous des articulations métacarpo-phalangiennes, celles du pouce et du petit doigt se prolongent à leur partie supérieure jusqu'à la gaîne commune qui tapisse le canal radio-carpien et dans la majorité des cas communiquent avec cette séreuse commune. Celle-ci, de son côté, remonte en haut à environ trois travers de doigt au-dessus de l'articulation radio-carpienne, et descend en bas à la partie moyenne de la paume de la main, où elle se termine en cul-de-sac à environ deux travers de doigt au-dessous de l'interligne radio-carpien.

Or, si vous vous rappelez les limites du gonflement et de la rougeur, vous verrez qu'elles représentent exactement celles des gaînes tendineuses et qu'une étroite relation existe entre les données anatomiques et les symptômes observés. C'est pourquoi l'on a localisé l'inflammation dans les gaînes, et pour la plupart des chirurgiens l'affection que vous avez sous les yeux serait une synovite tendineuse.

Dans le cas présent, la question semble des plus claires, tellement les différents signes sont bien limités. Mais nous avons affaire à un cas type, et il n'en est pas toujours ainsi en clinique.

Aussi, en présence de certains faits difficiles à expliquer par la théorie précédente, a-t-on été amené à mettre en doute l'existence de cette synovite tendineuse. Pour Dolbeau et Chevalet, tous les signes précédents pourraient être expliqués par une lymphangite profonde ayant son point de départ au pouce. De nombreux arguments ont été fournis en faveur de la théorie de la lymphangite opposée à celle de la synovite tendineuse. Je ne puis y insister ici.

A mon avis, dans le cas présent, vous pouvez constater l'existence de plusieurs symptômes qui seraient absolument inexplicables dans l'hypothèse de l'inflammation des lymphatiques. Comment expliquer, en effet, la rétraction des doigts? Pour M. Dolbeau, elle est due à la contracture des muscles en rapport avec les lymphatiques enflammés. Mais ici les tendons seuls seraient en rapport avec les lymphatiques, puisque le gonflement et la douleur ne dépassent pas trois travers de doigt au-dessus du poignet. Comment admettre de plus une lymphangite aussi exactement circonscrite, et surtout comment expliquer la marche que nous avons observée? Au début, gonflement et douleur du pouce s'étendant à l'éminence thénar et à la face antérieure du poignet, puis deux jours plus tard, diminution sensible de la douleur et du gonflement du côté du pouce, mais, en revanche, apparition de ces mêmes symptômes le long de l'éminence hypothénar et du petit doigt. Il faudrait donc que l'inflammation des lymphatiques eût suivi une marche descendante ; or, ce mode de propagation est tout à fait anormal dans l'histoire de la lymphangite aiguë qui marche des extrémités vers les troncs principaux. Si l'on compare ces difficultés d'interprétation, dans l'hypothèse d'une lymphangite, à la facilité avec laquelle s'expliquent la circonscription causale et la marche des phénomènes dans la doctrine de la synovite, on n'hésitera pas à admettre que notre malade offre un exemple très-net d'une phlegmasie aiguë des synoviales des doigts et du poignet, synovite qui, née au niveau du pouce, s'est propagée à la gaîne commune radio-carpienne, pour de là gagner consécutive-

ment la gaîne du petit doigt, laquelle communique généralement avec cette dernière.

Mais, la synovite étant admise, comment expliquer le développement de la phlegmasie? Si la séreuse était ouverte, rien de plus simple. Mais elle ne l'est pas. La petite plaie, point de départ de l'affection, n'est, je le répète, qu'une simple érosion, tout à fait superficielle. Comment donc l'inflammation a-t-elle pu s'étendre aux gaînes, celles-ci étant beaucoup plus profondément situées que la lésion causale?

C'est ici, Messieurs, qu'il faut faire intervenir les lymphatiques: ce sont eux qui servent d'intermédiaire, de trait d'union, entre la peau lésée et la gaîne malade, entre la plaie mal soignée, irritée par l'alcool, et la séreuse prompte à s'enflammer, étant donnés son peu d'épaisseur et le peu de résistance qu'elle offre au processus phlegmasique.

Comme vous le voyez, je n'adopte ni ne rejette complétement l'une ou l'autre des deux théories en présence, et, admettant avec Velpeau la synovite, je fais jouer à la lymphangite un certain rôle.

Les synovites des doigts et de la main suivent deux marches bien différentes. Les unes progressent rapidement, se terminent par suppuration, et la fluctuation apparaît de bonne heure. Tel est le cas que nous avons observé au nº 32 de la salle Saint-Augustin, cas dans lequel nous avons vu survenir en deux jours les accidents les plus graves. Les autres ont une marche insidieuse, plus lente que les précédents. Tantôt les signes sur lesquels j'ai appelé votre attention persistent pendant un certain temps, puis s'amendent peu à peu et finissent par disparaître. C'est presque de la résolution, bien qu'il reste dans les gaînes un exsudat plastique sur lequel j'aurai à revenir au point de vue du pronostic.

Tantôt ces symptômes persistent, il se forme du pus. Aussi le chirurgien doit-il surveiller l'avant-bras avec la plus grande attention. C'est en ce point que la fluctuation, très évidente au pouce et au petit doigt, est le plus difficile à percevoir, à cause de la grande profondeur à laquelle se trouve la collection purulente. Il faut avoir soin de toujours la rechercher suivant l'axe longitudinal du membre. Si, en effet, on la cherche en plaçant les doigts aux extrémités du diamètre transversal, les couches musculaires, en se déplaçant les unes sur les autres, peuvent très-bien donner lieu à une fausse sensation de fluctuation. J'insiste à dessein sur ce point, car, suivant qu'il y a du pus ou qu'il n'y en a pas, suivant qu'il est encore contenu dans les gaînes ou qu'il s'est répandu parmi les couches musculaires du membre, on doit intervenir d'une façon différente.

Le pronostic varie suivant qu'il se forme du pus ou que l'affection s'arrête à sa première période.

Dans le premier cas, la situation est grave; sous l'action d'un contact prolongé avec le pus qu'elles contiennent, les synoviales peuvent, en effet, céder. Le pus se répandra au milieu des muscles si nombreux de la région. La fluctuation deviendra manifeste, le malade présentera des phénomènes généraux. On aura affaire à un phlegmon total qui pourra envahir le membre tout entier, entraîner des arthrites purulentes du poignet, amener à sa suite tout le cortége des symptômes qui caractérisent la pyohémie. On pourra alors être conduit à pratiquer l'amputation du bras.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsqu'il ne se forme pas de pus, le malade conserve un peu de gêne dans les mouvements des doigts à cause de l'exsudat plastique dont nous avons parlé. Parfois, il reste enfermé. C'est alors il y a eu destruction des tendons. La maladie est alors absolument incurable.

Dans la première période de cette maladie, on emploiera le traitement habituellement dirigé contre les inflammations (immobilité, position, sangsues, émollients, bains locaux, frictions mercurielles, vésicatoires). Si ce traitement réussit, on emploiera contre la raideur des doigts le massage et les douches. Si, au contraire, la suppuration se produit, on devra intervenir énergiquement, rapidement et donner issue au pus.

L'incision sera pratiquée généralement à deux ou trois travers de doigts au-dessus de l'interligne articulaire du poignet. Elle sera dirigée suivant l'axe longitudinal du membre et l'on rencontrera successivement: La peau; L'aponévrose; Les couches musculaires.

Le pus est situé à une grande profondeur, au niveau du carré pronateur. On devra, pour arriver jusqu'à l'espace interosseux, se servir de la sonde cannelée et passer, autant que faire se pourra, dans les interstices musculaires. On obtient de la sorte une incision longue et profonde qui répondra à l'indication thérapeutique, il est vrai, mais qui ne sera pas satisfaisante à tous les points de vue. En effet, à cause de la profondeur de l'incision, à cause du facile rapprochement de ses lèvres exclusivement musculaires, le pus s'écoulera mal. La plaie tendra toujours à se fermer, et le pus ne sortira que d'une façon intermittente; il faudra avoir soin de désunir les lèvres de la plaie plusieurs fois par jour. Un chirurgien italien, M. Parona, propose, pour obvier à ces inconvénients manifestes, de procéder de la manière suivante:

L'incision sera faite au côté interne de l'avant-bras, toujours, bien entendu, dans le sens longitudinal; laissant l'artère cubitale au-dessus, on suivra presque la face antérieure du cubitus. On arrivera ainsi rapidement dans le foyer en passant entre le fléchisseur profond et le carré pronateur.

En suivant ce procédé, on arrive plus rapidement au but. Les lèvres de la plaie ne tendent pas à se fermer comme dans l'incision antérieure. Enfin, le pus s'écoule plus facilement, vu la position habituelle de l'avant-bras sur le bord cubital. Tels sont les avantages que signale M. Parona; sans connaître exactement la valeur de ce procédé opératoire, je pense qu'il mérite d'être étudié, et je me propose de l'appliquer dès que l'occasion se présentera.

— Le malade, objet de cette leçon, est en voie de guérison. Un peu de raideur articulaire qu'on combat par le massage, les douches et l'électricité.

ANATOMIE GÉNÉRALE.

COLLÉGE DE FRANCE. — **M. RANVIER.**

Quinzième Leçon (1).

Recueillie par le docteur J. RENAUT.

Messieurs,

Il est facile de démontrer que le temps perdu par un muscle rouge augmente sous l'influence de la fatigue et du refroidissement combinés. On s'en peut convaincre par l'inspection des deux tracés ci-joints (*Fig. 53, 54*); et l'ex-

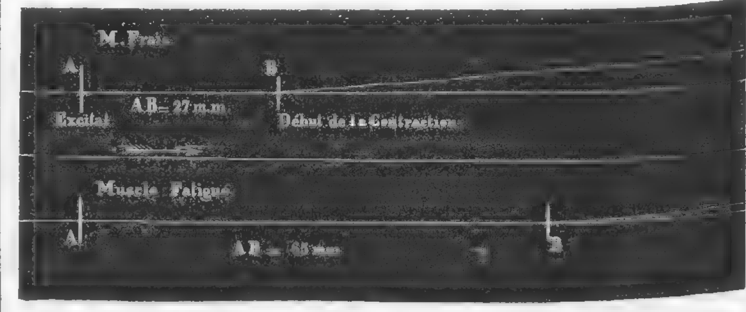


Fig. 53.

plication de cet augment réside, absolument comme pour le même phénomène observé dans les muscles pâles, dans l'action de l'élasticité musculaire, devenue prépondérante sous

(1) Voir les nºs 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44, de 1876; nºs 1, 2, 7, 9, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28 et 30 de 1877.

l'influence de la fatigue. Aussi, de même que dans un muscle blanc fatigué, peut-on rendre ce retard moins considérable en augmentant l'intensité du courant, c'est-à-dire en restituant au muscle, pour un instant, sa contractilité première.

On pourrait se demander, Messieurs, si le muscle pâle, dont les secousses et le tétanos, sous l'influence de la fatigue, deviennent de moins en moins amples et de plus en plus longs, ne se transforme pas alors en un muscle rouge. Autrement dit, si le muscle rouge n'est rien autre chose qu'un muscle blanc fatigué. Je dois vous dire immédiatement, Messieurs, que cette hypothèse me paraît tout-à-fait inadmissible. Outre que la secousse des muscles rouges a une forme assez différente de celle des muscles blancs, elle possède d'autres caractères qui la séparent totalement de cette dernière. La secousse du muscle blanc, par exemple, possède une amplitude qui, jusqu'à un certain point, croît proportionnellement à l'intensité de l'excitation électrique. Cette proportionnalité n'est nullement observée dans l'amplitude des secousses d'un muscle rouge soumis à des excitations d'intensité croissante. En dernier lieu, même arrivé au dernier degré de la fatigue, un muscle blanc fournit des secousses dont l'amplitude reste constamment proportionnelle à celle des tétanos qu'on lui fait subir; ce qui revient à dire que, lorsque les secousses deviennent insensibles et cessent de s'inscrire, les tétanos disparaissent de la même façon. Il n'en est point ainsi dans les muscles rouges, l'amplitude du tétanos est absolument indépendante de celle des secousses, comme on peut le vérifier sur le tracé ci-joint (*Fig. 55*).

Courant faible — Début de l'Excitation — A — Début de la Contraction — B — AB = 110 m.m.
Courant très fort — Début de l'Excitation — A — Début de la Contraction — B — AB = 42 mm. — Réduction = 7/11

Fig. 54. — Diminution du temps perdu par un muscle rouge fatigué quand on augmente l'intensité du courant (tracé réduit).

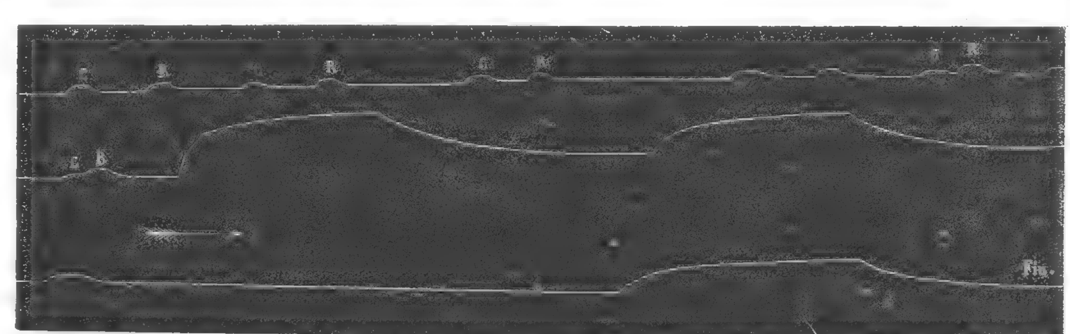


Fig. 55. — Influence de la fatigue sur le muscle rouge. Le tétanos n'a point une amplitude proportionnelle à celle des secousses. Le muscle inexcitable par des secousses isolées, peut être tétanisé.

D'autre part, certains muscles du lapin sont constitués partie par des fibres pâles et partie par des rouges, qui sont ou mélangées ou fasciculées par groupes dans leur masse. Le muscle qui représente, chez cet animal, le triceps huméral, par exemple, offre une région extérieure et interne absolument rouge, tandis que ses portions antérieures sont formées de fibres pâles. C'est un véritable muscle mixte; quel sera le caractère de sa contraction? Nous allons fatiguer ce muscle par une série de tétanos entre chacun desquels nous lui ferons subir deux secousses d'induction, clôture et rupture. Vous pouvez reconnaître, sur le tracé, qu'au début le caractère des secousses isolées est celui des courbes de contraction des muscles pâles. La secousse de clôture est moins ample que celle de rupture, à l'amplitude de laquelle le tétanos suivant est proportionnel. De plus, ce tétanos lui-même a une ascension brusque, qui ne paraît légèrement curviligne sur le tracé que parce que l'amplitude est extrême au début, et que le style écrivant décrit, dans les appareils enregistreurs, un arc de cercle autour de son centre de mouvement. De même la décontraction est brusque et instantanée à la fin du tétanos. En un mot, *le muscle mixte agit au début comme un muscle blanc*. Mais poursuivons l'expérience : de F à F' la fatigue commence à se faire sentir, les secousses de clôture disparaissent, le tétanos commence à prendre une ascension courbe et une décontraction lente. Il revêt peu à peu la forme du tétanos des muscles rouges. Tout-à-fait à la fin de l'expérience de F' à H la fatigue est complète, les secousses isolées ne s'inscrivent plus sur le tracé, mais les tétanos, présentant exactement la forme de



Fig. 56. — Effets de la fatigue sur le triceps huméral du lapin (m. mixte) réduit à 1/3. — C, clôture. — R, rupture. — T. tétanos.

ceux des muscles rouges, se poursuivent jusqu'à la fin. A ce moment, le muscle pâle n'existe plus dans le muscle mixte, *la fatigue n'a laissé subsister que le muscle rouge* (*Fig. 56*).

Le corollaire immédiat d'une semblable expérience est évidemment que le muscle pâle se fatigue beaucoup plus vite que le muscle rouge, puisque, dans un muscle mixte, il est totalement épuisé bien longtemps avant ce dernier. Lorsque les réactions motrices éclatantes du muscle pâle ont disparu par la fatigue, celles du muscle rouge paraissent et se montrent infiniment plus résistantes que les premières. Nous verrons plus tard la raison probable de cette résistance et de la façon soutenue et prolongée dont s'exécute la contraction des muscles rouges. Actuellement, je me contenterai d'étudier simplement le rôle qu'ils paraissent jouer dans la statique musculaire et quelle est leur signification au point de vue de l'anatomie générale.

Nous venons de voir, Messieurs, que certaines portions du triceps huméral du lapin, sont formées de fibres rouges qui sont réunies en faisceaux congénères des muscles pâles, et constituent, au point de vue de la contraction musculaire, une force accessoire dont le point d'application et la direction sont les mêmes que ceux de la force principale, représentée par la masse des fibres blanches. On pourrait faire la même remarque au sujet du triceps sural, dont l'un des chefs, le soléaire, est un muscle rouge. Les masses crurales sont à peu près constituées de la même manière ; bref, nous voyons à peu près partout les muscles rouges constituer des forces congénères, synergiques et accessoires des muscles ordinaires, et, en vertu de leur contraction lente et soutenue, de leur décontraction insensible, de leur résistance qui fait qu'ils semblent agir au sein des muscles mixtes, comme des forces constantes, très-peu ou du moins très-lentement modifiées par la persistance du fonctionnement et la fatigue qui en résulte, ces muscles me paraissent devoir être considérés comme jouant un grand rôle dans l'équilibration et l'harmonisation des mouvements. Ici encore, Messieurs, les muscles rouges agissent vraisemblablement par leur élasticité, pour transformer le mouvement rapide et brusque des muscles striés en un mouvement uniforme.

Telle n'est pas cependant l'opinion de tous les anatomistes. Un certain nombre ont, dans ces derniers temps, proposé d'autres explications du rôle probable des mucles rouges. Parmi eux, M. Meyer a soutenu que la distinction des muscles en deux ordres existait seulement chez les animaux domestiques ; que, chez ces animaux, les fibres pâles répondaient à des muscles relativement atrophiés par les conditions d'existence de l'animal et par la suppression d'une portion de son activité musculaire consécutive à sa captivité. Dans cet ordre d'idées, les muscles rouges seraient les seuls restés énergiques. Pour une raison analogue, les muscles des ailes seraient pâles, et ceux des pattes rouges chez les oiseaux qui sont coureurs et qui ne volent pas (Gallinacés). Cette manière de voir ne se soutient pas (1). Les muscles pâles n'existent pas seulement chez quelques animaux domestiques, ou dans les masses musculaires des membres dont les fonctions sont devenues moins actives. Chez les poissons, les raies par exemple, l'on observe juxtaposés les deux ordres de muscles. Lorsque l'on a enlevé, par la dissection, la peau qui recouvre la face dorsale des nageoires latérales, on observe de petits faisceaux musculaires rouges. Chacun de ces faisceaux correspond à un intervalle entre deux arêtes cartilagineuses. Ils reposent sur la masse des muscles pâles et leur action est congénère de celle de ces derniers. C'est dire qu'ici, comme ailleurs, ils paraissent jouer, dans l'ensemble de la musculature de l'animal, un rôle analogue à celui que je leur ai attribué.

Je dois enfin vous signaler, avant de quitter ce sujet, un intéressant travail de MM. Arloing et Lavocat. Ces deux observateurs ont constaté l'existence des muscles rouges chez un grand nombre d'espèces animales et leur attribuent un rôle actif dans la production des *mouvements soutenus*. Cette manière de voir est, au fond, très-analogue à celle que je vous ai exposée.

Une dernière question se présente maintenant à propos des muscles rouges. Existe-t-il des fibres rouges, c'est-à-dire à contraction longue et soutenue, au milieu de la masse des muscles pâles, ou d'une manière plus générale, des muscles à contraction rapide et brusque de l'homme et des animaux ? C'est possible, mais je ne l'ai point vérifié. Je puis cependant vous donner, Messieurs, les moyens d'effectuer vous-mêmes cette vérification qui n'est pas sans intérêt. Et tout d'abord, exploré au point de vue graphique, un muscle véritablement mixte, c'est-à-dire contenant des fibres rouges, se comportera comme un triceps de lapin, c'est-à-dire que, frais, il donnera la courbe d'un muscle pâle, fatigué, la courbe d'un muscle rouge ou la contraction soutenue. D'autre part, il est facile de fixer le muscle dont on veut préciser la nature, alors qu'il est tétanisé et tendu. Les faisceaux primitifs rouges, isolés par la dissociation, montreront alors une striation transversale formée de bandes obscures toutes de même hauteur, c'est-à-dire une striation qui, à première vue, semblera simple.

Nous avons terminé, Messieurs, l'étude myographique des muscles des deux ordres. Dans la prochaine leçon je commencerai celle des rapports réciproques des diverses parties constituantes des muscles striés.

(1) L'état de la domesticité n'exerce pas d'influence sur l'existence ou la non-existence des muscles rouges. Le lapin de garenne en possède comme le lapin domestique, et chez cet animal ils sont distribués de la même façon. Ils présentent aussi les mêmes caractères histologiques distinctifs, mais je n'ai pu les étudier au point de vue physiologique. Chez le chat, qui vit à peu près en entière liberté, il existe aussi des muscles rouges (le soléaire par exemple) donnant des tracés tout à fait comparables à ceux fournis par les muscles rouges du lapin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Faculté de médecine de Paris. — M. CHARCOT

IIIe Leçon. — Structure des bronches et des cavités respiratoires. — Epithélium pulmonaire (1).

Messieurs,

Au moment où nous nous sommes séparés, il y a une douzaine de jours (2), je m'efforçais de vous faire connaître la disposition générale, ou, si je puis ainsi parler, l'architecture de ces canaux respiratoires ultimes, dont l'ensemble constitue le dernier élément de l'arrangement lobulaire du poumon, en d'autres termes l'*acinus* (*Fig. 57*).

J'aurai très-prochainement l'occasion de vous montrer les applications importantes qui peuvent être faites des notions que nous avons acquises sur ce point pour l'interprétation des phénomènes du domaine pathologique. Mais, avant d'en arriver là, nous devons étudier avec soin tous les détails de la construction de ces parties fondamentales de l'organe pulmonaire. Nous ne connaissons encore que la configuration générale, le plan d'ensemble de ces parties. Aujourd'hui, nous devons apporter tout notre soin à étudier les matériaux qui entrent dans leur constitution soit individuellement, soit dans leur mode d'arrangement mutuel.

Fig. 57. — Un acinus pulmonaire. — Préparation originale. Injection à la cire. Enfant nouveau-né. — H, Bronchiole. — V, branche de l'artère pulmonaire. — *k, k,* conduits alvéolaires. — A, espace interlobulaire.

(1) Voir les nos 25 et 27. La figure 57 se rapporte à la 2e leçon.
(2) Cette leçon a été faite après la rentrée des vacances de Pâques.

I. D'une façon très-sommaire, il est possible d'avancer que les parois des *canalicules respiratoires* proprement dites (*conduits alvéolaires*, *infundibula*, *alvéoles pulmonaires*) sont construites sur le même plan et avec les mêmes matériaux que les parois des canaux bronchiques, dont elles sont d'ailleurs le prolongement, la dernière expansion.

A. J'ai placé sous vos yeux, dans la dernière séance, un croquis figurant l'ensemble des conduits aériens, depuis les bronches de calibre jusqu'à la dernière terminaison en cul-de-sac chez un fœtus de trois mois. L'unité de composition de l'appareil tout entier frappe les yeux sur les préparations du genre de celles que représente ce dessin. Il serait bien difficile d'établir, au point de vue de la texture, une ligne de démarcation tranchée entre les diverses parties qui le constituent. Au milieu d'une gangue conjonctive embryonnaire paraissent creusés des conduits, sans paroi propre bien distincte, se continuant les uns avec les autres par une transition insensible, et revêtus, dans toute leur étendue, d'un épithélium se rapportant au type cylindrique. Composé, dans les bronches de calibre, de cellules dont le diamètre vertical l'emporte de beaucoup sur le diamètre transverse, cet épithélium tend à s'aplatir progressivement à mesure que le diamètre des conduits aériens devient plus étroit, mais la forme cylindrique est encore très-accentuée dans les cellules qui tapissent les extrémités en cul-de-sac.

Chez l'enfant et surtout chez l'adulte, les choses ne sont pas aussi simples. Ici encore, l'analogie de composition, qui existe entre les conduits bronchiques et les canaux respiratoires est facile à mettre en relief; toutefois, il y a lieu, en outre, de faire ressortir des différences capitales. Ceci nous conduit naturellement à établir, au point de vue de la structure intime, un parallèle entre ces deux parties distinctes de l'appareil pulmonaire : la lumière naîtra du contraste.

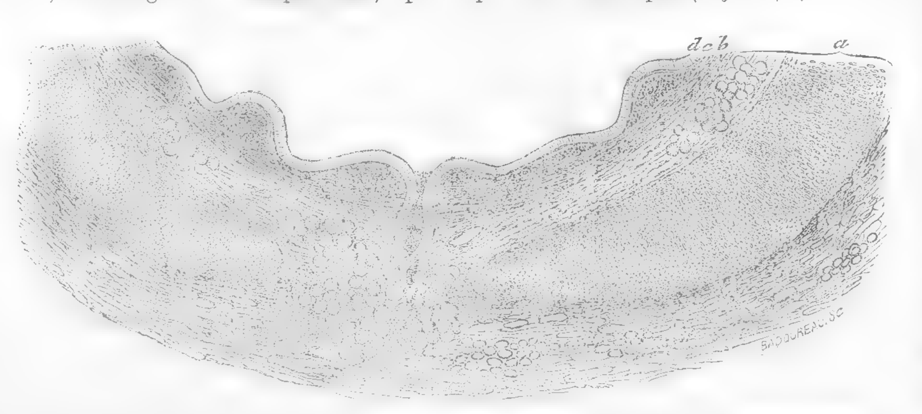


Fig. 58. — *Une partie de la coupe d'une bronche de 6 mill'im. de diamètre.* — Homme, grossissement 30/1. — *a*, Couche fibreuse externe. — *b*, Couche musculaire. — *c*, Couche fibreuse interne, avec la membrane hyaline fondamentale. — *d*, Couche épithéliale. (D'après F.-E. Schulze.)

B. Laissant de côté, pour le moment, les régions supérieures des canaux aériens (larynx, trachée, premières divisions bronchiques), nous considérerons seulement les bronches intra-pulmonaires. Or, parmi celles-ci, il convient, pour le but que nous poursuivons, de distinguer celles dont le diamètre dépasse un millimètre, de celles dont le calibre reste au-dessous de ce chiffre (*Fig. 58*).

1° Les premières, c'est-à-dire les bronches relativement volumineuses, ont des parois dont la structure rappelle celle des parois de la trachée, par la présence, dans leur épaisseur, de plaques cartilagineuses et de glandules muqueuses. Voici les principaux détails de la structure de la paroi. Pour plus de simplicité dans notre description, nous ferons abstraction des vaisseaux sanguins ou lymphatiques dont il sera question plus tard, d'une manière spéciale.

Une section pratiquée perpendiculairement au grand axe, sur une bronche de cet ordre convenablement préparée et durcie, laisse constater ce qui suit :

1° Pour les trois quarts au moins, la paroi est constituée par une tunique qu'on désigne sous le nom de *tunique fibreuse externe* ou *adventice* et dont la masse est formée de tissu fibreux, dense, disposé sous forme de faisceaux les uns longitudinaux, les autres transversaux. Dans son épaisseur se voient de nombreuses *fibres élastiques* groupées en faisceaux dont la direction est longitudinale : c'est dans l'épaisseur de cette tunique que se voient les plaques cartilagineuses (*a*, *Fig. 58*), ainsi que les glandules muqueuses.

2° Plus en dedans, on trouve la *tunique musculeuse*, composée par des fibres lisses disposées en faisceaux circulaires (*Fig. 58, b*). Chez l'homme, l'épaisseur de cette couche sur une bronche de 4 μ est de 0,1 μ et, sur une bronche de 2 μ, elle est de 0,05 μ. Cette couche, envisagée sous le rapport pathologique, offre un intérêt incontestable. La transformation embryonnaire de la couche, décrite tout d'abord, et la destruction concomitante des noyaux cartilagineux qu'elle possède, jouent, d'après les observations récentes, un rôle sérieux dans la pathogénie de certaines dilatations bronchiques. Si l'on en croit les recherches de M. Trojanowski (1), confirmées par quelques observations qui me sont propres, la même appréciation s'appliquerait à l'atrophie de la tunique musculaire.

Du reste, vous n'ignorez pas, Messieurs, l'importance accordée au jeu des fibres de Reissessen dans quelques théories de la *bronchite spasmodique*. Ces théories ont été un peu démodées quand M. Wintrich eut vérifié la valeur des expériences de M. Williams, expériences d'après lesquelles les irritations du pneumogastrique auraient pour effet de produire un resserrement des conduits bronchiques, suffisant pour expulser une certaine quantité d'air. Mais, dans ces derniers temps, M. Bert a repris les expériences de M. Williams et, grâce à la rigoureuse exactitude des procédés graphiques qu'il a employés, il a pu en confirmer les résultats expérimentaux.

3° Plus en dedans encore, on rencontre la *couche fibreuse interne*, ainsi que l'appelle M. Schulze, et qu'il est possible de regarder comme correspondant au derme de la membrane muqueuse bronchique (*Fig. 58, c*). Du côté de la cavité bronchique, elle se limite par une ligne onduleuse. Les saillies des ondes correspondent aux plis longitudinaux, visibles à l'œil nu sur la face interne des conduits bronchiques moyennement distendus. Le stroma de cette tunique est composé de tissu cellulaire lâche qui, au contact de l'épithélium, s'épaissit sous forme d'une membrane anhyste (*membrane fondamentale*). Des fibres élastiques groupées en



faisceaux allongés, s'observent partout dans l'épaisseur des plis longitudinaux.

4° La dernière couche, que nous devons étudier, est remarquable en ce qu'elle est presque entièrement constituée par des cellules épithéliales cylindriques à cils vibratiles (*Fig. 58, d*). Le revêtement, ici, est formé d'une couche unique de grandes cellules dont les extrémités effilées touchent la membrane fondamentale; mais les intervalles, que ces extrémités laissent entre elles, sont remplis de cellules rondes ou polygonales, privées de cils. Selon toute probabilité, ce sont là de jeunes cellules destinées à remplacer les cellules adultes qui viendraient à manquer.

En outre des cellules à cils vibratiles, il convient de signaler l'existence, çà et là, de cellules cylindriques privées de cils, qui ont été bien décrites par E. Schulze (2). Ce sont des cellules caliciformes ou muqueuses, ainsi qu'on les appelle encore. Elles sont creusées, vous le savez, par une cavité en capsule, s'ouvrant par un orifice arrondi et qui laisse échapper de temps à autre la matière muqueuse qu'elles sécrètent. En effet, on les considère aujourd'hui comme de véritables glandes muqueuses uni-cellulaires. Remarquez, Messieurs, que l'épithélium cylindrique se continue sur le conduit excréteur des glandes muqueuses; mais, à ce niveau, il s'aplatit, devient cubique et perd ses cils vibratiles.

(1) Biermer, p. 753.
(2) *E. Schultze's Archiv*, Bd. II, p. 192.

Je n'insisterai pas sur le rôle attribué aux cils vibratiles. Je me contenterai de vous rappeler que ce rôle consisterait surtout à diriger les produits de sécrétion bronchique vers l'orifice laryngé et à empêcher la pénétration dans les voies respiratoires profondes des corps étrangers pulvérulents, suspendus dans l'atmosphère. Nous verrons bientôt que la barrière qu'ils opposent à l'introduction de ces corps étrangers est loin d'être infranchissable.

Je crois utile, Messieurs, de vous faire remarquer en passant que cette tunique, d'une constitution si délicate en apparence, résiste pourtant assez énergiquement aux causes de destruction qui peuvent l'atteindre. Ainsi, dans les irritations expérimentales de la muqueuse bronchique pratiquées à l'aide de l'ammoniaque (5 à 6 gouttes d'une solution à 9 pour 100), M. Œrtel (1) a vu, et nous avons vu nous-mêmes, les cellules cylindriques à cils vibratiles — à la vérité plus ou moins profondément altérées — former encore une couche distincte entre la membrane fondamentale et la fausse membrane fibrineuse qui se dépose, en pareille circonstance, à la surface de la membrane muqueuse. Cette persistance de la couche d'épithélium cylindrique se voit aussi, d'après les observations que j'ai faites récemment, dans un grand nombre de cas de diphthérie bronchique.

Fig. 59. —Une partie de la coupe d'une bronche de 0,4 millim. d'épaisseur (porc). — Grosseur, 21 0/1. — *a*, Couche externe. — *b*, Couche musculaire. — *c*, Couche fibreuse interne. — *d*, Epithélium. — *f*, Un alvéole voisin. (D'après Schulze).

III. Après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, il nous sera facile d'indiquer en quelques mots les modifications de texture que présentent les parois des canaux bronchiques dont les dimensions restent au-dessous de 1 μ.

1° Ces modifications se font principalement sentir dans la tunique fibreuse externe. En premier lieu, cette membrane devient relativement très-mince : ainsi, sur une bronche de 0,4 μ de diamètre, elle a seulement 0,02 μ (*Fig. 59, a*). De plus, et c'est là un trait important, les plaques cartilagineuses et les glandules muqueuses y font défaut. Vous ne devez donc pas vous attendre à trouver ces éléments anatomiques dans les parois des bronches intralobulaires dont le diamètre, vous le savez, est au-dessous de 1 μ.

2° La couche musculaire (*Fig. 59, b*) est, ici encore, très-accentuée; mais, elle n'est plus continue et forme une série de petits sphincters sur les dernières bronchioles. Suivant M. Rindfleisch, un de ces petits sphincters qui, quelquefois, s'hypertrophie notablement dans l'altération du poumon connue sous le nom d'*induration brune*, marque le point où la *bronchiole terminale* s'ouvre dans les conduits alvéolaires (2).

3° La *couche interne* ou *muqueuse* (*Fig. 59, c*), conserve d'abord son aspect plissé et ondulé ; puis, elle tend à devenir lisse ; en même temps qu'elle revêt ces caractères, elle s'amincit dans les bronchioles terminales.

4° Quant aux cellules qui constituent le revêtement épithélial, elles gardent leur caractère jusqu'aux bronchioles terminales (*Fig. 59 d.*), A cet endroit, elles prennent la forme cubique et même, à la fin, au niveau de l'abouchement de ces bronchioles dans les conduits alvéolaires elles deviennent pavimenteuses (*Fig. 60*) en même temps qu'elles perdent leurs cils (*Fig. 61.*)

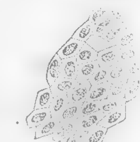


Fig. 60.— Empruntée au *Traité d'histologie* de M. Kölliker, 2e éd. française, fig. 351.

Les développements qui précèdent nous mettent en mesure, Messieurs, d'étudier avec fruit la constitution des parois des *canalicules respiratoires*. Elle nous offrira les mêmes matériaux que ceux des parois bronchiques, modifiés toutefois dans leur forme, leur nombre relatif et aussi dans leur mode d'agencement.

Un seul exemple suffira pour vous faire saisir l'importance des modifications survenues dans la configuration des éléments: le revêtement épithélial des parois bronchiques, au moment où il se continue sur les parois alvéolaires, devient tellement méconnaissable, en raison de l'aplatissement que subissent les cellules que son existence même a pu pendant longtemps être méconnue et vivement contestée.

Considérons d'abord la charpente ou, si vous l'aimez mieux, le gros œuvre des conduits alvéolaires. Cette charpente est composée : 1° des tractus conjonctifs qui représentent, au dire de M. Kölliker, à la fois la tunique fibreuse externe et l'interne; 2° des faisceaux de fibres élastiques qui acquièrent ici une grande valeur; 3° des fibres musculaires lisses dont le rôle, au contraire, est assez effacé.

La paroi conjonctive proprement dite consiste en une membrane très-ténue, hyaline, transparente, aisément reconnaissable sur le fond des alvéoles et qui présente çà et là des noyaux ovalaires (Schulze), nullement entourés de granulations. Cette membrane si délicate à l'état normal, n'en acquiert pas moins dans l'état pathologique, une épaisseur considérable, alors qu'elle devient le point de départ d'une formation embryonnaire : c'est ce qu'on observe dans la *broncho-pneumonie subaiguë* ou *chronique simple* — une des formes de la cirrhose du poumon — ou dans la *bronchopneumonie chronique de nature tuberculeuse* (*Fig. 61*).

Les fibres élatisques constituent par leur présence un des

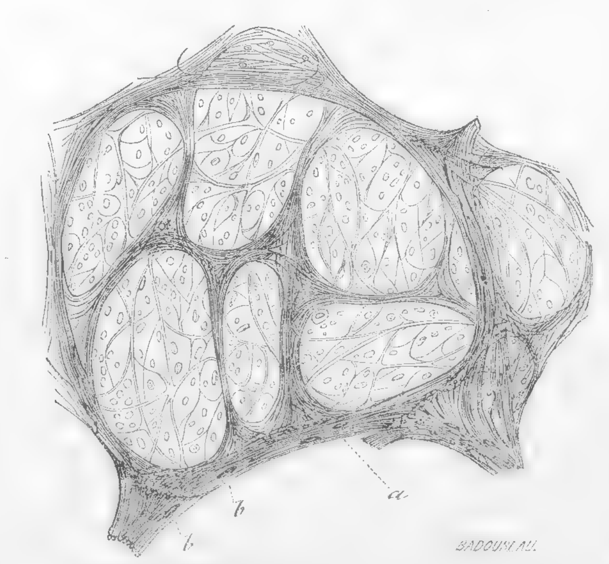


Fig 61. — Coupe d'un infundibulum latéral. Poumon d'un homme adulte. — *a*, Orifice d'un infundibulum. — *b, b*, noyaux de fibres musculaires lisses.

caractères anatomiques les plus saillants des canalicules respirateurs lorsqu'on les examine au microscope. Elles sont abondantes, surtout dans les conduits alvéolaires principaux.



(1) *Deutsches Archiv*, 1874, p. 203.
(2) Rindfleisch, *loc. cit.*, 4e édition, p. 488.

Là, elles forment des faisceaux circulaires épais, à l'orifice même des conduits, du côté de la bronche terminale, — à l'orifice des infundibules latéraux ou terminaux ; — on voit enfin des anneaux de fibres élastiques moins épais que les précédents à l'orifice de chacun des alvéoles qui entrent dans la composition, soit des conduits alvéolaires, soit des infundibules. Cette disposition est très-reconnaissable sur la *figure* 61 empruntée au mémoire de M. Schulze (1). Cette figure montre l'orifice d'un infundibulum latéral, c'est-à-dire placé sur le trajet d'un conduit alvéolaire. L'œil pénètre à travers cet orifice dans la cavité des alvéoles qui composent l'infundibulum. La travée annulaire à laquelle l'orifice infundibulaire est redevable de sa solidité et de sa résistance, est très-épaisse ; l'épaisseur des travées secondaires qui forment un anneau autour de l'orifice de chacun des alvéoles est beaucoup moindre.

De ces travées principales partent des fibres élastiques délicates se ramifiant dans l'épaisseur de la tunique conjonctive qui constitue la paroi alvéolaire où ces fibres se dessinent sous l'aspect d'un réseau dont les mailles laissent voir les noyaux ovalaires du tissu conjonctif.

Les altérations que peuvent subir ces fibres élastiques ont été, jusqu'ici, peu étudiées. Cependant M. Cornil (2) a montré qu'elles offrent quelquefois dans leur parcours, des cassures nettes qui les divisent en un grand nombre de fragments de longueur variable et ressemblant à des bâtonnets.

Ainsi que je l'ai annoncé, Messieurs, les fibres musculaires lisses n'existent qu'en faible proportion dans les parois des canalicules respirateurs. Leur existence longtemps contestée, a été mise hors de doute par les travaux de Colberg, de Schulze et de Rindfleisch. Elles se rencontrent toujours isolées, ne formant jamais de faisceaux un peu épais, au moins dans les conditions physiologiques. D'une façon générale, on les observe sur tous les points où se trouvent de grosses travées de fibres élastiques, et là, elles s'entremêlent avec ces fibres. D'après M. Rindfleisch, elles s'hypertrophient et se multiplient dans l'induration brune du poumon. Elles deviennent alors facilement reconnaissables au niveau des éperons qui marquent la séparation des conduits alvéolaires, des infundibules et aussi de chaque alvéole. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Abcès du cerveau.

Le malade, chez lequel on avait ouvert un abcès du cerveau, et dont il avait été question dans l'avant-dernier *Bulletin*, a succombé trois jours après l'opération. Il est tombé dans le coma et est mort sans phénomènes d'excitation. A l'autopsie, on a trouvé quatre abcès dans différentes régions du cerveau. L'un d'eux occupait les régions motrices ; celui qui avait été ponctionné par M. Tillaux, et dont la cavité était déjà détergée répondait au pied des 2e et 3e circonvolutions occipitales. Notons aussi, à la partie moyenne et centrale de cet hémisphère, un large foyer de ramollissement dû à l'encéphalite.

Malgré la présence de ces graves lésions, dont il était difficile de prévoir l'existence chez le malade, nous pensons que l'intervention chirurgicale était parfaitement justifiée ; peut-être même, si elle eût été plus hâtive, eût-elle donné de meilleurs résultats. Il est évident que s'il ne se fût agi que du seul abcès ouvert, le malade eût guéri : témoin le cas de Dupuytren. En tout cas, les désordres produits par le bistouri étaient bien minimes ; et l'état des parois de l'abcès, constaté à l'autopsie, montre l'heureuse influence exercée en ce point, par l'évacuation du pus. H. D.

(1) Schulze, *loc. cit.*, fig. 130.
(2) Cornil et Ranvier. — *Manuel d'histologie pathologique*, p. 658.

Suite du déménagement de l'ancien Hôtel-Dieu.

Le déménagement de l'ancien Hôtel-Dieu continue dans les mêmes conditions que précédemment. Les lits sont portés un à un des anciennes salles dans les nouvelles ; puis les malades, placés sur des brancards, sont conduits dans les nouveaux locaux. Il résulte de ce genre de déménagement plusieurs graves inconvénients : le matériel de l'Hôtel-Dieu se trouve divisé en deux parties, l'une reste encore dans l'ancien bâtiment, l'autre est déjà dans le nouveau, d'où il suit qu'une foule d'objets utiles manquent à chaque instant aux malades de l'un et de l'autre hôpital. C'est ainsi que plusieurs salles du vieil Hôtel-Dieu auraient été privées de tisane, pendant la journée si chaude du 30 juillet, et les malades auraient été réduits à boire de l'eau pure. D'un autre côté, les cuisines du nouvel hôpital n'étant qu'à l'essai, les malades transportés dans cet édifice ne recevaient leurs repas que froids et à des heures très-variables. Enfin, chose incroyable et que nous ne donnons que sous toutes réserves, on aurait mis des malades dans les bâtiments de l'Hôtel-Dieu, avant même que les cabinets d'aisance y existassent. Le fait ne doit plus être vrai aujourd'hui, car on paraît s'apercevoir des fautes que l'on a commises et on s'efforce de les réparer à la hâte et à *grands frais*, mais il serait parfaitement exact pour les journées des 30 et 31 juillet.

En revanche, samedi dernier, M. l'aumônier de l'Hôtel-Dieu a, en présence des délégués de l'administration, béni les salles du nouvel hôpital. Il paraîtrait, d'ailleurs, que cette bénédiction a un caractère purement provisoire, et qu'elle sera complétée d'une manière plus solennelle, dès que les divers édifices religieux de l'hôpital seront terminés. Ce n'est pas à nous qu'il appartient d'insister sur ces singulières pratiques, qui nous paraissent s'accorder difficilement avec l'idée qu'on se fait, *de nos jours*, de la nature et de la destination d'un hôpital.

Le nouvel Hôtel-Dieu.

Un jour viendra où l'occasion nous sera fournie de rappeler les diverses phases de l'édification du nouvel Hôtel-Dieu ; de rappeler ce que coûte aux contribuables de Paris et au budget des pauvres le caprice qui a exigé, que cet « asile de la douleur » fut élevé « à l'ombre de Notre-Dame. » Aujourd'hui que le nouvel Hôtel-Dieu commence à être occupé par les malades, il nous faut examiner le fonctionnement des différents services. Nous espérons pouvoir les passer successivement en revue : Nous allons, en premier lieu, nous occuper du *chauffage* et de la *ventilation*.

Pour le chauffage du nouvel Hôtel-Dieu, on a adopté l'emploi combiné de la vapeur et de l'eau chaude. C'est le système qu'on choisit avec juste raison dans les grands établissements où la continuité du chauffage est une condition indispensable comme dans un hôpital : la vapeur permet, en effet, de transporter la chaleur à de grandes distances sans perte sensible ; et l'eau chaude, à cause de sa grande capacité calorifique, assure la régularité du chauffage alors même qu'une négligence momentanée du chauffeur aurait laissé tomber la pression de la vapeur.

Toute l'économie du système se résume en ceci : 1° produire en un point de l'hôpital la vapeur suffisante ; 2° trans-

*

porter cette vapeur, jusqu'aux extrémités les plus éloignées, partout où l'on a disposé des réservoirs d'eau que la vapeur doit chauffer ; 3° faire affluer, autour de ces réservoirs l'air frais qui s'échauffe à leur contact; 4° enfin, conduire cet air chauffé dans les salles, pour en élever la température, et aussi pour y remplacer l'air vicié et relativement refroidi qui doit être expulsé. Ces deux dernières opérations sont du ressort de ce qu'on appelle la ventilation proprement dite; mais elles sont tellement connexes des premières, que nous sommes bien forcé de les mêler ensemble dans cet exposé.

1° Pour la production de la vapeur, on a installé, entre les deux pavillons extrêmes de l'ouest, du côté de la rue de la Cité, quatre grandes chaudières couplées deux par deux, et pouvant, s'il est nécessaire, être en pression toutes simultanément. Mais elles sont assez fortes pour que l'un des couples suffise à tous les besoins, dans les cas ordinaires. L'autre couple n'est là que par précaution pour assurer la continuité du service, en cas d'accident ou de réparation des chaudières qui étaient en marche.

Nous n'avons pas à entrer ici dans les détails de ces générateurs de vapeur. Nous nous bornerons à regretter que les dispositions d'ensemble de l'hôpital n'aient pas permis de trouver un emplacement plus central, qui eût diminué dans une proportion notable les frais de canalisation, et assuré plus de régularité dans le chauffage des points extrêmes.

2° Le transport de la vapeur se fait dans des tuyaux de cuivre qui, partant des générateurs, vont se bifurquant vers tous les points utiles, dans des caniveaux recouverts de plaques de fonte mobiles qui permettent de voir les fuites et de les réparer. Ils montent dans les divers étages, pour aller chauffer, par exemple, l'eau des bains, dans des gaînes verticales où l'on se ménage aussi la possibilité de visite. Tous ces tuyaux sont enveloppés, sur tout leur parcours, de tresses de paille destinées à diminuer leur refroidissement, jusqu'à ce qu'ils soient arrivés aux appareils propres à chauffer l'air.

Ces appareils consistent, en cylindres de fonte, généralement verticaux, de 25 à 30 centimètres de diamètre, que l'on remplit d'eau. Le tuyau de vapeur pénètre vers la partie inférieure du cylindre, s'y développe en serpentin, et en sort, par le fond, pour ramener aux chaudières l'eau résultant de la condensation de la vapeur. On sait que cette condensation est d'autant plus forte que la vapeur a transmis plus de chaleur à l'eau renfermée dans le cylindre, — eau que l'on amène ainsi à la température de 80 à 90 degrés centigrades.

Ces cylindres sont juxtaposés, suivant les besoins, par deux, par trois, par quatre ou par cinq, dans le même coffre vertical, dont une des parois est formée par le mur, et dont les autres sont faites de plaques de tôle minces, assemblées, et épousant la forme de ces cylindres : le coffre enveloppe est disposé de façon à laisser, entre lui et les cylindres chauffeurs, un vide concentrique de quelques centimètres, permettant à l'air de passer en léchant toute la surface métallique échauffée par la vapeur. Celle-ci ne pénètre jamais que dans l'un des cylindres accouplés : l'échauffement des autres se fait par la circulation de l'eau chaude, ces cylindres étant en communication haut et bas entre eux. Cette communication, dans les appareils que nous avons pu voir en place, nous a paru insuffisante, grâce au peu de diamètre des tuyaux qui l'établissent ; et nous ne serions pas surpris que l'échauffement des cylindres, non directement soumis à l'action de la vapeur, ne fût d'une lenteur considérable. Il nous a semblé également, puisque nous sommes à critiquer, que ces aîlettes verticales venues de fonte sur tout le pourtour des cylindres, qui ressemblent ainsi à de véritables engrenages dont la largeur des dents serait égale à la hauteur même de ces cylindres, joueront imparfaitement le rôle pour lequel elles ont été faites : la surface de chauffe qu'elles sont destinées à augmenter, et qu'elles augmenteront en effet dans les premiers temps, ira diminuant tous les jours à mesure que les poussières s'accumuleront dans les interstices laissés entre les ailettes, interstices dont la distance, mesurée sur la circonférence extrême de ces saillies métalliques, n'est pas même de deux centimètres. A ce point de vue, nous ne croyons pas que l'adoption de ces poêles à aîlettes soit une amélioration sur ce qui a été fait à l'hospice d'Ivry, où les poêles sont remplacés par des tuyaux de circulation d'eau chaude qui partent d'un vase chauffé par la vapeur, pour y rentrer après de nombreux et longs circuits contre lesquels l'air est échauffé. Outre que ces tuyaux sont en fonte du commerce, et coûtent moins cher que les cylindres à aîlettes faits sur modèle, le système de l'Hôtel-Dieu entraîne un supplément de canalisation propre à amener la vapeur à *chacun* de ces poêles : à Ivry, la *même* canalisation suffit pour amener la vapeur produisant un effet équivalent à celui de cinq ou six de ces poêles disposés dans le sous-sol de l'Hôtel-Dieu.

3° et 4°. A côté des générateurs et desservie par eux, se trouve une machine à vapeur horizontale donnant le mouvement à deux puissants ventilateurs, qui appellent l'air à la fois par les deux extrémités opposées du bâtiment qui longe le quai. Cet air, avant de se rendre dans les galeries qui doivent le conduire aux divers points de l'hôpital, traverse deux salles dites d'épuration (1), où on essaie de lui enlever tous les principes nuisibles à ses qualités hygiéniques. Puis, chassé par ces mêmes ventilateurs, il s'engage dans les conduits souterrains qui l'amènent successivement à chacun des poêles à eau chaude, se chauffe à leur contact, et pénètre dans les salles par des bouches de chaleur munies de registres. Un même coffre de poêles fournit plusieurs bouches soit dans les salles du rez-de-chaussée, soit dans celles des étages supérieurs ; il en résulte que l'air, une fois échauffé, doit parcourir une longueur parfois assez considérable de conduits en poterie; et quelle que soit la mauvaise conductibilité de la poterie, il se refroidit partiellement dans ce parcours. Il est juste toutefois d'ajouter que cette chaleur employée à chauffer le conduit n'est pas tout entière perdue, car lorsque au matin on recommence le chauffage que l'on avait laissé tomber vers la fin de la nuit, l'air rencontre, dans ces conduits, des parois encore chaudes qui lui restituent partiellement la chaleur qu'elles lui avaient d'abord prise.

Des registres, placés à l'origine de tous les conduits de chaleur, permettent de régler le chauffage donné par les diverses bouches, et l'on conçoit que, lors de la mise en train, on aura de nombreux tâtonnements à faire avant

(1) Nous ignorons encore quel est le principe de cette épuration.

d'arriver à régulariser la température fournie soit par les diverses bouches, soit par les divers appareils.

L'air chaud et frais étant ainsi entré dans les salles, il faut l'évacuer quand il s'est refroidi et vicié par le contact et la respiration des malades. Des bouches d'évacuation sont pour cela disposées dans les murs des diverses salles; chacune de ces bouches forme l'origine d'un conduit vertical ménagé dans l'épaisseur du mur, et qui amène l'air dans une galerie, sous les combles, aboutissant aux diverses cheminées que l'on peut voir debout au-dessus du toît, au point où les grands pavillons viennent rencontrer les deux bâtiments perpendiculaires à la direction de la Seine. Ces cheminées, chauffées au moyen de poêles à eau chaude alimentés par la vapeur, et en tout semblables à ceux du sous-sol, jouent le rôle de cheminées d'appel pour l'air vicié, de telle sorte que l'air frais arrive dans les salles par insufflation, et l'air vicié s'échappe par aspiration, les deux actions se prêtant ainsi un mutuel secours. On a placé deux bouches d'évacuation sur la même verticale dans les salles des malades, l'une non loin du plancher, l'autre près du plafond. La bouche inférieure sert pendant l'hiver, celle du dessus étant alors fermée; pendant l'été, l'évacuation a lieu par la bouche supérieure, l'entrée de l'air devant se faire soit par les fenêtres entr'ouvertes, soit par l'insufflation des ventilateurs, grâce à l'appel produit par les cheminées de ventilation.

En jetant un coup d'œil d'ensemble sur le système de chauffage et de ventilation adopté à l'Hôtel-Dieu, on peut dire qu'il a été judicieusement choisi en tant que système ; mais que l'on aurait pu arriver moins dispendieusement à un résultat équivalent. Nul doute que l'on n'eût pu faire des économies considérables sur les appareils qui chauffent l'air de ventilation, en adoptant un système analogue à celui qui a été employé à l'hospice d'Ivry, ou encore à la nouvelle Préfecture de police.

L'insufflation de l'air par les ventilateurs est, en soi, une excellente chose ; mais ceux-ci ont l'inconvénient de tous les systèmes mécaniques, de pouvoir se détraquer, ou du moins d'exiger une surveillance de tous les instants. A ce titre, mais à ce titre seulement, la ventilation toute par appel serait préférable, car elle n'exige pas à beaucoup près autant de surveillance.

Dans l'espèce qui nous occupe ici, nous craignons, grâce au développement si considérable des galeries souterraines où l'air est chassé par les ventilateurs, et à leur faible section à mesure qu'on s'éloigne des ventilateurs, grâce aussi à leurs nombreuses bifurcations dans tous les sens, nous craignons, disons-nous, que le mouvement de l'air ne se fasse pas bien, et que la ventilation des points extrêmes laisse à désirer. Enfin, par suite de la faible hauteur des cheminées d'appel et de leur emplacement au milieu de l'hôpital, l'air vicié qui en sort peut rentrer partiellement dans les salles de malades, et diminuer l'effet hygiénique de la ventilation.

Quant à la ventilation d'été, nous doutons fort qu'elle soit efficace avec les seules dispositions prises : il est à craindre que le chauffeur, dont les services sont bien diminués pendant cette période de l'année, néglige d'entretenir assidûment les poêles d'eau des cheminées d'appel ; de là, la nécessité très-probable d'avoir à ouvrir les fenêtres pour suppléer au manque d'air. En outre, l'air introduit aura l'inconvénient d'arriver dans les salles à peu près à la température de l'extérieur ; et nous regrettons qu'on n'ait pas tenté de le rafraîchir au moyen des appareils de refroidissement que des perfectionnements récents ont rendus d'une application assez facile.

Nous ne pouvons, en finissant, que louer la disposition des salles de malades des pavillons : les parois des murs sont reliées au plafond par un raccordement cylindrique qui exclut toute espèce d'angles rentrants, où les poussières d'hôpital pourraient s'accumuler facilement : le nettoyage général de ces parois sera on ne peut plus facile, quand le besoin s'en fera sentir. Il est bien entendu que nous prenons les choses telles quelles, et que nous faisons des réserves absolues sur le mode général de construction d'un hôpital.

Encore la salle de garde du nouvel Hôtel-Dieu.

Nos lecteurs ont pu lire dans notre dernier numéro la protestation envoyée par les internes de l'Hôtel-Dieu à M. le Directeur de l'Administration. M. de Nervaux a fait connaître aujourd'hui sa réponse. Les internes de l'Hôtel-Dieu devront se contenter des locaux qui leur ont été destinés. Nous avons pu juger par nous-mêmes que l'assertion des internes n'avait rien d'exagérée. L'Administration a choisi l'année où deux des internes de l'Hôtel-Dieu viennent de succomber pour placer leurs collègues et leurs successeurs dans les conditions les plus défavorables qu'il ait été possible de rencontrer dans cet édifice déjà si peu hygiénique.

Un mot de M. le Directeur de l'hôpital en dira du reste plus que toutes nos réflexions. — « Si, lui demandait-on, l'Administration donnait aux internes un autre logement, que feriez-vous de l'obscur sous-sol où vous les entassez aujourd'hui ? » M. le Directeur a répondu: « DES MAGASINS. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 juillet 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD

M. KIERNER revient sur sa précédente communication au sujet des lésions rénales de l'impaludisme. Il existe un mal de Bright paludéen : au début, il se caractérise par des altérations de l'épithélium, des canaux contournés, dégénérescence des cellules anciennes et formation des jeunes éléments, tandis que le tissu conjonctif est à peine atteint; puis, celui-ci se prend aussi et on obtient ainsi une néphrite interstitielle avec rein contracté. Les deux processus, néphrite parenchymateuse et néphrite interstitielle, coexistent donc et c'est là un argument en faveur de la théorie uniciste du mal de Bright.

M. LABORDE a été frappé de trouver dans une récente communication de M. G. Sée, cette affirmation qu'expérimentalement le salicylate de soude ne modifie pas la sensibilité cutanée. Il présente à la Société un chien chez qui une injection de 4 gr. de salycilate a produit une analgésie profonde et durable de toute la peau.

M. GRANCHER adhère entièrement aux idées émises dans la dernière séance par M. Charcot sur la tuberculose pulmonaire. C'est M. Grancher qui, le premier, a réagi contre la théorie de Virchow et a montré que dans la pneumonie caséeuse on trouvait tous les éléments du tubercule, une partie centrale caséeuse, une zone périphérique formée de cellules embryonnaires. Wilson Fox et Rindfleisch ont adopté la même manière de voir, sans citer le travail de M. Grancher. La gra-

nulation miliaire de Virchow est loin d'être la seule manifestation de la tuberculose : car si la pneumonie caséeuse est formée de gros tubercules, le produit peut aussi se présenter avec des dimensions inférieures à celles de la granulation de Virchow. Cet auteur a, du reste, commis une autre erreur en soutenant que le tubercule est une production néo-plasique pauvre et misérable. Il a, au contraire, une grande vitalité et une grande tendance à l'organisation.

Nous reviendrons, dans le prochain numéro, sur une discussion relative aux procédés d'analyse chimique des urines dans les maladies. L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juillet 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. PIORRY, reprend la discussion sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde : Les émanations des égouts, surtout lorsque les eaux fétides y coulent lentement, peuvent assurément engendrer la fièvre typhoïde; mais, d'après M. Piorry, cette cause serait bien faible, si on la compare à celle de l'altération de l'air produit par l'encombrement. En outre, les grandes épidémies présentent, quant à leurs effets, des degrés divers. Quand l'*iose spécial* qui constitue, l'agent primitif est simple, qu'il soit miasme, virus, ferment ou parasite, de nature contagieuse ou non, la maladie revêt dans la pluralité des cas un caractère de bénignité et se termine rarement par la mort. — En abordant la dernière partie de son travail, M. Piorry déclare qu'il n'y a pas une médication unique de la fièvre typhoïde, mais bien un traitement spécial pour chaque état morbide de chaque malade. Quel doit donc être ce traitement des innombrables cas que l'on a désignés sous le nom de fièvre typhoïde : 1° Remédier aux agents, aux ioses septiques qui en sont les moteurs primitifs; 2° Combattre chaque monopathie ou état pathologique qui concourt à donner lieu aux phénomènes observés.

M. COLIN (d'Alfort) lit un mémoire sur l'étiologie des maladies charbonneuses. C'est un résumé d'observations qui ont pour objet la détermination des causes de la virulence du sang charbonneux. M. Colin ne partage pas les idées exprimées dans l'avant-dernière séance, par M. Pasteur qui, on s'en souvient, avait appelé le charbon, la maladie de la bactéridie. Pour M. Colin, le sang est altéré dans cette maladie, et à un degré très-prononcé, avant l'apparition des bactéries. Toutes ces altérations du sang se produisent en grande partie sans le concours de la bactérie ; peut-être même doit-on leur attribuer la virulence.

M. J. ROCHARD communique à l'Académie des renseignements qu'il a reçus récemment, *sur l'épidémie de typhus exanthématique* qui a sévi, au commencement de l'année, dans *l'île de Molène* ; ils lui ont été adressés par *M. Danguy des Déserts*, médecin de première classe de la marine, qui a été envoyé dans l'île, au début de l'épidémie pour y donner ses soins à une population privée de ressources. L'île de Molène, ne compte que 121 maisons réunies dans un seul village et 578 habitants. Les femmes y sont d'un tiers plus nombreuses que les hommes. Sur 284 malades, on a compté 164 femmes ; et, sur 12 décès, 10 appartiennent au sexe féminin. Cet excès de mortalité tient à ce qu'à Molène, les femmes sont chargées de tous les travaux, mal nourries, qu'elles ont soigné et veillé tous les malades pendant que les hommes étaient en mer. Le premier cas de typhus a paru au mois de septembre 1876, la maladie a pris le caractère épidémique en janvier 1877, a atteint son apogée au mois d'avril et s'est éteinte à la fin de mai.

L'épidémie de Molène n'est pas un fait isolé. En 1870, le typhus exanthématique a ravagé la commune de Riantel, située près de Lorient; et, *M. Gallet*, médecin de 1re classe de la marine, a fait l'historique de cette maladie, dont il a été atteint lui-même, dans sa thèse inaugurale. M. Gestin a rendu compte d'une épidémie analogue qui a régné, en 1872 et en 1873, dans le village de Rouisan, aux portes de Brest. Il s'est livré de plus à une série de recherches qui lui ont permis de constater que le typhus exanthématique est endémique dans le Morbihan et dans le Finistère. Le typhus de Bretagne est exactement le même que celui des camps, des vaisseaux et des prisons. Il n'y a entre eux qu'une différence de gravité, laquelle s'explique par l'encombrement. L'encombrement ne suffit pas pour faire éclater le typhus, il faut un ensemble de mauvaises conditions hygiéniques, qui sont réunies à leur summum dans les villes, dans les camps, mais qui existent à l'état permanent, bien qu'à un degré plus faible, dans les campagnes de Bretagne. M. Rochard ne croit pas devoir attribuer à une éclosion spontanée les nombreuses épidémies dont M. Gestin a retrouvé la trace et dont il a compté une quinzaine depuis un demi-siècle. On ne s'expliquerait pas son apparition dans des colléges, dans des villes dont les conditions hygiéniques n'ont subi aucun changement. Son mode d'invasion proteste aussi contre cette manière de voir. Il débute presque toujours par un cas unique auquel on peut remonter et à partir duquel le fil conducteur se perd. La transition se fait de malade à malade, lentement d'abord, puis avec plus d'intensité; ce n'est qu'au bout de deux ou trois mois que la maladie prend le caractère épidémique et s'étend à toute la localité.

M. Rochard est disposé à penser; comme M. Gestin, que le typhus a été importé en Bretagne et qu'il y a fait élection de domicile, soit à la suite de quelque épidémie, comme celle que provoqua en 1758 l'arrivée de l'escadre de l'amiral Dubois de Lamotte et qui fit en cinq semaines 4,204 victimes dans la ville de Brest, soit par le fait des communications de chaque jour, qui existent entre le littoral de la Bretagne et les ports de l'Angleterre. Les épidémies observées en Bretagne, ont donné une preuve nouvelle de l'intensité du pouvoir contagieux du typhus. Elles ont prouvé qu'il pouvait se transmettre par les vêtements, le linge, les objets de literie. La sphère d'action est plus limitée que celle de la plupart des maladies contagieuses. On peut assez facilement s'en préserver en n'approchant pas les malades. Il faut même séjourner un certain temps près d'eux pour être atteint. Les observations faites à Molène ont permis de fixer, avec plus de précision que par le passé, la durée de la période d'incubation. Cette période est de dix à douze jours. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 13 avril 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

22. Fibro-myôme utérin d'un volume énorme; par P. RICHER, interne des hôpitaux.

Julia M..., entre le 11 avril 1877 à l'hôpital de la Pitié, service de M. le Dr Gallard. La malade est âgée de 23 ans ; le début de la maladie remonte à 2 ans et demi. Elle fut prise d'abord de vomissements, survenant tantôt après les repas, tantôt à jeun et souvent dans la nuit ; elle eut en même temps une fièvre assez vive. Le ventre commença à se gonfler ; l'augmentation de volume se manifesta d'abord dans le flanc gauche ; on y sentait une tumeur sans limites précises et qui ne siégeait pas dans les téguments de la région. Elle entra à l'hôpital Cochin et M. Polaillon qui remplaçait M. Bucquoy fit alors une ponction exploratrice au niveau de la tumeur, mais il ne sortit que quelques gouttes de sang. Les progrès de la tumeur furent rapides; elle envahit successivement la totalité du ventre et, à son entrée à la Pitié, l'abdomen est uniformément et considérablement développé.

Cette femme avant la maladie actuelle jouissait d'une bonne santé ; elle avait été réglée facilement et de bonne heure. Toujours les règles furent régulières dans la suite, même après le début des accidents ; mais il y a un an qu'elles ont complétement cessé. Elle n'eut jamais d'hémorrhagie utérine ni de pertes blanches.

Etat actuel. — La face et les membres contrastent par leur amaigrissement avec le volume énorme de l'abdomen. L'émaciation est surtout considérable sur les membres supérieurs ; les membres inférieurs sont œdématiés. La peau du corps est couverte de taches de rousseur plus marquées au visage, sur le front, les joues et les côtés du nez où elles sont confluentes et forment un masque qui rappelle celui de la grossesse.

L'abdomen mesure d'une épine iliaque à l'autre, 1 m. 02; de

l'appendice xyphoïde à l'ombilic 0 m. 41. La circonférence, au niveau du sacrum et au-dessus de l'ombilic est de 1 m. 62. L'énorme masse formée ainsi par l'abdomen déborde les flancs de chaque côté, soulève en haut la base du thorax qui se trouve élargie et descend jusque vers le milieu des cuisses. Le décubitus dorsal est très-pénible ; l'oppression est considérable. Soulevée presque sur son séant par de nombreux oreillers, la malade ne peut conserver cette position qui lui permet de respirer un peu plus à l'aise qu'à la condition d'écarter les deux cuisses, entre lesquelles l'extrémité inférieure du ventre vient reposer sur le lit.

La peau est très distendue, elle ne glisse pas sur la tumeur Dans sa moitié inférieure, au-dessous de l'ombilic, elle est comme rugueuse et hypertrophiée. Elle est en même temps le siége d'une infiltration œdémateuse et garde l'empreinte du doigt. L'abdomen est sillonné du pubis à l'appendice xyphoïde par des veines très-dilatées, sinueuses, creusées dans le derme induré qui leur constitue une sorte de rigole, la poitrine amaigrie est aussi le siége d'une dilatation veineuse assez considérable.

A la palpation, masse dure et résistante, occupant toute la cavité abdominale; un peu de fluctuation, cependant, sur les limites du flanc gauche et de la fosse iliaque gauche.

La sonorité est très-grande à la partie supérieure de l'abdomen, à l'épigastre où doit être refoulée la masse intestinale. La matité du foie est normale, la sonorité descend à droite beaucoup plus bas qu'à gauche où elle ne dépasse pas la limite supérieure du flanc gauche ; dans tout le reste de l'abdomen, matité complète.

Le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal, les urines sont peu abondantes, elles n'ont jamais contenu du sang. Il n'existe pas de diarrhée. La malade ne vomit pas; mais elle ne peut prendre que peu de nourriture. Pas de fièvre, faiblesse assez grande, sueurs, dyspnée, douleurs abdominales.

16 *avril*. L'oppression a encore augmenté; la malade est dans un grand état d'anxiété; elle ne peut presque plus rien prendre et s'affaiblit beaucoup. Dysurie très-pénible. Les douleurs abdominales ne laissent pas de repos à la malade et les injections de morphine ne les calment que pendant peu de temps. — 17 *avril*. Mort à 6 heures du matin.

Autopsie du 18 avril. — Le cadavre est couvert de sugillations sur la poitrine et sur toutes les parties déclives. La face est bouffie et livide. L'ouverture de l'abdomen est faite crucialement, les parois considérablement épaissies, surtout dans leur partie inférieure (épaisseur de 6 à 8 centim. due à l'œdème), sont en grande partie adhérentes à la surface de la tumeur; dont il est difficile de les séparer. Une assez grande quantité de liquide citrin s'échappe de la cavité péritonéale :

La tumeur occupe la partie inférieure et gauche de la cavité abdominale ; la masse des intestins est refoulée à droite et en haut. Les anses intestinales sont très-distendues, de coloration normale sans fausses membranes récentes à la surface. Un grand nombre adhèrent à la tumeur par leur mésentère, d'autres y ont contracté des adhérences plus intimes par leurs propres parois. Le grand épiploon a des connexions nombreuses avec la tumeur, il est transformé en une espèce de filet dont les mailles sont très-irrégulières et dont les travées les plus volumineuses sont parcourues par de gros vaisseaux qui pénètrent dans le néoplasme. Une portion très-rétrécie de la tumeur et qui en est le pédicule, s'enfonce dans le petit bassin. On retire avec soin toutes les parties molles du petit bassin et, après dissection, on constate que le pédicule s'attache au fond de l'utérus

Description de la tumeur. Enlevée et placée sur une table, elle prend la forme d'un haricot gigantesque, s'affaissant un peu sous son propre poids, au hile correspond le pédicule. Elle a, dans son diamètre longitudinal, 50 centimètres environ, dans son diamètre transversal 40, et dans le diamètre antero-postérieur de 25 à 30.

Son poids est de 26 kilogrammes, la coloration est rose, uniforme ; la surface est lisse, légèrement mamelonnée, parcourue par un nombre considérable de vaisseaux aux points seulement où existent les adhérences. La consistance est dure, un peu élastique; sur une coupe le tissu partout homogène est de coloration blanc rosée et d'aspect charnu ; on y découvre des sections de vaisseaux, rares, parfois très-volumineux, sortes de véritables sinus qui demeurent béants. La surface de section se bombe et le râclage n'en ramène pas de suc.

Le pédicule est formé au centre par l'utérus de chaque côté duquel se détachent les ligaments larges, libres de toute adhérence ; le vagin normal semble allongé, il a 14 centimètres ; les plis transversaux sont bien marqués, il existe une membrane hemmy ; le col de l'utérus est petit, vierge : une sonde introduite par son orifice pénètre de 15 centimètres environ. En ouvrant l'utérus sur la sonde par sa face antérieure, on découvre la cavité du col normal avec les plis non effacés de l'arbre de vie. Plus haut la cavité utérine se trouve réduite à une sorte de conduit qui se perd au point d'implantation du pédicule sur la tumeur. A ce même niveau les parois utérines qui paraissent saines dans leur partie inférieure, prennent un aspect aréolaire, laissent échapper beaucoup de sang à la section et se continuent sans ligne de démarcation avec le tissu propre de la tumeur. Les ligaments larges n'atteignent pas le hile, leur bord libre en est distant de 5 à 6 centimètres, indiquant la limite qu'occupait le fond de l'utérus qui a été tiraillé et comme attiré par la tumeur. Les ligaments ronds sont allongés et tiraillés ; les trompes et les ovaires d'apparence et de volume normal n'ont contracté aucune adhérence. En avant du pédicule, la vessie est un peu distendue, normale d'ailleurs. En arrière, le rectum ne paraît pas altéré. Les reins, un peu volumineux, ne sont pas malades ; les uretères ne sont pas dilatés. La rate est volumineuse, son tissu est friable et de coloration très-foncée, le foie est également volumineux, d'apparence normale, mais de couleur sombre.

Examen histologique. — Une petite portion de la tumeur a été traitée par la gomme et l'alcool. Sur des coupes minces colorées par le picro-carminate et montées dans de la glycérine, nous avons trouvé des faisceaux composés de fibres musculaires lisses, dirigés en divers sens et séparés par une quantité assez considérable de tissu conjonctif dont les fibres ont les directions les plus variées. En certains points, les éléments du tissu conjonctif prennent l'aspect de cellules fusiformes se rapprochant des fibres musculaires lisses dont il devient difficile de les distinguer. On ne trouve pas d'éléments embryonnaires et les capillaires ont la structure de vaisseaux parvenus à leur état complet de développement.

23. Péricardite latente chez un vieillard ; par M. H. de Boyer, interne des hôpitaux.

F... Jean, âgé de 73 ans, infirmerie de Bicêtre (M. Bouchard), est entré une première fois dans le service pour une oppression considérable, allant jusqu'à l'orthopnée, sans douleur notable; le pouls est fréquent, petit, sans intermittences; pas d'œdème ; la toux est assez fréquente et il existe en effet une bronchite intense, la langue est humide, sale; l'anorexie est complète ; — on prescrit un ipéca. — Le début des accidents remontait à un mois environ ; sous l'influence du vomitif, une amélioration notable se produit, le malade est alors transféré aux salles de convalescence ; le cœur à cette époque ne présentait rien d'anormal.

Au bout d'une semaine, le malade rentre dans le service, son état est empiré ; l'oppression est extrême, cependant il n'y a pas à proprement parler d'asphyxie ; l'auscultation des poumons dénote à cette époque quelques râles sibilants fins, une grande faiblesse du murmure vésiculaire ; bientôt la maladie semble se localiser aux bases où l'on constate du souffle ayant le caractère de celui de la pneumonie. Le pouls est extrêmement petit, tout-à-fait incomptable, mais ce qui est digne d'intérêt, c'est que les bruits du cœur sont parfaitement appréciables, ils sont seulement un peu sourds ; à la région précordiale s'entendent par moment des souffles que l'on croit pouvoir rapporter au poumon emphysémateux dont on perçoit la sonorité au-devant du cœur. La température rectale était relativement basse, au moment où nous croyons être en droit de croire à une pneumonie, elle ne dépassait pas 38°,4 : la langue est également bonne ; il y a une expec-

toration semblable à celle de la bronchite chronique. Peu à peu la dyspnée diminue, le malade reprend quelques forces et l'albumine constatée dès le début dans les urines est moins abondante.

Nous étions autorisé par ces symptômes à croire notre malade atteint de néphrite chronique, d'emphysème et de congestion pulmonaire allant par points jusqu'à l'hépatisation, lorsque le 18 avril, en se levant, il tombe mort de syncope.

Autopsie. — Les deux plèvres renferment un abondant épanchement d'hydrothorax, un litre au moins de chaque côté. Les poumons libres d'adhérences sont carnifiées à leurs bases et en ces points l'induration du parenchyme est telle que les fragments plongent au fond de l'eau ; coque cartilagineuse en plaque aux sommets, emphysème lobulaire prononcé aux lieux d'élection.

Le sac péricardique est extrêmement volumineux, arrondi ; sa surface extérieure a presque 10 centimètres de diamètre ; elle est séparée de la paroi costale par le poumon : le feuillet pariétal est très-épaissi et mesure par places un centimètre ; la cavité du péricarde renferme près de 600 grammes d'une sérosité sanguinolente, la surface interne du feuillet pariétal présente des saillies villeuses et réticulées, le cœur est dilaté et coiffé de fausses membranes de formation récente. Insuffisance aortique probablement fonctionnelle, rien à la mitrale, quelques caillots décolorés dans les cavités gauches : les reins étaient complétement sclérosés.

Réflexions.— Le malade a succombé à la péricardite : nous ne pouvions la reconnaître pendant la vie, car, malgré l'abondance de l'épanchement, la présence du poumon mettait un obstacle sérieux à la constatation du signe principal, la matité précordiale. Cependant on aurait dû être frappé par l'intensité de la dyspnée, par la petitesse du pouls, par le peu d'élévation de la température ; le malade ne parlant pas français, il nous était difficile de connaître les symptômes subjectifs et le mode de début qui nous eussent probablement mis sur la voie du diagnostic. Ce fait nous a donc paru intéressant à signaler, d'autant qu'il n'est pas rare chez le vieillard de rencontrer des lésions cardiaques presque complétement latentes.

24. Phlegmon péri-utérin suppuré avec fusées purulentes dans la fosse iliaque et à la partie supérieure de la cuisse. — Ganglion rétro-pubien : son existence, son siége, ses rapports; par Ferdinand Dreyfous, interne des hôpitaux.

J..., 35 ans, jardinière, entre le 19 février au service de M. Oulmond, suppléé par M. Audhoui. A son entrée, elle se plaignait surtout de vives douleurs dans le membre inférieur gauche sur le trajet du sciatique et en arrière de l'articulation coxo-fémorale, avec rétraction de la cuisse sur le bassin. Mais tandis que l'articulation paraissait intacte, on trouvait sur le côté gauche du col de l'utérus une tumeur fluctuante du volume d'un œuf. La malade ne souffrait pas du côté du ventre, n'avait pas eu de vomissements, et faisait remonter le début des accidents à sa dernière couche. Le diagnostic fut donc : *abcès péri-utérin.*

Quelque temps après, la malade perdait du pus par le vagin. Puis l'écoulement cessa, et l'on constata par le palper l'existence d'une tuméfaction nette située au-dessus du ligament de Fallope, parallèle à ce ligament, avec œdème de la paroi à ce niveau. On s'apprêtait à faire une incision, lorsque la tuméfaction disparut, en même temps que la malade perdait par le vagin des flots de pus.

26 *mars.* — Après chloroformisation de la malade, on ramène sa cuisse dans l'extension et l'y maintient par un appareil inamovible. Le jour même, frisson avec claquement de dents qui dura *plus* d'une heure.

2 *avril.* — On constate l'existence d'un abcès profond à la partie antéro-externe de la cuisse.

3 *avril.*— M. Guérin, appelé en consultation, constate ce qui suit : 1° Abcès à la région antéro-externe de la cuisse et dans la fosse iliaque, formant une tumeur nettement fluctuante, mais *sonore à la percussion* et offrant à sa surface de la crépitation gazeuse.

2° Au toucher vaginal, *cordon dur dirigé obliquement en avant du col vers le pubis,* sur le trajet indiqué par M. Guérin, comme étant le siége de la variété de lymphadénite utérine sur laquelle il a insisté dans ces derniers temps.

3° Hydarthrose du genou gauche. Deux incisions sont pratiquées ; puis pansement ouaté. — Sulfate de quinine, 0 gr. 50. T. après l'opération, 38°, soir, 39°.

4 *avril.* — T. matin, 37°,6 ; soir, 40°,4. — Frissons, hoquet, nausées, sueur froide. — Sulfate de quinine, 1 gr.

5 *avril.* — Frisson cette nuit. — Vomissements. — Œdème de plus en plus marqué de la jambe gauche avec hydarthrose (?) de plus en plus abondante. — Œdème moindre du membre inférieur droit. — Escharre au sacrum. — T. 36°,4; soir, 36°,8. — Sulfate de quinine, 1 gr. ; Rhum, 30 gr.

6 *avril.* — T. 36°,4 ; soir, 37°,6.

7 *avril.* — T. 38°,2 ; soir, 37°.— A eu un frisson.

8 *avril.* — T. 38°,2 ; soir, 36°,6. — On renouvelle le pansement.

9 *avril.* — Douleur dans le coude gauche. — T. 37° ; soir 37° 7.

10 *avril.* — T. 37°,8 ; soir, 38°,2. — Vomit toujours.

11 *avril.* — T. 37°,2 ; soir, 37°,8. — On supprime la quinine.

12 *avril.* — T. 37°,6 ; soir, 40°,4. — Etat de plus en plus grave.

14 *avril.* — Mort à 9 heures du matin.

Autopsie faite 24 heures après la mort. Nous la résumons afin de n'insister que sur le point saillant de cet examen anatomique.

Une vaste collection purulente occupe le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque interne gauche, remonte en haut vers le psoas dont le pus infiltre et dissocie les fibres, descend en bas vers la partie supérieure de la cuisse où elle forme deux collections purulentes, une en dehors, une en dedans du fémur, et enfin communique en dedans avec une collection purulente située dans le tissu cellulaire pelvien.

Articulations. Coxo-fémorale : les tissus fibreux sont respectés. Ostéite de la cavité cotyloïde. Genou gauche contient du pus (il ne communique pas avec les foyers purulents.) Rien dans les autres articulations. — *Viscères.* Pas d'abcès métastatiques.

Revenons au petit bassin. Avant de détacher la pièce des parties osseuses, on constate ce qui suit : l'abcès occupe le tissu cellulaire pelvien sur les côtes de l'utérus et du vagin. L'utérus un peu volumineux est attiré du côté malade : le col est béant, les lèvres de l'orifice épaissies, des œufs de Naboth sur la lèvre postérieure.

Le ligament large gauche, comparé au ligament droit, est *absolument sain* à sa partie supérieure. *Les trois ailerons mobiles et libres sont normaux;* immédiatement au-dessous d'eux, le ligament est *transparent* malgré un léger épaississement, et cela sur une hauteur de 3 centimètres. Mais à la base du ligament, sur le côté gauche de l'utérus, on peut saisir entre deux doigts une partie indurée *obliquement dirigée en avant et en dehors* du col au pubis. Cul-de-sac recto-utérin ; quelques fines lamelles, mais pas de pus dans ce cul-de-sac qui paraît absolument sain.

Après avoir enlevé la pièce, on constate ce qui suit : vessie saine. Dans le vagin, au niveau du cul-de-sac gauche, un orifice qui communique avec l'abcès sous-péritonéal. (Un autre orifice probablement dû à une déchirure pratiquée artificiellement, située dans le cul-de-sac recto-utérin, conduit au trajet signalé plus haut). Enfin, l'on trouve en passant le doigt sur le péritoine, *au-dessous* du ligament rond, et par conséquent contre le pubis, une tumeur grosse comme une noisette. A la coupe, on reconnaît un *ganglion* situé dans le tissu adipeux du petit bassin, *sur une ligne oblique allant du côté gauche de l'utérus au canal sous-pubien.* Ce ganglion est légèrement tuméfié.

Remarques. — Il serait impossible dans le cas présent et inutile au point de vue qui nous occupe, de rechercher après de tels ravages, le point de départ de l'affection. Mais ce qu'il faut noter, c'est l'existence de *ce ganglion rétro-pubien.* Depuis que les travaux de MM. J. Lucas-Championnière et Siredey ont attiré l'attention sur les lymphatiques de l'utérus et leur rôle dans la pathogénie des affections péri-utérines, depuis que

M. Guérin a décrit ce qu'il appelle la lymphadénite rétro-pubienne, on s'est aperçu que ce ganglion rétro-pubien était passé sous silence par les auteurs classiques d'anatomie. Cependant il était connu par les pathologistes, et M. J. Lucas-Championnière rappelle cette phrase importante de Cruveilhier. « Je dois signaler ici *un ganglion constant* qui occupe l'orifice interne du canal sous-pubien et que j'ai souvent rencontré plein de pus apporté par un certain nombre de vaisseaux lymphatiques provenant de l'utérus et qui de l'utérus se dirigent du côté des ganglions pelviens antérieurs. » (Anatom. pathol. de Cruveilhier, livre XIII.)

Voilà donc un premier fait établi : ce *ganglion antérieur rétro-pubien existe* ; donc il peut s'enflammer ou subir toute autre altération à la suite des affections utérines.

De plus en étudiant les rapports de ce ganglion, on constate qu'il se continue par-dessus le pubis avec la chaîne des ganglions inguinaux. Ce rapport nous paraît offrir un certain intérêt. Ne peut-on pas, en effet, expliquer grâce à lui ces faits bizarres à première vue d'altérations des ganglions inguinaux consécutives aux lésions cancéreuses de l'utérus? Sans doute on a voulu les expliquer autrement. D'après Aubry, les lymphatiques du col utérin communiquent avec ceux du vagin et peuvent se rendre aux glandes susdites. Mais Robert leur a vu suivre une autre voie : il vit en effet (thèse de concours, 1848), un chapelet étendu de la partie cancérée de l'utérus à la région du pli de l'aine.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru utile d'attirer une fois de plus l'attention sur ce ganglion rétro-pubien, nécessaire à connaître autant à ce dernier point de vue qu'à cause de sa participation fréquente aux affections inflammatoires de l'utérus, et de son rôle dans la pathogénie des phlegmons péri-utérins.

25. Nécrose des deux os de la jambe, survenue à la suite d'une fracture compliquée de plaie, chez un malade mort de phthisie pulmonaire ; par Melchior Torrès.

M. S..., âgé de 32 ans, charretier, demeurant à Paris, est tombé sous les roues de sa charrette, le 22 mars 1876, et l'une de ces roues lui a passé sur l'extrémité inférieure de la jambe. Relevé immédiatement par des passants il fut transporté à l'hôpital Necker.

Au moment de son admission il ne se rappelle pas comment il est tombé de sa voiture, et ne peut expliquer la position de son corps par rapport à la roue. La jambe gauche fracturée, fut placée dans une gouttière en fil de fer.

La nuit suivante, le malade ne put dormir à cause des douleurs atroces qu'il éprouvait. Le lendemain on pratiqua deux incisions pour extraire des fragments d'os, puis on le traita les cinq ou six jours suivants par des irrigations continues et des compresses d'eau froide. Le septième jour on le replaça dans une gouttière en continuant d'appliquer des compresses d'alcool camphré, et il fut soumis à ce traitement pendant plus de trois mois.

Vers cette époque, le malade pria le chirurgien de lui faire l'amputation de la jambe. Le chirurgien ne jugea point cette opération nécessaire, pensant que le malade pouvait conserver son membre sans inconvénient. Vers le cinquième mois la suppuration avait diminué, mais on fut de nouveau obligé de pratiquer des incisions pour extraire des séquestres.

Sept mois après l'accident le malade demanda à sortir de l'hôpital ; mais au bout de quelques jours, se trouvant de plus en plus mal, il demanda à entrer à la Charité où on lui proposa de faire l'amputation de la jambe. Il refusa cette proposition, espérant toujours pouvoir conserver son membre. A sa sortie de la Charité, il se rendit au bureau de l'Assistance publique qui l'envoya aux Incurables où il resta jusqu'au mois de mars dernier. L'amputation lui fut encore proposée, il s'y refusa de nouveau. A son entrée à l'hôpital, le malade avait commencé à tousser beaucoup ; depuis son accident il avait maigri énormément et dans ces derniers temps quelques hémoptysies avaient paru. Renvoyé des Incurables, il se présenta à l'Hôtel-Dieu, où il fut admis et où il mourut quelques jours après.

A l'autopsie, on trouva : Tube respiratoire. Plusieurs petites ulcérations sur la muqueuse du larynx et de la corde vocale inférieure. — *Poumons.* — Beaucoup plus petits qu'à l'état normal ; formés par un tissu dur et compacte presque comme celui du foie ; vont au fond du vase remplis de tubercules. Dans les deux sommets existaient d'énormes cavernes; la plèvre était adhérente aux côtes. — *Cœur* et *valvules.* — Etat normal. — *Artères.* — Dures et un peu athéromateuses. — *Foie.* — Volumineux et de couleur jaune clair. — *Rate.* — Très-petite et un peu ramollie. — *Reins.* — De grosseur normale; le bassinet renfermait un liquide un peu purulent. — *Vessie.* — Très-petite et parois assez épaisses.

Dans la jambe gauche existait trois gros ulcères et quatre petits. Les gros étaient situés : le premier au-dessous de l'articulation du genou, à trois travers de doigt de l'articulation et à la face interne du tibia ; le deuxième, plus gros que le précédent, se trouvait au milieu de la jambe ; le troisième deux fois plus large que le précédent et trois ou quatre fois plus que le premier, occupait presque toute la circonférence de la jambe. Dans cet ulcère, on apercevait un séquestre mobile qu'il était impossible d'extraire. Les ulcérations plus petites se trouvaient, une de chaque côté des malléoles, et les deux autres dans la région postérieure du tiers inférieur de la jambe. Les deux os présentent, comme le montrent la pièce et les planches ci-jointes (1), une fracture oblique de la jambe. Ils sont soudés en trois endroits ; aux deux extrémités et au milieu dans la direction de la fracture.

Le séquestre supérieur entre et sort à volonté, tandis que le séquestre inférieur, d'une longueur de huit centimètres et demi ne peut être extrait sans fracture de l'os. Il communique avec cinq cloaques, dont quatre sont de la grosseur d'une pièce de 50 centimes et le cinquième plus gros qu'une pièce de 1 franc par où sort une des extrémités du séquestre.

Le cloaque du séquestre supérieur présente une longueur de quatre centimètres et demi sur deux et demi de largeur. Il existe encore d'autres cloaques. Deux à l'extrémité inférieure des deux os et communiquant ensemble, mais sans séquestre. Un dernier cloaque à l'extrémité supérieure du tibia (face interne). Dans celui-ci se trouve aussi un petit séquestre.

Les parties osseuses nécrosées sont assez déformées et présentent une quantité innombrable de pertuis et de rugosités.

26. Calcul du bassinet composé presque exclusivement de phosphate de chaux ; par Melchior Torrès.

M. Tessière, né de parents goutteux, a souffert dès son enfance de douleurs articulaires. En même temps il dit avoir souffert de douleurs aux reins par accès, mais auxquelles il ne fit pas attention parce qu'il croyait qu'elles étaient toujours produites sous l'influence de son rhumatisme. Plus tard son urine devint trouble et sédimenteuse.

Depuis 1867, le malade est sujet à de violents accès douloureux de la région lombaire, s'irradiant vers le testicule et le membre inférieur et durant quelques heures. Ces douleurs étaient accompagnées toutes les fois de nausées et même de vomissements. En se penchant en avant il trouvait que ses douleurs devenaient plus supportables. Cette série de symptômes durait trois ou quatre jours environ, les jours suivants il restait engourdi, de sorte qu'il ne pouvait continuer son travail.

Vers 1867 le malade fut obligé d'entrer à l'hôpital du Midi pour une maladie vénérienne, pour laquelle il dut garder le lit 25 jours à la suite desquels il sortit en convalescence. A partir de cette époque il s'adonna beaucoup à la boisson et ses douleurs devinrent plus fortes. Vers 1869 apparurent des hématuries accompagnant chaque accès. En outre de petits graviers sortirent avec les urines : ils étaient quelquefois assez gros pour occasionner des douleurs au passage par l'uretère.

Le malade prévoyait ses accès de douleurs à la couleur de ses urines qui changeaient leur couleur claire contre celle de jaune foncé ; ce symptôme, disait-il, le trompait rarement. Dans ces derniers temps survinrent de la toux, des hémoptysies, et finalement le malade épuisé mourut le 6 avril 1877 dans le service de M. Guéneau de Mussy.

(1) Déposées dans l'Album de la Société.

AUTOPSIE.—Tube respiratoire. Il existait des ulcérations dans les cordes vocales et particulièrement dans celle du côté droit. La forme des ulcérations était ovale, un peu allongée. Dans la trachée rien de particulier à l'œil nu. Le poumon gauche était très-petit et farci de petits tubercules mais sans cavernes. Le droit était au contraire, très-gros, dur et avait de grosses cavernes au sommet.

Cœur très-petit, flasque, mou et un peu graisseux: les valvules étaient en bon état. Foie, gras et gros. Rate petite, ramollie. Appareil urinaire : le rein du côté droit était un petit peu plus gros que celui de gauche ; sa couleur était rouge noirâtre; injection vive; forme normale; celui du côté gauche, plus petit, ne présentait pas de difformité extérieure; il présentait comme dimension dix centimètres de l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure, six centimètres et demi du bord interne au bord externe, vingt-cinq centimètres de circonférence, et deux centimètres et demi du bord antérieur au bord postérieur du même organe, dans son intérieur existaient cinq calculs, l'un du volume d'une amande et les quatre autres plus petits, tous sont rugueux et d'une coloration noirâtre. Les uretères étaient presque de même grosseur des deux côtés. Le bassinet du rein gauche était un peu dilaté particulièrement à l'embouchure de l'urèthre. Le poids du rein avec les calculs était de 0,120 gr., sans les calculs, 0,111 gr.

En considérant le rein malade, on remarque tout d'abord à sa surface de petits points blancs jaunâtres qui font une légère saillie et qui, étant incisés, laissent échapper une matière d'apparence graisseuse. C'est sur une de ces portions altérées que nous avons cru devoir porter notre examen et que nous avons trouvé les lésions figurées dans la planche ci-jointe (1). Après avoir fait durcir l'organe dans l'alcool absolu, des coupes ont été pratiquées perpendiculairement à la surface. Ces coupes colorées au picro-carminate et examinées à faible grossissement (fig. 1, obj. o. de Nachet ocul. 1) montrent que les éléments normaux du rein ont disparu. On ne voit plus ni glomérules ni tubes urinipares, ils sont remplacés par du tissu conjonctif enflammé, et à la place qu'ils occupaient existent des espèces de cavités kystiques très-intéressantes à étudier. Elles sont, en effet, limitées par une zone de tissu conjonctif assez compacte se colorant en rose pâle et entourées par une portion fortement enflammée de tissu rénal. Le centre est rempli d'une matière pulpeuse qui est celle que nous avons mentionnée lorsque nous avons parlé des élevures à la surface du rein. La zone conjonctive colorée en rose pâle (fig. 2), présente des noyaux allongés. Ces cavités kystiques sont formées aux dépens de glomérules de Malpighi et la figure 3 en montre un, dont les éléments normaux ont disparu et sont remplacés par une formation nouvelle de tissu conjonctif.

La figure 4 montre des glomérules en voie d'atrophie et enfin dans la figure 5 on peut constater qu'à la place des tubes urémipares, il n'y a plus que quelques cavités irrégulières contenant ce que les auteurs ont décrit sous le nom de cylindres hyalins, c'est-à-dire une matière amorphe hyaline, formée aux dépens de l'hépithélium altéré.

L'analyse chimique des calculs, très-soigneusement faite par M. Adam, a démontré qu'ils étaient entièrement composés de phosphate de chaux avec quelques traces insignifiantes de magnésie.

27. Tuberculose pulmonaire. — Tuberculose des organes génito-urinaires; par M. PAUFFARD, interne.

Tache Armand, 27 ans, imprimeur, entre le 31 mars 1877, à Necker (service de M. Guyon), pour des troubles urinaires, et en particulier pour une incontinence datant de quelques mois. A ce moment, il a une phthisie pulmonaire déjà très-avancée (cavernes aux deux sommets): état général déplorable (maigreur, etc.); tout cela remonte à 2 ans environ.

Du côté des organes génito-urinaires, voici ce qu'il raconte : première chaudepisse en 1875 (durée 3 semaines); deuxième, en avril 1876 (durée 1 mois — complication d'orchite droite). En mai, les mictions, ni difficiles, ni douloureuses, devinrent plus fréquentes, mais seulement pendant le jour jusqu'en septembre, époque à laquelle elles apparurent la nuit et s'accompagnèrent de douleurs dans le canal et au méat: en même temps les urines se troublèrent.

En décembre, cystite violente: douleurs plus vives, mictions toutes les 1/2 heures pendant le jour, toutes les heures la nuit : urines de plus en plus troubles. — En février 1877, la cystite étant devenue chronique, apparut l'hématurie, qui dura quelques jours : le sang venant d'ordinaire au début de la miction: une fois seulement, à la fin, le malade rendit une cuillerée de sang environ. Quelques jours après, vint l'incontinence, d'abord avec sensation du passage de l'urine, puis, 3 semaines après, se faisant d'une manière inconsciente: l'urine tombe goutte à goutte, contenant des grumeaux caséeux, des flocons blanchâtres, à odeur infecte.

Pas de douleur à l'hypogastre, ni au périnée: matité vésicale peu étendue. Le lobe droit de la prostate, les vésicules séminales, l'épididyme droit sont indurés. — 16 *avril*. Mort dans le marasme.

18 *avril*. AUTOPSIE. — *Centres nerveux*. Rien. — *Thorax*. Poumons tuberculeux partout, avec caverne aux deux sommets. — Cœur petit, cavités et orifices sains; caillots fibrineux dans les ventricules, l'aorte et l'artère pulmonaire. — Ganglions bronchiques tuberculeux.

Abdomen. — Un peu de sérosité roussâtre dans le péritoine. — Intestins, mésentère, ganglions, pancréas, sains. — *Foie* gras, hypérémié, lisse, de consistance normale : pas de bile dans la vésicule. — Rate congestionnée, indurée, peu volumineuse, présentant à la coupe des tractus fibreux épaissis de la capsule et plusieurs infarctus de couleur brun-clair, dont deux plus étendus, situés dans le segment supérieur de l'organe génito-urinaire.

Organes génito-urinaires. — Les lésions sont beaucoup plus marquées et plus avancées à droite qu'à gauche.

Rein droit. — Capsule épaissie, présentant çà et là les granulations tuberculeuses. *Glande*. — Irrégulière, bosselée extérieurement, volumineuse, pesant 500 grammes, de coloration marbrée, offrant çà et là des points fluctuants presque complétement détruite intérieurement. *A la coupe*. — Cavités multiples à la périphérie, à contenu lactescent, à parois caséeuses, communiquant entr'elles, vaste cavité centrale, semblable aux premières, ayant détruit la substance médullaire, une partie de la substance corticale et envahi les calices et le bassinet. — *Uretère* gros, induré à parois très-épaissies, caséeuses. — *A gauche, rein* moins volumineux, non désorganisé, d'aspect marbré, et présentant quelques points de congestion intense, noirâtre, à côté de points anémiés: quelques noyaux caséeux.

Vessie. — De dimensions normales. Tissu sous-péritonéal, épaissi, fibreux: pas d'adhérences anormales, pas d'hypertrophie des parois. En ouvrant la cavité vésicale, on voit s'écouler un liquide blanchâtre, glutineux, assez épais et contenant quelques grumeaux caséeux. — *Muqueuse* parsemée de granulations tuberculeuses jusqu'au sommet : rouge, un peu enflammée, peu épaissie. — Dans le segment vésical inférieur, on constate un état de destruction presque complet : plaques caséeuses épaisses, se continuant avec une autre cavité postéro-inférieure, creusée aux dépens de la prostate, à peu près entièrement détruite.

Vésicule séminale gauche saine ou à peu près ; la droite, contient des noyaux caséeux de la grosseur d'un pois. — *Canal déférent*, sain, sauf un peu d'induration près des vésicules.

Dans le canal uréthral, on trouve un semis de granulations tuberculeuses, sous-muqueuses, s'étendant jusque vers le milieu de la portion spongieuse où elles disparaissent après s'être raréfiées. — Enfin, l'épididyme droit est envahi par la matière caséeuse dans toute sa longueur.

28. Tuberculose des voies génito-urinaires. — Tuberculose pulmonaire; par M. PAUFFARD, interne.

Schmitt, Edouard, 33 ans, sellier, entré à l'hôpital Necker (service de M. Guyon) le 8 février 1877, dans un état cachectique assez avancé, déterminé par une phthisie pulmonaire,

(1) Déposée dans l'Album de la Société.

ajoutée à une tuberculose des voies génito-urinaires, pour laquelle il a déjà été soigné à Necker en 1876.

Chaudepisse à l'âge de 20 ans, ayant duré six semaines. Point d'accidents jusqu'à il y a 11 mois. A ce moment, il s'est formé dans le testicule droit un abcès tuberculeux, à évolution lente, s'étant ouvert le 14 juin 1876 et ayant laissé après lui une fistule urinaire. Le malade, soigné pour cet abcès, dans le service de M. Guyon, sort le 18 juin non guéri, porteur de sa fistule et ayant des noyaux tuberculeux dans les deux testicules. Du côté des poumons, il y avait déjà des craquements aux sommets (toux fréquente, enrouement, crachats épais, sueurs, diarrhées intermittentes, amaigrissement et faiblesse).

Depuis 4 mois, mictions de plus en plus difficiles, douloureuses et fréquentes (20 à 25 fois dans les 24 heures). Les urines, claires au début, devenues de plus en plus troubles sanguinolentes une fois seulement il y a trois mois, contiennent actuellement des grumeaux caséeux, gris-jaunâtres, déposant au fond du vase. L'état général est mauvais; les accidents continuent; pas d'appétit; douleur à la gorge, gênant la déglutition et persistante.

23 *février*. — Mort dans le marasme et l'épuisement.

Autopsie. — 23 *février*. — Tuberculose généralisée.

Centres nerveux.—Méninges un peu vascularisées. Rien dans la substance ou les cavités cérébrales.

Larynx. — Cordes vocales inférieures peu ulcérées, mais épaissies et infiltrées de tubercules miliaires très-confluents, et s'étendant jusqu'aux cordes vocales supérieures. La muqueuse laryngienne sous-épiglottique, les replis arythénoïdiens et la muqueuse sous-glottique sont hypérémiés et épaissis (piqueté rose) ainsi que la muqueuse trachéale. *Corps thyroïde sain*. Ganglions cervicaux augmentés de volume.

Thorax. — Tuberculose des 2 poumons, cavernules aux deux sommets et tubercules miliaires jusqu'aux bases et jusque sous la plèvre.— *Cœur* de volume normal, recouvert d'une épaisse couche de graisse. *Ganglions bronchiques* gros, indurés, tuberculeux. *Abdomen. Péritoine* sain. *Foie* gros, infiltré de graisse jaunâtre, de consistance normale; les veines sus-hépatiques sont dilatées; le vésicule biliaire volumineux contient un liquide jaune foncé, très-épais et présente des parois hypérémies. — *Rate*, hypérémiée augmentée de consistance. *Tube digestif. Dans l'intestin grêle*, ulcérations, au niveau de l'ilion, au nombre de 8 à 10, siégeant dans les glandes de Payer et à diverses périodes de développement. Dans le gros intestin, près de la valvule, ulcérations avancées, avec fond rouge, granuleux, ayant détruit la muqueuse seulement, ovalaire (0,03 sur 0,02) siégeant surtout au cœcum et dans l'appendice iléo-cœcal. A l'extrémité de celui-ci, qui est perméable dans toute sa longueur, on constate une perforation complète, à bords enflammés, sans corps étranger, ni néoplasme, sans inflammation dans les régions voisines. — Rien dans le reste du gros intestin.— *Ganglions mésentériques* gros, durs, semblables aux ganglions du médiastin. — *Mésentère* hypérémié, avec dilatation des veines. — *Pancréas*, sain, un peu augmenté de volume.

Reins. — Le gauche est congestionné, gros, rouge, avec un noyau tuberculeux à sa périphérie. — Le droit, d'un tiers plus volumineux que l'autre, entouré d'une épaisse couche de graisse, d'une capsule sclérosée et se détachant facilement, et de tubercules crus et miliaires, présente à la coupe une désorganisation à peu près complète, due à des masses caséeuses parfaitement limitées dans les deux substances du rein et surtout abondantes dans les calices et le bassinet. Les parties de substance rénale non détruites sont d'un rouge foncé et chroniquement enflammées : plus de tubes urinifères, ni de pyramides.

Uretères très-épaissis avec quelques noyaux tuberculeux et granulations grises. — *Vessie*. La moitié supérieure jusqu'au sommet est absolument indemne ; pas de traces de granulations ; muqueuse saine. La moitié inférieure, au contraire, caséeuse avec masses blanchâtres qui s'écrasent facilement sous le doigt, offre une arrière cavité inféro-postérieure, creusée aux dépens de la prostate anfractueuse : celle-ci est à moitié détruite, bosselée en arrière, creusée en avant où elle se confond avec la paroi de la vessie. Les vésicules séminales non détruites, contiennent un liquide troublé, mélangé de détritus tuberculeux,

Urèthre. Rouge jusqu'au méat et infiltré de granulations depuis la portion membraneuse jusqu'à la fosse naviculaire : ces granulations, petites, se voient sur la muqueuse et sont d'autant moins confluentes qu'on se rapproche davantage du méat. *Testicules* atrophiés et caséeux. *Epididymes* complétement transformés en substance caséeuse, qui présente là la consistance du mastic.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er août 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Després indique à la Société de chirurgie les passages du livre de Duchenne (de Boulogne), où il est traité des contractures des muscles adducteurs de la cuisse. M. Després dit, en outre, qu'il a entendu Duchenne parler de ces contractures dans le service de Nélaton; et il faut qu'il en ait eu connaissance pour avoir donné la description d'un appareil prothétique destiné à les combattre.

M. Verneuil. Les cas, que signale M. Després à l'occasion de ma communication de mercredi dernier, ont été mentionnés par Duchenne (de Boulogne) comme des cas de contracture d'origine cérébrale. Il n'y a rien là d'analogue aux faits de *fausse coxalgie* dont j'ai parlé ; d'ailleurs, jamais Duchenne n'a étudié ces contractures comme appartenant à une affection qui fût de nature à simuler la coxalgie. A cet égard, la priorité devrait appartenir à Philippeaux et à M. Onimus, qui ont tous les deux publié des observations presque identiques à celles dont il s'agissait dans la dernière séance.

M. Tillaux communique l'observation d'un jeune étudiant en médecine qui, étant atteint de spermatorrhées continuelles avec érections, fit usage du réveilleur électrique de *Minière*, et obtint en un mois une guérison radicale. Depuis le 4 juillet, il n'a pas éprouvé une seule pollution, et depuis cette même époque, il a augmenté de 5 livres 1/2. Evidemment, l'appareil de M. Minière lui a rendu un immense service ; mais il faut reconnaître que cet instrument ne peut trouver d'application que dans les cas où les pertes séminales sont précédées d'érection.

M. Després communique à ses collègues un moyen de graissage des instruments lithotriteurs qu'il a employé récemment dans le but de prévenir les frottements quelquefois assez durs qui résultent de l'application pure et simple d'une mince couche d'huile à la surface de ces instruments. Il suffit d'injecter dans l'urèthre et dans la vessie 60 ou 80 grammes d'huile. Grâce à ce procédé, la pénétration est très-facile et les séances de lithotritie peuvent durer pendant plus de cinq minutes sans que le moindre frottement se fasse sentir.

M. Depaul présente des pièces anatomiques provenant d'un enfant nouveau-né chez lequel existait une imperforation intestinale vers l'extrémité de l'iléon. E. B.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

I. **Sul l'anatomia e fisiologia della Retina;** per il prof. Franz-Boll, membre de l'academia Lincei. Rome, Lœscher et Cie, 1877; in *Annales d'oculistique*, juin 1877.

La découverte du professeur Boll sur la coloration de la rétine a été rapidement utilisée par quelques savants étrangers qui se sont précipités sur cette trace nouvelle sans laisser le temps, à celui qui l'avait trouvée, de la parcourir à son aise. Les *Annales d'oculistique*, qui ont souvent rendu des arrêts de jurisprudence scientifique, n'ont point failli à leur tâche en cette circonstance; et leur éminent directeur a sagement éloigné la cohorte avide prête à dévorer la propriété d'autrui.

C'est le mémoire original de Boll lui-même que nous voulons faire connaître, réservant pour plus tard les conséquences de seconde main.

Le professeur de Rome qui avait d'abord admis, en 1871, que les cellules de l'épithélium polygonal choroïdien étaient les vrais organes récepteurs du nerf optique ne parait point

accepter facilement, même aujourd'hui, l'union des cônes et des bâtonnets avec la papille par le nerf optique.

Nous pensons, ceci soit dit en dehors de son mémoire, que l'anatomie normale, les dissociations, l'anatomie pathologique, la rétinite fibreuse, la rétinite albuminurique, entr'autres, établissent, au contraire, ce fait d'une manière incontestable. Boll veut ainsi considérer le cône et l'épithélium polygonal comme un organe double. C'est encore assurément une erreur anatomique et les prolongements de ces cellules pigmentaires entre les bâtonnets ne peuvent être interprétés que comme un prolongement sarcodique si ordinaire dans les cellules vivantes : Au point de vue de l'anatomie normale de la rétine, assurément le professeur Boll émet des conceptions théoriques non justifiées par l'histologie.

Il est curieux de suivre pas à pas la méthode qui a conduit Boll à constater la coloration rouge de la rétine; que Krohn, en 1842, et Leydig, avaient entrevue, et que plusieurs histologistes avaient interprétée comme un phénomène passager. Pour n'en citer qu'un exemple nous dirons qu'en 1875, à la Société de Biologie, G. Pouchet déclarant avoir coloré en rose la rétine par des injections dans les vaisseaux, il fut reconnu que la teinte rosée était la couleur normale de la rétine chez la grenouille. C'est sur la grenouille que Boll a étudié l'*érythropsine*: « Quand on divise le globe oculaire d'une grenouille et qu'avec » de fines pinces on soulève la rétine du fond obscur que lui » forment son pigment et la choroïde, elle apparaît au premier moment d'un rouge intense, au point de faire croire » qu'on a extrait de l'œil un caillot de sang pendant les 10 » et même pendant les 20 premières secondes (premier stade), » cette couleur pâlit pendant les 30 à 60 secondes suivantes, la » rétine offre un éclat de satin (2e stade); 15 minutes après, elle » devient transparente (3e stade), puis trouble et opaque » (4e stade).

La lumière détruit cette couleur rouge au bout de deux heures, même au jour diffus sur l'animal vivant; et il faut un temps à peu près égal passé dans l'obscurité, pour qu'elle reparaisse.

Dans une chambre fermée et juste sous la fente d'une fenêtre entr'ouverte, ayant placé un œil de grenouille, Boll, 10 minutes après, trouva la rétine divisée en deux moitiés rouges, séparées par une raie incolore assez nettement dessinée.

C'est là une expérience dont la priorité, bien acquise au professeur de Rome, établit incontestablement et la découverte du rouge rétinien, et la photographie rétinienne. Il n'est pas inutile de ne plus avoir d'équivoque à ce sujet,

Boll croyoit, jusqu'ici, que le rouge était inhérent à l'œil vivant; il reconnut bientôt qu'il pouvait persister jusqu'à 12 heures après la mort, pourvu que l'œil fût maintenu dans l'obscurité. Qu'est-ce donc que ce rouge : Est-ce une couleur particulière, l'*érythropsine*, spéciale aux bâtonnets, comme l'hémoglobine au sang? Est-ce un effet d'optique produit par la superposition des lamelles constituantes des bâtonnets?

Aucun réactif n'a permis d'isoler l'érythropsine, mais le chlorure de sodium conserve cette couleur pendant 48 heures, l'eau distillée beaucoup moins; la potasse concentrée la détruit de suite. L'acide acétique la transforme en un jaune vif. Comme preuve de la seconde hypothèse, il est certain que la compression de la rétine fait disparaître la coloration rouge.

Une conséquence directe tirée de l'existence même du rouge rétinien, c'est que le fond de l'œil, à l'ophthalmoscope, présente un ton général qui n'est pas dû aux seuls vaisseaux de la choroïde ou de la rétine. C'est un phénomène mixte : et, suivant Boll, le fond de l'œil, le matin, est beaucoup plus rouge que dans le cours de la journée.

Avec un spectroscope ajusté au miroir d'Helmholtz, le professeur de Rome a reconnu dans la lumière réfléchie les raies d'absorption caractéristique de l'hémoglobine. Passant alors à l'influence de la lumière sur la coloration propre de la membrane nerveuse, il arriva aux résultats suivants :

Tous les rayons qui ont des ondes plus longues que celles du rouge rétinien modifient la couleur fondamentale dans le sens de la partie la moins réfrangible du spectre et la rendent plus intense. — Tous les rayons qui ont des ondes plus courtes que le rouge rétinien modifient ce rouge dans le sens de la partie la plus réfrangible et le pâlissent.

Les variations de couleur lumineuse qui arrivent sur la rétine modifient l'adhérence du pigment choroïdien ; le blanc, le bleu, le vert et le violet *ramollissent* les bâtonnets et le pigment, l'obscurité et le rouge les durcissent, au contraire. Mais l'action principale se porte sur les filaments intra-coniques, Nous pouvons, à ce sujet, rappeler les expériences de MM. Pouchet et P. Bert sur la modification du pigment de la peau par la lumière. Boll insiste beaucoup sur la modification des gouttelettes colorées du pigment qui sont d'un beau jaune chez la grenouille placée depuis quelques heures dans l'obscurité, tandis qu'elles sont pâles après l'exposition à la lumière. « Telles sont les bases matérielles sur lesquelles on édifiera dans l'avenir la théorie physiologique complète de la vision et de la perception des couleurs. »

Nous ne suivrons pas M. Boll dans la digression qui termine son mémoire, relativement à la perception, par l'âme, des impressions lumineuses, sur la théorie de l'*interprétation* et celle de l'*identité*. Ce sont des matières psychologiques trop éloignées de ce nouveau rouge rétinien.... et capables d'en ternir l'éclat.

II. **Description du procédé quasi-linéaire simple ou composé, précédée d'une revue historique et des divers modes et instruments employés dans l'extraction de la cataracte**; par le dr A. Stœber. Paris, J.-B. Baillière.

Le nom de l'auteur nous reporte à nos belles années de notre ancienne faculté de Strasbourg.

Stœber eut la gloire de fonder en France la clinique ophthalmologique officielle, que tant d'esprits ont, même aujourd'hui, pensé à voir séparée de la chirurgie générale. Rivalité de personnes, dans le fond, mais non pas pénurie de matériaux dans cette branche de la science médicale. A. Stœber, fils de notre vénéré maître, débute, en ophthalmologie, par un sérieux travail d'érudition clinique. Sa thèse couronnée par la Faculté de Nancy, est une étude bien raisonnée des procédés d'extraction ; la bibliographie qui ne contient pas moins de 20 pages, prouve avec quel soin toutes les variétés de procédés ont été recherchées. Sept planches nous montrent mieux que toutes les descriptions possibles l'histoire du couteau à cataracte, depuis Daviel jusqu'à de Græfe, et la série n'est pas épuisée. L'auteur, dans ses conclusions, adopte comme les seuls procédés de l'avenir, ceux qui sont basés sur l'extraction linéaire ; et il termine en recommandant le procédé de Monnoyer, lequel mettrait le plus à l'abri des accidents, sans fournir néanmoins de plus beaux ni de plus nombreux succès.

Voici ce procédé : Sans écarteur double à ressort, relever la paupière par les soins d'un aide ; saisir le globe avec la pince à double fixation, suivant le grand diamètre de la cornée; le couteau (particulier de Monnoyer) fait l'incision en bas, en commençant à 2 millim. au-dessous du diamètre transverse et à 1 millim. 5 en dehors de la cornée. Enlever la pince et laisser tomber les paupières; ouverture de la capsule; issue du cristallin en ne recourant à l'iridectomie que si l'iris ne se laisse pas dilater assez pour laisser sortir la lentille sans trop de pression. Sauf des détails dans l'exécution, ce procédé a de grandes analogies avec les dernières modifications de M. Wecker, signalées plus bas.

III. **Manuel d'ophthalmologie**; par le dr G. Camuset, ancien élève de l'Ecole des mines.

Ce livre est une nouvelle addition à la série de la collection diamant, publiée par M. Masson ; luxe d'impression, luxe de figures, ne gênent en rien la valeur scientifique.

Ce petit volume de 700 pages contient, en un résumé clair et bien rédigé, tout ce qui se rapporte à l'ophthalmologie : anatomie, physiologie, pathologie, médecine opératoire, vices de réfraction civil et militaires. Peut-être l'équilibre n'est-il pas égal entre toutes ces parties, et les chapitres plus familiers au théoricien ont-ils empiété sur la vraie clinique ; mais c'est la mode aujourd'hui, et ces sujets sont si souvent mal exposés, qu'il est bon de les voir nettement résumés.

Malgré toutes les qualités de ce livre, nous ne saurions cependant généraliser le procédé d'extraction de cataracte, représenté à la première page par une magnifique eau-forte, de Firmin Girard. Opérer le malade assis, simplement appuyé contre un aide, l'opérateur présentant le coude éloigné du corps, la main effleurant à peine la pommette; c'est une pratique écartée par les plus habiles chirurgiens français ou étrangers. L'incision de la cornée en pont, par le premier couteau, puis complétée avec dilacération de la capsule par le kystitome tranchant, est une manœuvre dangereuse pour l'iris et sans grand avantage pour le corps vitré. Mais tous ces procédés d'extraction sont bons quand ils sont bien faits; et le meilleur est celui dont l'opérateur a le plus l'habitude.

Circonstance particulière : les vices de réfraction sont négligés dans ce manuel, et parcourus trop sommairement. Nous ne pouvons ne pas relever, dans l'hypermétropie, l'assertion suivante : Evaluation du degré de H. « L'optomètre permet d'arriver au même résultat plus rapidement que les essais successifs des verres. » Il est parfaitement proclamé aujourd'hui par les auteurs même de tous les optomètres, que pour la détermination de l'hypermétropie manifeste, l'optomètre est un instrument insuffisant, qui n'enregistre que l'état instantané de l'œil, étant essentiellement mobile en présence des combinaisons de lentilles. La détermination de l'hypermétropie avec l'optomètre est impossible.

Malgré cette critique, tout-à-fait localisée, ce manuel est le précis le plus complet, le mieux établi, le plus agréable à lire, et de beaucoup le mieux illustré que nous possédions sur les maladies oculaires. Il occupera un rang honorable dans l'élégante collection de ces petits manuels si justement appréciés.

IV. **Clinique ophthalmologique** du dr de Wecker; par M. D. Masselon, chef de clinique pour l'année 1876.

Dans tous ces résumés, ce que le praticien cherche au premier coup d'œil, c'est le nombre de succès pour l'opération de cataracte. Cette petite monographie annuelle, rédigée non pas par M. le dr de Wecker lui-même, mais par son chef de clinique, nous présente presque toujours aussi d'autres faits nouveaux et intéressants : celle de 1877 tient ce qu'ont donné les précédentes.

Cataractes, 260, c'est-à-dire une moyenne de 2 opérations par jour de visite, sur lesquelles 218 simples dont 109 opérées par le procédé de Græfe, sans un seul cas de suppuration.

Sur les 100 autres cas opérés par le procédé à lambeau périphérique; 3 occlusions pupillaires; 3 suppurations limitées de la cornée; 3 issues légères du corps vitré; 11 enclavements de l'iris.

De Wecker pratique maintenant son procédé *en bas*; il trouve l'opération plus facile, et pour les aides, et pour la réduction de l'iris. Les indications de cette méthode se rattachent surtout aux cataractes sans excès de tension, mûres entièrement, un peu rétractées; celui de Græfe étant réservé aux cataractes cspsulo-lenticulaires, à plaque épaisses sur la cristalloïde.

174 iridectomies ont été pratiquées; — 47 iritomies : dont 26 pour cataractes secondaires; — 14 pour occlusions pupillaires.

Cette opération constitue dès maintenant une ressource précieuse et simple autant que sûre contre les enclavements suivis d'occlusion pupillaire.

Depuis notre dernier compte rendu, M. de Wecker a pratiqué 58 drainages de l'œil. Nous avons déjà décrit son procédé; nous dirons seulement que cette opération a été pratiquée pour : 26 décollements de la rétine, 12 glaucomes, 5 hydrophthalmus.

Les résultats ont été, en réalité, satisfaisants, parce qu'ils ont diminué la tension, supprimé les douleurs et peut-être augmenté le champ visuel. « Toutefois ne faut-il pas anticiper sur les faits et laisser à l'avenir le soin de nous renseigner. » Cette monographie se termine par le récit d'un cas curieux d'anophthalmus avec kystes congénitaux des paupières inférieures, simulant une ectopie des yeux. F. Poncet.

CORRESPONDANCE

Bordeaux, le 29 juillet 1877.

Mon cher Rédacteur,

J'aurais voulu pouvoir vous donner beaucoup de renseignements au sujet de notre Faculté à venir. Malheureusement les évènements, au lieu de se succéder rapidement, marchent avec une lenteur désespérante et semblent renvoyer la réalisation de nos vœux à un temps que nous ne pouvons fixer. Nous voici à la veille des vacances et nous ignorons le sort qui nous est destiné. L'école fonctionne, comme école de plein exercice, avec un nombre d'élèves plus considérable que celui des années passées. Nous sera-t-il donné de voir la Faculté installée à l'ouverture des cours, nous aimons à le croire et cependant nous en doutons, car le conseil supérieur de l'instruction publique vient de se réunir et les ordres du jour ne concernent en rien ce qui nous intéresse. En outre, la série des événements politiques, qui vont se dérouler enraiera par cela même les questions scientifiques, bien que la municipalité bordelaise mette toute son activité à l'installation de la Faculté. Ainsi que je vous l'ai écrit les hospices (Incurables, Maternité, École d'accouchements), vont être transférés sur le domaine des hospices généraux à Pélegrin. Les travaux poursuivis depuis déjà quelques mois, avec beaucoup d'activité, nous permettent d'affirmer qu'ils seront prêts au commencement de novembre prochain. Les emménagements et le transfert des malades ne dureront guère plus de deux mois. Les locaux destinés à la construction de la Faculté seront libres le 1er janvier 1878. L'emprunt bordelais a été voté par les Chambres. M. Pascal, l'éminent architecte, désigné par le concours, vient de déposer à la mairie ses plans légèrement modifiés. Immédiatement après l'approbation du conseil municipal les travaux seront mis à l'adjudication.

Attendra-t-on que les locaux aient été préparés pour le fonctionnement des cours, nous ne pouvons ni ne devons le supposer, car ce serait nous renvoyer aux calendes grecques ou à peu près. Je vous avouerai que dans certains milieux très-autorisés, on comprend difficilement qu'une Faculté comme la nôtre, votée en même temps que celles de Lyon et de Lille ne soit pas aujourd'hui à leur niveau. Le personnel de ces deux Facultés est connu. Nous ne savons rien, à ce sujet, pour nous. Conservera-t-on les professeurs actuels ou en nommera-t-on de nouveaux? Pour les titulaires, si Bordeaux a le sort des nouvelles Facultés, nous pouvons répondre par l'affirmative. Quant aux suppléants, s'il nous était permis de formuler un désir, ce serait évidemment celui de les voir faire partie d'un personnel dont ils sont dignes à tous égards. Le seul fait important à vous signaler est le vœu émis dans une de ses dernières séances par le conseil académique de la ville, qui s'est ému à juste titre de notre situation présente. A l'unanimité il a demandé au Ministre de l'instruction publique le fonctionnement de la Faculté pour la rentrée prochaine. Peut-être cette adresse amènera-t-elle quelque changement, et pourrons-nous sous très-peu vous envoyer des données beaucoup plus sérieuses, puisque ce seront celles mises à exécution.

Recevez, mon cher rédacteur, etc., P. B.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Du podophyllin dans la colique hépatique et les calculs du foie, par le docteur Mercadié.

Je lisais, il y a deux mois, dans un journal de médecine de Florence, *Lo Sperimentale*, un article sur l'emploi du podophyllin dans les coliques hépatiques et les calculs du foie. Le professeur Bufalini, auteur de cet article, racontait les deux faits suivants :

Une femme de quarante-cinq ans avait depuis longtemps des coliques hépatiques violentes, et elle ne trouvait de soulagement que dans l'emploi de purgatifs énergiques qui lui faisaient rendre des calculs volumineux. Mais ces purgatifs ayant été continués longtemps, il était survenu une entérite qui l'obligea à y renoncer. Le docteur Bufalini, appelé à ce moment, fut frappé de ce fait, et il songea malgré l'entérite, à donner de petites doses de podophyllin (1 centigramme par jour), qui devait, pensait-il, produire beaucoup mieux que les autres purgatifs, le résultat déjà obtenu et sans amener d'inconvénient. Le podophyllin jouit, en effet, d'une efficacité remarquable dans l'hypérémie du foie, comme l'a reconnu Van den Corput. On sait aussi, qu'injecté dans le duodénum d'un chien, il augmente considérablement la sécrétion biliaire et que la bile contient, dans ce cas, une plus grande quantité de matériaux solides. En empêchant la rétention de la bile et l'agrégation de ses matériaux, cause efficiente des calculs biliaires, le podophyllin pouvait donc conduire à un bon résultat; du moins, il était permis de l'espérer. Or, c'est précisément ce qui arriva dans le fait dont nous parlons. Les coliques hépatiques disparurent très-rapidement et le catarrhe

intestinal aussi. Pendant un an, le podophyllin fut continué sans le moindre inconvénient, et les coliques ne se sont plus reproduites, quoique deux ans se soient maintenant écoulés depuis qu'on a cessé le médicament.

Le docteur Bufalini eut encore l'occasion d'administrer le podophyllin dans un cas semblable, et il obtint à peu près le même résultat.

Il s'agissait d'une dame, atteinte depuis plus de deux ans de coliques hépatiques très-violentes, et qui rendait fréquemment des calculs. Pendant un an, elle avait été soumise infructueusement aux divers traitements préconisés en pareil cas : bains, évacuants, remède de Durande, chloroforme, injections sous-cutanées, etc. Le docteur Bufalini, appelé en consultation, conseilla un centigramme de podophyllin par jour, et rapidement, coliques et calculs disparurent. Le podophyllin ayant été suspendu après quelque temps, la santé se maintint encore pendant huit mois, puis les coliques et les calculs se montrèrent de nouveau, pour cesser presque aussitôt après la reprise du médicament.

Ces deux faits, que j'ai tenu à citer à cause de l'autorité du docteur Bufalini, et parce que je n'ai encore vu nulle part cette indication du podophyllin, m'avaient vivement frappé, et je voulus en vérifier immédiatement l'exactitude. Je soignais depuis longtemps une dame qui avait des coliques hépatiques intenses, et se reproduisant deux et trois fois par mois. Je parvenais à la soulager par des injections de morphine, mais c'était tout; un régime végétal soutenu, les eaux de Vichy, n'avaient jamais empêché le retour des calculs. Ayant sous la main des pilules de podophylle, que j'emploie dans la constipation, de préférence au podophyllin des pharmacies que j'ai souvent trouvé infidèle, j'en donnai une tous les soirs au moment du dernir repas. Une crise venait d'avoir lieu et depuis il n'en est survenu aucune autre. Il y a bientôt deux mois, que chaque soir cette malade prend un centigramme de podophylle, et je me propose de continuer pendant quatre ou cinq mois encore. J'interromprai alors, et s'il survient la moindre atteinte, je recommencerai à nouveau.

Pendant les quinze premiers jours de traitement j'ai fait garder les selles, et plusieurs fois elles contenaient des calculs, mais j'ai dû faire cesser cette expérience à cause de l'ennui qu'elle occasionnait.

Je me suis hâté peut-être un peu pour donner le résultat de cette observation, mais comme elle a déjà pour précédents celles du docteur Bufalini et que le fait acquis, même en se bornant là, est encore très-digne d'attirer l'attention, il m'a semblé qu'il était urgent de faire connaitre au plus tôt cette médication aux médecins. Elle ne présente aucun inconvénient, on peut donc l'essayer les yeux fermés ; or, si elle doit éviter à de nombreux malades ces terribles angoisses que nous connaissons, et qui retentissent bien quelque peu sur nous, je crois qu'il ne faudra pas trop reprocher à cette communication d'être prématurée.

VARIA

L'ancien Hôtel-Dieu.

Lundi, 23 juillet, le conseil de préfecture de la Seine a procédé à l'adjudication des matériaux à provenir de la démolition de l'ancien Hôtel-Dieu. Tout le bâtiment compris entre la rue de la Cité, le Petit Pont, la Seine, le pont au Double et la place du parvis Notre-Dame sera rasé. La façade du nouvel Hôtel-Dieu sera donc complétement dégagée, au midi, jusqu'à la Seine, et la perspective de Notre-Dame de Paris apparaîtra dans son entier dès le pont Saint-Michel. — La mise à prix de ces matériaux est fixée à 70,000 fr.; l'adjudicataire a un délai de trois mois pour exécuter ses travaux, de sorte que le déblaiement complet du Parvis-Notre-Dame soit achevé avant fin octobre. L'administration fera commencer aussitôt la reconstruction du mur de soutènement du quai et celle du dont au Double, travaux que le conseil municipal a approuvés en même temps que la transformation et la plantation des apports du nouvel Hôtel-Dieu. — (*France*).

Ces renseignements ne sont pas tous exacts, car l'administration n'a encore soumis au Conseil municipal *aucun projet* relatif au quai et au pont au Double. Par conséquent, le conseil n'a pu approuver les travaux indiqués plus haut. On pense que dans un avenir prochain, l'administration soumettra au Conseil un projet pour la construction d'un pont dans l'axe de la rue d'Arcole; c'est à ce pont que viendrait aboutir la rue Monge. Quant au pont au Double il se trouverait de la sorte supprimé.

Translation des cendres de Monthyon.

En 1837, les cendres de Monthyon avaient été déposées à l'Hôtel-Dieu de Paris : Monthyon avait été un des principaux bienfaiteurs de cet hôpital. La démolition prochaine des bâtiments du parvis Notre-Dame rendait nécessaire la translation du corps en un autre endroit. — Dès jeudi dernier, un plan incliné avait été disposé au pied de la statue qui ornait le vestibule de l'hôpital. Cette statue fut lentement descendue jusque sur un chariot qui la transporta à Saint-Julien-le-Pauvre où elle a été provisoirement déposée. Le lendemain, le piédestal fut enlevé et on se mit à la recherche du corps. La destruction du procès-verbal d'inhumation par l'incendie de 1871, obligea à quelques tâtonnements. Enfin, au-dessous du dallage en marbre du vestibule on rencontra une couche de ciment, puis une pierre recouverte d'une inscription difficile à lire, et finalement un sarcophage où se trouvait une bière en chêne très-bien conservée. Cette bière contenant un cercueil de plomb a été portée à bras jusqu'à Saint-Julien-le-Pauvre, au milieu des rites que les usages catholiques consacrent à ce genre de cérémonie.

Traitement des professeurs et agrégés des Ecoles de pharmacie.

Le Président de la République française, sur le rapport du Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, vu le réglement général de comptabilité du 16 octobre 1867, vu le décret du 14 janvier 1876, vu l'avis du comité consultatif de l'enseignement supérieur, décrète : les traitements des professeurs et agrégés des Facultés et Ecoles supérieures de pharmacie seront désormais payés intégralement par douzièmes. L'article 5 du décret du 14 janvier 1876 est et demeure rapporté. Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret. Fait à Paris, le 1er juillet 1877.

Herborisation.

La flore de l'Isle-Adam si intéressante au point de vue de ses stations diverses et par conséquent de la multiplicité de ses espèces, peut se compléter de la façon suivante : *Helianthemum guttatum. Fumana vulgaris. Œnanthe Lachenalii. Peucedanum chabræi.* — *Oreoselinum. Cornus mas. Armeria plantaginea. Chlora perfoliata. Echinos pernum lappula. Orobanche amethystea. Pedicularis palustris. Brunelia grandiflora. Lactuca perennis. Loroglossum hircinum. Epipactis palustris. Hydrocharis morsus ranæ. Osmunda regalis.* Certaines d'entre elles quoique rares aux environs de Paris, offrent souvent un tapis végétal des mieux fournis et pour ne citer qu'un exemple le *Linosyris* vulgaire couvre à la fin de la saison, sur les coteaux pierreux, des surfaces souvent considérables. Nous l'avons, une fois, retrouvé en dehors des limites que nous nous sommes tracées, à Gouvieux près de Chantilly, d'après les indications du professeur Ch. Martins, consignées dans la flore de MM. Cosson et Germain mais en moindre abondance que sur le territoire de Vaux et de Jouy-le-Comte, où elle pousse à profusion.

L'œillet deltoïde dans une clairière de la forêt à terrain sablonneux, commence à montrer ses charmantes fleurs purpurines ponctuées de blanc et de pourpre. C'est la seule station que nous ayons rencontrée jusqu'ici. La *gentiane croisette* a presque complétement disparu du Vivray. La *germanique* au contraire y pousse tout à son aise, protégée sans doute par sa floraison tardive.

La *barkausie hérissée* se trouve mêlée ça et là aux récoltes apportées avec les semences des plantes fourragères et le *polygala d'Autriche* situé dans un petit marais à l'entrée de Vaux, où il est exposé à périr lorsqu'il prendra fantaisie à un cultivateur, peu soucieux des arcanes de Flore, de défricher son champ, a cessé de fleurir. Dr DE SAINT-AVID.

Enseignement libre.

Préparation au 1er de fin d'année, 3e et 4e examens de doctorat. — M le dr LELORAIN, licencié ès-sciences naturelles, continuera pendant les vacances ses leçons particulières d'histoire naturelle et de matière médicale préparatoires au 1er de fin d'année et au 3e et 4e examens de doctorat. — Droguier complet. Herbiers, plantes fraiches, démonstrations aux jardins de botanique. S'adresser 16, rue Monge, de 4 à 5 h.

NOUVELLES

CONCOURS POUR LE BUREAU CENTRAL (*Médecine*). — Les candidats avaient eu à traiter en *composition écrite* la question suivante : Athérome artériel Les autres questions mises dans l'urne étaient : dégénérescence graisseuse du cœur; dysenterie chronique. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Gouguenheim, Hallopeau et DEBOVE.

Clinicat. — Le concours pour deux places de chefs de clinique vient de se terminer par la nomination de MM. R.-F. RAYMOND et LANDOUZY, MM. Pitres et Barié ont été nommés chefs de clinique adjoints.

C'est avec une bien vive satisfaction que nous apprenons à nos lecteurs le succès de nos bons amis et chers collaborateurs, MM. DEBOVE, RAYMOND et LANDOUZY.

Adjuvat. — Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par la nomination de MM. Segond et Kirmisson Voici quels sujets les candidats ont eu

à traiter : Composition écrite : *Anatomie et physiologie du système érectile. Anatomie pathologique et traitement des tumeurs érectiles.*

Compositions orales : 1° Anatomie. Les candidats de la 1re série ont eu : *Anatomie de la vessie chez l'homme.* Ceux de la 2e série : *Trachée et bronches.* — 2° Physiologie. 1re série : *Phénomènes mécaniques de la respiration.* 2e série : *Cours du sang dans les veines.* — 3° Pathologie. 1re série : *Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.* 2e série : *Plaies des artères.*

Epreuves pratiques. — 1° Dissection : *Région poplitée.* — 2° Médecine opératoire : *Ligature de l'artère iliaque externe. Désarticulation de l'épaule.* — 3° Pièces montées : *Veine azygos; canal thoracique; vaisseaux et nerfs du rectum ; pie-mère et sinus de la dure-mère.*

Mortalité a Paris.—1,988,806 habitants (recensement de 1876). Pendant la semaine finissant le 26 juillet 1877, on a déclaré 862 décès, soit 23,0 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 19; — rougeole, 9 ; — scarlatine, 3; — variole, 1; — croup, 13 ; — angine couenneuse, 25; — bronchite, 45; — pneumonie, 42; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 23; — choléra nostras, »; — dysentérie, 2; — affections puerpérales, 7; — érysipèle, 4, — autres affections aiguës, 272; — affections chroniques, 329 dont 133 dues à la phthisie pulmonaire affections chirurgicales, 31; causes accidentelles, 37.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le dr Bauleur (Edouard-Auguste), décédé à Paris, dans sa 78e année. — M. Alfred Deshaies, âgé de 34 ans, préparateur de chimie au collége de France, a été trouvé étendu à terre, dans son laboratoire de la rue Cujas, n° 19, où il demeurait. La mort remontait à deux jours. Tout laisse supposer que c'est en voulant se rendre compte par lui-même de l'effet d'un agent chimique, qu'il étudiait depuis longtemps et dont quelques échantillons étaient auprès de lui, qu'il aura été victime d'un empoisonnement trop subit, pour qu'il ait pu y porter remède. Le corps sera transporté à Château-Thierry (Aisne), où habite sa famille. — (*Union médicale*).

Chronique des Hôpitaux.

Nous suspendons aujourd'hui la *Chronique des hôpitaux* ; nous la reprendrons, suivant notre habitude, au mois de novembre.

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Compagnie des eaux minérales de La Bourboule (Puy-de-Dôme). — En présence de certains bruits erronés, la *Compagnie fermière des eaux minérales de La Bourboule* a le devoir d'informer le public que, depuis leur ouverture, ses deux établissements n'ont pas cessé de fonctionner régulièrement, et que les malades sont assurés désormais de pouvoir y suivre leur traitement d'une manière confortable et plus efficace que jamais ; de récents captages ayant augmenté le débit, la tem-

pérature et la minéralisation des SOURCES ARSÉNICALES de la Compagnie.

Le Directeur de la Compagnie,
A. DELAMARRE.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

GAVARRET (J.). — Acoustique biologique. Phénomènes physiques de la phonation et de l'audition. Paris, 1877. 1 vol. in-8, avec 100 fig. dans le texte. 10 fr.

ISAMBERT. — Conférences cliniques sur les maladies du larynx et des premières voies. Paris, 1877, 1 vol. in-8 avec fig. dans le texte. 7 fr.

ONIMUS. — Des erreurs qui ont pu être commises dans les expériences physiologiques par l'emploi de l'électricité. Paris, 1877, in-8 de 51 pages. 1 fr. 25.

Librairie F. SAVY, 77, boulevard Saint-Germain, près la rue Hautefeuille.

NEUBAUER (G.) VOGEL (J.). — De l'urine et des sédiments urinaires. Propriétés et caractères chimiques et microscopiques des éléments normaux et anormaux de l'urine, analyse qualitative et quantitative de cette sécrétion, description et valeur semeiologique de ses altérations pathologiques, etc. 2e édition française, traduite sur la 7e édition allemande, et annotée par le docteur Gautier. Paris, 1877, 1 vol. in-8 de 515 pages avec 69 gravures dans le texte et 4 planches coloriées. 10 fr.

DOMENICO FRANCO. — Su la difteria studii critici. Napoli, 1875, seconda editione, *Giuseppe Marchieri* éditor, in-12 de 118 pages.

LUDWIG FLEISCHMANN. — Uber Ernährung und Körperwagungen der Neugebornen und Suglinge *Wiener Klinik*, juin-juillet 1877. Wien, Urban et Schwarzenberg.

WILH ERB. — Ueber die spastische spinalparalyse (Tabes dorsal spasmodique, CHARCOT) Nach G. Reimer in Berlin, in-8 de 62 pages.

DUNCAN BULKLEY. — Analysis of seven hundred and seventy-four cases of skin-disease. New-York, 1877, in-8 de 48 pages.

HOWSHIP DICKINSON (W.) AND TIMOTHY HOLMES. — Saint-Georges hospital reports, London, 1877. — Imp. J. et A. Churchill, new Burlington street, vol. VIII, 1874-1876, vol. in-8 de 580 pages.

LUNSFORD P. YANDELL. — Report on dermatology, syphilis, scarlatina, measles, variola and varicella. 1877, Louisville (Kentucky).

SEGUIN (E.). — Report on Education. Vienna international exhibition 1873, Washington, government printing office; 1875, 1 beau vol. in-8 relié, de 133 pages avec deux tables.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 32. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 11 AOUT 1877.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne;

Par **E. MONOD** et **Ed. BRISSAUD**, internes des hôpitaux.

Il n'y a pas longtemps que l'attention des chirurgiens a été attirée en France sur les *tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.* En 1862, M. Constantin Paul réunissait 28 observations d'inclusion fœtale dans la région sacro-périnéale et en tirait une description de cette variété de tumeurs, description que M. Verneuil avait déjà faite en 1855 pour les tumeurs analogues de la région scrotale. Six ans plus tard, M. Duplay, groupant les faits connus, proposait une division des tumeurs de la région qui nous occupe, et résumait l'état actuel de nos connaissances sur ce point de pathologie.

Bien que ces travaux aient notablement élucidé la question, il faut reconnaître qu'elle reste à l'étude, non pas tant à cause du nombre insuffisant des observations qu'en raison des lacunes que beaucoup d'entre elles présentent, surtout au point de vue de l'anatomie pathologique. Cette absence presque générale de renseignements histologiques se comprend aisément puisqu'on n'était pas en possession des résultats que le microscope nous a fournis aujourd'hui; mais elle explique aussi la difficulté qu'on éprouve à classer méthodiquement les faits et à établir, parmi les nombreuses variétés de tumeurs décrites, des caractères différentiels reposant sur une base certaine. Aussi conçoit-on sans peine la diversité d'opinions qui se produisit à la Société de chirurgie lorsque M. Depaul présenta en 1867 une tumeur congénitale adhérente au coccyx, sous le nom de *tumeur embryoplastique* ; le même désaccord se manifesta à l'occasion de cette importante communication à la Société de biologie (1). Il suffit de lire la description anatomique de ces tumeurs dans les observations publiées sur ce sujet, pour se convaincre que, dans bien des cas, l'on n'est pas en droit d'affirmer qu'il s'agit d'une inclusion ou d'une autre tumeur, et il est probable qu'on a décrit plus d'une fois comme inclusions des productions morbides qui n'étaient autre chose que des cysto-sarcomes ou inversement.

Un examen histologique approfondi de tous les faits nouveaux qui se présenteront pourra seul, pensons-nous, donner à la classification qui reste à faire des tumeurs de la région coccygienne une valeur scientifique. Nous croyons utile, à ce titre, de rapporter les deux cas suivants que nous avons observés, le premier dans le service de M. Panas, à l'hôpital Lariboisière, le second dans celui de M. Broca, à l'hôpital des Cliniques.

OBSERVATION I. — *Tumeur congénitale de la région sacro-périnéale chez un fœtus de sept jours* (2).

Dans le courant du mois de mars 1877 se présenta à la consultation de M. Panas, à Lariboisière, une sage-femme qui nous apportait un enfant venu au monde dans la matinée. L'accouchement fut naturel. La mère, âgée de 29 ans, n'avait pas présenté d'accidents pendant la grossesse. Elle a deux enfants bien conformés.

Le fœtus, âgé de 7 jours, du sexe féminin, est très-petit et malingre. Il présente une teinte ictérique prononcée, et crie faiblement. En le renversant sur le dos, les jambes écartées, on voit une tumeur, de la grosseur d'une petite orange, faisant saillie à la région périnéale. Cette tumeur est allongée suivant le diamètre antéro-postérieur, elle refoule en avant et en haut l'orifice anal; le méconium s'écoule à la surface de la tumeur. Cette surface est arrondie, régulière, recouverte par un plexus veineux très-développé. A la palpation on sent une masse d'une consistance égale, mollasse, pseudo-fluctuante. Les cris de l'enfant n'ont aucune influence sur le volume de la tumeur. Elle n'est nullement réductible. — L'enfant succomba le dixième jour, et nous obtînmes de la famille l'autorisation d'enlever la pièce pathologique.

Description de la tumeur. — La circonférence mesure 17 centim.; le grand diamètre longitudinal mesure de la pointe du coccyx à l'anus, 13 centim., le diamètre transversal, 9 centim. Elle est située entre le coccyx, dont on sent la pointe en déprimant les tissus, et l'anus fortement repoussé en avant. La base de la tumeur se confond en avant avec la demi-circonférence postérieure de l'anus; cet orifice ne présente pas d'anomalie.

La peau qui la recouvre est rouge, sillonnée de veines dilatées; elle va en s'amincissant de la base au sommet de la tumeur; en ce point, elle est excoriée, et adhère aux parties profondes. On ne peut séparer la peau du tissu cellulaire sous-cutané et celui-ci, de la paroi propre de la tumeur, que dans une petite étendue à partir de la pointe du coccyx. Au-delà les enveloppes sont intimement confondues et se réduisent à une membrane mince unique. Les muscles grands fessiers sont légèrement écartés par la tumeur qu'ils recouvrent à sa partie supérieure ; le bord postérieur de ces muscles paraît se continuer avec la couche fibreuse qui constitue la paroi de la poche.

La dissection de ces diverses couches démontre : 1° qu'il n'y a aucune communication entre le canal médullaire et l'intérieur de la poche ; 2° que la poche anormale se trouve comme appendue au coccyx au moyen d'une couche fibreuse, espèce de ligament triangulaire qui contient dans son épaisseur le coccyx encore cartilagineux.

La tumeur en se développant a refoulé devant elle, avons-nous dit, l'anus et toute la portion périnéale du rectum, de sorte qu'entre la pointe du coccyx et l'anus il existe un intervalle de 5 centimètres. Le même intervalle mesuré chez un fœtus ordinaire ne compte qu'un centimètre. En outre, la tumeur a repoussé en haut le plancher périnéal et remplit en partie l'excavation pelvienne entre le sacrum en arrière et le rectum dévié en avant.

Sur une coupe antéro-postérieure pratiquée sur la ligne médiane, on distingue deux parties distinctes : 1° une masse semi-solide qui constitue la plus grande portion de la tumeur 2° une cavité située à la partie inférieure et antérieure de la tumeur, et qui, en raison de son siége profond, avait échappé à une première coupe trop superficielle. La masse solide elle-même présente deux aspects différents suivant qu'on examine sa partie supérieure ou sa partie inférieure. La première plus consistante, d'un rouge blanchâtre, rappelle assez bien comme apparence la coupe du corps du testicule. La seconde, plus molle, presque diffluente, a une couleur plus rouge ; elle offre quelque analogie avec de la matière cérébrale. L'une et l'autre sont parcourues par un grand nombre de cloisons fibreuses qui partent de la paroi du kyste central. Cette cavité est tapissée par une membrane lisse, d'aspect séreux. Elle renferme une petite quantité de liquide colloïde. A la périphérie de la production morbide, et vers sa partie postérieure, on sent disséminés de petits fragments lamelleux, durs, ossiformes.

Pouvons-nous, d'après cette description, affirmer à quelle affection nous avons affaire ? Si nous éliminons les diverses tumeurs qui ont été observées dans la région sacro-coccygienne (*spina bifida*, kystes simples ou *hygromas kys-*

(1) Voir aussi la discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine (séance du 1er juin 1875) à l'occasion d'une *tumeur congénitale polycystique* insérée à la symphyse du maxillaire inférieur et à la langue, présentée par M. Verneuil.

(2) La tumeur qui fait le sujet de cette observation a été présentée à la *Société anatomique*, (avril 1877) et à la *Société de chirurgie.*

tiques congénitaux, tumeurs caudales, lipômes) et qui n'ont évidemment aucun rapport avec le cas dont il s'agit, nous restons en présence de deux variétés de productions dont les caractères différentiels ne nous paraissent pas encore suffisamment établis, les inclusions fœtales et les tumeurs de nature complexe qui ont été désignées sous le nom de sarcômes, cysto-sarcômes, tumeurs embryo-plastiques de M. Depaul, etc. Si l'on s'en tient aux caractères macroscopiques seuls, l'hésitation est légitime, et sans doute, en l'absence d'un examen histologique, le fait tel que nous l'avons rapporté donnerait lieu à des interprétations différentes. Notre collègue et ami M. Chambard a bien voulu faire cet examen au laboratoire du Collége de France, et nous remettre une note détaillée qui fait le principal intérêt de cette observation.

Examen microscopique, par M. Chambard, interne des hôpitaux. — Les fragments destinés à l'examen microscopique sont choisis au voisinage du kyste creusé dans la masse de la tumeur.

A. *Dissociation* (fragments macérés dans l'alcool au tiers). On voit dans le champ du microscope les éléments suivants : 1° Cellules épithéliales cylindriques munies d'un plateau à cils vibratiles. Quelques-unes de ces cellules contiennent des gouttes muqueuses ; — 2° Cellules d'épithélium caliciforme. — 3° Cellules sphériques à noyau sphérique avec nucléoles analogues aux éléments lymphatiques. — 4° Cellules fusiformes. Lambeaux de fibres conjonctives. Fines granulations graisseuses.

B. *Coupes*. A un faible grossissement, on voit des bandes fibreuses larges dont l'une, régulière, forme la paroi du grand kyste et dont les autres, irrégulières, parcourent en tous sens la tumeur, laissent entre elles des espaces remplis par des masses d'apparence sarcomateuse et par des kystes de dimensions variables. La coupe est en outre parsemée d'assez nombreux noyaux de tissu cartilagineux.

Analyse des préparations. a. *Travées fibreuses*. Fibres conjonctives parallèles séparées par des lits de cellules plates et mêlées à de nombreuses et fines fibres élastiques plus abondantes dans la paroi du grand kyste. En certains points, on rencontre dans les travées fibreuses des bandes de cellules fusiformes pédiculées et une accumulation d'éléments embryonnaires sous forme de traînées, principalement dans la paroi du grand kyste et dans le voisinage des petits.

2° Masses sarcomateuses. Eléments embryonnaires sphériques pressés les uns contre les autres formant des masses plus ou moins volumineuses, diffuses et inégalement réparties. Ces masses peuvent soutenir soit les kystes, soit les noyaux cartilagineux dont il sera question plus loin.

3° Noyaux cartilagineux. — Ovoïdes sur les coupes, situés soit au sein des masses sarcomateuses, soit au sein du tissu fibreux, formés de cartilage hyalin.

4° Kystes. De formes et de dimensions très-variables, ces kystes sont constitués par une paroi fibreuse composée de fibres conjonctives mêlées à de nombreuses cellules fusiformes. En beaucoup de points, cette paroi contient des amas d'éléments embryonnaires. Ces kystes sont tapissés par un épithélium cylindrique cilié contenant de nombreuses cellules caliciformes. Ces cellules très-nombreuses sont dans un état de prolifération intense, car elles forment aux parois kystiques un épais revêtement et la cavité des kystes renferme de nombreux débris de cellules épithéliales desquammées et de nombreux leucocytes.

En beaucoup de points, il se fait dans la paroi des kystes une active prolifération cellulaire. Celle-ci alors est repoussée et il ne tarde pas à se former des bourgeons d'abord sessiles, puis pédiculés qui s'avancent dans la cavité kystique et tendent à l'effacer et à la subdiviser. Certains kystes complétement effacés se présentent sous l'aspect de doubles traînées épithéliales. D'autres sont remplis par des globules rouges du sang.

Il résulte de cet examen que la tumeur est essentiellement constituée par une trame fibreuse parsemée de masses sarcomateuses, creusée de kystes revêtus d'épithélium vibratile, prismatique et caliciforme et contenant des noyaux cartilagineux.

Rien ne peut autoriser, ajoute M. Chambard, à faire de cette tumeur une inclusion fœtale, et rien n'y montre une anomalie de développement. Des tumeurs tout-à-fait semblables se développent fréquemment chez l'adulte, principalement dans les glandes comme la parotide, l'ovaire et le testicule. Dans l'espèce, celle-ci ne présente de particulier que l'âge du sujet chez lequel elle a été observée. Ces tumeurs remarquables par la complexité de leur composition histologique ne peuvent encore être classées d'une manière définitive. MM. Cornil et Ranvier les ont provisoirement désignées sous le nom de *tumeurs mixtes* (1).

Chez l'adulte, elles peuvent récidiver après ablation et sont d'autant plus malignes qu'elles sont plus riches en tissu sarcomateux, mais les éléments font défaut pour juger du pronostic que la tumeur actuelle eût pu présenter chez l'enfant qui en était porteur, s'il avait survécu.

(*A suivre.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Hopital du Val-de-Grace. — M. Pingaud.

Petit adénome sudoripare du cuir chevelu.

Nous avons eu l'occasion d'extirper, il y a quelque temps, une petite tumeur du cuir chevelu qui, au point de vue clinique, offrait les particularités suivantes : située, à très-peu près, au niveau du vertex, la tumeur, du volume d'un gros pois, se présentait, à la surface de la peau, sous la forme d'un bouton légèrement aplati, dont la surface entièrement glabre, blanche et polie, n'offrait aucun point déprimé ou noirâtre qui correspondît à l'orifice oblitéré d'une glande de la peau.

Bien que la tumeur ressemblât tout-à-fait à une loupe ordinaire, elle n'offrait ni la consistance pâteuse habituelle des jeunes loupes à parois minces, ni la consistance dure des vieilles loupes à parois épaisses et rigides. Elle donnait aux doigts qui la pressaient, la sensation d'une petite masse fibromateuse élastique, demi-enchâssée dans le derme chevelu comme le serait un œuf dans un coquetier.

Après avoir emporté cette production dans un lambeau ovalaire du cuir chevelu, nous la fendîmes en deux. Cette coupe montra qu'effectivement la tumeur était pleine, formée d'un tissu dense, blanchâtre, comme lardacé; sa calotte supérieure se confondait, sans ligne de démarcation appréciable, avec le derme qui paraissait atrophié, tandis que la portion restante était profondément enchâssée dans l'épaisseur même du cuir chevelu.

La nature fibromateuse de cette petite production nous paraissait donc évidente. L'examen histologique, fait ultérieurement par notre collègue M. Laveran, démontra qu'il en était tout autrement, ainsi qu'on peut le voir par la note que voici :

Examen histologique, par A. Laveran. — La tumeur est durcie dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool (48 heures dans chacun de ces liquides) ; des coupes minces sont ensuite pratiquées, colorées par le picrocarminate et montées dans la glycérine.

La peau qui recouvre la tumeur est intacte, elle est même séparée du néoplasme par une couche de tissu conjonctif normal ; à sa partie inférieure, la tumeur est également bien limitée ; elle n'envoie pas de prolongements sur les parties profondes.

A un faible grossissement, la tumeur paraît lobulée comme une glande ; chaque lobule présente sur la coupe la disposi-

(1) Cornil et Ranvier. — *Histologie pathologique*, p. 312.

tion suivante : il existe un stroma fibreux, peu abondant, composé de tissu conjonctif ayant l'aspect normal; le stroma circonscrit des mailles allongées ou arrondies qui communiquent souvent entre elles et qui renferment des cellules épithéliales; tantôt les mailles sont comblées par les cellules, tantôt on distingue au centre un orifice arrondi, circonscrit par des cellules. Il n'y a pas de globes épidermiques.

Sur certains points, la tumeur a tout-à-fait l'aspect de l'épithélioma tubulé; mais sa disposition lobulée, sa limitation exacte du côté de la peau et du côté des parties profondes ainsi que l'existence d'orifices arrondis au centre d'un grand nombre de mailles, permettent de dire, croyons-nous, qu'il s'agit là d'un adénome des glandes sudoripares.

THÉRAPEUTIQUE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Compte rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, concernant l'épilepsie;

Par **BOURNEVILLE.**

I. Du bromure de zinc.

Un mot d'introduction nous paraît nécessaire à la fois pour relever une erreur commise par quelques journaux et pour indiquer comment nous avons été amené à prescrire le *bromure de zinc.*

Dans la séance du 21 juillet de la *Société de biologie,* M. Charcot, profitant d'une communication de M. Bochefontaine, sur les *propriétés physiologiques* du bromure de zinc, donna quelques renseignements sommaires sur l'emploi de cet agent dans son service. C'est à ce propos que le *Journal des connaissances médicales pratiques* a publié un article où nous relevons le passage suivant : « M. le docteur Magnan (de Sainte-Anne) ainsi que le docteur Galippe expérimentent depuis trois mois ce médicament dans les affections convulsives et, en particulier dans l'épilepsie. M. le professeur Charcot, *à leur* exemple, a administré ce sel dans son service.... »

Qu'il nous soit permis de remettre les choses en leur place et de montrer que les rôles ont été quelque peu intervertis. Voici, en effet, ce qu'on lit dans une correspondance de Paris (relatant une visite faite dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière), insérée dans le numéro du 14 avril dernier (p. 554) de *The Lancet* : « Le docteur Bourneville, qui nous accompagnait dans notre visite, nous a entretenu des nouveaux médicaments qu'il emploie, sous la direction de M. Charcot, dans les cas de maladies nerveuses et spécialement du nitrite d'amyle, du bromure de camphre, du bromure de sodium et du *bromure de zinc.* »

Ce renseignement imprimé tranchant le point en litige, puisqu'il fait connaître que, dès le commencement d'avril, le bromure de zinc était d'un usage vulgaire dans le service de M. Charcot, nous n'avons plus, avant d'aborder l'exposé des résultats obtenus, qu'à raconter comment nous avons été conduit à demander à notre maître l'autorisation d'étudier l'action thérapeutique du *bromure de zinc* dans l'*épilepsie.*

Nos recherches sur le bromure de potassium en 1866 (service de M. Delasiauve), sur le bromure de camphre en 1874-1875 (service de M. Charcot) nous avaient mis, qu'on nous passe l'expression, à l'affût de toutes les publications ayant trait aux différents bromures. C'est ainsi qu'un passage, malheureusement trop court, inséré par M. Heckel, dans son livre intitulé : *Histoire médicale et pharmaceutique des principaux agents médicamenteux introduits en thérapeutique depuis ces dix dernières années* (1874), nous fit penser au bromure de zinc.

Après avoir énuméré très-sommairement les propriétés chimiques du bromure de zinc, l'auteur ajoute : « Ce sel a été préconisé comme beaucoup d'autres sels de zinc, par M. Gibb, dans les mêmes circonstances que le bromure de lithium contre certaines affections nerveuses mal définies. L'idée qui a présidé à l'association du brôme et du zinc est le désir d'accumuler dans un même produit les propriétés sédatives du brôme et celles du zinc : La résultante n'a pas répondu, paraît-il, aux espérances premières (*Loc. cit.*, p. 174). »

Ces indications étaient d'autant plus vagues qu'il n'y avait aucune note permettant de remonter aux sources. Nous essayâmes de les compléter en recourant aux livres classiques sur la thérapeutique. Ces investigations furent infructueuses (1). Aussi, résolûmes-nous d'être très-prudents dans l'emploi du bromure de zinc; peut-être même avons-nous été trop timides dans nos premiers essais.

Il fallait alors se procurer le médicament. Nous eûmes encore recours à l'obligeance de M. le docteur Clin; puis, la consommation augmentant, M. Rousseau se mit en mesure de faire face à nos demandes. Enfin, après plusieurs tentatives infructueuses, l'administration de l'assistance publique consentit à fournir elle-même le médicament.

Propriétés physiques et chimiques (2). — Le bromure de zinc, Zn Br, résulte de l'union, molécule à molécule, du brôme et du zinc. Ce composé, connu depuis très-longtemps, est usité seulement en photographie. Il se présente ordinairement sous forme de plaques blanches, déliquescentes, obtenues par l'évaporation à siccité de ses solutions; il peut cependant cristalliser en dissolution concentrée. Porté au rouge, il fond et, si on le chauffe, à l'abri de l'air, à une température plus élevée, il se sublime en aiguilles. Il est très-soluble dans l'eau; soluble dans l'alcool et l'éther. On le prépare par un assez grand nombre de procédés :

1° On peut saturer l'acide bromhydrique par l'oxyde de zinc; on filtre sur de l'amiante; on concentre le liquide au bain-marie et on l'évapore à siccité. Le chlorure doit être conservé dans des flacons bien secs et surtout bien bouchés.

Les procédés suivants sont beaucoup plus pratiques et permettent de préparer ce sel dans un très-grand état de pureté.

2° On prend :

Bromure de potassium pur..........	11 gr. 91
Sulfate de zinc crist. pur...........	14 gr. 35

On triture les deux sels dans un mortier en verre. Il y a liquéfaction par suite de la double décomposition qui se produit : il se forme en effet du *bromure de zinc* et du *sulfate de potasse.* On peut (mais cela n'est pas nécessaire) déssécher ce mélange au bain-marie; puis on le traite à l'alcool à 90, qui dissout seulement le bromure de zinc. On filtre et l'on évapore l'alcool au bain-marie. Si l'on opère sur une quantité de produit assez considérable, on distille pour retirer l'alcool, puis on fait dissoudre le bromure de zinc dans une petite quantité d'eau et l'on évapore ensuite.

3° On peut enfin avoir recours au procédé suivant, qui donne un produit irréprochable : le bromure obtenu au moyen de l'alcool est toujours un peu coloré. On prend :

Sulfate de zinc pur crist............	14 gr. 35
Bromure de baryum................	14 gr. 88

On fait dissoudre séparément les deux sels dans 10 gr. d'eau et on mélange les deux solutions. Il se fait un abondant précipité de sulfate de baryte et le bromure de zinc reste en dissolution. On sèche, en ayant la précaution de chauffer un peu; le précipité de sulfate de baryte se sépare mieux dans ces conditions. On obtient ainsi une dissolution aqueuse de *bromure de zinc,* que l'on peut faire évaporer à siccité. Mais si l'on doit employer le bromure de zinc en solution, il est préférable de terminer ainsi l'opération. Les proportions indiquées doivent fournir 11 gr. 25 de bromure, on pèse la solution filtrée et on l'additionne d'eau distillée, de façon à obtenir un poids total de 112 gr. 05. Dans ces conditions, la solution représente le dixième de son poids de bromure de zinc (3).

(1) Dans la dernière édition du *Traité de thérapeutique* de Trousseau, le continuateur de ce livre ne parle pas du bromure de zinc. Du reste, tout ce qui a trait aux médicaments nouveaux est exposé d'une façon tout-à-fait incomplète, l'article sur le nitrite d'amyle en est un exemple.

(2) Nous devons les détails qui suivent à l'obligeance de notre ami M. YVON.

(3) Jusqu'ici le bromure de zinc n'a guère été employé en thérapeutique d'une façon suivie : le *chlorure* a été administré dans la chorée, la migraine,

Thérapeutique. — Les malades auxquelles nous avons administré le bromure de zinc doivent être divisées en deux groupes ; le premier comprend six malades dont quelques-unes prennent du bromure de zinc depuis plus de deux ans ; le second n'embrasse que trois malades chez lesquelles le médicament a été donné, dès le début, à des doses assez fortes.

Observation I. — *Antécédents. — Début de l'épilepsie. — Vertiges et accès. — Description des accès. — Hallucinations de la vue et de l'odorat. — Hémoptysie. — Hernie. — Traitement par le bromure de zinc. — Résultats.*

Moul...., veuve C....., couturière, âgée actuellement de 49 ans, est entrée à la Salpêtrière (service de M. Charcot) le 28 décembre 1871.

Renseignements fournis par sa tante maternelle (1er juin 1875). *Père*, mort vers 70 ans, imprimeur sur papiers peints ; il n'aurait jamais eu d'accidents dus à sa profession et aurait toujours joui d'une bonne santé, sauf dans les dernières années de sa vie durant lesquelles il a eu des ulcères variqueux. Une de ses sœurs était sujette à des attaques de nerfs qui ne ressemblaient nullement à des accès d'épilepsie.

Mère, morte âgée de 74 ans, d'une hydropisie consécutive à un « asthme »; tempérament nerveux. [Père mort à 77 ans ; quelques excès de boisson ; mère morte à 88 ans ; aucun accident nerveux. Une sœur, celle qui nous renseigne, a 73 ans, c'est une admise de l'hospice : elle a toujours été un peu nerveuse. Deux autres sœurs sont mortes à 85 et à 73 ans, sans avoir eu d'affections cérébrales. La dernière qui a succombé dans l'une des salles de M. Charcot avait deux fils épileptiques : l'un s'est noyé en se baignant dans la Seine (18 ans) ; l'autre, qui s'était engagé comme soldat, malgré son mal, a été asphyxié dans un accès. Un frère, qui commettait des excès de boisson, a eu une attaque d'apoplexie suivie de paralysie du côté gauche ; il est à Bicêtre.

Pas de consanguinité. Trois enfants : 1° notre malade ; 2° un garçon, mort phthisique à 27 ans ; 3° un garçon vivant bien portant.

Moul..... a parlé et marché de bonne heure. Ni gourmes, ni maladies sérieuses dans l'enfance. Intelligence assez développée. Réglée vers 14 ou 15 ans. *Migraines* très-fortes venant à chaque menstruation. Mariée à 21 ans, elle perdit son mari cinq ans plus tard. Jusqu'à 32 ans, à part ses migraines, sa santé était excellente. A cette époque, sa mère tomba gravement malade ; elle en fut vivement affectée, s'imagina qu'elle allait mourir et c'est au chagrin qu'elle en ressentit que l'on attribue les *vertiges* qui apparurent alors. Quelques mois après se montrèrent les *accès* : pas d'aura ; chute subite ; la malade s'est blessée plusieurs fois ; elle se mordait la langue et la joue, urinait sous elle. Les accès étaient diurnes et nocturnes. Les facultés intellectuelles auraient diminué rapidement et, depuis l'admission à la Salpêtrière, elles auraient encore baissé davantage.

1874. 31 *janvier*. M.... a eu deux accès cette nuit ; ce matin à onze heures : P. 76 ; T. V. 37°,6.

1er *février*. Un accès durant la nuit. A la visite : P. 76 ; T. V. 37°,9. Légère excitation. Les *urines* recueillies deux fois, une demi heure après les accès, ne contenaient ni sucre, ni albumine.

1875. *Etat actuel*. — Taille 1m. 54. Femme brune : système pileux peu développé. Pas de taches sur la peau. Sensibilité cutanée normale. — Hernie inguinale gauche. — La tête, la face, le corps et les membres sont régulièrement conformés (1). — Mémoire passable; impressionnabilité assez grande; préoccupations sans motifs. Pas de démence, mais diminution des facultés intellectuelles. — Parfois, à la suite des accès, M... est très-violente, menace, veut battre ses compagnes. Elle est bavarde, très-susceptible.

1er *juin*. M... ne présente aucun trouble des fonctions digestives, si ce n'est une constipation habituelle opiniâtre : elle reste souvent 8 ou 10 jours sans avoir de selles.

Traitement : une pilule de 0 gr., 05 de *bromure de zinc*. 8 *juin* : 2 pilules.— 11 *juin* : 3 pilules.— 15 *juin*. M... a refusé hier de prendre des pilules. Elle s'irrite pour le motif le plus insignifiant.

16 *juin*. Nous voyons la malade à la *fin d'un accès*. Face modérément colorée ; pupilles un peu dilatées ; écume médiocrement abondante ; stertor, ronflement, résolution complète. P. 64, régulier.— M... s'endort; dix minutes plus tard : P. 64. Voici quelques renseignements complémentaires sur les *accès* fournis par l'infirmière. Quelquefois, en tombant, M... dit « Oh ! Oh ! Oh ! » et s'affaise lentement ; elle se blesserait si l'on n'arrivait à temps pour la soutenir. Les yeux se portent en haut ; tout le corps est rigide ; puis, M.... se débat (*convulsions cloniques*). Presque toujours, miction involontaire. Consécutivement, sommeil qui dure une heure et demie environ. Les accès sont surtout *nocturnes*. Outre les accès complets, M... a des *vertiges*.

5 *juillet*. 2 pilules de 0 gr. 10. — 20 *juillet* : 3 pilules, soit 0 gr. 30.—25 *juillet* : 4 pilules.—30 *juillet* : 5 pilules.—26 *août* : 5 pilules de 0 gr. 75, soit 0 gr. 25. — 1er *septembre* : 6 pilules.

23 *octobre*. M.... a pris exactement ses pilules, excepté hier parce qu'elle a eu une *hémoptysie* (environ un verre de sang en deux fois). Rien de précis à l'auscultation. La malade semble avoir maigri.

28 *octobre*. Pas de nouvelle hémoptysie. Embarras gastrique. Ipéca.

1er *novembre*. On reprend le traitement : 6 pilules de 0 gr. 15 = 0 gr. 90.

23 *décembre*. — Le traitement a été suivi régulièrement. — Cette nuit, la malade a eu des *hallucinations* : elle se voyait entourée de flammes, disait sentir une odeur de soufre. Elle s'est levée et pendant quelque temps elle a continué d'avoir des *hallucinations* de la *vue* et de l'*odorat*. — Suspension des pilules ; eau de Sedlitz.

28 *décembre*. — 7 pilules = 1 gr. 05. Poids: 45 kilog.

1876. 15 *janvier* : 8 pilules de 0 gr. 20 = 1 gr. 60.

3 *avril*. — Les *pilules* sont remplacées par quatre cuillerées à soupe du sirop suivant :

Bromure de zinc..................	13 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères......	728 grammes.

dont chaque cuillerée renferme 0 gr. 50 du médicament.

20 *avril*. — 5 cuillerées = 2 gr. 50. 30 *avril*. — La hernie inguinale gauche dont est affectée la malade n'a pu être réduite hier. Taxis prolongé, réduction. — Du 20 au 25 *mai*, Mou... refuse son sirop ; elle a consenti à le reprendre du 25 au 31 ; à partir de ce jour, il a été impossible de vaincre son refus.

26 *juillet*. — *Accès* : M... n'a ni prévenu, ni crié. La figure se décompose beaucoup et devient noire ; tout le corps est rigide. Ensuite, éclatent les convulsions cloniques. Nous voyons la malade à la fin de cette période (10 heures 47): la face est pâle, les yeux sont excavés; il s'écoule de la bouche une écume non sanglante. (M... se mord très-souvent la langue et la face interne des joues.) Hébétude. Puis, M... s'asseoit à demi sur son lit, cherche, prend son drap, sa couverture, les déplace, les remet en ordre. On dirait qu'elle prépare son ouvrage pour coudre. Elle exécute tous ces mouvements sans en avoir conscience, sans paraître s'apercevoir de la présence des personnes qui l'entourent (1). Durant ce temps, la face qui s'était peu à peu colorée, redevient naturelle. P. 60. — A 10 heures 55, M... cesse de chercher, laisse retomber son corps sur le lit et s'endort.

1877. *Août*. — M... n'a pas eu de nouvelle hémoptysie ; la percussion et l'auscultation n'accusent rien de précis. — Les battements du cœur sont normaux ; le pouls est à 80. — Il ne paraît pas y avoir de relations bien évidente entre les *accès*

à la dose de 5 à 10 centigrammes. Le bromure doit jouir de propriétés analogues et certainement plus marquées; mais il ne faut pas oublier que les sels de zinc sont toxiques. L'ingestion de doses un peu fortes détermine des vomissements énergiques (qui suffisent heureusement à l'élimination du toxique) et qui sont quelquefois accompagnées de déjections alvines ou sanguinolentes (Dragendorff).

(1) Un examen plus minutieux pratiqué à la fin de juillet, naus a démontré que la tête, la face, la voûte et le voile du palais étaient parfaitement symétriques.

(1) Ces actes automatiques sont très communs chez les femmes épileptiques.

et les *vertiges épileptiques* d'une part, et les *règles* d'autre part. En général, il n'y a aucun accident épileptique dans les deux jours qui précèdent la menstruation, ni pendant l'écoulement sanguin; quelquefois, les accès se montrent à la fin ou le lendemain des règles. — La malade n'a plus aussi souvent du délire qu'autrefois à la suite de ses accès.

Les *accès* et les *vertiges* ont suivi la marche ci-après :

	Accès.	Vertiges.
1872	101	38
1873	96	32
1874	89	39
1875	57	45
1876	52	27

Nous n'insisterons pas sur toutes les particularités de ce cas; nous nous contenterons de signaler à l'attention du lecteur les *hallucinations* de la *vue* et de l'*odorat*. En ce qui concerne le traitement, nous avons à relever sa *durée*, un an; la dose du médicament, 360 grammes et enfin son influence sur la maladie.

	Accès.	Vertiges.
Du 1er juin 1874 au 1er juin 1875 (avant le traitement).	65	49
Du 1er juin 1875 au 1er juin 1876 (Durée du traitement).	42	33

Ce tableau comparatif montre que, durant le traitement, M... a eu 23 accès et 16 vertiges de moins que pendant l'année précédente. Ce résultat évidemment encourageant, fait regretter que la malade n'ait pas voulu continuer plus longtemps. Cela est d'autant plus regrettable que durant l'année qui s'est écoulée depuis la cessation du bromure de zinc (1er juin 1875 — 1er juin 1876) les accès ont augmenté de nouveau : elle a eu, en effet, 58 accès et 21 vertiges. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Une mise en demeure.

« *La solidarité professionnelle.* — Deux ou trois médecins, des plus estimés et des plus considérables, ont été relevés, ces temps derniers, de fonctions importantes et qu'ils remplissaient depuis de longues années à la satisfaction de tous. Leur seul tort était d'avoir perdu la faveur gouvernementale : leur chef hiérarchique l'a noblement fait comprendre,

» Nous pensons qu'il y va de l'honneur et de la dignité du corps médical de protester contre de pareils errements. La profession de médecin est une de celles qui devraient être à l'abri des caprices de la politique, attendu qu'elle n'a point à distinguer des catégories d'aucune sorte, dans les soins qu'elle prodigue. Seul, le médecin qui a forfait à ses devoirs, aux convenances professionnelles ou aux lois de l'humanité, devrait être révoqué de la sorte. Le pouvoir, *quel qu'il soit*, — j'insiste bien sur ce fait — est blâmable de se laisser dans ces circonstances diriger par des rancunes particulières. Nous croyons qu'il appartient à notre grande Association de mettre ce fait en lumière, et de défendre notre indépendance compromise. Nous croyons aussi qu'aucun médecin ne devrait accepter de remplacer des confrères ainsi frappés. L'exemple nous a été donné ailleurs et personne n'y a trouvé à redire. » Dr R. S. P.

C'est la *Gazette médicale de Bordeaux* qui réclame ainsi l'intervention de l'Association générale des médecins de France; c'est des bords de la Garonne que part ce cri d'appel à l'assistance morale de la grande Société. Si la foi aux programmes et la croyance aux prospectus étaient bannies du reste de la terre, on les retrouverait en ce proverbial pays de Gascogne.

Rodrigue, qui l'eût dit? — Chimène, qui l'eût cru?

Mais quoi? Tant de fois on avait répété que la fédération était le salut et l'affranchissement, que le corps médical une fois uni, serait en mesure de protéger ses membres contre tous les abus, contre toutes les injustices; tant de fois on avait en de beaux discours rappelé que l'assistance pécuniaire, l'aide matérielle étaient le moindre des bienfaits à attendre de la centralisation, le but principal étant de mieux défendre l'honneur médical, de relever la dignité professionnelle; tant de fois on avait redit qu'un comité central, résidant à Paris, composé d'illustrations, plus fort, plus influent, plus actif, plus sage, garantirait mieux cet honneur et cette dignité! Force était bien de le croire, et on l'a cru, et l'on s'est reposé sur le Conseil général du soin des plus chers intérêts de la profession. Tout d'un coup on apprend que les plus estimés et les plus considérables sont atteints par les caprices de la politique, que celui-ci est révoqué de ses fonctions de médecin d'une Compagnie de chemin de fer, celui-là de ses fonctions de médecin de la prison, etc. Le motif, c'est qu'ils ont perdu la faveur du Gouvernement. Et tout ému, se retournant vers la « grande Association » qui ne dit mot, on la somme de mettre ces faits en lumière et de défendre notre indépendance compromise. — *Sancta Simplicitas!*

S'il est fait une réponse à cette objurgation, elle sera conçue à peu près ainsi :

« Vraiment vous nous la baillez belle avec votre indépendance, et vous en parlez à votre aise! L'Association générale ne demande pas mieux que de prendre en main la défense des intérêts médicaux, mais à condition de ne point se compromettre elle-même. S'il s'agit d'intervenir dans des querelles de confrère à confrère, s'il ne faut qu'appuyer des réclamations d'honoraires contre *un* client récalcitrant, s'il n'y a qu'à soutenir moralement des poursuites contre *un* rebouteur ignoré, vous pouvez réclamer notre appui; nous ne le refusons jamais, quand nous sommes sûrs du succès. Mais soyez raisonnables : Vous ne nous avez jamais vus poursuivre, à Paris, des charlatans avérés, dépourvus de titre et de diplôme, mais en faveur dans les cercles officiels; jamais nous n'avons essayé d'arrêter en province l'exercice illégal quand nous risquons de nous heurter à une pieuse corporation. Nous voulons bien nous unir à vous quand votre adversaire est isolé et qu'à la rigueur vous pourriez en triompher seuls; nous prenons ainsi notre part de victoire; mais la prudence nous défend d'user notre influence contre ceux que soutiennent les puissants du jour. Et nous irions entrer en lutte avec le gouvernement, pour des gens qui ont perdu sa faveur! Quelque sot! D'ailleurs à quoi cela servirait-il? Sans doute les mesures que vous nous signalez sont iniques, mais elles sont strictement légales. Si le gouvernement est allé jusqu'au bout de son droit, il ne l'a pas dépassé. Que voulez-vous que nous fassions? Blâmer, protester? Nos confrères n'en resteront pas moins révoqués, nous ne les aurons servis en rien, et peut-être aurons-nous nui à l'Association et à nous. Ne pouvant rien faire, il est plus digne de nous taire. Puis, entre nous, s'il est bien de respecter la dignité médicale, il est mieux d'assurer le salut

de la société. Pourquoi nos honorables confrères ont-ils mis le gouvernement dans la triste nécessité de les sacrifier à des intérêts supérieurs? Quel besoin, par exemple, le Dr Vernhes avait-il de voter avec les députés radicaux? Qui encore forçait le Dr Drouin à se présenter au conseil municipal en concurrence avec le candidat du préfet? Vous avez raison de dire que le médecin doit être à l'abri des caprices politiques, et nous sommes bien sûrs que nos honorables confrères ne mêlaient pas la politique à leurs ordonnances. Pourtant songez que leurs opinions sont connues, que la reconnaissance pouvait entraîner leurs clients à voter comme eux, qu'eux-mêmes peut-être se seraient laissés aller à faire des prosélytes: un gouvernement doit penser à cela! Après tout, leur révocation, qui les protége contre leurs propres entraînements, est loin de porter atteinte à leur indépendance; elle la rend complète au contraire, puisqu'ils ne relèvent plus de l'administration. Vous voyez bien que l'Association ne saurait prendre fait et cause pour eux. »

Mais on respectera les illusions des bons Girondins; on fera le silence le plus profond sur la question qu'ils soulèvent. Et si de nos confrères destitués la succession échoit à des membres de l'Association générale, il ne faudra pas crier au miracle.

Des procédés qui servent à déterminer la quantité de sucre contenu dans le sang: MM. Cl. Bernard et W. Pavy.

Le docteur W. Pavy vient de mettre en cause devant la Société royale de Londres, une méthode physiologique qui est d'un usage continuel dans nos laboratoires. Il s'agit du procédé classique pour la détermination de la quantité de sucre contenu dans le sang.

La satisfaction naïve de M. Pavy devant sa propre découverte ne s'est pas traduite modestement. Toute la presse scientifique, toutes les sociétés savantes du continent ont été avisées que quelque chose de fort venait de naître de l'autre côté du détroit. Il nous est dur d'arracher à l'auteur ses brillantes illusions, mais il nous serait facile de montrer que sa critique est mal fondée et sa méthode vicieuse. Chose remarquable! le principal reproche adressé par W. Pavy à la méthode (que nous appellerons française pour écarter toute personnalité) ne lui est aucunement applicable: et par une singulière inversion, ce reproche atteint au contraire pleinement la méthode anglaise inventée spécialement pour l'éviter. De sorte que le docteur Pavy se trouve être son *propre critique sans le savoir*.

Rappelons en deux mots le principe de la méthode due à M. Cl. Bernard. Le sang recueilli dans la veine ou l'artère (25 gr.) est mélangé à poids égal de sulfate de soude en cristaux. On fait bouillir à feu nu ce mélange. Après expression et filtration on a une *liqueur sulfatée* limpide, dans laquelle on recherche le sucre.

Pour cela on fait tomber goutte à goutte la liqueur sulfatée dans un ballon contenant 1 cent. cube du réactif cupro-potassique mélangé à une solution fortement concentrée de potasse. — L'oxyde de cuivre est séparé de l'acide tartrique et désoxydé partiellement par le sucre: la liqueur bleue est détruite. La décoloration indique le moment où le réactif employé (1 cent. cube) a tout entier subi la destruction. La quantité de liqueur sulfatée qui a produit ce résultat contient 5mm de sucre. Un calcul très-simple fait connaître, d'après cela, la teneur en sucre du sang examiné.

A ce procédé, W. Pavy oppose trois objections.

1° Le premier vice et le plus important qui fausserait paraît-il, l'analyse « résulte de l'influence que la matière » organique exerce, en empêchant le dépôt de l'oxydule. »

Il n'est pas inutile d'expliquer ou d'éclaircir ce passage. Le sulfate de soude ne précipite pas toutes les matières azotées: il reste dans la *liqueur sulfatée* une très-petite proportion de substances organiques. Dans ces conditions, et en présence d'un excès de potasse, l'oxydule de cuivre au lieu de rester à l'état de dépôt se dissout dans le liquide. Il résulte de là que la destruction du tartrate cupro-potassique et la séparation de l'oxydule de cuivre, laissent la liqueur limpide et claire et ne se traduisent optiquement que par un virement du liquide qui de bleu devient incolore.

Les choses étant ainsi, que peut vouloir dire M. Pavy en objectant que la potasse empêche la précipitation de l'oxydule? Mais c'est pour cela même qu'on l'emploie: c'est précisément le but qu'on se propose, le perfectionnement que l'on a voulu réaliser?

N'est-on pas fondé à se demander si l'auteur a bien compris le principe même de la méthode qu'il contredit (1).

2° Une fois déterminée la teneur en sucre de la *liqueur sulfatée*, pour connaître la teneur du sang, but de la recherche, il suffit de savoir combien un poids donné de sang fournit de *solution sulfatée*.

L'expérience directe et les contre-épreuves ont appris que cette quantité est sensiblement constante et ont précisé les limites restreintes entre lesquelles elle peut osciller. Si M. Pavy eût répété ces expériences il ne dirait pas que cette quantité varie dans chaque cas particulier.

Nous nous sommes assurés que 50 parties de sang, correspondaient à 40 cent. cubes de liqueur sulfatée. Le maximum d'écart est de 4 cent. cubes: c'est-à-dire de $\frac{4}{50}$. Il suffit de lire le nombre n de centimètres cubes versés dans le réactif cupro-potassique pour arriver au virement: la formule.

$$P = \frac{8}{n}$$

donne en grammes la quantité de sucre que contient un kilogramme de sang. — L'opération n'exige donc qu'une lecture qui fait connaître n; elle peut être terminée en moins de deux minutes. Le *maximum de l'erreur possible*, correspondant à l'écart maximum $\frac{4}{50}$, est en théorie moindre que 1 dixième, — en pratique, elle peut être moindre que 1 centième. Lors donc qu'une détermination a appris que tel sang renferme 3 grammes 5, de sucre pour 1000, on répond absolument du second chiffre.

Que peut espérer de plus, M. W. Pavy? Quelle détermination, dans tout le domaine de la physiologie, est plus précise ou a besoin seulement de l'être autant? C'est pourtant là le 2e reproche adressé par M. W. Pavy à la méthode de M. Cl. Bernard. On voit qu'il ne repose sur aucun fondement.

3° La troisième critique formulée par le médecin anglais

(1) Ceci suppose bien entendu cette donnée chimique, que le sucre est *seul* et *complétement* oxydé aux dépens du protoxyde de cuivre. Toutes les méthodes fondées sur l'emploi du réactif cuprique y compris celle de M. Pavy supposent implicitement qu'il en est ainsi.

en a moins encore, car elle part de cette supposition inexacte que l'on néglige la perte par évaporation de la liqueur sulfatée pendant le traitement par la chaleur. — C'est au contraire un temps essentiel de l'opération que de rétablir le poids primitif par addition d'eau distillée.

Voilà ce que vaut la critique. Après cela, on trouvera peut-être avec nous que l'auteur anglais, eût fait sagement en donnant sa méthode sans fracas, et sans faire préalablement litière de toute autre.

Ce sentiment ne peut que se confirmer par l'examen de la méthode nouvelle. — Pour parer, en effet, à ces inconvénients imaginaires, M. W. Pavy propose de substituer au procédé en faveur un procédé de son crû, qui au lieu d'être appliqué environ en deux minutes et d'exiger pour tout instrument une pipette et un ballon, demande au bas mot 24 heures, un filtrage à travers la mousseline, un filtrage à travers le papier, le lavage jusqu'à épuisement d'un précipité, le traitement par l'acide azotique, le traitement par l'eau oxygénée, l'emploi de l'asbeste, une décomposition par la pile, le lavage d'un dépôt cuivrique, et enfin une pesée. Et pour quel résultat? On va en juger.

Nous avons dit que la liqueur sulfatée laissait passer au filtre une petite quantité de matières organiques non coagulées. Celles-ci en présence de la potasse, (il y en a un excès dans le réactif cupro-potassique,) dissolvent l'oxydule de cuivre. Dans le procédé actuel, cette dissolution est non-seulement sans inconvénient, puisque l'on ne recueille pas le dépôt d'oxydule, mais un avantage puisqu'elle rend le liquide limpide et nous permet d'observer le virement de couleur. — Il n'en est plus de même pour le procédé de M. Pavy. Il a la prétention de recueillir le dépôt cuivrique. La partie dissoute échappe nécessairement; l'expérimentateur n'en a cure : elle est passée aux profits et pertes. N'avions-nous pas raison de dire que M. Pavy s'est trouvé être son propre critique, sans s'en apercevoir et en croyant être celui d'un autre.

Que l'auteur, arrivé au chapitre des résultats, ne s'étonne donc plus de trouver des nombres inférieurs invariablement à ceux de M. Bernard. Qu'il cherche le déchet dans son filtrat cuivrique : et s'il n'y est pas tout entier, le surplus se retrouvera dans son coagulum, sur son papier à filtre, sur l'amiante, dans ses lavages et ses filtrages.

Nous ne donnerons pas plus de développement à ces observations. Elles suffisent à faire sentir à M. W. Pavy, qui a déjà dans ses titres la fameuse théorie de la *glycogénèse*, considérée comme *fonction du cadavre*, qu'avant de s'attaquer à un monument considéré à juste titre comme un modèle de l'art expérimental, il n'est pas inutile de mesurer ses forces. La théorie glycogénique offre encore nombre de points obscurs à côté de quelques points acquis : bien des efforts désintéressés seront nécessaires pour compléter l'édifice, mais aussi bien des efforts bruyants seront impuissants pour renverser le peu qui est debout; ce n'est pas dans ce sens là qu'il y a le plus à faire. A. Dastre.

Le nouvel Hôtel-Dieu.

Le nouvel Hôtel-Dieu renferme déjà un grand nombre de malades; des opérations chirurgicales vont y être faites ou y ont peut-être même été faites. Le moment est donc venu de prendre aussi soigneusement que possible tous les renseignements nécessaires pour établir jour par jour une *statistique*, non pas administrative, mais *scientifique* du nouvel hôpital. Assurément, l'attention des médecins et des chirurgiens a déjà été attirée sur ce point et nous ne doutons pas qu'ils ne tiennent à cœur de surveiller eux-mêmes le plus scrupuleusement possible la confection de cette statistique. Ce sera d'ailleurs pour eux une occasion de se réunir, de se faire part de leurs impressions sur le fonctionnement des divers services de l'hôpital. Tous connaissent les magnifiques *Reports* que publient annuellement les grands hôpitaux de Londres. L'inauguration du nouvel Hôtel-Dieu fournit une occasion tout-à-fait favorable pour l'introduction de cette excellente habitude chez nous.

Les démolitions des anciens bâtiments de l'Hôtel-Dieu sont commencées depuis quelques jours, et par la rapidité avec laquelle elles sont menées, il est facile de voir que ce n'est pas l'administration des hôpitaux qui en est chargée. Cette rapidité ne fait que rendre plus frappante encore la lenteur avec laquelle se fait l'aménagement des nouveaux bâtiments. Tous les services de médecine et de chirurgie sont aujourd'hui transférés dans le nouvel Hôtel-Dieu, mais il ne faudrait pas en conclure qu'ils sont installés sérieusement. Il y a bien les malades, mais c'est à peu près tout.

La pharmacie est de l'autre côté de la place, et l'interne de service faisait il y a deux jours encore ses gardes dans l'ancien bâtiment. Sans parler même du service ordinaire, on voit les lenteurs qui, dans un cas d'*urgence*, la nuit par exemple, peuvent résulter d'un tel état de choses. Pour la préparation des aliments, on a adopté la division du travail. Le bouillon se fait dans les cuisines neuves, les autres aliments dans les anciennes.

Quant aux bains, il n'y en a nulle part. L'installation nouvelle sera, paraît-il, splendide, et chaque salle possédera en outre un petit cabinet et une baignoire, pour les cas où les malades ne pourraient être déplacés, mais actuellement les bains rentrent dans la catégorie des prescriptions interdites aux médecins. Il faut savoir s'en passer aussi bien au point de vue thérapeutique que sous le rapport de l'hygiène et de la propreté.

On a sans doute compté sur l'odeur de la térébenthine pour chasser les parasites. S'il en est ainsi, c'est peut-être pour cela que l'on ne presse pas davantage les travaux de peinture; c'est peut-être aussi par mesure d'hygiène que l'on a laissé au bord de l'eau, près des anciens *Cagnards de l'Hôtel-Dieu*, la salle des morts et la salle d'autopsie. Nous l'ignorons, mais nous croyons en avoir dit assez pour montrer le soin que l'administration apporte dans cette installation précipitée. Nous ajouterons seulement que le déménagement est fait en grande partie, sinon exclusivement par les infirmiers, et que l'on se garde bien de leur donner pour ce travail supplémentaire un supplément de paye ou de nourriture. Il est tout naturel qu'ils imitent pour cette besogne assez dure, la sage lenteur qu'ils voient pratiquer pour le reste.

Hygiène. — *Désinfection des latrines.* — Pour la désinfection des latrines, M. Riant préconise tout particulièrement l'emploi des huiles lourdes de houille; 3 litres de ce liquide empêchent toute fermentation, au moins toute odeur dans une cuve de 1 mètre, et l'effet persiste pendant plusieurs mois; cette huile lourde ne coûtant que 8 à 10 fr. les 100 kil., la dépense est minime. (*Lyon médical*).

*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 *juillet* 1877 (Suite. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. DAREMBERG dépose sur le bureau de la Société une brochure intitulée : *Les Méthodes de la chimie médicale.* Elle est la reproduction des articles parus dans les n°s 23 et 24 du *Progrès médical* dans lesquels M. Daremberg critiquait différentes méthodes de raisonnement et d'expérimentation décrites par M. A. Robin dans sa thèse intitulée : l'*Urologie de la fièvre typhoïde.* Nous renvoyons nos lecteurs à ces articles pour comprendre la réponse qui leur a été faite(1).

M. Alb. ROBIN. Parmi les journaux qui ont analysé le travail ci-dessus désigné, quelques-uns ont formulé des critiques auxquelles je crois devoir répondre, quoique bon nombre de celles-ci proviennent évidemment d'une lecture incomplète ou d'une interprétation erronée des passages mis en cause. Mais quand une branche de la science est en voie d'évolution, chaque pas en avant doit être fermement assuré et il ne faut laisser subsister, dans l'esprit de ceux qui peuvent utiliser les résultats acquis, aucun doute sur la précision de ces résultats. La réponse aux critiques en question sera d'autant plus facile que dans un grand nombre de cas, j'aurai simplement à citer, pour ma défense, le texte exact de mon travail.

Les objections qui m'ont été faites sont fort nombreuses ; elles s'adressent surtout à la méthode et aux procédés ; d'autres, ont en vue les catégorisations que j'ai établies parmi les pigments pathologiques de l'urine ; d'autres, enfin, s'en prennent à l'utilité pratique des syndromes urologiques de la fièvre typhoïde. Je vais répondre à chacune de ces objections dans l'ordre où elles ont été produites par leurs auteurs.

Première objection. — *Les procédés employés sont inexacts, d'où inexactitude des résultats.* — Toutes les analyses qui forment la base de mon travail ont été faites d'après les procédés suivants (2) :

Urée. — Procédé Leconte.
Chlorures. — Procédé de Mohr.
Acide urique. — Précipitation directe par l'acide chlorhydrique.
Acide phosphorique. — Procédé de Leconte.
Albumine. — } Procédé des pesées.
Sulfates. — }

Je ne sache pas que l'on ait jamais rangé ces procédés parmi les méthodes inexactes.

Je dois ajouter : 1° Que les dosages d'urée ont toujours été opérés dans des urines préalablement déféquées par l'acétate neutre et l'acétate basique de plomb et débarrassées d'albumine quand elles en contenaient ; 2° Que les volumes de gaz ont toujours subi les corrections usuelles de la température et de la pression barométrique ; 3° Que les dosages des chlorures n'ont jamais été effectués sur l'urine en nature.

Au sujet de l'urée, je ferai observer que le procédé de Leconte, ainsi employé, est de beaucoup supérieur aux procédés actuellement en vogue, à cause de leur rapidité. (Procédés à l'hypobromite de soude.)

A côté de ces méthodes, destinées à la pratique des grands hôpitaux et au laboratoire, j'ai signalé les *moyens d'appréciation* indiqués et journellement employés par mon maître, M. Gubler. Ces moyens sont destinés au *praticien* qui, ne pouvant apporter chez ses malades tout un arsenal chimique, tient pourtant à avoir, de suite, une *idée très-approximative* (3) sur la composition de l'urine qu'il examine et dont il fera, plus tard, l'analyse exacte, si besoin est. Il suffit de lire le passage où cette question est traitée (4) pour voir clairement qu'une distinction fort nette est établie entre le dosage et l'appréciation et que rien, dans ma thèse, n'est fondé sur de simples approximations. Jamais je n'ai mis sur le même plan exactitude et approximation : le rôle de l'une et de l'autre est essentiellement différent et il est inutile de dire que je considère cette dernière comme ne pouvant servir de base à aucune conséquence scientifique ; et, comme M. Gubler l'a répété à bien des reprises, son emploi doit être restreint *au lit même du malade.*

Pour mieux fixer encore ma pensée, je prends un exemple. Voilà un praticien de la campagne, qui n'a ni laboratoire, ni appareils ; en suivant les indications de M. le professeur Gubler, ce médecin peut, avec de l'acide nitrique et un verre, savoir si l'acide urique et l'urée sont considérablement augmentés et tirer de là des indications souvent utiles au diagnostic. Les médecins qui ont suivi le service de M. Gubler ont pu se rendre compte de l'utilité de ces moyens approximatifs et des considérations cliniques qu'il est possible d'en déduire

L'objection qui m'a été faite tombe donc d'elle-même, puisqu'elle provient d'une lecture inattentive du passage incriminé.

Deuxième objection. — *Dans ses études urologiques l'auteur est arrivé à l'inexactitude en se contentant d'empiler des faits au hasard et d'en extraire des moyennes.* — La lecture complète du chapitre Ier de la première partie (1) répond à cette objection qui n'a été formulée que d'après des phrases détachées et non reliées à l'ensemble du chapitre : la méthode dont j'ai fait usage y est exposée avec de longs détails et ne justifie en rien l'objection actuelle. Je dirai même plus, c'est la seule méthode qu'on puisse employer à l'hôpital, où l'on ne fait pas de l'expérimentation, mais de l'observation. Jamais une observation ne résout une question sous toutes ses formes, et il faut accumuler cas sur cas quand on veut tracer une ligne d'ensemble. Puis, ce que je tire de ces observations, ce ne sont pas des *moyennes*, mais bien des *rapports directs* entre les symptômes, la marche de la maladie et certains caractères urologiques ; quand le rapport n'existe pas, je cherche les causes et les conditions de la non-coïncidence ; la lecture du chapitre Ier de la deuxième partie (séméiologie générale de l'urine dans la fièvre typhoïde) (2) prouve que dans la plupart des cas, ces causes et ces conditions ont été déterminées aussi exactement que possible.

Troisième objection. — *L'étude de l'odeur de l'urine n'a pas d'importance scientifique.* — C'est là une grande erreur que je ne prendrai pas la peine de relever ; les médecins connaissent l'odeur du *pain bouilli* des urines albumineuses, l'odeur de *moût* des urines sucrées en fermentation, l'odeur *sulfhydrique* l'odeur *ammoniacale* ; la signification *pratique* de ces odeurs n'est mise en doute par personne.

Quatrième objection. — *L'auteur a admis, sans discussion, l'hypothèse de M. Gubler sur l'origine de l'indican, et cette hypothèse est des plus hasardées.* — Je répondrai :

En premier lieu, que l'hypothèse de M. le professeur Gubler est plus acceptable que les théories allemandes et vagues que l'on me reproche d'avoir passé sous silence. En second lieu, que j'ai pris soin non-seulement d'analyser ces diverses théories dans toute leur teneur, mais même de donner sur ce sujet un index bibliographique qui ne compte pas moins de 74 indications. En troisième lieu, que je me suis borné à une simple exposition de faits, sans conclure en faveur de l'une ou de l'autre de ces hyopothèses : « *Il est probable que chacune de ces théories est vraie, et que l'indican provient de ces diverses sources, mais l'hypothèse allemande qui attribue à ce chromatogène une origine exclusivement intestinale, est évidemment exagérée.* »

Cinquième objection. — *L'auteur admet l'existence de corps que personne n'a jamais isolés et dont l'existence est purement hypothétique.* — Cette critique, qui m'est adressée au sujet de l'urohématine, démontre que mon contradicteur a oublié les travaux de Harley, qui a isolé l'urohématine, et ceux de Scherer, qui en a fait l'analyse centésimale.

Sixième objection. — *L'auteur aurait dû analyser la sueur, le sang et les matières fécales de ses malades.* — Or, cette analyse, je l'ai faite quand elle a été possible (Voyez page 102, analyse du sang) ; d'autre part, j'ai réuni tous les faits connus sur ces divers points, dans un chapitre spécial intitulé : « Quelles sont les modifications de l'urine, du sang, des gaz expirés,

(1) Nous devons à MM. Daremberg et Alb. Robin, eux-mêmes, les notes qui suivent.
(2) Voyez page 17. — (3) Idem. — (4) Idem.

(1) Voyez page 7-13.
(2) Voyez pages 39-145.

des matières fécales, de la bile, dans la fièvre typhoïde ; à quel processus répondent ces modifications? » Ces modifications sont comparées aux faits que j'ai préalablement établis : il en résulte une concordance absolue avec les faits en question, preuve nouvelle de leur exactitude.

Septième objection. — *L'auteur ne s'astreint pas à la vraie méthode d'investigation, car, en parlant de l'urée, il donne les moyennes de 17 cas observés par lui. Or, les moyennes ne nous disent pas quels sont les phénomènes qui ont pu perturber la secrétion ou l'excrétion de l'urée.* — Le chapitre V, intitulé « de l'urée (1) » n'a probablement pas été lu, sans cela cette objection n'eût pas été formulée. Dans ce chapitre, en effet, après avoir étudié l'historique de la question de l'urée, je détermine les rapports qui existent entre les variations de l'urée et les particularités suivantes de la fièvre typhoïde : formes, périodes, terminaisons, rechutes, température, reprise de l'alimentation, apparition et cessation des phénomènes cérébraux, etc.

Huitième objection. — *Il est impossible de fonder des diagnostics sur les variations d'un seul caractère de l'urine ; l'urologie, comme l'auscultation, la thermométrie, doit marcher concurremment avec l'ensemble des autres signes.* — Je n'ai pas dit autre chose dans le chapitre Ier (2). Puis cette idée est formulée en plusieurs endroits de mon travail (3).

Enfin, ma conclusion n° 1 est ainsi posée : « L'urologie » doit être utilisée en clinique et placée sur le même rang » que les autres moyens d'exploration ; les signes fournis par » les urines n'ont de valeur que si on les associe à tous ceux » qui sont acquis par les autres procedés séméiologiques. »

Neuvième objection. — *On ne voit guère quels services immédiats les syndromes urologiques pourront rendre à la clinique, qui a à sa disposition des moyens d'investigation beaucoup plus simples et beaucoup plus sûrs.* — 1° C'est grâce aux syndromes urologiques que j'ai pu prouver l'existence d'une *forme rénale* de la fièvre typhoïde : le diagnostic de cette forme est bien difficile quand on n'utilise pas les caractères fournis par l'urine ; 2° Les syndromes des formes graves et bénignes, les sydromes prémonitoires de la défervescence qui permettent de prévoir celle-ci 24 heures avant qu'aucun symptôme ne l'annonce, le syndrome prémonitoire de la réversion, etc., présentent une valeur clinique que je me suis efforcé de mettre en relief, et qui est résumée dans les conclusions 4, 5, 6 et 7 de mon travail. L'objection a été formulée sans une preuve à l'appui, tandis que, comme base de mon opinion, je donne un grand nombre de faits dont aucun n'a été contesté. — De plus, la vérification de la plupart de ces faits a été effectuée à maintes reprises dans le service de M. le professeur Jaccoud et à la clinique de M. Hardy.

Dixième objection. — *La clinique de l'auteur est en désaccord avec sa chimie.* — Je me bornerai pour toute réponse à indiquer le chapitre intitulé (1) : 1° Technique des pigments et des chromatogènes; 2° Aperçu sur la genèse et la valeur clinique des pigments et des chromatogènes.

On trouve dans ces chapitres un historique complet de la question, des moyens d'appréciation destinés à être employés au lit du malade, l'exposé des théories qui ont été proposées, et quelques mots sur les recherches que j'ai entreprises pour élucider les points obscurs. Ces recherches étant en cours d'exécution, je me suis borné à des indications très-sommaires, mais suffisantes au point de vue *exclusivement clinique* auquel je me suis placé pour l'instant.

On pourrait relever maintenant dans les argumentations qui m'ont été opposées nombre d'erreurs (4) et quelques appréciations qui dénotent peu d'expérience de l'urologie clinique, mais j'ai voulu me borner à éclairer les lecteurs sur la valeur de ces argumentations, tout le monde sachant que, pour faire de la critique, les deux conditions capitales sont : la lecture complète de l'ouvrage, et la connaissance approfondie des sujets qu'on veut critiquer.

(1) Voyez page 102.
(2) Voyez pages 6-7.
(3) Voyez pages 181-211-222, etc.
(4) Voyez pages 19-28.

M. G. Daremberg. M. Robin vient de dire que les critiques formulées contre son travail dans quelques journaux proviennent le plus souvent d'une *lecture incomplète* des passages mis en cause. Cette observation ne peut s'adresser aux critiques que j'ai formulées, car m'étant imposé la tâche de lire entièrement la thèse de M. Robin, rien n'a pu m'empêcher de la remplir jusqu'au bout, et de lire tout, depuis les titres qui suivent le nom de l'auteur jusqu'à la dernière page. Je vais du reste le prouver.

On a reproché à M. Robin, paraît-il, de donner des résultats inexacts, parce qu'il emploie des procédés inexacts. Ce n'est pas encore à moi que cette objection peut s'adresser, car je n'ai reproché à M. Robin que de nous proposer de mauvais procédés dont il avait bien soin de ne pas se servir, comme on peut le voir à la page 5 de ma brochure. Cependant la réponse à cette objection, probablement imaginaire, a procuré à M. Robin l'occasion de nous donner des détails sur la manière dont il se sert des procédés scientifiques, détails qu'il avait omis dans son volumineux travail. Mais nous venons de voir avec peine que M. Robin persiste à recommander au lit du malade des méthodes d'exploration auxquelles on ne doit demander qu'une idée très-approximative sur la composition de l'urine. Nous persistons de notre côté à ne reconnaître aucune valeur à des méthodes qui, fournissant des résultats incomparables entre eux et soumis à toutes les fantaisies de l'imprévu, ne peuvent donner une idée même très-approximative de la composition de l'urine. Il vaut mieux se contenter de faire l'analyse qualitative d'une urine que de faire une analyse quantitative inexacte. Mieux vaut ne rien savoir que de prendre l'erreur pour la vérité. Jamais l'inexactitude n'a rendu de service.

M. Robin dans sa deuxième observation défend la méthode générale qu'il a employée dans ses recherches urologiques. Il n'ajoute aucun argument nouveau pour la défendre, et nous continuons à penser que dans les recherches de chimie médicale, la méthode d'observation pure, sans idée directrice, est un bien long chemin pour arriver à un bien mince résultat. Loin de simplifier les questions, elle les complique en encombrant la science de faits douteux et incertains.

D'après M. Robin, les chimistes, qui prétendent que l'odeur de l'urine n'a pas d'importance scientifique, commettent une grande erreur qu'*il ne se donnera pas la peine de relever*. Nous aurions cependant désiré que M. Robin se donnât quelque peine et nous aurions été heureux de voir l'effet de cette peine. Négation n'est pas raison. Et il est plus facile d'affirmer que de prouver. Aussi nous permettrons-nous de demander à M. Robin s'il diagnostiquera une albuminurie par l'odeur *pain bouilli* de l'urine, et un diabète par l'odeur *moût de raisin*, quand il est si facile de reconnaître le diabète et l'albuminurie par des signes fonctionnels, constants et précis, et de démontrer la présence du sucre et de l'albumine. A cette seule condition, nous admettrons cette importance scientifique. Jusque là nous croyons que ces odeurs vagues n'ont aucun intérêt. La seule odeur précise de l'urine est l'odeur ammoniacale et cependant tout le monde sait que bon nombre d'urines, qui donnent des vapeurs blanches, quand on approche d'elles une goutte d'acide chlorhydrique, n'ont aucunement l'odeur ammoniacale. Devant de telles incertitudes, il vaut mieux s'abstenir.

Quant à l'indican urinaire, M. Robin prétend que je lui ai reproché d'avoir adopté sans discussion la théorie de M. Gubler, sur l'origine de ce produit, sans avoir cité les théories allemandes. Que M. Robin veuille bien *lire complétement* la page 18 de mon travail. Je n'ai pas dit qu'il n'adoptait que la théorie de M. Gubler ; j'ai dit qu'il adoptait celle-ci sans la discuter, sans fournir un seul argument chimique en sa faveur ; ce qui n'exclut pas du tout l'adoption d'une autre théorie ; mais, comme des deux théories l'une est insoutenable, celle de M. Gubler ; et l'autre est fort discutable, la théorie allemande, j'aurais désiré que M. Robin nous dit, à ce propos, autre chose que cette phrase banale : « Il est probable que chacune de ces théories est vraie. » Il eût bien mieux valu dire : « Il est probable que chacune de ces théories est fausse. » Alors au moins la vraisemblance eût été conservée. Il est, en effet, douloureux de voir la constitution moléculaire des corps

traitée avec une telle désinvolture après les travaux si précis de Wœhler, de Liebig, de Strecker, de Wurtz, de Cahours et des deux éminents chimistes que la Société a l'honneur de compter parmi ses membres.

A propos des chromatogènes de l'urine, M. Robin dit qu'on lui a reproché d'avoir admis l'existence de produits que personne n'a jamais isolés et dont l'existence est purement hypothétique. Nous continuerons à reprocher à M. Robin d'avoir admis sans discussion des corps qui ne sont plus admis par l'ensemble des chimistes. Malgré l'autorité du nom de Simon, qui a décrit l'hémaphéine et malgré celle de Scherer qui a analysé l'urohématine, nous sommes forcé de reconnaître qu'aucun de leur successeur n'a pu trouver ces merveilleuses substances. Et si ces corps avaient été purs et bien définis, personne ne les aurait mis en doute. Tandis qu'au contraire il n'y a pas une seule des matières colorantes de l'urine qui soit définitivement admise. L'urochrome est battu en brèche et M. Robin, lui-même, se demande, sans apporter du reste aucune preuve chimique à l'appui, si l'urochrome et l'hémaphéine ne sont pas identiques. L'indican urinaire est fortement discuté depuis quelque temps. Aussi devant des doutes si accentués nous ne pouvons admettre que l'on dose chaque matière colorante de l'urine avec un sang-froid imperturbable et cela encore dans un travail qui a la prétention d'être le programme d'une école. L'autorité d'un nom d'auteur resté isolé ne peut nous convaincre ; ce sont là les procédés de persuasion à laisser aux temps anti-scientifiques avec les procédés d'analyse grossiers mais rapides que l'on veut faire adopter aux praticiens Il n'y a, du reste, rien d'étonnant à voir des corps décrits minutieusement et ne vivre qu'une heure, celle où leurs auteurs les ont mis au jour ; il y a dans la chimie organique et surtout dans la chimie animale une foule de substances qui ont brillé d'un vif éclat et qui sont rentrées dans l'obscurité la plus profonde. Les matières colorantes de l'urine n'ont pas seules le privilége d'une vie courte.

Nous avons dit que l'on pourrait se contenter le plus souvent de l'examen des urines dans l'étude de la fièvre typhoïde, mais M. Robin a fait une étrange erreur lorsqu'il a pensé que nous croyons qu'il regardait l'urologie comme suffisante à la description d'une maladie. Si M. Robin avait *lu complétement* la page 19 de mon travail, il aurait vu que je lui reproche de ne pas faire un syndrome chimique complet de la fièvre typhoïde qui nous aurait donné un miroir exact de la nutrition chez les malades. Et nous avons surtout insisté sur l'importance de l'analyse des gaz de la respiration. L'examen de l'urine seule ne nous donne que des renseignements très-vagues sur la nutrition et éclaire fort peu les questions d'assimilation que la chimie peut seule aborder. Nous n'avons pas reproché à M. Robin de négliger les méthodes cliniques, nous lui avons reproché de limiter le plus souvent ses recherches de chimie clinique à l'examen d'une seule voie de la désassimilation. Il faudrait mieux faire beaucoup moins d'analyses incomplètes et faire quelques analyses complètes, c'est-à-dire s'adressant à tous les excreta de l'économie.

C'est pour cette raison que nous ne pouvons reconnaître une grande valeur à des syndrômes qui n'ont d'égal à leur vague que leur complication même; quant à la nouvelle forme, dite rénale, de la fièvre typhoïde, que M. Robin a décrite, nous attendrons pour l'admettre que l'ensemble des cliniciens y aient apporté le sceau de leur expérience.

Nous avons reproché à M. Robin de nous donner des moyennes. Nous maintenons cette critique. Dans les études scientifiques il faut complétement répudier les moyennes et M. Robin a beau corriger plus loin les résultats que lui ont donné ces moyennes, il n'en reste pas moins une tendance à une méthode fâcheuse qui amène de continuelles contradictions. Et le fait en question en est une preuve manifeste.

Enfin, nous avons demandé à M. Robin, de mettre sa clinique en rapport avec sa chimie. Nous n'avons encore rien à modifier à cette observation puisque notre honorable contradicteur, dit pour se défendre qu'il s'est borné à des indications très-sommaires, mais suffisantes au point de vue clinique. Ces indications n'étant pas suffisantes au point de vue chimique, nous aurions désiré que l'auteur ne crût pas nécessaire de se borner à elles.

Nous aurions voulu terminer cette discussion purement scientifique sans soulever de questions personnelles. Mais M. Robin prétend sans aucune preuve, que notre argumentation est pleine d'erreurs et d'appréciations dénotant notre inexpérience. Devant de tels procédés de discussion, nous nous contenterons de dire qu'autant nous mettrons de diligence à repondre aux attaques franches et précises, autant nous resterons dans un silence dédaigneux devant des insinuations vagues et malveillantes.

Séance du 4 août 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. CADIAT présente les résultats de ses recherches sur le développement du poumon chez le mouton. Au début, le lobule est représenté par du tissu cellulaire, dans lequel on voit les canaux bronchiques terminés par une ampoule creuse. Les bronches se forment sur les parties latérales de ces canaux et non sur les côtés des ampoules. Plus tard, on distingue très-nettement les bronches avec leur structure complète : entre elles, se voient des cellules, probablement épithéliales, qui bourgeonnent en dehors de ces conduits. Au moment de la naissance, cette masse épithéliale est remplacé par des cavités séparées les unes des autres par des cellules. Ces cavités sont les canaux alvéolaires. Lorsque l'air arrive, il sépare ces cellules et ainsi se forme la masse utriculaire du poumon après la respiration.

M. de SINÉTY établit que le corps jaune de la grossesse acquiert au bout d'un certain temps de gestation des caractères histologiques qui permettent de le distinguer du corps jaune de la menstruation. Si l'on fait une coupe d'un corps jaune de la grossesse, au 2ᵉ mois, on voit qu'il est formé par une cavité centrale, entourée d'une double paroi, l'une interne de tissu cicatriciel, l'autre externe renfermant des granulations jaunes et des éléments cellulaires, dans un tissu réticulé analogue à celui des ganglions lymphatiques. A mesure que la grossesse avance, la couche externe seule devient plus volumineuse; et au 9ᵉ mois la couche interne est réduite à une petite masse de tissu cicatriciel, l'externe a un volume double ou triple. C'est le développement considérable de cette dernière couche qui caractérise le corps jaune de la grossesse. Du reste, à la même époque, on trouve sur l'ovaire une série de petits follicules de de Graaf qui, sans avoir produit l'ovule fécondé, s'atrésient après avoir subi des altérations analogues. Quant à la cicatrisation des follicules, elle est due au même processus qu'il y ait eu ou non grossesse.

M. POUCHET fait remarquer que les cellules des corps jaunes, qu'on trouve aussi dans l'utérus, existent également dans le testicule entre les tubes séminifères (cellules interstitielles des auteurs). Il est intéressant de voir la même forme cellulaire dans ces divers organes dépendant directement ou indirectement du corps de Wolff.

M. MALASSEZ a fait une série de recherches sur la richesse des globules en hémoglobine dans la série animale. Chez l'homme sain, elle varie très-peu, entre 27.7 et 31.9, alors même que le nombre des globules a diminué à la suite des fatigues, d'une mauvaise hygiène. A l'état pathologique ce chiffre varie entre 10 et 25. A mesure qu'on descend dans la série animale, le nombre des globules diminue, leur richesse en hémoglobine augmente. Chez les oiseaux seuls, cette augmentation compense la diminution du nombre des globules. Le sang des autres animaux renferme moins d'hémoglobine que le sang humain.

M. BOCHEFONTAINE a étudié en collaboration avec M. CHABBERT, l'action du salycilate de soude sur les grenouilles et les cobayes. C'est une substance paralysante, mais qui ne détruit pas la contractilité et l'électromotricité musculaires. Elle semble donc agir sur la colonne grise des centres nerveux et en particulier de la moelle. Chez les cobayes, il faut, pour avoir quelques résultats, employer des doses élevées (4 gr.) et alors on obtient une mort rapide.

M. BOCHEFONTAINE présente ensuite le cerveau d'un chien qu'il a soumis à l'expérience suivante : Après avoir perforé le crâne et la dure-mère, il porta sur la substance cérébrale, dans la région frontale une canule remplie de nitrate d'argent et cautérisa le cerveau. L'animal fut pris de convulsions, puis

tomba dans la somnolence et le coma et succomba rapidement. A l'autopsie, on trouva un ramollissement étendu de la partie antérieure du cerveau, et un foyer hémorrhagique, en lame mince sous les méninges.

M. DURET communique à la Société une note dont voici les principales conclusions : 1° L'excitation des nerfs de la dure-mère produit, par action réflexe, des mouvements convulsifs du côté correspondant du corps, et aussi parfois, du côté opposé, dans la face, le tronc, les membres. Déjà ces faits ont été démontrés par M. Bochefontaine. M. Duret les a constatés, comme son prédécesseur; mais il a vu, de plus, que si par le trou du crâne, on injecte sur la face externe de la dure-mère une petite quantité d'une substance coagulable ou irritante, incapable d'agir par compression, c'est une véritable contracture tétanique, un pleurostothoenos du même côté qu'on observe.

2° Les nerfs de la dure-mère peuvent agir par action réflexe sur les pupilles et les dilater, surtout celle du côté correspondant (fait indiqué déjà par M. Bochefontaine). — 3° Leur excitation brusque peut produire une véritable syncope respiratoire et la mort par contracture du diaphragme.—4° Ils agissent aussi par action réflexe sur les nerfs vaso-moteurs de l'œil et du cerveau du même côté et cette action est rapide et puissante.—5° Par le même mécanisme, ils peuvent augmenter la tension du liquide céphalo-rachidien, et celle de la circulation générale.

6° Il est probable aussi qu'ils agissent sur les sécrétions: car chez les animaux en expérience, il n'est pas rare de voir survenir de la salivation, des mictions et des déjections involontaires.

Au point de vue clinique, M. Duret indique toute l'importance des recherches de M. Bochefontaine et des siennes. L'inflammation de la dure-mère, comme il l'a constaté sur un chien, chez lequel il avait injecté de l'iode sous le crâne, s'accuse par des convulsions, et souvent des contractures du *côté correspondant*, et quelquefois du côté opposé. — Il sera possible au chirurgien désormais, de reconnaître si une esquille osseuse, si un corps étranger, agit sur la dure-mère ou sur la substance nerveuse de l'hémisphère : car, si la dure-mère est lésée et irritée des secousses, des convulsions et de la contracture surviendront *du même côté*, tandis que si celles-ci étaient produites par l'encéphalite, elles siégeraient *du côté opposé.* L'état de la pupille, du globe de l'œil, de la respiration, de la circulation, etc., permettront encore d'assurer le diagnostic. Ce n'est pas là une simple supposition. En se guidant sur l'existence de ces signes, un médecin distingué de Bernay, ancien interne des hôpitaux, le Dr Blain, a chez un blessé, atteint de fracture du crâne avec enfoncement, soupçonné une esquille comprimant la dure-mère. Il est intervenu par la trépanation et a sauvé l'existence de son malade.

M. GALIPPE a fait avec le concours de M. *Bochefontaine* des recherches sur l'action du bromure de cadmium. Il produit chez la grenouille des phénomènes paralytiques, mais sans abolir la contractilité musculaire et amène promptement la mort. Chez le chien, administré par la bouche, il détermine des vomissements et ne cause pas d'accidents graves : mais injecté dans le tissu cellulaire, il produit de la diarrhée, des convulsions, le marasme aboutissant à la mort. — La Société se constitue en comité secret. L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 août 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. CHAUFFARD interprète l'intéressante communication que fit dans la précédente séance M. Jules Rochard ; il s'agissait, on s'en souvient, du typhus exanthématique, observé dans certaines localités du Finistère et du Morbihan. M. Chauffard a déjà touché ce sujet dans son travail sur l'étiologie du typhus, travail qu'il a communiqué à l'Académie en 1872 ; à cette époque, et même précédemment dès la fin de 1870, dans un échange d'observations à la Société médicale des hôpitaux, il a émis, le premier, des doutes motivés relativement à l'étiologie consacrée et banale du typhus exanthématique ; il a essayé de prouver que cette maladie spécifique ne naissait pas spontanément de causes communes sur notre sol et dans notre race. M. Chauffard rencontra alors, comme fait pouvant être opposé à ses vues étiologiques, le typhus qui sévissait à Riantec ; il émit l'idée que ce typhus était probablement un typhus importé. Les travaux de M. Gestin viennent aujourd'hui confirmer cette opinion : la succession, en effet, de ces petits foyers d'épidémie, leur mode d'apparition et d'extension, la bénignité de certaines de ces épidémies, tout dénonce l'importation.

Et, si l'importation est le fait étiologique essentiel de ces épidémies successives, il devient infiniment probable qu'elle est aussi le fait étiologique essentiel de l'épidémie dont les autres dérivent. Il est possible et probable même que cette épidémie primitive remonte à une époque déjà éloignée, peut-être à la grande épidémie importée à Brest en 1758 et que M. J. Rochard a rappelée. Maintenant, se demande M. Chauffard, comment se fait-il que le typhus exanthématique, importé à plusieurs reprises parmi nous, s'y soit toujours éteint, tandis qu'il semble se propager et s'acclimater en quelque sorte sur ces populations de l'extrême Bretagne ? Y aurait-il entre les populations et le sol du littoral breton des affinités de nature avec les populations d'Irlande et du pays de Galles où règne le typhus endémique ?

M. HÉRARD présente, au nom de M. le Dr Pasquet Labrosse, de Charroux (Vienne), un travail intitulé : Considérations sur l'étiologie, la transmission et le traitement d'une épidémie de fièvre typhoïde, ayant sévi à Maupiérois (Vienne), du 15 août 1875 à février 1876. L'auteur insiste sur l'origine fécale de la fièvre typhoïde et sur le traitement qu'il a institué durant toute la période épidémique. Ce traitement consistait à administrer, dès l'apparition des premiers symptômes, une potion à l'extrait de quinquina.

M. PERSONNE fait la lecture de son rapport sur les remèdes secrets.

M. GUBLER lit un premier rapport sur un mémoire manuscrit de M. Henri Byasson, intitulé : Note sur le *Maté* (Thé du Paraguay — Ilex paraguayensis) ; un deuxième rapport sur un mémoire manuscrit de M. le Dr Oré, de Bordeaux, intitulé : *Recherches expérimentales sur l'empoisonnement par l'agaric bulbeux.* A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 13 *avril* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

29. Corps étranger de l'œsophage. — Ulcération de l'aorte ;
par M. BOUSQUET, aide-major.

Payeur Adolphe, soldat du 28e de ligne, entre à l'hôpital militaire du Gros-Caillou (service de M. DUFOUR), le 20 mars 1877. Cet homme est atteint de pleuro-bronchite, remontant à six jours. Le 11 avril, il était rétabli et demandait à sortir. Le médecin traitant, sur l'état anémique du malade et quelques points pleurétiques disséminés à gauche, crut devoir refuser.

Le 12 avril, à six heures du soir, le malade est pris de vomissements de sang. Des caillots furent d'abord expulsés, puis du sang pur; il y eut quelques évacuations de même nature par l'anus, et le malade mourut à une heure du matin, avec tous les signes d'une hémorrhagie interne incoërcible.

AUTOPSIE le 14 avril. — Le cadavre est blanc, mat, littéralement exsangue. La cavité thoracique est ouverte ; rien d'anormal, rien qui puisse expliquer l'hémorrhagie. Au sommet du poumon gauche, quelques légères adhérences dont l'auscultation avait révélé la présence. Le cœur est vide, rien dans les bronches, la trachée ou le médiastin. — L'estomac est ouvert, on le trouve rempli d'un liquide spumeux, couleur chocolat et de caillots sanguins. — L'œsophage a été en partie enlevé avec les poumons ; de ses deux surfaces de section, s'échappent de gros caillots sanguins. Rien jusque là qui puisse expliquer la mort. En promenant les doigts sur les parties latérales du conduit, on sent en un point, un corps dur et plat. Ce point correspond à la bifurcation des bronches, au commencement de la portion descendante de l'aorte, au disque qui unit la quatrième et la cinquième dorsale.

L'œsophage est fendu dans toute sa longueur sur la face postérieure. Au point ci-dessus désigné, on voit un os plat, à bords irréguliers et tranchants, dont la forme se rapproche de celle d'un carré, et qui mesure 2 cent. 5 de côté; les bords de cet os se sont creusés une place dans la muqueuse du conduit œsophagien; en le dégageant, on voit qu'il est armé de plusieurs arêtes. Cet os a probablement appartenu à la poitrine d'un dindon ou animal semblable. L'aorte est à son tour ouverte sur toute sa longueur. Parmi les trous d'origine des intercostales et des œsophagiennes, on en voit un plus petit, moins régulier, à bords déchiquetés, entouré d'un liseré jaune. Une sonde cannelée, introduite par ce pertuis, conduit exactement au niveau des parties ulcérées de l'œsophage, près d'un des angles aigus de l'os. C'est par là qu'a eu lieu l'hémorrhagie, et c'est le contact de cet angle, la pression qu'il exerçait sur les téguments, pression augmentée encore au moment de la déglutition, qui a été cause de la petite ulcération.

Les observations de corps étrangers de l'œsophage ne sont pas rares, des cas de mort survenue dans des circonstances absolument semblables, sont relatés çà et là dans la science; mais, ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est le fait, de la présence dans l'œsophage d'un corps étranger aussi volumineux et aussi facilement toléré. Payeur en effet, est resté, vingt-et-un jours à l'hôpital où l'avait mené une affection légère, une bronchite, plusieurs jours avant sa mort, il avait été mis à deux portions, qu'il mangeait avec appétit, et jamais il ne s'était plaint ni au médecin traitant ni à ses camarades de gène dans la déglutition. Jamais un mot qui ait pu révéler la présence de ce corps étranger. Le soir de sa mort cependant après avoir dîné et quelques instants avant le début de l'hémorrhagie il se plaignit à la sœur de service, d'étouffements et de gène dans le dos.

A quelle époque remontait la présence de ce corps étranger. La question est assez difficile à résoudre, cependant on peut avec les quelques données précitées, affirmer presque sûrement que ce corps étranger a séjourné au moins un mois dans l'œsophage. L'os semble appartenir, avons-nous dit, à la poitrine d'un dindon ou d'un animal analogue; or, comme semblables animaux ne rentrent pas dans le régime des hôpitaux militaires, il y a gros à parier que son ingestion ait été antérieure à l'entrée du malade; comme, d'autre part, le début de l'affection qui l'avait conduit dans nos salles, remontait à 6 jours, que, pendant ce temps, le malade, peu alerte, restait à la caserne et se contentait de la nourriture réglementaire, la déglutition de l'os était encore antérieure à ces 6 jours. Ce corps étranger est donc resté dans l'œsophage un temps qu'il est difficile de déterminer, mais qu'on peut affirmer avoir été au moins d'un mois.

30. Perforation de la trachée sans manifestation symptomatique. — Obstruction incomplète de l'orifice de la sous-clavière, par une plaque athéromateuse; par Ozenne, interne provisoire.

Madame Ad..., âgée de 74 ans, entre, le 11 février 1877, à l'infirmerie de Sainte-Périne. — Mort le 3 mars. L'intérêt de cette observation n'existant que dans la description de deux pièces, présentées à la Société, nous signalerons le plus brièvement possible les accidents qui ont précédé la mort de madame Ad...

Les antécédents sur le passé de la malade restent inconnus. Une bronchite à répétition est la seule maladie, qui ait atteint depuis plusieurs années madame Ad... C'est de nouveau ce qui la fait entrer à l'infirmerie le 11 février. L'examen de la malade fait constater les symptômes ordinaires d'une bronchite intense, avec emphysème et congestion bi-latérale. Aucune particularité à noter, sauf du côté de la circulation, où l'on remarque ce qui suit :

Une différence notable entre le pouls radial droit et le pouls radial gauche. Matité cardiaque un peu plus étendue qu'à l'état normal. La pointe bat dans le 6e espace intercostal, en dehors du mamelon. Battements faibles, réguliers. Souffle diastolique, tres-léger à la base. La pulsation radiale, à droite, est en rapport avec les battements du cœur : à gauche, le pouls est presque imperceptible, *véritablement filiforme.* Les artères radiales, de même que toutes les artères superficielles, accusent la dégénérescence athéromateuse; et c'est cette altération sans doute plus prononcée d'un côté que de l'autre, que notre maître, M. Descroizilles, invoque pour expliquer l'imperceptibilité du pouls gauche, aucun signe ne manifestant la présence d'un agent quelconque de compression. Les autres viscères ne présentent rien de particulier : Le squelette offre des déformations du rachitisme, surtout accusé par une scoliose dorsale. Pendant une quinzaine de jours, l'état de la malade ne paraît ni s'aggraver, ni s'améliorer, puis, tout à coup, la double congestion pulmonaire s'accroît, et le 3 mars la mort survient dans l'asphyxie.

Autopsie, 24 heures après la mort. — *Cerveau.* Artères de la base rigides. Pas de lésion cérébrale. — *Cavité abdominale.* Congestion de tous les viscères. En outre sur la face antéro-externe du rein droit, infarctus d'origine ancienne. — *Cavité thoracique.* Plèvres saines. — *Poumons.* Congestionnés, emphysémateux. Bronches remplies de mucosités, portent les lésions de l'inflammation chronique. — *Trachée.* Les adhérences, qui unissent sa paroi postérieure étant détruites, on trouve sur cette paroi, à 1 centimètre au-dessus de l'origine des bronches, et dans ce point qui correspond à l'union des cerceaux et de la paroi musculo-membraneuse, une solution de continuité. Cette perforation, qui présente une étendue verticale de 2 centimètres, et une étendue transversale de 1 centimètre, adhérait par ses deux lèvres renversées en dehors, à la face antérieure de l'œsophage, laquelle *faisait office de bouchon* et l'*obturait complétement.* Ce dernier organe n'offrait à ce niveau aucune altération.

Cœur. Hypertrophie, portant sur le ventricule gauche. Endocarde sain. Pas de lésion orique et valvulaire, autre qu'une dilatation de l'orifice aortique, avec athérôme sur la face artérielle des valvules sigmoïdes.

Aorte. L'aorte, le tronc brachiocéphalique, la carotide et la sous-clavière gauches sont des types d'artérite déformante. La crosse aortique, où les lésions sont le plus prononcées, offre un volume bien supérieur à l'état normal, avec une très-grande rigidité et inextensibilité de ses parois. Toute la face interne est recouverte de foyers athéromateux, de plaques calcaires, de forme, d'étendue et d'épaisseur variables; et parmi celles-ci, il en est une dont la situation et les rapports avec l'orifice de la sous-clavière a attiré spécialement l'attention.

De forme rectangulaire, n'attenant plus à la paroi du vaisseau que par l'un de ses bords, elle est située en avant et au-dessus de l'orifice de la sous-clavière, et est disposée de telle sorte, que, au contact de l'ondée sanguine, elle *pouvait,* en se rabattant, obturer en partie l'orifice de cet artère.

De ces différentes lésions, nous n'en rappellerons que deux. La perforation de la trachée et l'altération de la crosse aortique, l'une et l'autre touchant plus ou moins directement à la clinique et tirant de cette circonstance l'intérêt qu'elles comportent.

Pour ce qui regarde la perforation, on remarquera qu'elle ne s'est révélée, pendant la vie de la malade, par aucun signe et bien que la date de sa formation, déjà ancienne, son évolution, sa pathogénie nous soient inconnues, on s'explique facilement qu'elle n'ait donné lieu à aucun accident, la perte de substance trachéale *ayant été comblée* et *remplacée comme paroi* par la face correspondante de l'œsophage.

Quant à l'endartérite athéromateuse, si on peut l'invoquer pour rendre compte de la différence perçue sur les deux pouls, en supposant cette lésion plus développée sur le tronc artériel du membre gauche (tronc qui n'a pu être examiné dans toute sa longueur), il nous est permis de ne pas la regarder comme la seule cause, mais d'y adjoindre l'*obstacle mécanique* engendré par la *plaque calcaire flottante* que nous avons mentionnée près de l'origine de la sous-clavière.

Sa disposition au-dessus de l'embouchure de l'artère, sa mobilité et par suite la nouvelle situation qu'elle devait prendre à l'arrivée de chaque ondée sanguine, *pouvaient* faire de cette plaque une membrane obturante, mettant obstacle à la pénétration du sang dans la sous-clavière.

31. Ulcère simple de l'estomac, suivi de perforation dans le foie, avec adhérences de ce viscère à la paroi costale; par M. Maygrier, interne des hôpitaux.

Hulberg.., Séraphine, 36 ans, laitière, entre le 16 janvier à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Mesnet.)

Dès les premiers jours de janvier, cette femme a commencé à ressentir des douleurs assez vives, qui, d'abord irradiées dans les régions épigastriques du lombaire, se sont bientôt localisées dans le flanc gauche. En même temps sont survenus peu à peu de l'affaiblissement général, de l'émaciation et une anorexie à peu près complète.

La malade se présente à l'hôpital très-anémiée. La peau, les conjonctives et les gencives sont pâles et exsangues. Il existe un bruit de souffle doux à la base du cœur et un souffle continu avec renforcement dans les vaisseaux du cou. La perte de l'appétit est absolue. Il n'y a *jamais eu de vomissements*, sauf de temps en temps quelques pituites glaireuses.

Le phénomène principal est une douleur extrêmement vive, persistante, spontanée et s'exagérant par la pression, siégeant dans le flanc gauche, sans point correspondant en arrière; on ne peut constater de tumeur à la palpation.

Les jours suivants, apparait une diarrhée rebelle, qui ne cède qu'après quinze jours à un traitement approprié; pas de sang dans les selles. Puis survient un œdème douloureux du membre inférieur gauche, qui persiste pendant près de trois semaines: pas d'albuminurie.

Peu à peu, la douleur se localise de plus en plus, tout en augmentant encore d'intensité, en un point situé immédiatement au-dessous des fausses côtes du côté gauche. A cet endroit, la percussion dénote une matité bien limitée, et par la palpation on a la sensation d'une résistance anormale; mais rien de comparable à une tumeur.

Vers la fin de février, survient un mieux général; les douleurs diminuent, l'appétit revient un peu, la malade peut se lever. Mais cette amélioration ne dure que peu de temps. Bientôt, les douleurs se montrent de nouveau plus vives que jamais, l'anorexie devient absolue; nouvel œdème de la jambe gauche. En quelques jours, la cachexie fait des progrès rapides.

17 avril. La malade a le facies grippé, le pouls petit; elle se plaint de douleurs abdominales généralisées. Le ventre n'est pas ballonné, mais il est très-sensible à la moindre pression. Il n'y a pas de vomissements. La mort arrive le 18 avril.

Autopsie faite le 20 avril. — Le cœur et les poumons sont sains; on constate seulement un hydropéricarde assez abondant. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un peu de liquide purulent épanché à la surface du péritoine viscéral qui présente une injection très-vive généralisée, et est collant au doigt; la séreuse qui tapisse le foie est en outre recouverte çà et là de fausses membranes, ayant déterminé quelques adhérences.

Le foie est aplati, abaissé; il occupe toute la largeur de l'abdomen. Au niveau des derniers espaces intercostaux du côté gauche, il y a adhérence complète du viscère à la paroi. En séparant cette adhérence, on tombe dans une cavité creusée dans le tissu hépatique et du volume d'une petite orange. En introduisant le doigt dans cette excavation, on sent une ouverture profonde qui la fait communiquer avec l'estomac. Ce dernier organe a la forme d'un bissac, retréci qu'il est en son milieu par des adhérences unissant sa petite courbure au foie.

En l'ouvrant suivant son bord inférieur, on y trouve une large ulcération ayant son siége sur la petite courbure et communiquant avec la cavité creusée dans le foie. Cet ulcère, grand comme une pièce de cinq francs, est aminci sur ses bords, où la muqueuse stomacale semble se confondre avec le parenchyme hépatique. Il semble qu'il se soit fait là une véritable digestion du tissu glandulaire par le suc gastrique. Notons que la cavité du foie adhérente d'une part avec la paroi costale et communiquant d'autre part avec l'estomac ne s'est jamais mis en communication avec la cavité péritonéale et que la péritonite finale ne peut s'expliquer que par propagation. Le cardia et le pylore sont sains; à côté de l'ulcère, il existe, par places, une injection de la muqueuse de l'estomac et un peu de ramollissement, mais pas de traces d'autres ulcérations anciennes ou récentes.

Séance du 27 *avril* 1877. — Présidence de M. Charcot.

32. Urémie aiguë.— Néphrite interstitielle.— Absence congénitale du rein et de l'uretère du côté droit; par M. A. Josias, interne des hôpitaux.

Le nommé Duval (Clovis), âgé de 20 ans, polisseur, est entré le 9 mars 1877, dans le service de M. E. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Léon, lit n° 63). Ce malade, scrofuleux, présente le jour de son entrée un eczéma généralisé, qui fut traité et guéri par les moyens ordinaires.

Convalescent et sur le point de quitter l'hôpital, il est pris d'une attaque épileptiforme, puis tombe dans un coma profond qui dure quatre jours. Absence d'œdème. Les membres abdominaux sont très-amaigris. La respiration est bruyante, stertoreuse. L'auscultation des poumons et du cœur ne révèle aucun bruit morbide. Le pouls reste lent, régulier. Les selles et les mictions sont involontaires. La température n'a pas été prise. Le malade meurt le 21 avril, cinq jours après son attaque épileptiforme.

Autopsie. — Les *méninges* sont congestionnées. Le cerveau ne présente aucune lésion. Les poumons sont congestionnés. Le cœur, surchargé de graisse, ne présente aucune lésion valvulaire. Rien dans les séreuses, ni dans les autres organes.

Arrivons au fait intéressant qui nous occupe: il n'y avait qu'un seul rein, présentant le dernier degré de la lésion de Bright; le malade avait succombé à une encéphalopathie urémique. Le rein gauche existait seul, très-décoloré, atrophiée; il occupait sa place normale et était entouré d'une atmosphère graisseuse, très-épaisse. En faisant une coupe transversale, dirigée du bord convexe vers le bord concave de l'organe, on constate que les deux surfaces sont pâles grisâtres, et qu'entre les pyramides de Malpighi sont interposés plusieurs petits kystes séreux. Ce rein n'est pas multilobé.

De l'examen histologique fait par M. Gombaux, il résulte que ce rein présente les lésions de la néphrite interstitielle chronique. Dans la substance corticale, on observe sur les coupes faites perpendiculairement à la surface du rein, des traînées qui se colorent vivement en rouge par le carmin et qui sont séparées les unes des autres par des bandes de tissu sain. Au niveau de ces bandes et traînées qui se colorent en rouge par le carmin, on constate un développement considérable du tissu interstitiel avec disparition de l'élément glandulaire. Les tubes qui sont encore reconnaissables sont petits et tapissés par un petit épithélium cubique. Les bandes scléreuses suivent très-exactement les rangées de glomérules de Malpighi et ceux-ci présentent toutes les formes d'atrophie fibreuse, jusqu'à disparition complète d'un certain nombre d'entre eux qui ne sont plus représentés que par une petite masse de tissu fibreux. Dans l'intervalle des bandes scléreuses, le tissu du rein présente à peu près l'aspect de l'état normal avec quelques modifications cependant: les tubes sont en général dilatés et leur épithélium beaucoup moins volumineux qu'à l'état normal, mais il n'est nullement graisseux. Sur les coupes parallèles à la surface du rein, on remarque fréquemment la section de véritables granulations, constituées à leur centre par du tissu normal et à leur périphérie par du tissu scléreux. Dans la substance corticale, le contenu des tubuli est à peu près partout exclusivement épithélial. Il n'en est pas de même au niveau des pyramides; sur des coupes transversales de la pyramide on trouve en effet les tubes collecteurs remplis presque tous par des cylindres colloïdes. Le tissu conjonctif qui environne ces tubes a augmenté de quantité dans une proportion très-considérable; quant aux artères, elles ont généralement des parois très-épaisses, la lésion qui produit cet épaississement varie d'une artère à l'autre: tantôt on observe une endartérite manifeste; tantôt, au contraire, ce sont les tuniques moyenne et externe qui sont augmentées d'épaisseur. D'une façon générale, les grosses artères sont moins profondément atteintes que les artérioles. Sur des

coupes traitées par le violet de méthylamine, on a pu s'assurer qu'il n'existait nullement de dégénération amyloïde.

Il n'y a qu'un seul bassinet et qu'un seul uretère se rendant dans la vessie, ainsi que le justifie l'examen de la surface interne de ce réservoir. Sur cette surface, en effet, il n'existe que deux ouvertures, l'une répondant à l'orifice inférieur de l'uretère, l'autre à l'orifice postérieur du canal de l'urèthre. L'absence d'un des éléments du trigone vésical est en rapport avec l'absence du rein et de l'uretère du côté droit.

L'uretère gauche est très-dilaté dans toute son étendue. Au niveau de l'orifice inférieur de l'uretère, nous remarquons une ouverture dont le diamètre plus considérable tranche avec le simple pertuis de ce conduit et qui fait communiquer la vessie avec une cavité infundibuliforme, située sur le côté externe de l'uretère dans une étendue de cinq centimètres environ.

Il s'agit d'une hernie de la muqueuse vésicale à travers les fibres musculaires de la couche moyenne. Notons enfin que la vessie et l'uretère présentaient une enveloppe graisseuse considérable. — Les testicules existaient des deux côtés.

Réflexions. — Cette observation nous parait intéressante à plusieurs titres : au point de vue clinique, la manifestation des accidents urémiques coïncide avec la guérison de l'affection cutanée pour laquelle notre malade était entré à l'hôpital Saint-Louis. Il est probable que la disparition de cet exanthème a eu son retentissement sur la fonction rénale ; cette rétrocession, dans le cas particulier, expliquerait à la fois les accidents graves et la mort rapide. Au point de vue anatomique, l'agénésie unilatérale est une anomalie, sinon très-rare, du moins peu commune.

33. Pachyméningite avec hématome de la dure-mère; par Carafi, interne provisoire.

Barga..., âgé de 82 ans, admis à l'hospice Dévillas en février 1872. Le malade avait des habitudes alcooliques invétérées. Au commencement de 1876, attaque d'apoplexie avec hémiplégie droite. Au début de l'attaque les crampes avaient une très-grande intensité. Pas de troubles trophiques du côté paralysé. L'hémiplégie est restée stationnaire.

Nouvelle attaque dans la matinée du 23 avril 1877. Apoplexie par des phénomènes d'excitation, le pouls très-faible, presque imperceptible. Refroidissement général. En présence d'un état aussi grave on se borne à l'emploi de révulsifs cutanés. Le lendemain, le malade succombe.

Autopsie le 25, à 4 heures du soir. — *Cœur* hypertrophié sans aucune lésion valvulaire, ni dans les orifices. — L'*aorte* présente sur sa face interne, quelques petites plaques calcaires. — Les *poumons* sont sains. — Le *foie* est normal. L'*estomac* petit, à parois épaisses, présentant sur sa face interne de longs plis longitudinaux très-saillants, formés par la muqueuse. A l'ouverture du crâne, on remarque sur presque toute la surface convexe de l'hémisphère gauche du cerveau, une collection liquide. En incisant la dure-mère, il s'écoule 40 grammes de sang liquide, qui, par le repos, se divise en deux couches : une inférieure formée par les globules, rouge-foncée, et une supérieure jaune-rougeâtre.

Cet hématome siége sur la dure-mère entre deux néo-membranes, situées sur sa face interne ; la plus externe est en contact avec la dure-mère, de laquelle on peut la séparer. Elle est plus épaisse que la dure-mère, d'une coloration brun-rougeâtre. La plus interne est placée sur l'arachnoïde et la pie-mère, avec lesquelles elle ne présente aucune adhérence. Cette néo-membrane est plus rouge, plus mince et plus fragile que la précédente. L'espace qu'elles circonscrivent occupe presque toute la face convexe de l'hémisphère gauche. Il ne présente que quelques petites cloisons rudimentaires en forme de brides.

Les dimensions de l'hématome sont les suivantes : l'antéro-postérieur est de 13 centimètres ; la transversale de 6 centimètres, et l'épaisseur de la cavité est de 2 centimètres 1/2 dans son centre. Au niveau du foyer d'hémorrhagie méningienne, les circonvolutions cérébrales sont comprimées et la face convexe de l'hémisphère offre une dépression en rapport avec la forme de l'hématome. La dure-mère qui recouvre la surface convexe de l'hémisphère droit, présente comme seul phénomène pathologique, quelques adhérences avec les méninges sous-jacentes le long de la face du cerveau. Les vaisseaux de l'hexagone de Willis, sont athéromateux.

Le cerveau, le cervelet et la protubérance étaient parfaitement sains. Quant au bulbe, outre sa consistance et son aspect physiologique, il offrait une symétrie complète, ce qui exclu-l'idée de toute dégénérescence secondaire.

34. Hémiplégie droite; Aphasie persistante; foyer ochreux siégeant dans la région de l'avant-mur et atteignant le faisceau pédiculo-frontal inférieur du côté gauche; par Oulmont, interne des hôpitaux.

Moug... Elisa, âgée de 67 ans, entre le 16 septembre 1874, salle Sainte-Rosalie (service de M. Charcot), à la Salpêtrière.

La malade est atteinte à l'époque de son entrée dans le service d'une hémiplégie complète du côté droit avec aphasie. L'aphasie, empêche d'obtenir des renseignements sur ses antécédents et sur le début de l'affection. En janvier 1876, on constate l'état suivant :

Hémiplégie complète du côté droit. — *Face,* hémiplégie légère. Déviation de la commissure des lèvres à peine appréciable ; effacement très-léger du sillon naso-labial droit. Quand la malade se plaint, côté droit de la face un peu moins mobile que le côté gauche. — Pupilles égales et normales. Sensibilité intacte.

Aphasie complète. La malade paraît comprendre les questions qu'on lui fait, mais ne peut répondre que par ces syllabes, qui sont toujours les mêmes : teu, teu, teu. Parfois elle prononce le mot : oui. Si on lui dit de tirer la langue hors de sa bouche, elle l'ouvre largement mais la langue reste immobile sur le plancher buccal ; sa face supérieure devient globuleuse, mais il n'y a pas le plus petit mouvement de projection. Elle suit avec attention ce qui se passe autour d'elle et paraît comprendre assez bien ce qu'on fait. Elle gémit et pleure facilement.

Membre supérieur droit. Aucun mouvement volontaire possible avec le bras droit. Avant-bras, en extension sur le bras ; coude un peu rigide ; si l'on veut lui imprimer des mouvements, la malade gémit comme si elle ressentait une vive douleur. Doigts fléchis dans la main, et recouvrant le pouce. Les phalanges sont fléchies sur le métacarpe ; les phalangines et les phalangettes étendues sur les phalanges. Rigidité notable des doigts. Pas d'atrophie. Sensibilité normale dans tous ses modes.

Membres inférieurs. Les membres inférieurs sont tous deux en flexion permanente, la jambe sur la cuisse, et celle-ci sur le bassin. La malade est couchée en chien de fusil. Impossible de changer la position des jambes ; on sent une très-grande rigidité articulaire, et la malade pousse des gémissements. — Sensibilité intacte. Rien dans les poumons. — Battements du cœur réguliers, un peu sourds, mais sans souffle.

Mars 1877. La paralysie est restée stationnaire ; l'aphasie est toujours complète. De plus l'état général a beaucoup baissé depuis 5 ou 6 mois. La malade est tout-à-fait gâteuse. Nombreuses phlyctènes remplies de sérosité sanguinolente, aux fesses, aux jambes, aux pieds, sur tous les points qui sont en contact avec les draps, laissant après elle des ulcérations. Œdème des membres inférieurs considérable et remontant jusqu'à la ceinture. — Mort le 16 avril.

Autopsie. *Cerveau.* Méninges saines, sans adhérences. Pas de lésion corticale à la surface des hémisphères, sauf une plaque jaune de la dimension d'un pois, qui siége dans le lobe postérieur de l'hémisphère gauche, sur le premier pli de passage, au-dessous de la scissure perpendiculaire. La troisième circonvolution frontale paraît entièrement saine, sauf dans une étendue de 2 à 3 mm. au niveau de la réunion de sa face inférieure avec la circonvolution de l'insula. Après séparation des hémisphères, ventricules latéraux dilatés et remplis de sérosité citrine. — *Hémisphère droit,* sain.

Hémisphère gauche. Sur la paroi externe du ventricule latéral, et dans sa moitié antérieure, l'épendyme est flétri, et laisse voir par transparence une coloration jaune brunâtre. Sur une coupe verticale, parallèle à la scissure de Rolando, et passant précisément en avant de la circonvolution frontale ascendante, foyer jaune pâle, en partie celluleux, à direction verticale, ayant décollé complétement le corps strié de la circonvolution

de l'insula. Presque linéaire dans son tiers antérieur, à savoir depuis le point correspondant à la circonvolution frontale ascendante jusqu'au cul-de-sac antérieur du ventricule latéral, ce foyer coupe entièrement le pied de la troisième circonvolution frontale, et s'étend un peu au-delà de la naissance de la deuxième circonvolution. — *Sclérose* descendante du cordon latéral droit de la moelle.

Poumons. Emphysème étendu des bords antérieurs et des lobes supérieurs. *Cœur* : épaississement du bord libre de la valvule mitrale. — Autres organes sains.

36. Contusion du cœur; par M. TERRILLON.

M. TERRILLON présente une pièce anatomique, probablement unique ; les recherches qu'il a pu faire ne lui ayant pas présenté de cas analogue. Il s'agit d'une contusion de la paroi du cœur gauche au voisinage de la pointe avec rupture des colonnes charnues du sommet du ventricule, concrétions fibrineuses à ce niveau et ecchymoses multiples sur l'endocarde.

Le sujet de cette observation était un homme de 45 ans environ, forgeron, qui l'avant-veille, à 5 heures du matin, s'était tiré du côté gauche de la poitrine vers la région du cœur, un coup d'une arme à feu chargée de projectiles divers. Le matin même à 9 heures à l'hôpital de la rue de Sèvres (hôpital temporaire) M. Terrillon le trouve dans son service. Une plaie large, à bords noirs et carbonisés existait au niveau de l'union de la septième côte, avec son cartilage. Issue d'une grande quantité de sang par cette plaie. Anxiété extrême du malade. Aucun signe qui pût indiquer une lésion du cœur.

Il meurt le soir à 6 heures, onze heures après la blessure.

A l'autopsie on trouve une déchirure du diaphragme avec hernie presque totale de l'estomac dans la cavité pleurale gauche. Contusion de la paroi de l'estomac sans perforation. Perforation du poumon gauche à sa base avec infiltration de sang dans tout le lobe inférieur. Le projectile s'était implanté dans la colonne vertébrale.

Le *péricarde* intact, contenait un peu de sérosité rougeâtre. La pointe du cœur gauche présentait une ecchymose étendue, en avant, sans déchirure du péricarde viscéral, mais avec deux petits foyers sanguins. Dans le ventricule correspondant, deux ecchymoses ovales sous l'endocarde près des vascules auriculo-ventriculaires.

A la pointe on trouve un gros caillot fibrineux grisâtre, flottant en partie dans la cavité et adhérant aux colonnes de la pointe déchirées en plusieurs points, ces déchirures avaient été la cause de ce dépôt de fibrine. La paroi du cœur vers la pointe est infiltrée de sang extravasé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 août 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. TILLAUX lit une observation de M. le Dr Chauvel relative à une amputation de jambe pratiquée à la partie moyenne chez un individu qui avait déjà subi une amputation sus-malléolaire.

M. VERNEUIL approuve le procédé choisi par M. Chauvel. Depuis quelques années déjà, on a renoncé à l'exclusivisme opératoire qui condamnait en quelque sorte le chirurgien à n'amputer la jambe qu'au lieu d'élection d'Ambroise Paré.

M. DESPRÉS n'est pas de l'avis de M. Verneuil, et il pense qu'on doit toujours faire l'amputation de la jambe au lieu d'élection ou tout au moins le plus haut possible. Les appareils prothétiques dont les amputés doivent faire usage lorsque l'opération a été faite à un niveau inférieur au lieu d'élection sont d'abord d'un prix considérable ; et alors même que ces amputés peuvent se procurer de semblables appareils, ils leur préfèrent quelquefois le pilon ordinaire : témoin cet ouvrier de Charrière dont tout le monde connaît l'histoire, et qui, ayant à sa disposition une jambe artificielle parfaitement construite, trouvait que le pilon vulgaire lui donnait plus de force et de stabilité.

M. GUYON. Le pilon a aussi de grands inconvénients. Il peut déterminer au niveau du point d'appui la formation d'hygromas qui à un moment donné rendent la marche impossible. Enfin, il y a incontestablement tout avantage à faire profiter l'amputé des mouvements du genou, et ce résultat est toujours d'autant mieux atteint que l'amputation de la jambe est pratiquée plus bas.

M. LEDENTU est de l'avis de MM. Verneuil et Guyon. A l'appui de l'opinion exprimée par M. Guyon, il cite le cas d'un homme qui, dans les premiers temps qu'il fit usage d'un pilon, eut à souffrir d'une longue série de petits hygromas successifs dont la plupart s'ouvrirent à l'extérieur.

M. DESPRÉS a vu se développer un mal perforant du genou chez un individu qui avait subi l'amputation de la jambe au lieu d'élection. Mais au bout de combien de temps s'est produit cet accident ? Au bout de 18 ans ! M. DESPRÉS demande si l'on peut lui signaler un seul cas d'amputé ayant fait usage d'une jambe artificielle pendant une si longue période.

M. DÉSORMEAUX pense comme M. Després que le pilon a de grands avantages ; il a tout au moins celui de la solidité, et il rend la marche plus facile. C'est ainsi qu'un paysan de la Beauce, amputé de la jambe, ayant fait l'acquisition d'un appareil prothétique parfaitement construit, le laissait de côté toutes les fois qu'il s'agissait d'un travail pénible, et ne se servait de sa jambe artificielle que pour ses promenades des jours de repos.

M. GUÉNIOT lit deux rapports, le premier relatif à un travail de M. Gagner (de Darnay), sur un cas de tétanos guéri par le chloral, le second sur un travail de M. Cauvy, intitulé : *Dystocie.*

M. PÉRIER lit un rapport sur une communication de M. Farabeuf, ayant pour sujet un cas de luxation sous-glénoïdienne réduite le soixante-quinzième jour.

M. DELENS lit un rapport sur le travail de M. Maréchal, intitulé : *De la compression digitale dans les fistules périnéales.*

M. LANNELONGUE présente à la Société plusieurs pièces anatomiques, provenant d'un enfant mort dans son service à l'hôpital Sainte-Eugénie. Cet enfant avait été reçu pour une tumeur abdominale, occupant l'hypochondre droit, descendant à trois travers de doigt au-dessous du foie, et présentant au premier abord toutes les apparences d'un kyste hydatique. Toutefois, comme elle s'étendait assez loin en arrière, et comme elle semblait adhérer à la partie postérieure du ventre M. Lannelongue, sans rien affirmer de positif exprima l'opinion qu'il pouvait bien s'agir d'un kyste rénal. Vers la fin de février, une ponction fut pratiquée dans la tumeur au moyen de l'appareil Dieulafoy. Il s'en écoula un liquide clair mais non transparent. Quelque temps après cette tumeur devint le siége d'un bruit de succussion hippocratique parfaitement nette et l'enfant pissa du pus. L'intervention chirurgicale ne parut pas indiquée à M. Lannelongue.— Le 2 août, brusquement, l'enfant tomba hémiplégique du côté gauche, à 5 heures du matin. La sensibilité était presque absolument abolie, et il y avait aussi perte complète de la parole. A 10 heures 1/2 tout avait disparu ; l'enfant n'était plus paralytique, et il commençait à répondre. Dans la soirée, les membres se fléchirent, sans secousses, la tête s'inclina du côté droit, et cet état de contracture persista jusqu'au lendemain, jour de la mort du malade.

A l'autopsie, on trouva une suffusion sanguine assez étendue à la face inférieure de la protubérance et des deux pédoncules, plus un petit ramollissement au niveau de la frontale ascendante et de la troisième frontale gauche. Il *n'y avait aucune lésion artérielle;* mais les *veines basilaires* étaient oblitérées et remplies par des caillots noirs et adhérents. Il en était de même des *veines pédonculaires*, de la *veine du corps strié*, et même du *sinus longitudinal supérieur*. M. Lannelongue pense que ces coagulations veineuses, qui n'avaient nullement le caractère des coagulations de l'agonie, doivent être attribuées à la cachexie à laquelle le malade était en proie depuis que la suppuration s'était établie. Les coagulations veineuses partielles ne sont pas communes, mais elles ont été signalées, et comme elles occupent de préférence les gros sinus, le cas présent offre un certain intérêt.

Quant à la tumeur abdominale, elle était bien constituée en effet par un kyste du rein. Elle n'a pas encore été disséquée, de telle sorte que les gaz qui avaient donné lieu au bruit de

succussion hippocratique, y sont encore enfermés. On les analysera sous peu, et ce complément de l'observation sera communiqué plus tard à la Société. E. BRISSAUD.

CORRESPONDANCE

Pesth, juillet 1877.

Si le médecin qui va jusqu'à Londres ne doit pas manquer d'aller visiter la ville si curieuse et si pittoresque et l'Université si justement renommée d'Edimbourg, il ne doit pas non plus, s'il se trouve à Vienne, manquer, et pour d'autres raisons, de descendre jusqu'à Pesth. Lorsqu'on se trouve en Autriche-Hongrie, après avoir vu la capitale de l'empire qui offre tant d'attraits, il ne faut pas manquer de visiter sa sœur, la capitale du royaume, Budapest, comme on dit ici.

Le voyage, lorsqu'il est favorisé par le temps, est des plus agréables si, évitant la voie ferrée, on prend la voie liquide pour descendre le Danube en bateau à vapeur. Après avoir passé devant Theben qui est la porte hongroise du Danube, devant Presbourg qui s'élève en amphithéâtre, devant Komorn qui s'avance en pointe entre deux rivières, après avoir filé rapidement et pendant plusieurs heures entre les îles innombrables du grand fleuve, on n'a plus devant soi qu'un paysage monotone, ce sont de grandes plaines renommées par leur fertilité. Mais bientôt le Danube ne présente plus qu'un large lit; il coule rapidement au pied des montagnes et nous entraîne vers Pesth. Parti le matin de Vienne, on commence vers six heures du soir à apercevoir Alt-Ofen, puis on jouit d'un splendide panorama : D'un côté, c'est Bude avec sa forteresse, son château royal et le Blocksberg qui se dressent dans le ciel éclairés encore par les derniers rayons du soleil; de l'autre, Pesth dont les nouvelles constructions, magnifiques et grandioses, garnissent le long du fleuve une étendue de plusieurs kilomètres ; et, reliant ces deux villes, s'élançant d'une rive à l'autre, deux grands ponts, l'un tout récemment achevé, l'autre plus ancien, un pont suspendu d'une hardiesse étonnante dont les deux piles sont séparées par une distance de 208 mètres, tandis que 90 mètres séparent encore des deux rives chacune de ces piles.

Mais oublions la ville elle-même pour ne parler que de ses institutions médicales. Malheureusement à cette époque l'Université est fermée ; elle l'est depuis le 30 juin, il n'est donc pas possible de visiter complétement la Faculté et ses cliniques. Dans un seul bâtiment sont réunies les deux cliniques de chirurgie et d'obstétrique; elles sont évacuées et les malades ont été transportés à l'hôpital général. Les salles ne seront ouvertes de nouveau qu'en septembre, à l'époque où les cours recommenceront. Une visite à l'hôpital général nous montre qu'à Pesth la chirurgie peut marcher de front avec celle des autres capitales de l'Europe : dans le service du docteur Lumniczer, on observe un grand nombre de cas intéressants et les derniers progrès de la thérapeutique chirurgicale y sont journellement mis à profit : les ovariotomies y sont pratiquées avec succès et le pansement de Lister y est employé sur une grande échelle. Le docteur Puky, qui est allé étudier à Edimbourg, même le pansement antiseptique, l'applique avec le plus grand soin dans le service du docteur Lumniczer et fait à ce sujet un certain nombre de recherches.

Il existe également à Pesth un hôpital particulier pour les enfants : il est divisé en deux parties, l'une est consacrée aux cas de chirurgie, l'autre aux cas de la médecine. On observe dans cette ville un grand nombre de calculs chez les jeunes sujets et il y a déjà une importante collection de pierres dont quelques-unes sont volumineuses. Nous avons remarqué aussi un enfant opéré d'un pied bot du côté droit avec un plein succès. Si l'opération répétée sur le pied gauche réussit comme à droite, la publication du procédé employé fera grand honneur au chirurgien qui l'a exécuté. Il y a aussi dans cet hôpital une consultation excessivement suivie et fort intéressante ; de plus, un service complet et gratuit de vaccination y est organisé.

Après les hôpitaux, on peut visiter la Faculté aujourd'hui fermée : établie dans des bâtiments anciens elle n'attire nullement l'attention de l'extérieur, comme le font la plupart des nouvelles constructions de la ville de Pesth : néanmoins on y voit des laboratoires où les professeurs et leurs assistants font un certain nombre de recherches, et nous avons pu y admirer une belle collection de photographies microscopiques destinées à l'étude et à l'enseignement des végétaux.

Mais, ce qui frappe plus particulièrement à Pesth, ce n'est pas véritablement l'organisation des hôpitaux et de la Faculté, c'est le caractère même du peuple hongrois ; c'est la volonté qu'il a de prendre un rang important parmi les peuples qui luttent pour le progrès et la civilisation. Depuis vingt ans, depuis dix ans surtout une transformation capitale s'effectue chez lui, et cela est aussi sensible en médecine qu'en politique et en littérature. Vifs, intelligents, ardents, libéraux, patriotes, les Hongrois aiment particulièrement la France, et il faut avouer qu'on trouve dans leur tempérament beaucoup d'analogie avec le nôtre. Presque tous les médecins de Pesth parlent notre langue et bien que l'allemand ait été pendant de longues années la langue imposée par la conquête, on voit un certain nombre de personnes qui aiment mieux parler le français que l'allemand. C'est qu'en effet, bien qu'il soit attaché à l'empire d'Autriche, le Hongrois n'est et ne veut pas être Allemand, il est madgyar ; il n'a pas d'empereur, mais un roi et son pays a sa constitution propre, indépendante. Quand les jeunes médecins, leurs études terminées à Pesth, vont dans les diverses écoles étrangères compléter leur instruction et observer les procédés de chaque maître, après avoir traversé l'Allemagne et ses universités nombreuses, c'est à Paris qu'ils viennent séjourner avec le plus de plaisir et passer plusieurs mois au milieu de nous. Aussi entendons-nous les anciens nous parler des maîtres de leur temps, et les jeunes nous entretenir des professeurs actuels de l'Ecole de Paris. Pour prouver combien l'on était ici au courant des questions à l'ordre du jour, j'ai dit que le pansement de Lister était mis en pratique à l'hôpital ; il y a plus, un jeune et distingué chirurgien d'Arad, le docteur A. Weiss, vient de publier une observation de trachéotomie faite chez un adulte avec le galvanocautère de Paquelin. On le voit donc, la Hongrie ne reste pas en arrière, il y a plus, elle veut marcher en avant et concourir elle-même au progrès : et, pour bien marquer son caractère national, elle veut publier ses travaux en langue hongroise. Il y a sans doute à Pesth un journal de médecine publié en allemand, mais il y a surtout des journaux écrits en langue hongroise auxquels les mémoires les plus importants sont envoyés de préférence. Tous ceux qui cherchent à se tenir au courant des travaux innombrables publiés de tous les côtés et qui sont déjà obligés de lire l'anglais, l'allemand et l'italien regretteront évidemment cette résolution des savants hongrois; mais qui aurait le courage de blâmer ce peuple viril qui voit ainsi affirmer sa personnalité ?

Buda-Pesth est encore une ville intéressante à un autre point de vue : sur la rive droite du Danube, on trouve des sources d'eaux chaudes et d'eaux sulfureuses : il y a là de grands bains très-fréquentés par le public. Il existe également des sources d'eaux sulfureuses au milieu de l'île Sainte-Marguerite. Dans cette île, un établissement de bains magnifiques a été installé. Elle est située à une petite distance de la ville et des bateaux à vapeur y conduisent en quelques minutes. Remarquable par ses jardins et ses parcs, elle constitue un lieu charmant de promenade. Les baigneurs y jouissent à côté de la grande ville de tous les agréments de la villégiature, et les habitants de la ville eux-mêmes, après les chaudes journées d'été, peuvent aller y goûter le plaisir de respirer un air vif et pur et de dîner sous les grands arbres. Aussi, ne faut-il pas s'étonner si ces soirées délicieuses passées au bord de l'eau, si ces repas où la bière fait enfin place au vin généreux, si ces réunions où les Hongrois portent avec tant de sympathie des toasts à la France libérale, si tout, jusqu'à la musique harmonieuse et bizarre des tziganes, laisse un souvenir ineffaçable dans le cœur des médecins français si chaleureusement accueillis par leurs confrères....

BIBLIOGRAPHIE.

Etude sur le thymus au point de vue de son développement et de sa régression ; par Anna DAHMS, docteur en médecine.

La connaissance des fonctions des glandes vasculaires sanguines est l'une des parties de la physiologie sur laquelle nous ayons le moins de renseignements ; et cependant, leurs rapports avec la circulation nous laisse prévoir toute leur importance dans la formation de l'organisme et dans sa nutrition. Dans ces derniers temps, des recherches nouvelles ont été entreprises sur leur disposition structurale, et peut-être ces études permettront-elles, dans un avenir prochain, de dévoiler leur rôle véritable. La description des ganglions, de la rate, des capsules surrénales a été mise en rapport avec les progrès de l'histologie. Récemment M. Boéchat nous faisait connaître le corps thyroïde. Aujourd'hui, Mme Anna Dahms vient de publier un travail consciencieux sur le thymus.

Après l'exposition de l'anatomie descriptive de cet organe chez l'homme et chez les animaux, Mme A. Dahms essaie de résoudre ces questions importantes : A quelle âge apparaît le thymus chez l'homme ? Quel est le rapport de son accroissement avec celui du corps ? Quand et comment disparait-il ?

Dès le troisième mois de la vie fœtale, le thymus devient visible à l'œil nu. Il augmente, à partir de cette époque, en volume et en poids jusqu'à l'âge de 3 ans environ et cet accroissement est en rapport avec celui du corps ; puis, son volume reste stationnaire. A partir de la puberté, il continue encore à croître en longueur, mais son poids commence visiblement à diminuer, en même temps la quantité de la graisse augmente. Après quarante ans, cet organe n'est plus qu'une masse allongée, aplatie, composée essentiellement de graisse avec quelques fibres de tissu conjonctif, qui adhérent au péricarde.

C'est aux remarquables recherches de Friedleben que l'auteur a emprunté la plupart de ces résultats qu'elle a pu elle-même vérifier pour la plupart.

Mme A. Dahms fait ensuite l'étude de la structure du thymus ; son tissu conjonctif, ses follicules glandulaires, ses vaisseaux et ses nerfs ont été examinés par elle chez l'homme et chez les animaux. On sait que l'on rencontre dans cet orga-

ne de petits corps singuliers, semblables aux globes épidermiques de l'épithélioma, sur lesquels déjà, depuis longtemps, MM. Verneuil et Robin avaient appelé l'attention. Pour M. Ranvier, ce sont des angiolithes, analogues à ceux que l'on rencontre dans les plexus choroïdes. Le dr Alfonassiew, dans un mémoire récent (Arch. de Max Schultze. 1877) croit avoir démontré à l'aide d'examens histologiques et d'injections, que les *corps concentriques*, comme on les appelle, sont développés sur les branches vasculaires. Malgré ces autorités, Mme A. Dahms n'hésite pas à les considérer comme formés par l'inclusion de plusieurs cellules de l'organe sous une même enveloppe à parois très-épaisses.

Comment se développe le thymus? D'après Arnold, Remak, Robin, son point de départ est dans l'invagination du feuillet interne du blastoderme, au niveau de la trachée. « La structure du thymus, dit Mme A. Dahms, ses éléments cellulaires qui présentent une grande analogie avec ceux du tissu conjonctif nous disposent à regarder cet organe comme une dépendance du feuillet moyen; c'est-à-dire qu'il se forme aux dépens du tissu embryonnaire qui entoure les gros vaisseaux du cou, ainsi que déjà Simon l'a vu récemment. »

Frieleben attribue la régression du thymus au rétrécissement de ses artères, à la dégénérescence de ses nerfs et à son envahissement par le tissu conjonctif, dont les éléments deviennent adipeux. Mme A. Dahms explique celle-ci par une dégénérescence graisseuse des éléments glandulaires et, à cet égard, elle appuie son opinion sur des recherches originales assez complètes.

Nous devons en terminant donner des éloges à ce travail réellement scientifique. Signalons aussi les dessins et les courbes d'accroissement du thymus (d'après Friedleben) qui accompagnent cette excellente thèse. H. D.

VARIA

Les médecins et les internes en médecine réservistes

Les réservistes de la classe de 1870, qui doivent être appelés sous les drapeaux pour prendre part à des exercices ou à des manœuvres en 1877, en exécution des prescriptions de la loi du 27 juillet 1872 (article 43) et conformément aux indications du tableau inséré au *Journal officiel* (numéro du 12 août 1876), seront convoqués à cet effet le 20 août courant dans les dix-huit régions de corps d'armée et dans les gouvernements militaires de Paris et de Lyon. Ces hommes seront tous, sauf dans le département de la Seine, convoqués par ordre d'appel individuel. Il seront renvoyés dans leurs foyers, après la période d'instruction, le 10 septembre suivant.

Les réservistes de la classe 1870, qui vont être appelés sous les drapeaux du 20 août au 10 septembre, pour y accomplir une période d'instruction, sont prévenus qu'ils n'auront droit au transport à prix réduit sur les chemins de fer que s'ils partent du lieu de leur résidence *légale*, lequel sera indiqué sur l'ordre d'appel adressé à chacun d'eux.

Tous les hommes qui ne se trouvent pas actuellement au lieu de leur résidence légale devront donc, sans retard, faire régulariser leur position en conséquence, s'ils ne l'ont déjà fait.

Sont seuls dispensés des exercices et manœuvres : 1° Les non-disponibles (1); 2° Les réservistes faisant partie du corps des gardiens de la paix de la ville de Paris ; 3° Les hommes résidant en Algérie et dans les colonies (2).

Les résidants en Algérie pourront d'ailleurs être appelés par le gouverneur à des réunions locales, s'il y a lieu ; 4° Les hommes maintenus régulièrement dans leurs foyers comme soutien de famille, par décision d'un conseil de révision quelconque, et qui n'ont pas été signalés comme ayant perdu leurs droits à la dispense ; 5° Les réservistes fixés ou voyageant à l'étranger (3); 6° Les remplaçants d'hommes de la classe de 1870, à l'exception de ceux qui, par leur âge où leurs services personnels, appartiennent aux classes 1868, 1869 et n'ont pas été convoqués en 1876 (4); 7° Les candidats au grade d'officier, les docteurs en médecine, pharmaciens, vétérinaires qui, régulièrement proposés après examen pour des emplois dans le cadre des officiers de réserve, n'auraient pas encore été nommés ; 8° Les internes des hôpitaux de Paris.

(1) Doivent seuls être considérés comme non-disponibles les réservistes dont les droits à cette situation auront été régulièrement établis avant la date fixée pour leur arrivée à destination. Ceux qui cesseraient d'être non-disponibles, seront appelés avec les réservistes de leur classe.

(2) Ces hommes devront faire sans délai les déclarations exigées à la gendarmerie locale, laquelle en avisera les commandants de recrutement en France et en Algérie.

(3) Ces réservistes pourront d'ailleurs être appelés aux convocations suivantes. Quant aux réservistes de cette catégorie dispensés en 1876 et rentrés en France, ils seront appelés avec les réservistes de la classe de 1870.

(4) Tous les remplaçants appartenant par leur âge à la classe 1870 seront convoqués.

Congrès périodique international des sciences médicales.

5° *Session.* — *Genève* (9 *au* 15 *septembre* 1877).

Règlement. — Art. 1er. Le congrès périodique international des sciences médicales (5e session 1877) s'ouvrira à Genève le dimanche 9 septembre, à une heure, sous les hospices du Haut Conseil fédéral suisse et des autorités du canton et de la ville de Genève.

Art 2. Le congrès sera exclusivement scientifique et durera une semaine, du 9 septembre au 15 septembre inclusivement.

Art. 3. Le congrès se composera : de membres du corps médical, étrangers et nationaux, qui se seront fait inscrire et auront retiré leur carte à cet effet. Ils auront seuls le droit de prendre part aux discussions. Les membres du congrès seront tenus de verser une somme de 20 francs, en échange de laquelle ils recevront un exemplaire du compte-rendu des travaux de la session. Cette somme sera versée par Messieurs les adhérents en même temps qu'ils enverront leur adhésion, par les participants au moment où ils retireront leur carte. Les inscriptions et la distribution des cartes se feront le 8 septembre de midi à cinq heures, le 9 septembre de neuf heures du matin à midi et les autres jours de huit heures à neuf heures du matin dans les locaux du congrès (Université).

Art. 4. Les travaux du congrès se répartiront en sept sections (vide infra).

Art. 5. Au moment où ils retireront leur carte, MM. les membres se feront inscrire dans la section à laquelle ils désireront appartenir. Le comité constituera les bureaux provisoires des sections (un président, trois vice-présidents et deux secrétaires). Les sections éliront leur bureau définitif (un président, trois vice-présidents, deux secrétaires).

Art. 6. Le congrès se réunira deux fois par jour : une première fois pour les travaux des sections, une seconde fois pour ceux de l'assemblée générale.

Art 7. Des rapporteurs désignés d'avance par le comité feront aux sections l'exposé des questions qui leur auront été départies. Cet exposé se terminera, autant que possible, par des conclusions provisoires que les sections examineront dans l'ordre adopté pour les rapports. Ce travail terminé, elles disposeront du temps qui leur restera pour recevoir les communications ressortissant à la spécialité de chacune d'elles et étrangères au programme. Les conclusions adoptées par les sections seront communiquées à l'Assemblée générale.

Art. 8. Les séances de l'assemblée générale sont consacrées : 1° A la communication des procès-verbaux et rapports des sections, et, le cas échéant, à la discussion de ces derniers. 2° A des conférences ou à des communications sur des questions d'intérêt général.

Art. 9. Les membres qui désireront faire une communication sur un sujet étranger aux questions du programme, devront en donner connaissance au comité, quinze jours au moins avant l'ouverture du congrès. Le comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites. Le temps accordé à chaque orateur sera limité à un maximum de 20 m. Cette disposition n'est pas applicable aux rapporteurs qui sont instamment priés de rester autant que possible dans ces limites.

Art. 10. A la première séance le congrès nommera son bureau définitif qui se composera d'un président, de trois vice-présidents effectifs, d'un nombre indéterminé de présidents honoraires, d'un secrétaire général et de deux secrétaires de séances.

Art. 11. Tous les travaux lus au congrès, soit dans les sections, soit devant l'assemblée générale, seront déposés sur le bureau. Le comité d'organisation, qui reprendra ses fonctions après la session pour procéder à la publication des actes du congrès, décidera de l'insertion partielle ou totale ou de la non-insertion de chacun d'eux dans le compte-rendu.

Art. 12. Bien que la langue française soit celle dans laquelle seront conduites les séances, les membres seront également admis à s'exprimer en d'autres langues. Dans ce cas, si le désir en est exprimé, le sens de leurs paroles sera traduit sommairement par l'un des membres présents à la réunion.

Art. 13. Les statuts, programmes et les conclusions des rapports seront publiés en français et en allemand.

Art. 14. Le président dirige les séances et les débats suivant le mode adopté dans les assemblées délibérantes en général. Il arrête les ordres du jour en se concertant avec le bureau.

Art. 15. Les élèves en médecine pourront obtenir des cartes d'entrée gratuites, mais ne pourront être admis à prendre la parole.

Programme : 1re *section.* — Médecine : 1° *Etiologie de la fièvre typhoïde.* dr Ch. Bouchard, médecin des hôpitaux de Paris.

2° *Résumé des observations et travaux sur l'ulcère chronique simple de l'estomac.* dr Lebert, ancien professeur de clinique médicale à Zurich et à Breslau.

3° *Diphthérie, croup, trachéotomie,* dr Revilliod, professeur de clinique médicale à Genève.

4° *Pharmacopée universelle,* M. le professeur Gille, de Bruxelles.

Communications annoncées. — *Affections parasitaires de la peau,* dr

Hardy, professeur de clinique médicale à Paris. — *Inoculabilité des diverses affections cutanées* (ecthyma, impétigo, herpès, pemphigus épidémique des nouveau-nés), dr Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, Paris. — *Diagnostic de la méningite par l'ophthalmoscope,* dr Bouchut, médecin des hôpitaux de Paris.

Deuxième section. — Chirurgie : 1° *De l'ischémie artificielle,* dr Esmarch, professeur de clinique chirurgicale à Kiel.

2° *Influence des traumatismes sur la grossesse et réciproquement,* dr Verneuil, professeur de clinique chirurgicale à Paris.

3° *Traitement de l'ozène,* dr Rouge, ancien chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne.

4° *Galvano-caustique,* dr Julliard, professeur de clinique chirurgicale à Genève.

Communications annoncées. — *Résultats définitifs des résections articulaires,* dr Ollier, chirurgien des hôpitaux, professeur de clinique chirurgicale à Lyon. — *Fistules péniennes,* dr J.-L. Reverdin, chirurgien adjoint de l'hôpital cantonal, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à Genève. — *Barraquements et transports des blessés,* N***.

Troisième section. — Accouchements, gynécologie. 1° *Alimentation des enfants du premier âge,* dr Zweifel, professeur d'obstétrique et de gynécologie à Erlangen.

2° *Emploi des anesthésiques pendant l'accouchement naturel,* dr Piachaud, ancien chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève.

3° *Dysménorrhée membraneuse,* dr Gautier, médecin de l'hôpital Butini à Genève.

Communications annoncées. — *Souffle utérin,* dr Rapin, de Lausanne. — *De la loi d'accroissement des enfants pendant leurs premières années et de ses déviations physiologiques et pathologiques,* dr Odier, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève.

Quatrième section. — Médecine publique. 1° *Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales,* dr Magnan, médecin de l'hôpital Sainte-Anne, à Paris.

2° *Géographie médicale. De la malaria en Europe et dans l'Amérique du Nord,* dr H.-Cl. Lombard, de Genève.

3° *Influence de l'immigration de la population des campagnes dans les villes,* dr Dunant, professeur d'hygiène à Genève.

5° *La tuberculose traitée sur les montagnes et sur la plage méditerranéenne,* dr Thaon, de Nice.

Communications annoncées. — *Influence des adultérations des liqueurs alcooliques sur la santé de ceux qui les fabriquent et les consomment,* dr Guillaume, de Neuchâtel. — *Comment naissent et finissent les épidémies,* professeur Diday, de Lyon. — *De la valeur de l'hydrothérapie dans l'état nerveux et l'anémie. L'hydrothérapie comme médication révulsive,* dr Glatz, médecin à Champel-sur-Arve, Genève.

Cinquième section. — Science biologique. 1° *Caractères physiques de la décharge électrique de la torpille. Analogie de cette décharge avec la contraction musculaire,* dr Marey, professeur au collège de France.

2° *Localisations cérébrales,* dr Broadbent, médecin et professeur à l'hôpital St-Mary, Londres.

3° *De la cause du sommeil,* dr W. Preyer, professeur de physiologie à l'Université d'Iéna.

4° *Fonctions de la rate,* dr M. Schiff, professeur de physiologie à Genève. 5° *Hystologie de l'œuf et rôle du zoosperme dans la fécondation,* dr H. Fol.

6° *Antagonisme physiologique,* dr Prevost, médecin en chef de l'hôpital cantonal, professeur de thérapeutique à Genève.

Communications annoncées.— *Entozoaires de l'homme,* dr C. Vogt, professeur à l'Université de Genève. — *Du sort des tissus implantés dans l'organisme,* dr Zahn, professeur d'anatomie pathologique à Genève. — *Cas d'anomalie de conformation de la main,* dr Boechat, de Fribourg.

Sixième section. — Ophthalmologie, Otologie, etc. *Indications de l'énucléation du globe de l'œil dans ses rapports avec l'ophthalmie sympathique,* dr Warlomont, de Bruxelles.

2° *Etiologie et prophylaxie de la myopie,* dr Haltenhoff, de Genève.

3° *Ténotomie du tensor tympani,* dr Colladon de Genève.

Septième section. — Section d'exposition. Il sera fait, pendant la durée du Congrès une exposition des appareils ou instruments *nouveaux* usités en médecine, en chirurgie, en physiologie, etc. Les objets eux-mêmes devront être envoyés francs de port et de douane à l'adresse suivante : Direction de l'exposition du congrès médical, dr J.-L. Reverdin, place du Lac, Genève.

Ils devront parvenir à la direction avant le 1er septembre prochain. Messieurs les exposants devront faire connaître le plus tôt possible, et en tout cas avant le 16 août, l'espace dont ils ont besoin pour leur exposition et *la nomenclature exacte des objets envoyés.* Les frais d'exposition sont à la charge des exposants.

Renseignements divers. — Messieurs les membres du congrès sont priés de s'adresser, à leur arrivée à Genève, au bureau de renseignements installé à la gare, où ils trouveront tous les renseignements relatifs à l'organisation du congrès, et spécialement à leur logement Ceux d'entre eux qui voudront s'assurer d'avance un logement devront en informer, avant le 1er septembre, M. le secrétaire général. Ils indiqueront la classe d'hôtel où ils désireront descendre et la durée du séjour qu'ils se proposent d'y faire.

MM. les membres iront, en personne, retirer leur carte au secrétariat du congrès (Université) et s'y faire inscrire dans la section ou les sections auxquelles ils désireront appartenir (Art. 3 du règlement). Aucune inscription préalable n'est exigée. Néanmoins le comité prie MM. les membres qui se proposent d'assister à la réunion de vouloir bien, autant que possible, s'annoncer à l'avance.

Des démarches sont faites par le comité pour obtenir une réduction sur le prix du parcours sur les voies ferrées. Pour être au bénéfice de cette réduction, MM. les membres doivent être en possession de leur carte qu'ils devront demander en envoyant le montant de leur cotisation et leur adresse, avant le 31 août, au secrétaire général.

La séance d'ouverture aura lieu le dimanche 9 septembre, à une heure, à l'Université dans l'Aula. Les travaux des sections se tiendront dans les bâtiments de l'Université. MM. les membres du congrès trouveront, dans les bâtiments universitaires, une salle de lecture où ils pourront faire leur correspondance. Ils sont priés de se faire adresser leurs lettres à l'Université : *Congrès des sciences médicales.* Le congrès durera une semaine. Le banquet d'adieu aura lieu le samedi 15 septembre, à six heures du soir.

N.-B. — *Le programme* — dont nous n'avons donné qu'une analyse — *sera envoyé à Messieurs les docteurs qui en adresseront la demande au secrétaire général.*

Le nouvel Hôtel-Dieu.

Après avoir reproduit la lettre adressée par MM. les internes en médecine de l'Hôtel-Dieu à M. le directeur de l'administration de l'assistance publique, la *Tribune médicale* ajoute les réflexions suivantes :

« Est-il besoin de rappeler que l'interne en médecine constitue, dans le personnel hospitalier, attaché en permanence à l'établissement, l'instrument le plus indispensable, car il a pour mission et pour devoir de surveiller constamment le traitement des malades et de parer à toute éventualité médicale et chirurgicale de jour et de nuit ; c'est dire qu'il est en même temps l'instrument le plus intelligent ; et à cet égard on a pu croire avec raison que MM. les internes pouvaient plutôt se passer de lumière que les autres gens de la maison ; mais fallait-il pour cela les priver entièrement de fenêtres et de soleil ? nous en appelons à tout architecte éclairé ; et nous espérons que M. le directeur de l'Administration de l'assistance publique s'empressera de le faire avec vous. »

Un grand nombre de journaux en publiant la lettre de MM. les internes en médecine ont exprimé l'opinion que l'administration ferait droit à leur légitime réclamation. C'est aussi notre avis.,.. quand le temps aura effacé l'ennui d'une publicité qu'elle n'aime guère.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — *Questions relatives à l'enseignement médical.* — Le 17 juillet dernier s'est réuni, en séance ordinaire le conseil supérieur de l'instruction publique, sous la présidence du nouveau ministre. Un certain nombre de questions afférentes à l'organisation de l'enseignement médical ont été soumises à l'appréciation du conseil ; parmi ces questions, nous signalerons les suivantes:

1° Projet de règlement d'administration publique relatif aux études et aux examens de médecine et de pharmacie. 2° Projet de décret relatif à la suppression du stage des agrégés en médecine. 3° Projet d'arrêté modifiant les conditions du concours d'agrégation en médecine. 4° Projet de décret relatif à l'organisation de l'enseignement dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. 5° Projet de décret instituant des cours annexes dans les Facultés de médecine. 6° Projet d'arrêté, modifiant la circonscription des écoles de médecine de Rouen et d'Angers. 7° Faculté de médecine de Lyon, titularisation des chargés de cours.

Ces divers projets ont été renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Dumas, président ; le cardinal archevêque de Paris, vice-président ; l'évêque d'Angers, Martel, Wurtz, Jourdain, Bersot, Nisard, Barth, Bouisson, Chevreul, Faye, auxquels seront adjoints deux délégués de la cour de cassation qui sont à élire. Des bruits étranges ont circulé à propos de la mise à l'étude de quelques-uns de ces projets. Bruit n'est pas réalisation, et nous attendons celle-ci pour y croire. (*Tribune méd.*).

Mortalité a Paris.—1,988,806 habitants (recensement de 1876). Pendant la semaine finissant le 9 août 1877, on a déclaré 907 décès, soit 23,7 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 23; — rougeole, 16; — scarlatine, 1; — variole, 5; — croup, 11 ; — angine couenneuse, 32; — bronchite, 25; — pneumonie, 45; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 30; — choléra nostras, »; — dysentérie, 2; — affections puerpérales, 4; — érysipèle, 3; — autres affections aiguës, 266; — affections chroniques, 374 dont 163 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 36; causes accidentelles, 34.

Société de medecine légale. — Séance du lundi 13 août 1877, à 3 heures précises, au Palais-de-Justice. Ordre du jour : 1° Communication de la commission permanente. Rapport de M. Motet, en réponse à une demande adressée par M. le juge d'instruction de Mirande, sur un cas de responsabilité. — 2° Rapport de la commission chargée d'étudier la question de savoir si les expéditions des consultations données par la Société doivent être soumises au timbre. Rapporteur, M. Emile Horteloup. — 3° Discussion du rapport de M. Ladreit de la Charrière, sur les signes de la mort. — 4° Rapport de MM. Goujon et Legrand du Saulle, sur un cas d'herma-

phrodisme présenté par M. Lutaud. — 5° Discussion du rapport de M. Pénard, sur le tarif des expertises judiciaires. — 6° Communication de M. Billod sur l'aphasie. — 7° Communication de M. Bardy-Delesle sur l'empoisonnement par l'arsenic.

Service médical et pharmaceutique de nuit a Marseille. — Depuis le 1er août un service médical et pharmaceutique de nuit fonctionne dans cette ville. Le médecin recevra pour sa visite un bon d'honoraires de 10 fr., et le pharmacien un bon pour le prix des médicaments délivrés. Ces bons seront payés par la caisse municipale. (*Lyon médical*).

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges. — Par arrêté en date du 3 août courant, des concours s'ouvriront à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, savoir : Le 15 janvier 1878, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie externe, clinique externe et accouchements; le 15 février 1878, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et clinique interne. Le 15 mars 1878, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, histoire naturelle; les registres des inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Hygiène professionnelle. — Les journaux allemands nous apprennent qu'un professeur de l'université de Breslau (Prusse) a été envoyé en

mission en Angleterre, par la chancellerie impériale, pour étudier les dispositions prises en vue de l'hygiène des métiers et fabriques. Le professeur a déjà visité la plupart des villes de fabrique de l'Angleterre. Les maladies étudiées sont surtout la nécrose, résultant du maniement du phosphore, le cancer des ramoneurs, la maladie des os qui atteint les ouvriers travaillant la nacre, et le daltonisme du personnel des chemins de fer, etc. L'examen de ces diverses maladies fera l'objet d'une publication où sera également traité l'état de la législation anglaise sur les fabriques et ateliers. (*Journal officiel.*)

Le doryphora en Allemagne.— On écrit de Berlin, 17 juillet, au *Journal d'Alsace* : Plusieurs indices font craindre que l'invasion du doryphora à Mulheim, ne restera pas un fait isolé, et que presque tout navire venant d'Amérique, est dans le cas d'importer ce dangereux ennemi des pommes de terre. En effet, ces jours derniers, lors du déchargement d'un vapeur à Hambourg, on a trouvé des exemplaires de cet insecte dans une caisse d'oignons. Par suite de cette découverte on redouble de surveillance à l'égard de tous les navires entrant dans tous les ports, et tous les objets qu'on soupçonne pouvoir receler le doryphora sont soumis à un procédé de désinfection. Des affiches représentant les larves et les œufs de cet insecte sont imprimées par milliers et distribuées aux populations des campagnes. (*Journal officiel.*)

Peste bovine en Angleterre. — La peste bovine, dont on avait annoncé la disparition le mois dernier, vient de reparaître brusquement en Angleterre. Le fléau a éclaté sur deux points différents : à Brighton, où il a fait neuf victimes dans la même étable, et dans deux quartiers de Londres, à Bethnath-Green et à Mille-End. Des mesures ont été prises pour empêcher la circulation du bétail dans le rayon des endroits où l'épizootie exerce ses ravages. (*Journal officiel.*)

Librairie E. PLON, rue Garancière.

Woillez. — L'homme et la science au temps présent. Paris, 1877, vol. in-12 de 324 pages.

Baraduc (H.-F.). Des varices vésicales en rapport avec les hémorrhoïdes, Paris, 1877, imp. Parent, in-8 de 14 pages.

Baraduc (H.-S.) Des indications dans le traitement de l'attaque de l'hémorrhagie cérébrale. Paris, 1877, imp. Parent, in-8 de 54 pages.

Nivelet. La goutte articulaire, sa cause essentielle ou pathogénique, ses crises prédisposantes et occasionnelles, son traitement. Commercy, 1877, imp. Cabasse, in-18. 1 fr. 50.

Association française pour l'avancement des sciences. Compte-rendu de la 5e session. (Clermont-Ferrand, 1876). Paris, 1877. Au secrétariat de l'association, 76, rue de Rennes. Un très-fort vol. in-8 de 1,200 pages avec 24 planches et cartes.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 33. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 18 AOUT 1877.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne;

Par **E. MONOD** et **Ed. BRISSAUD**, internes des hôpitaux (1).

Observation II. — *Tumeur congénitale de la région sacro-coccygienne chez une femme de 21 ans. Extirpation. Guérison.* (Hôpital des Cliniques, service de M. le professeur Broca).

X..., âgée de 21 ans, est d'une bonne bonne constitution; elle n'a jamais eu de maladie grave. Elle est très-bien réglée. A sa naissance, elle portait au coccyx une petite tumeur de la grosseur d'une amande. On la conduisit à la consultation de l'hôpital Beaujon; mais le père et la mère de cette jeune fille étant morts, ainsi que la sage-femme qui a présidé à sa naissance, nous ne pouvons avoir de renseignements bien authentiques sur les caractères primitifs de la tumeur. Pourtant la grand'mère de la malade vit encore, et nous tenons de cette personne, que dans la première année, la tumeur ne présentait aucune ouverture. Il fut décidé qu'on ne tenterait pas d'opération; on abandonna même toute idée d'intervention ultérieure, et l'enfant se développa régulièrement sans accidents d'aucune sorte.

Vers l'âge de quatre ou cinq ans, commencèrent à se produire quelques douleurs. Un médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie aurait déclaré, à cette époque, qu'ayant fait une ouverture dans la tumeur, il en était sorti une certaine quantité de sang mélangé de pus. Depuis lors, l'ouverture ne se serait jamais cicatrisée. Effectivement, il existe aujourd'hui, à la partie inférieure, une ouverture parfaitement limitée, de laquelle s'écoule encore, de temps en temps, une matière purulente. Au dire de la grand'mère, les parents n'auraient eu connaissance que d'une seule ouverture, mais en examinant attentivement la tumeur, nous en avons trouvé une seconde, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

A l'âge de neuf ans, la tumeur n'avait pas augmenté de volume; mais, à dater de cette époque, elle commença à prendre de l'accroissement : à l'âge de seize ans, elle avait atteint près de la moitié de son volume actuel. Enfin, depuis ce moment, elle n'a pas cessé de grossir. A deux reprises différentes, on a demandé conseil aux médecins de Sainte-Eugénie et de Beaujon; toujours ils engagèrent la grand'mère de la jeune fille à ne pas la faire opérer. Mais, dans ces derniers temps, les rapides progrès de la tumeur ont alarmé cette malade et elle s'est décidée à se présenter à l'hôpital pour s'en faire débarrasser.

Etat actuel. La tumeur est située à la partie inférieure de la région sacro-vertébrale; elle remonte un peu au-dessus du sacrum et descend, par sa partie inférieure, au-dessous du coccyx jusqu'au pli fessier. Il ne semble pas qu'il y ait d'adhérence au squelette. Dans son ensemble, elle est piriforme, pédiculée, mobile, et sa base d'implantation, qui a cinq centimètres de largeur, s'étend jusqu'à la partie supérieure du coccyx; mais comme elle siége sur la ligne médiane, il faut, pour arriver à sentir le coccyx, repousser et renverser la masse de la tumeur sur l'un des côtés, et plus spécialement du côté droit. D'ailleurs, lorsqu'on introduit l'indicateur dans le rectum, on constate que le coccyx a conservé sa forme et ses rapports normaux. Cette situation de la tumeur et l'accroissement notable qu'elle a pris depuis quelques années, sont une cause de gène continuelle; la malade ne peut rester quelque temps assise sans éprouver des douleurs assez vives. L'ensemble de la tumeur présente une certaine analogie de forme, de couleur, de volume avec le scrotum. La peau est pigmentée, elle est plissée transversalement; sur certains points, elle est mince et sensible; sur d'autres points, elle est plus épaisse et surtout plus raide (*Fig. 62*).

(1) Voir le n° 32.

Dans les premiers temps du séjour à l'hôpital, la consistance était un peu différente de celle qu'on constate aujourd'hui. En effet, on avait manifestement affaire à une poche renfermant une certaine quantité de liquide. Ce liquide, de nature purulente, s'est écoulé depuis quelques jours à travers l'ouverture dont nous avons parlé. A l'heure qu'il est, la tumeur qui est kystique est molle et élastique. A la partie inférieure et antérieure se trouve une petite ouverture analogue au méat urinaire de l'homme; cette ouverture dont nous n'avons encore rien dit, devient ronde quand on la dilate avec une sonde, mais elle reprend sa forme ovale quand on retire l'instrument. Elle donne accès dans une cavité d'où s'écoulent, de temps en temps, quelques gouttes de liquide.

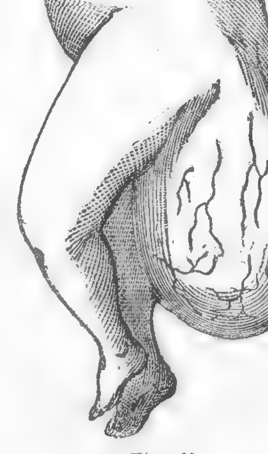


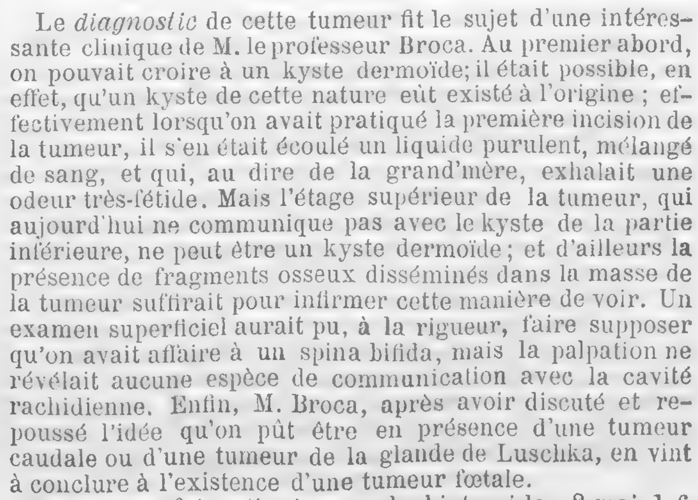
Fig. 62

A 7 ou 8 centimètres au-dessus de cette ouverture, il en existe une autre, incomplétement cicatrisée, qui paraît être l'ouverture artificielle, pratiquée par le chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Ce qui explique qu'on ait ignoré l'existence de la première ouverture, c'est que celle-ci est située à la partie antérieure de la tumeur, dont il faut soulever la masse tout entière pour arriver à l'apercevoir. Ajoutons enfin que cette ouverture présente tous les caractères d'un orifice congénital.

Sur le côté gauche, vers la fesse gauche, et au-dessus de la cavité dont il vient d'être question, on sent une masse régulière qu'on peut faire basculer et qui semble de nature osseuse. Sur le côté droit, on sent également un petit noyau de consistance cartilagineuse ou osseuse. Mais ces masses résistantes sont certainement indépendantes du squelette.

En somme, la tumeur présente deux étages bien déterminés : 1° un étage inférieur représenté par une poche kystique ne communiquant pas avec l'étage supérieur, mais s'ouvrant à la surface cutanée, par un orifice, un méat naturel situé à la face antérieure de cette sorte de scrotum; 2° un étage supérieur plus résistant, légèrement fluctuant lui-même, et dans lequel on constate la présence de noyaux osseux.



Le *diagnostic* de cette tumeur fit le sujet d'une intéressante clinique de M. le professeur Broca. Au premier abord, on pouvait croire à un kyste dermoïde; il était possible, en effet, qu'un kyste de cette nature eût existé à l'origine; effectivement lorsqu'on avait pratiqué la première incision de la tumeur, il s'en était écoulé un liquide purulent, mélangé de sang, et qui, au dire de la grand'mère, exhalait une odeur très-fétide. Mais l'étage supérieur de la tumeur, qui aujourd'hui ne communique pas avec le kyste de la partie inférieure, ne peut être un kyste dermoïde; et d'ailleurs la présence de fragments osseux disséminés dans la masse de la tumeur suffirait pour infirmer cette manière de voir. Un examen superficiel aurait pu, à la rigueur, faire supposer qu'on avait affaire à un spina bifida, mais la palpation ne révélait aucune espèce de communication avec la cavité rachidienne. Enfin, M. Broca, après avoir discuté et repoussé l'idée qu'on pût être en présence d'une tumeur caudale ou d'une tumeur de la glande de Luschka, en vint à conclure à l'existence d'une tumeur fœtale.

La tumeur fut extirpée avec le bistouri le 8 mai 1 6

Après avoir fait une incision circulaire embrassant la base de la tumeur, M. Broca disséqua couche par couche tout ce qui semblait en faire partie. Cette dissection, d'ailleurs assez facile, permit d'isoler dans la masse morbide, vers les couches les plus excentriques, deux, puis trois fragments d'apparence osseuse ; un quatrième noyau osseux était articulé sur la partie latérale gauche du sacrum. M. Broca préféra ne pas l'exciser. En continuant cette dissection, on arriva au plan des vertèbres. Une artère dirigée d'avant en arrière sortait du bassin vers le bord du petit os dont il vient d'être question. Ce vaisseau fut le seul qui saignât d'une manière notable ; il fallut le lier. Il provenait sans doute de l'artère sacrée moyenne et paraissait, en raison de son importance, représenter l'artère nourricière de la tumeur. Au reste, l'opération ne présenta aucune particularité digne d'être signalée. On appliqua un pansement à l'alcool ; la cicatrisation s'effectua rapidement ; les deux lèvres de la plaie, qui d'abord étaient notablement écartées l'une de l'autre, furent rapprochées au moyen de la suture sèche. Jamais la malade n'éprouva le moindre accident fébrile. Elle sortit parfaitement guérie vers le milieu du mois de juillet.

Examen de la tumeur. La partie la plus volumineuse de la tumeur se trouvait dans une sorte de scrotum qui, vers les derniers temps, s'était enflammé et était devenu douloureux. Cette partie la plus inférieure consistait en une cavité kystique qui donnait issue à un liquide blanc, visqueux, et un peu analogue à la synovie, à travers un orifice fistuleux situé à la partie la plus déclive. L'écoulement de ce liquide datait déjà de quelque temps lorsque la malade se présenta à l'hôpital ; mais, pendant les dernières semaines, il avait été sécrété en quantité plus abondante, de telle sorte que l'orifice s'était oblitéré ; pour une raison qui n'a pas été bien éclaircie, la poche s'était considérablement distendue. Cependant la communication entre ce kyste et la surface cutanée n'avait pas été définitivement interrompue ; le liquide fit un jour irruption à l'extérieur, et la poche s'étant vidée, la paroi d'apparence scrotale qui la recouvrait, présenta une dépression assez profonde. Le kyste dont il s'agit était tapissé par une membrane muqueuse lisse et rosée, aboutissant par un trajet très-court, à l'orifice en forme de méat qui a été signalé plus haut. Il est possible que cette cavité ait constitué autrefois la poche d'un kyste dermoïde. Au-dessus et en arrière de ce kyste qui, en tout cas, paraît avoir suppuré, on trouve un grand nombre de kystes disséminés au milieu d un tissus assez dense. Le tissu, examiné au microscope, était formé d'éléments fibro-plastiques et de cellules embryonnaires en grande abondance, mêlés à une certaine quantité de vésicules adipeuses.

Les kystes épars, au milieu du tissu, étaient de diverses grandeurs : deux d'entre eux, régulièrement sphériques, présentaient un volume beaucoup plus considérable que tous les autres. L'un était situé à gauche, c'était le plus considérable, l'autre occupait le côté droit, et était un peu plus profond que le précédent. En ouvrant une de ces poches, on vit s'écouler un liquide gélatineux, rempli de cellules d'épithélium pavimenteux. Après l'écoulement du liquide, on s'aperçut que le fond du kyste était constitué par une paroi résistante, osseuse en apparence, et présentant, à peu de chose près, la configuration d'un os hyoïde. L'examen microscopique confirma la nature osseuse de ce fragment solide qui formait la paroi profonde de la poche ; il était en outre revêtu par une couche périostique parfaitement nette. Plus loin, la lame osseuse dont il s'agit se terminait par une sorte de membrane fibro-cartilagineuse.

Dans les poches voisines on trouva un liquide tantôt clair, tantôt foncé, épais, opaque, noirâtre ou violacé, contenant quelquefois des globules de pus, quelquefois des cellules épithéliales, entre autres des cellules à cils vibratiles, enfin des noyaux osseux ou cartilagineux. Les masses osseuses étaient au nombre de sept. Pendant l'opération, on n'en avait pu découvrir que quatre seulement. Elles n'étaient pas toutes renfermées dans les cavités kystiques.

Nous en avons déjà signalé une qui formait une partie de la paroi d'un kyste. D'autres étaient enclavées dans le tissu embryonnaire qui constituait la gangue de la tumeur, et n'en étaient séparées que par une mince enveloppe fibreuse rappelant absolument la membrane périostique. Nous avons aussi examiné au microscope la paroi de plusieurs kystes. Ces parois représentaient de véritables membranes muqueuses : tapissées à leur partie superficielle par une couche d'épithélium à cils vibratiles ; elles possédaient un chorion assez épais muni d'éminences papillaires assez larges, traversé par des capillaires extrêmement nombreux. Ce chorion adhérait à une couche de fibres musculaires lisses parfaitement nettes mais disséminées sans beaucoup d'ordre dans toutes les directions. Enfin, dans la partie superficielle de cette couche musculaire, on apercevait les sections transversales de tubes probablement glandulaires, remplis par de grosses cellules épithéliales cubiques.

Réflexions. — Les conclusions qui terminent la note de M. Chambard relativement à notre observation I tendent, on l'a vu, à séparer la tumeur qui en fait l'objet des inclusions fœtales. Telle serait également l'opinion de M. Malassez qui a examiné les préparations.

Nous voyons cependant rangés, sous cette dénomination, un certain nombre de néoplasmes dont la description se rapproche singulièrement de celles qu'on vient de lire. M. Duplay, dans le travail que nous avons déjà cité, incline à penser que bon nombre de ces tumeurs, désignées sous le nom de cystômes, cysto-sarcômes, etc., et dans la structure desquelles on signale l'existence de tissu embryo-plastique doivent être rangées dans la classe des inclusions fœtales. Nous le répétons, il manque à la plupart des observations de ce genre le seul critérium acceptable en pareille matière, un examen histologique. Il y aurait peu de profit, pensons-nous, à les discuter rétrospectivement et à risquer à leur sujet des interprétations qui ne reposeraient pas sur des données suffisantes. Nous ferons cependant une remarque : en analysant toutes les observations publiées jusqu'à ce jour sous le titre d'inclusions fœtales, nous trouvons des tumeurs formées par une réunion de parties liquides et solides et qu'on peut ranger en deux groupes : Les unes renferment des éléments de tissus qu'il n'est pas ordinaire de voir réunis dans la constitution des formes vulgaires de tumeurs kystiques (éléments épithéliaux, cartilagineux, osseux ou musculaires) ; les autres sont constitués encore par les mêmes éléments, mais, cette fois, groupés systématiquement de manière à figurer des organes complétement développés. C'est dans cette variété de tumeurs qu'on rencontre le plus souvent des poils ou des dents. On en a vu aussi qui renfermaient des parties complètes du corps humain, comme des rudiments de squelette, des masses intestinales, de la substance cérébrale, ou encore un bras, une jambe, un pied, une main, isolés ou réunis.

Dans cette dernière catégorie la présence d'organes parfaitement constitués tels que des dents ou des poils révèlent la préexistence indubitable d'un germe (bulbe pileux, bulbe dentaire). Peu nous importe d'ailleurs les modes de développement de ce germe, c'est-à-dire les différents processus qu'on a désignés sous les noms d'*intussusception*, *inclusion*, *introrsion*, etc. Nous n'avons pas à rentrer, en effet, dans la discussion de la théorie de Lebert sur l'hétérotopie, théorie que M. Verneuil a suffisamment réfutée dans son mémoire, en ce qui concerne les tumeurs congénitales.

Dans le premier groupe, au contraire, nous ne voyons que des productions de tissus différents et épars, plus ou moins développés, ne rappelant en rien la conformation d'un organe et n'autorisant pas, par conséquent, à *affirmer* qu'ils soient le résultat de l'évolution d'un véritable germe. C'est là que nous paraît résider la différence fondamentale des tumeurs par inclusion manifeste pour tout le monde et de ces tumeurs de nature douteuse dont l'interprétation fait l'objet des dissidences actuelles. Ainsi, nous voyons MM. Cornil et Ranvier considérer ces dernières productions comme des bourgeons embryonnaires « qui végètent à la surface d'un être en voie de développement

et qui participent de la propriété que possède à cet âge le tissu embryonnaire de former tous les autres tissus organiques (1). »

Les faits de cet ordre sont encore trop peu connus pour qu'il soit possible de dire où commence exactement l'inclusion et dans quelles limites précises il convient de la restreindre. Nous ferons seulement observer qu'entre les faits anatomiques d'inclusion fœtale évidente et de tumeurs kystiques désignées sous le nom de tumeurs mixtes, il est difficile de ne pas reconnaître l'existence d'analogies frappantes. Et d'abord relativement à leur siége, n'ont-elles pas les unes et les autres une prédilection marquée pour la région sacro-coccygienne, le testicule ou l'ovaire? De plus, au point de vue de leur caractère général, ces deux sortes de tumeurs sont des tumeurs kystiques; que ces kystes renferment ou non des parties fœtales, le tissu intermédiaire à leurs cavités est constitué par des éléments fibro-plastiques ou par du tissu embryonnaire. Si enfin nous considérons la nature des parties incluses, nous ne voyons pas qu'il y ait lieu d'établir une ligne de démarcation bien rigoureuse. En effet, s'il y a des cas où l'existence de la tumeur fœtale est absolument indiscutable, nous avons vu qu'il en existe beaucoup d'autres sur la nature desquels le doute est permis. Il semble ressortir de la plupart des observations, que la caractéristique de l'inclusion consiste dans la présence de fragments de squelette bien déterminés. Or si nous prenons l'observation célèbre de Velpeau relative à un cas-type d'inclusion fœtale, nous voyons qu'à côté de certaines pièces de squelettes « appartenant incontestablement à de véritables os et non à des productions accidentelles » on rencontrait « des fragments d'os indéterminés (2). » Ne serait-il pas raisonnable d'attribuer la même origine à des tumeurs congénitales identiques aux précédentes par leur siége, leurs caractères extérieurs et leur nature kystique, et n'en différant que parce qu'elles renferment seulement des fragments osseux ou cartilagineux indéterminés? Dans certains cas l'existence d'un véritable périoste, comme dans notre seconde observation, semblerait confirmer qu'on a réellement affaire à un os proprement dit quoique d'une configuration indécise. Si, dans une autre tumeur encore presque identique à la précédente, comme dans l'observation n° 1, on ne trouve, au lieu de noyaux osseux, que des éléments de cartilage épars ou agglomérés, serait-il impossible d'admettre que nous soyons encore en présence d'un même processus, mais envisagé à une période plus jeune de son développement?

Le même rapprochement pourrait être établi dans nos deux observations entre les modes de structure des parois kystiques : dans la seconde, ces parois étaient constituées par une muqueuse parfaitement développée (chorion papillaire tapissé de cellules épithéliales à cils vibratiles et reposant sur une couche de fibres musculaires lisses). Dans la première, des membranes évidemment de même nature et formant les parois de kystes analogues paraissent répondre à une période de développement moins avancé; elles n'étaient composées en effet que de tissu conjonctif renfermant des amas d'éléments embryonnaires, et tapissé pourtant par le même revêtement épithelial.

Il serait peut-être superflu, dans l'état actuel de nos connaissances, de pousser plus loin cette analyse. Qu'il nous suffise d'avoir posé une question que l'embryogénie, secondée par les hasards heureux de la clinique, tranchera sans doute dans un avenir plus ou moins éloigné. Disons toutefois en terminant que, sans exprimer une opinion formelle dans un sens ou dans l'autre, nous avons une certaine tendance à admettre que les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, depuis les inclusions manifestes jusqu'aux variétés décrites sous le nom de tumeurs mixtes, forment une série continue, une sorte de gradation, sans ligne de démarcation bien nettement établie, et dont les caractères s'accusent par de simples différences de plus ou de moins.

(1) Cornil et Ranvier, t. I, p. 313.
(2) Verneuil. — *Archives de Médecine*, 1855, 5e série, t. V, p. 657.

Indications bibliographiques (1).

HIMLY. — *Geschichte des Fœtus in Fœtu.* Hannover, 1831.

WERNHER. — *Die angebornen Cysten Hygroma.* Giessen, 1843.

VELING. — *Essai sur les tumeurs enkystées de l'extrémité inférieure du tronc fœtal.* Thèse de Strasbourg, 1846.

LOTZBECK.—*Die angebornen Geschwülste der hintern Kreuzbeingegend.* München, 1858.

PERRIN. — *De la glande coccygienne et des tumeurs dont elle peut être le siége.* Thèse de Strasbourg, 1860.

BRAUNE. — *Die Doppelbindungen und angebornen Geschwülste der Kreuzbeingegend.* Leipzig, 1862.

CONSTANTIN PAUL.— *De l'inclusion fœtale située dans la région sacro-périnéale.* (*Archives générales de médecine* 5e série, t. XIX et t. XX, 1862).

DEPAUL. — *Tumeur périnéale d'un nouveau-né.* (*Bulletin de la Société de chirurgie*). Séance du 3 juillet 1867.

— *Tumeur congénitale adhérente à la partie supérieure du coccyx.* (*Bulletins de l'Académie de médecine*), séance du 27 avril 1869, et *Bulletins de la Société de chirurgie*, séance du 12 mai 1869).

MOLK. — *Des tumeurs congénitales de l'extrémité inférieure du tronc.* Thèse de Strasbourg, 1868.

DUPLAY. — *Revue critique sur les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.* (*Archives générales de médecine*),6e série, t. XII, 1868).

HOLMES. — *Thérapeutique chirurgicale des maladies de l'enfance.* Traduction française, 1re partie, p. 15 et suiv.

BUMAN. — *Relation de deux observations pour servir à l'histoire des tumeurs congénitales de la région ano-coccygienne.* (*Revue des Sciences médicales*, 1873, t. I, p. 884).

DESOYRE. — *Archives de Tocologie*, p. 156. Relation de trois observations de tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.

THÉRAPEUTIQUE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Compte rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, concernant l'épilepsie;

Par **BOURNEVILLE.**

I. Du bromure de zinc (2).

OBSERVATION II. — *Convulsions à 15 mois. — Vertiges à 5 ans et demi. — Epistaxis, disparition des vertiges. — Cessation des épistaxis, retour des vertiges. — Accès à 10 ans et demi.— Modification des accès de 11 à 16 ans. — Marche de la maladie (1871-1875). — Description d'un accès. — Traitement par le sulfate de cuivre ammoniacal pendant 17 mois. — Amélioration momentanée. — Traitement par le bromure de zinc.*

Vug..., Léontine, 23 ans, est entrée le 28 octobre 1867 à la Salpêtrière. Nous avons rapporté naguère son observation tout au long (3) jusqu'à la date du 1er mars 1875. A cette époque, elle avait pris 123 grammes de *sulfate de cuivre ammoniacal* et ce médicament ayant paru amener une diminution dans le nombre des accès et des vertiges, on le continua jusqu'au 1er août 1875. La dose de sulfate de cuivre donnée à la malade s'élevait alors à 168 grammes. Nous avons dû supprimer le médicament, parce que les accès qui avaient diminué en 1874, étaient redevenus plus fréquents : ainsi en 7 mois (janv.-juillet 1875) V.... avait eu 64 accès et 24 vertiges tandis que dans les 12 mois de 1874, on n'avait compté que 84 accès et 37 vertiges.

1875. 15 *août.* — Poids 56 kilogr. 2 pilules de 0 gr. 05 de bromure de zinc. — 26 *août* : 2 pil. de 0 gr. 10. Tendance à la constipation. — 30 *août* : 2 pil. de 0 gr. 15.

1er *septembre* : 3 pil. de 0 gr. 15. — 10 *sept.* : 4 pil. — 15 *sept.* 5 pil., soit 0 gr. 75.

(1) Nous n'avons pas voulu réunir dans cet index tous les ouvrages qui traitent des tumeurs congénitales. Nous citons seulement les principaux travaux relatifs aux tumeurs de la région sacro-coccygienne.

(2) Voir le n° 32.

(3) Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie*, p. 24 et *Progrès médical*, 1874, p. 485.

21 *novembre* : 6 pil., 0 gr. 90. — 27 *nov.* : *accès d'épilepsie.* Pendant la période de stertor : T. V. 38°,5; une heure après : T. V. 38°,2 ; une heure et demie après : T. V. 38° (1).

15 *décembre.* — V... a pris régulièrement ses pilules sans que l'on ait noté quoi que ce soit de particulier : ni vomissements, ni diarrhée, etc. Poids : 56 kilogr., — 7 pil. de 0 gr. 15.

1876. 9 *janvier* : 8 pil. de 0 gr. 20 : 1 gr. 60

6 *mars* : 10 pil. de 0 gr. 20 : 2 gr.

3 *avril* : Amygdalite folliculeuse. — Aux *pilules*, nous substituons le *sirop* : 4 cuillerées à soupe : 2 gr. — 12 *avril* : 5 cuillerées. — 30 *mai* : On suspend le *bromure de zinc* dont la malade a pris, en 9 mois et demi, 320 grammes environ.

15 *septembre* : 2 cuillerées de *sirop de bromure de zinc.* — 20 *sept.* : 3 cuillerées. — 1er *octobre* : 5 cuillerées.

1877. 25 *janvier.* — La malade a continué le médicament sans inconvénient. Comme elle offre aujourd'hui les symptômes d'un embarras gastrique, nous suspendons le sirop. — Eau de Sedlitz.

1er *février* : 3 cuillerées de sirop.

3 *avril* : Après un accès (période de stertor) : T. V. 38°,2.

31 *juillet* : 4 cuillerées de sirop. — 5 *août :* 5 cuillerées ; 10 *août* : 6 cuillerées = 3 grammes.

Du 15 septembre 1876 au 31 juillet 1877, V... a pris 470 gr. de bromure de zinc.

Avant d'examiner les effets produits par le traitement, nous devons compléter l'observation de cette malade. Jusqu'en février 1874, on n'avait constaté, chez elle, que des *accès* et des *vertiges* épileptiques ; à cette époque, l'épilepsie s'est compliquée de crises qui nous paraissent devoir être rapportées à l'*hystérie.* Ces crises, désignées dans le service sous le nom de *crises extatiques*, ont les caractères suivants :

« Au moment où nous arrivions dans la salle (17 avril 1877), nous voyons V..., qui était assise sur une chaise, se lever, puis s'incliner vers le sol en bousculant son siége, et sans pousser de cri (2) ; dans sa chute qui s'effectue lentement, les bras se mettent en croix. Une fois par terre on observe l'attitude que nous avons décrite ailleurs sous le nom de *crucifiement* (3).

La tête est droite, dans l'extension; la face, modérément colorée, regarde directement en haut. Les paupières sont animées de battements rapides ; les globes oculaires sont portés en haut, les pupilles dilatées ; la bouche est presque fermée. La respiration est fréquente. Le cou est tendu, gonflé.

« Les bras sont en croix, la main est légèrement inclinée sur le poignet ; les doigts sont un peu infléchis. Les jambes sont allongées et rapprochées. Tout le corps (cou, tronc, et membres) est rigide.

« Au bout d'une minute environ, la respiration semble se suspendre ; les paupières sont largement ouvertes, immobiles de même que le reste du corps ; l'œil est humide, brillant. Les yeux sont dirigés en haut et à gauche. On entend quelques mouvements bruyants de déglutition.

« Une ou deux minutes plus tard, les paupières s'abaissent Nous plaçons le bras droit en l'air; il conserve cette position pendant une minute, puis retombe et s'applique le long du corps. Simultanément, le bras gauche prend une attitude analogue. L'un et l'autre sont encore raides ; les jambes sont souples. La tête se porte à droite. Bientôt, la malade revient à elle, cause et paraît ne rien éprouver d'extraordinaire. Durée totale de la crise 7 à 8 minutes. T. V. 37°. »

Il n'y a aucun trouble des *sens spéciaux* chez V... Elle sent bien et au même degré des deux côtés, le contact, le pincement, la piqûre. Le *froid* et la *chaleur* sont moins bien perçus sur la moitié gauche du corps que sur la droite. La différence nous paraît réelle, car, dans diverses explorations, ses réponses n'ont pas varié. Point d'hyperesthésie ovarienne.

Cette malade a été soumise à deux reprises, séparées par un repos de trois mois et demi, à un traitement par le bromure de zinc. En tout, elle a absorbé 790 gr. de ce médicament. Voyons maintenant les résultats. Les accès et les vertiges dans les six dernières années ont eu la marche suivante :

Années.	Accès.	Vertiges.	Années.	Accès.	Vertiges.	Extases.
1871	78	29	1874	84	31	4
1872	94	29	1875	93	41	18
1873	106	91	1876	76	47	1

Si nous comparons la période correspondant au traitement avec une période antérieure égale, nous obtenons les chiffres ci-après :

	Accès.	Vertiges.	Extases.
Du 1er août 1873 au 1er août 1875....	197	80	8
Du 1er août 1875 au 1er août 1877...	149	93	40

Il ressort des chiffres qui précèdent que les *accès* ont diminué, mais que les *vertiges* ont un peu augmenté (7 par an). Or, quand V... prenait du *sulfate de cuivre ammoniacal*, l'amélioration avait porté plus fortement sur les vertiges que sur les accès. Cette particularité relevée, nous devons insister sur un autre point. En regardant le nombre des accès et des vertiges de 1871 à 1877, on voit que la maladie qui semblait s'aggraver progressivement (1871-1873), a plutôt diminué sous l'influence des deux traitements (1874-1876). Il est vrai que nous avons vu se produire, chez cette jeune fille, des accidents qui relèvent de l'hystérie, mais cette complication, au moins jusqu'à ce jour, n'offre pas une gravité sérieuse.

Avant de relater une autre observation, nous croyons utile de mettre en relief deux des différences qui distinguent, dans ce cas, l'*accès* d'épilepsie de l'*attaque* d'hystérie : 1° Quand l'attaque hystérique est finie, V... se relève sans accuser le moindre malaise, tandis que, après les grands accès épileptiques, elle est hébétée, se plaint de douleurs de tête et reste couchée durant un temps plus ou moins long ; 2° Après les attaques, la température demeure normale (37°), tandis que, après les accès, elle dépasse 38°.

OBSERVATION III. — *Père sujet à des migraines. — Grand'mère et tante paternelles hystériques. — Deux sœurs ont eu des convulsions dans l'enfance.*

Cou... E. R., âgée actuellement de 26 ans, (service de M. CHARCOT). — Convulsions de 8 mois à 4 ans 1/2. — De 4 ans 1/2 à 16 ans 1/2, vertiges légers. — A 16 ans 1/2, peur suivie d'accès épileptiques.

1875. 16 *octobre*: 1 pilule de 0 gr. 15 de *bromure de zinc.* — 28 *décembre* : 2 pilules de 0 gr. 10.

1876. 10 *janvier*: 2 pilules de 0 gr. 20. — 7 *mars*: 3 pilules de 0 gr. 20.

20 *mars*: 2 cuillerées de sirop = 1 gr. — 20 *avril*: 3 cuillerées. — 1er *septembre* : 4 cuillerées = 2 grammes.

1877. 30 *juin.* — Le traitement a été continué sans phénomènes particuliers, d'une façon assez régulière, si ce n'est durant les périodes de *délire consécutif aux accès.* Sa durée a été de vingt mois. La dose *approximative* — en raison des suspensions correspondant aux périodes de délire — est de 800 grammes. Voici quelle a été la marche de la maladie :

Années.	Accès.	Vertiges.
1873......	102......	«
1874......	87......	«
1875......	63......	«
1876......	59......	19

Du 1er janvier au 30 juin 1877, 61 accès et 90 vertiges.

Depuis le début du traitement jusqu'au 1er janvier 1877, le bromure de zinc a exercé une action favorable car le nombre des accès qui était de 102 en 1873, était descendu à 63 en 1875, et à 57 en 1876. Toutefois, contrairement à ce qu'on avait noté jusqu'alors chez cette malade, on a vu survenir des vertiges. De telle sorte que si le bromure de zinc a atténué le nombre des accès, il a déterminé des vertiges (19), à moins qu'il ne s'agisse là que d'une simple coïncidence. Continué durant le premier semestre de 1877, le médicament n'a plus exercé d'action sur les

(1) On voit que ces chiffres justifient les idées émises par nous sur l'élévation de la *température* qui se produit sous l'influence des accès d'épilepsie. Cette élévation thermométrique, comme nous l'avons déjà dit, pourrait servir à reconnaître la *simulation.*

(2) Quelquefois en se levant, V..., pousse un cri prolongé.

(3) *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. I, p. 41.

accès qui se sont montrés aussi fréquents que par le passé. On voit donc, par les chiffres que nous venons d'indiquer, combien il est difficile de se former une idée des effets du bromure de zinc chez cette malade. Nous dirons, en terminant, que, depuis l'apparition des vertiges, les facultés intellectuelles, déjà profondément atteintes, ont diminué encore, et cela avec une rapidité inquiétante. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le nouvel Hôtel-Dieu au Conseil municipal

Dans la séance du 7 août du Conseil municipal, les deux Hôtel-Dieu ont été l'objet d'un incident occasionné par les questions adressées par nous à M. le Préfet de la Seine. Nous en empruntons le compte-rendu aux procès-verbaux du Conseil :

Messieurs,

Je désire appeler votre attention sur ce qui se passe à l'ancien et au nouvel Hôtel-Dieu, et dans ce but je pense utile de poser quelques questions à M. le Préfet, persuadé qu'il s'empressera de nous renseigner. Voici ces questions :

A qui incombe la responsabilité du déménagement précipité qui est en voie d'opération depuis huit jours à l'ancien Hôtel-Dieu ?

Toutes les précautions commandées par l'hygiène ont-elles été prises ?

Pourquoi a-t-on transporté des malades dans le nouvel Hôtel-Dieu, alors que ni les conduites d'eau, ni les conduites de gaz n'étaient posées, que les fosses d'aisances n'étaient pas installées, que ni la pharmacie, ni les offices des salles, ni le service des bains, ni la cuisine ne fonctionnent encore ?

Pourquoi a-t-on placé des malades qui ont besoin du calme, du silence, au milieu des nombreux ouvriers de tous états, au milieu d'un va-et-vient et de bruits perpétuels ?

M. le Préfet de la Seine ne se refuse pas à donner au conseil les renseignements qui lui sont demandés, mais il doit faire remarquer qu'il s'agit ici d'un acte d'administration de M. le directeur de l'assistance publique qui ne relève que du Préfet et du Ministre de l'Intérieur, et qui échappe au contrôle du Conseil. Dès lors, il doit être entendu que la communication que va faire M. le Préfet au Conseil n'a que le caractère d'un renseignement et ne peut être le point de départ d'une discussion.

Ces réserves faites, M. le Préfet dit que le déménagement des malades est fait dans des conditions satisfaisantes par l'administration de l'assistance publique avec l'autorisation de M. le Préfet. Toutes les précautions ont été prises pour que le transport des malades et leur installation dans le nouvel hôpital n'ait aucun inconvénient au point de vue de leur traitement. Aucune plainte, aucune observation n'ont été adressées au Préfet par les médecins de l'Hôtel-Dieu, mieux placés que personne pour signaler les mesures à prendre dans l'intérêt des malades confiés à leurs soins.

M. Martin demande qu'il soit constaté que la responsabilité du conseil n'est nullement engagée et qu'il est resté étranger à tout ce qui concerne le déménagement de l'Hôtel-Dieu.

M. le Préfet de la Seine répond que le conseil n'a pas de responsabilité là, où d'après la loi, il n'a ni action, ni contrôle à exercer.

L'incident est clos.

M. le Préfet n'acceptant pas la discussion — ainsi que la *Loi* l'y autorisait — nous n'avons pu réfuter ses affirmations, quelque peu.... hasardées. Mais, la réponse qu'il nous a été impossible de lui faire au Conseil municipal, nous allons la lui adresser ici. Les renseignements que nous avons déjà donnés à nos lecteurs, nous permettront d'ailleurs d'être bref.

Lorsque nous avons parlé pour la première fois du déménagement de l'ancien Hôtel-Dieu, nous savions parfaitement quelle était la situation. Néanmoins, nous avons cru devoir être réservé, dans l'espoir d'amener l'administration à prendre des mesures sanitaires plus minutieuses et moins imparfaites. Nous avons le regret de constater que nos recommandations n'ont été suivies d'aucun effet ; et si une partie du mobilier a été plus ou moins nettoyée à la hâte et d'une façon assurément insuffisante, une autre partie n'a subi aucun nettoyage : tels sont la plupart des meubles de la communauté, y compris les saints et les saintes ; — certaines grandes armoires placées au milieu des salles et connues sous le nom d'*appareils ;* — les édredons, dont un grand nombre ont une enveloppe illustrée de taches nombreuses et dégoûtantes, etc., etc.

Nous affirmons que, même pour les meubles lessivés, les précautions ont été insuffisantes. Les preuves, à l'appui, abondent. Si les lits en fer ont été repeints, le bâtonnet et la corde qui aident les malades à s'asseoir n'ont pas été changés ; les porte-pancartes n'ont été soumis à aucun nettoyage, etc. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner si déjà on constate les résultats de cette négligence. Voilà ce que nous aurions répondu à M. le Préfet sur le premier point. Et alors, nous aurions pu lui donner la primeur de l'anecdote suivante racontée par le *Siècle* :

« On cite, dit ce journal, une personne, M. X., qui s'est amusée à recueillir dans un flacon, des punaises qu'on avait respectueusement apportées de l'ancien établissement dans le nouveau. Comme M. X. faisait voir le flacon renfermant ces insectes à l'un des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, celui-ci, homme spirituel, lui dit que cette collection précieuse promettait pour l'avenir et lui conseilla de mettre sur son flacon une étiquette ainsi conçue : « Récolte de 1877 ; crû du Nouvel Hôtel-Dieu. »

Du silence des médecins, M. le préfet conclut que tout fonctionne régulièrement, que le service des malades ne laisse rien à désirer. C'est aller un peu vite en besogne. Les médecins n'ont été consultés ni sur le moment convenable pour le déménagement, ni sur les précautions à prendre. Ils ont laissé faire. Peut-être l'opinion publique attendait-elle d'eux quelque chose de plus... Mais la réponse vague, faite par M. le préfet à des questions précises, ne satisfera aucun homme de sens.

Les bains sont-ils installés? Non. Il est impossible de baigner les malades qui entrent ou de prescrire des bains aux malades en traitement. — La cuisine est-elle installée ? Non, et c'est toujours de la cuisine du vieil Hôtel-Dieu que les malades reçoivent leur nourriture.—La *pharmacie* est-elle prête ? Non.

Il n'est pas de médecin qui ne recommande le calme et le silence le plus complets autour des malades gravement atteints. Ce calme et ce silence existent-ils au nouvel Hôtel-Dieu ? Certes, non (1). Ceci n'empêche pas M. le préfet de déclarer avec une assurance qui ne convaincra personne, que l'installation des malades dans le nouvel Hôtel-Dieu n'a aucun inconvénient au point de vue du traitement.

La *salle des morts* et la *salle d'autopsies* ne sont pas terminées. Et les morts sont portés à travers la place du Parvis, par le Petit-Pont, le quai et la rue de la Bûcherie à la cave immonde qui depuis de longues années sert aux éminents médecins de l'Hôtel-Dieu à pratiquer des autopsies !

Telle est la réponse que nous aurions faite à M. le Préfet si la ... loi lui eût permis d'accepter la discussion. Après l'avoir entendue, nous doutons fort qu'il eût persisté à soutenir qu'un établissement où travaillent sans cesse de nombreux ouvriers, où n'existent ni bains, ni salle d'hydrothérapie, ni pharmacie, ni cuisine, etc., etc., était prêt à recevoir des *malades*. BOURNEVILLE.

(1) On peut évaluer à 125 le nombre des ouvriers qui travaillent actuellement dans l'hôpital. Deux des cours, celles qu'on ne voit pas du dehors, sont en désordre. Celles-là, on ne les a montrées ni à M. le préfet, ni à M. le Maréchal.

La visite du Président de la République à l'Hôtel-Dieu.

Le Président de la République a fait samedi, 11 août, à l'Hôtel-Dieu une visite, qui était en quelque sorte l'inauguration officielle de cet hôpital. Reçu à l'entrée par le directeur de l'Assistance publique, les médecins et le directeur de l'Hôtel-Dieu, le préfet de la Seine, le préfet de police, M. le Maréchal a parcouru successivement les salles de consultation, puis les salles de malades, où chaque médecin lui faisait à son tour les honneurs de son service, il a visité ensuite les salles où seront plus tard installés les amphithéâtres et les laboratoires, les appareils destinés à la ventilation, les cuisines, etc.

Nous n'insisterons pas longtemps sur les différentes étapes de cette excursion ; car elle ne différait guère de toutes les visites officielles, et rappelait assez bien la description si scrupuleuse faite par Ernest Daudet dans son roman *le Nabab* (1). Comme toujours, on avait pris les précautions de propreté les plus minutieuses, et ceux qui passaient le vendredi devant l'Hôtel-Dieu, pouvaient contempler une escouade d'ouvriers (peut-être bien des infirmiers) occupés à polir à la pierre ponce les pavés de la cour où stationnent les chevaux.

Le cuisinier avait été prévenu, et avait préparé pour la circonstance un bouillon succulent, trop succulent peut-être car des visiteurs désintéressés semblaient trouver que ce bouillon ne devait point être celui de tous les jours.

L'ordre de la visite avait été réglé d'avance, de sorte qu'après avoir fait admirer longuement la belle installation des machines, on s'est bien gardé de laisser visiter la salle de garde qui est restée dans son obscurité. Malgré tout cependant, on n'a, paraît-il, pu empêcher certains médecins (de quoi se mêlaient-ils !) de signaler quelques parties défectueuses de l'installation, l'absurdité des petites salles, dites salles d'isolement, l'insuffisance des services de cliniques (qui ne possèdent en tout que 48 lits), etc. Mais c'étaient là de petites ombres au tableau, et, en somme, nous ne doutons pas que le Président n'ait emporté de sa visite un bon souvenir et trouvé que tout était pour le mieux dans le meilleur des hôpitaux.

La distribution d'eau au nouvel Hôtel-Dieu.

Dans un de nos précédents bulletins (2), nous avons essayé de donner une idée du système de chauffage et de ventilation employé au nouvel Hôtel-Dieu. Aujourd'hui, nous nous occuperons de la distribution d'eau, un des services les plus importants dans les hôpitaux, où la propreté est une condition d'hygiène si impérieuse, d'autant qu'il est la base de divers services accessoires dont le rôle est considérable dans l'économie de ces sortes d'établissements.

Sur les tuyaux d'eau de la ville, posés dans l'égout qui suit le quai Napoléon, on a pratiqué deux branchements qui s'engagent respectivement dans les deux égouts construits sous les galeries de l'Hôtel-Dieu, perpendiculairement à la direction de la Seine. Pour ne jamais s'exposer à manquer d'eau, on s'est branché à la fois sur les tuyaux de l'eau de Seine et sur ceux de l'eau d'Ourcq. Les deux conduites suivent parallèlement chacun des égouts de l'hôpital, de façon à alimenter, sur leur parcours, tous les services nécessaires tant dans le bâtiment des hommes que dans celui des femmes.

Ainsi, à leur arrivée entre les deux pavillons extrêmes du côté du quai, une prise est faite sur chacune des conduites d'eau de Seine, qui va alimenter deux vastes réservoirs en tôle placés dans les combles, d'une contenance d'environ 400 hectolitres chacun. Une prise analogue est faite sur les tuyaux d'eau d'Ourcq, qui alimente deux réservoirs semblables placés au 1er étage, l'eau de l'Ourcq ne pouvant pas atteindre un niveau aussi élevé que l'eau de la Seine. On peut donc disposer pour le service de tout l'hôpital d'environ 1,600 hectolitres d'eau. Ces réservoirs ne sont là que pour parer au manque d'eau de la ville, et pouvoir largement attendre la fin des réparations à faire aux tuyaux de l'Administration. Dans ce cas, on ouvre le tuyau de départ de ces réservoirs venant rejoindre la conduite générale de l'égout, et l'on assure ainsi la continuité du service.

Outre ces quatre grands réservoirs, deux autres plus petits sont placés dans les combles de chacun des six pavillons, et sont uniquement destinés à fournir l'eau froide et l'eau chaude nécessaires aux baignoires placées, à tous les étages, à côté de chacune des salles de malades. L'eau de l'un de ces réservoirs est chauffée par un serpentin de vapeur desservi par les générateurs dont nous avons déjà parlé. Inutile d'ajouter que ces bains sont indépendants des deux salles, non encore terminées, de douze baignoires chacune, ménagées dans le sous-sol pour le service ordinaire des malades, hommes ou femmes. L'eau chaude est fournie par un réservoir en tôle, voisin de chacune des salles, et chauffé par un serpentin de vapeur.

Un autre service intéressant, mais d'une importance moindre, consiste dans la manœuvre des dix ascenseurs mis en mouvement par la pression des eaux de la ville. Ce nombre d'ascenseurs nous parait être un véritable luxe dont l'utilité, à notre avis, est bien problématique. Nous passons sur les six qui sont attachés au service des pavillons de malades, bien que les deux placés aux deux premiers pavillons de droite et de gauche, eussent peut-être suffi à tous les besoins, les divers pavillons communiquant entre eux, à tous les étages, par les bâtiments transversaux. Mais nous avouons comprendre beaucoup moins l'utilité de deux autres situés de chaque côté de la cour d'entrée sur le parvis, à côté d'un escalier destiné à faire le même office, puisque ces deux ascenseurs ne montent pas plus haut que le rez-de-chaussée (1). Nous doutons également que les deux derniers, encore à construire, situés non loin de la chapelle, et destinés au service des morts, soient d'une nécessité bien impérieuse.

Enfin, l'eau sera abondamment distribuée, et en ceci nous ne pouvons que louer les dispositions prises, à chaque étage, à tous les urinoirs, siéges d'aisance, vidoirs, et à tous les offices. La seule réserve que nous ayons à faire sur ce sujet, c'est qu'on se soit hâté à ce point d'emménager les malades au nouvel Hôtel-Dieu, tandis que les di-

(1) Publié actuellement par le journal *Le Temps*. Il est fait allusion ici à l'établissement de Bethléem.

(2) Voir le *Progrès libéral* du 4 août 1877.

(1) Le niveau du sol du parvis, grâce à la surélévation de la grande cour intérieure, est considéré comme sous-sol, le rez-de-chaussée étant au niveau de cette cour.

vers appareils des cabinets d'aisance étaient loin d'être en place, et que bien d'autres services, dont nous n'avons pas à parler ici, étaient alors bien incomplets. Et la preuve en est qu'encore au moment où nous écrivons, chaque salle de malades n'a qu'un seul siége d'aisance sur les deux qui ont été si justement prévus, et que quelques urinoirs, non terminés, manquent d'eau absolument.

Qu'on nous permette ici de regretter, comme le faisait avec raison le journal *le Siècle* dernièrement, qu'on n'ait pas hésité à amener des malades au milieu de travaux de tout genre en cours d'exécution. Nous doutons qu'ils aient pu goûter un repos nécessaire, lorsque des ouvriers avaient encore à travailler et travaillaient dans leurs salles, lorsque tous les bruits d'un véritable chantier de construction venaient frapper leurs oreilles. A côté de cette question du bien-être des malades, qui a été singulièrement compromis pendant les dix ou douze jours qui ont suivi leur emménagement (et qui l'est encore), vient se placer la question d'économie qui n'a, il est vrai, qu'une bien faible importance à côté de la première. Nous ne pouvons pas cependant ne pas constater que l'architecte et l'ingénieur, pris au dépourvu par cet emménagement hâtif, ont dû précipiter les travaux pour laisser le moins possible le service des malades en souffrance ; qu'ils ont été conduits ainsi à faire partout du provisoire, sauf à le déposer plus tard pour établir le définitif. Et, même sans tenir compte du désordre inévitable, des marches et contre-marches inutiles, qu'entraîne forcément après elle une hâte exagérée, nous croyons que le surcroît de dépenses sera, de ce chef, considérable.

Avec l'énorme quantité d'eau dont on *disposera* au nouvel Hôtel-Dieu, il serait on ne peut plus facile, d'arrêter rapidement les incendies qui pourraient s'y produire. Malheureusement, nous n'avons pas su voir qu'on se soit préoccupé de cette importante question. Nous devons cependant avouer que, grâce à l'état relativement peu avancé des derniers pavillons sur le quai, la question peut avoir été étudiée sans que nous en ayons aperçu la trace sur les travaux. Et nous formons le vœu, en terminant, sans trop espérer le voir exaucé, que l'on y songe, et que l'on s'inspire, en ceci, de nos voisins d'outre-Manche qui ont, dans tous leurs hôpitaux, un service de pompes à incendie parfaitement organisé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 août 1877.—PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. MAGNAN avait déjà constaté que l'exercice fait dans quelques cas disparaître les intermittences du pouls. C'est ce qu'il a pu récemment observer chez un alcoolique, âgé de 45 ans, très-athéromateux. Sur 4 ou 5 pulsations, il y avait à l'état de repos une ou plusieurs intermittences et, par la palpation de l'artère, souvent on ne pouvait percevoir aucun choc. Les battements du cœur étaient faibles, parfois à peine perceptibles, mais réguliers : il y avait de l'asthémie des parois cardiaques, mais pas de lésion valvulaire. Chez cet homme une marche de 2 à 3 minutes régularisait le pouls pour un certain laps de temps.

MM. DASTRE et MORAT communiquent une note sur les *effets des excitations mécaniques, chimiques et électriques du pneumogastrique*, chez la tortue. L'arrêt du cœur par excitation du pneumogastrique n'a lieu, comme on sait, qu'autant que cette excitation est pratiquée à l'aide de l'électricité par un courant fréquemment interrompu et d'une certaine intensité. MM. Dastre et Morat, en opérant sur un animal convenablement choisi, la tortue, ont obtenu l'arrêt du cœur par les excitants habituels des nerfs: le résultat est de nature à lever les doutes qui se sont produits relativement au rôle du pneumogastrique en tant que *nerf d'arrêt*. Voici les conclusions des auteurs : 1° le pneumo-gastrique de la tortue entre en action sous l'influence des *excitants mécaniques* (ligature, tiraillement, écrasement, section) et sous l'influence des *excitants chimiques* (glycérine); 2° l'arrêt du cœur s'obtient encore à l'aide de courants (tétanisants) *très-faibles* (à peine sensibles à la langue); 3° l'arrêt du cœur est encore obtenu à l'aide d'une décharge *unique*, d'induction produite par l'ouverture ou la fermeture d'un courant fort. L'effet à l'ouverture est toujours plus prononcé qu'à la fermeture. Ces résultats s'observent très-nettement pendant la saison d'été par une température de 20° à 25°. Le pneumo-gastrique étant considéré comme ne produisant l'arrêt du cœur que sous l'action d'un courant électrique, tétanisant, très-fort; quelques physiologistes avaient été amenés à voir en lui un nerf moteur ordinaire, dont une forte excitation amenait la paralysie et arrêtait le cœur, tandis qu'une excitation faible accélèrerait les battements. MM. Dastre et Morat montrent, au contraire, que le pneumo-gastrique n'a qu'une manière de répondre aux excitations, de quelque nature, de quelque intensité, de quelque rhythme qu'elles soient. L'action est toujours l'*arrêt en diastole*.

M. LABORDE entretient la Société de l'action du salicylate de soude en particulier sur la sensibilité générale : il est avant tout un analgésiant et donne lieu à tous les phénomènes de quinisme, mais d'une manière moins intense. Il ne paraît pas agir sur la circulation et la respiration, ni sur la température. M. Laborde rapporte ensuite le fait suivant : un chien soumis à une injection intra-veineuse de salicylate, mourut subitement après l'expérience, et l'autopsie montra que la mort était due à un épanchement péricardique abondant.

M. HALLOPEAU fait observer qu'il résulte de la communication de M. G. Sée que le salicylate agit non-seulement sur la sensibilité, mais encore sur les manifestations articulaires dans le rhumatisme.

M. HAYEM rappelle les recherches faites à l'étranger sur les propriétés antypétiques de cette substance : elles sont contradictoires. Du reste au point de vue de la température, on ne saurait comparer l'action d'un médicament chez un fébricitant, aux effets thermiques obtenus sur un animal en état d'apyrexie.

Les vacances de la Société dureront jusqu'au 1er octobre.

L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 août 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. GUÉNEAU DE MUSSY présente un mémoire intitulé : *Quelques nouvelles études sur l'adénopathie trachéo-bronchique*. Dans ce travail, l'auteur a cherché à montrer : 1° que l'engorgement des ganglions bronchiques du côté gauche pouvait provoquer des vomissements, dont la fréquence plus grande dans ce cas s'explique par la disposition anatomique du pneumogastrique gauche, qui a la plus grande part dans les fonctions motrices de l'estomac ; 2° que l'engorgement des ganglions du médiastin peut être consécutif à l'adénite sous-maxillaire, de sorte que le processus irritatif semble se propager à travers la chaîne des ganglions cervicaux aux ganglions trachéo-bronchiques ; 3° enfin, la compression des grosses bronches par les ganglions tuméfiés peut produire dans le côté correspondant de la poitrine, des modifications de tonalité et de sonorité sans lésion du parenchyme pulmonaire.

M. ED. FOURNIÉ continue sa lecture sur la *fonction-langage*. Dans une des séances précédentes, l'auteur avait soumis à un examen critique la doctrine de la localisation de la parole dans la troisième circonvolution du lobe antérieur gauche. Aujourd'hui, M. Fournié expose les principes d'après lesquels il faut comprendre et rechercher les conditions anatomiques

de la fonction-langage. A cet effet, il démontre que dans tout fonctionnement cérébral sans exception, on trouve un phénomène de sensibilité, un phénomène de mémoire et un phénomène excito-moteur; d'où il suit qu'avant toute chose, il faut déterminer le siége anatomique de la sensibilité, de la mémoire et du mouvement. Laissant de côté les faits contradictoires qui ne prouvent autre chose que notre insuffisance actuelle, M. Fournié s'en tient aux enseignements qui résultent de la généralité des faits de l'observation et de l'expérience, et il est conduit à admettre: 1° que la sensibilité se développe dans la région des couches optiques; 2° que dans la couche corticale du cerveau se trouvent les conditions matérielles de la mémoire et de l'association des notions acquises; 3° que les phénomènes excito-moteurs se produisent dans la région qui unit la couche corticale aux corps striés. — Appliquant ces données au langage, qui n'est en définitive qu'une forme de la fonction cérébrale unique, M. Fournié démontre qu'il faut chercher les conditions anatomiques de la parole, non dans un organe isolé, comme on l'avait fait jusqu'ici d'après les idées de Gall, mais dans la région optique pour le phénomène sensible, dans la couche corticale pour le phénomène de mémoire et d'association, dans la région qui unit la couche corticale aux corps striés pour le phénomène excito-moteur. En décomposant ainsi la parole dans chacun de ses éléments, et en attribuant à chacun d'eux un siége anatomique distinct, M. Fournié parvient à donner au mot *aphasie* une signification complète, et à expliquer les troubles qui caractérisent cette maladie. Il y a, en effet, aphasie par lésion de l'organe de la sensibilité, aphasie par lésion des conditions matérielles de la mémoire et de l'association des notions acquises, et, enfin, aphasie par lésion des conditions du phénomène excito-moteur. En terminant, M. Fournié émet le vœu que, désormais, on s'inspire de l'analyse physiologique telle qu'il vient de l'exposer, ce qui permettra d'interpréter judicieusement les symptômes pendant la vie et les lésions après la mort.

Suite de la discussion sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. J. Guérin se propose aujourd'hui de traiter, de développer et de prouver les quatre propositions suivantes: 1° la matière diarrhéique spéciale des typhiques renferme, à sa sortie de l'économie, un principe toxique résultant de la fermentation des matières stercorales, retenues et accumulées à la fin de l'intestin grêle, derrière la valvule iléo-cœcale; 2° Les lésions organiques, considérées jusqu'ici comme les caractères spécifiques de la fièvre typhoïde, injections et ulcérations de la muqueuse, altérations des glandes de Brünner, des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques, sont des effets de l'action vésicante et virulente des matières typhiques sur ces parties; et, les troubles fonctionnels ou symptômes généraux de la maladie, sont tout à la fois le résultat de la pénétration des mêmes matières dans l'organisme, et des altérations organiques qu'elles y déterminent; 3° Les complications qui se présentent dans le cours de la fièvre typhoïde, sous la forme de méningite, de pleurésie, de pneumonie et autres affections caractérisées, ne sont que des localisations plus accusées de son principe toxique; comme celles de ces maladies qui débutent d'emblée avec des symptômes typhiques, ne sont elles-mêmes que des effets primitifs de l'intoxication stercorale; 4° Le poison typhique engendré par la fermentation stercorale, se répand incessamment au dehors par toutes les voies excrétoires de l'économie: d'où la transmissibilité de la maladie et la formation de foyers d'infection, susceptibles de la reproduire sous la forme endémique et épidémique. — De ces quatre ordres de faits, M. J. Guérin se demande s'il n'est pas permis de conclure que le poison stercoral est passé de l'intestin au mésentère, du mésentère dans les ganglions qu'il renferme; que les altérations ganglionnaires ne sont que la conséquence et le témoignage de ce passage; et, finalement, que les altérations successives de l'intestin et des ganglions mésentériques, sont bien le produit et l'effet du même agent destructeur et que cet agent est bien le ferment virulent typhique.

—L'académie procède à l'élection d'un membre correspondant national. Sont présentés: en première ligne, M. Teissier, de Lyon; en deuxième ligne, M. Laussedat, de Melun; en troisième ligne, M. Levieux, de Bordeaux.— Votants: 43. Majorité absolue: 22. — Ont obtenu, M. Teissier: 27 voix; M. Laussedat: 14; M. Levieux: 2. — En conséquence, M. Teissier est proclamé membre correspondant national de l'Académie de médecine. — La séance est levée à 4 heures 45. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 27 avril 1877. — Présidence de M. Charcot.

40. Hydrocéphalie congénitale. — Mélancolie. — Impulsion au suicide. — Phthisie rapide; par M. Rivet, interne des hôpitaux.

Une malade, âgée de 24 ans, entre à la Salpétrière dans le service de M. Moreau (de Tours), avec du tremblement, des idées de suicide qu'elle manifeste souvent. La santé physique est bonne d'ailleurs. D'un caractère désagréable, facilement excitable, elle ne dort pas la nuit, trouble le repos de ses voisines. Elle menace toujours de se tuer, fait même une tentative dans la cour en se frappant la tête contre le mur.

Longtemps son état mental demeure le même; elle refuse absolument de travailler, passe toutes ses journées inoccupées les bras croisés, refusant parfois de répondre aux questions qui lui sont adressées; et quand elle le fait affectant un ton de mauvaise humeur non motivée.

A son entrée dans le service, nous remarquons que la malade tient volontiers la tête inclinée en avant et semble fatiguée par son poids. Pas de céphalalgie, jamais de phénomènes convulsifs, ni paralytiques. La tête offre un volume plus considérable qu'à l'état normal; élargie vers les régions pariétales, plus bombée dans la région occipitale. L'ossification de la boîte osseuse est complète, les sutures bien formées.

Cette jeune femme qui compte des antécédents tuberculeux dans sa famille commence au mois de mars une phthisie rapide qui l'emporte au bout de sept semaines.

Autopsie. — Les deux poumons sont infiltrés de tubercules qui se trouvent en plus grande quantité à droite. Le *crâne* dépouillé de ses parties molles frappe davantage par son volume plus grand et son élargissement bilatéral. Les parois sont manifestement amincies; le marteau enfonce très-facilement. La mensuration de la boîte crânienne donne les résultats suivants:

Diamètre antéro-postérieur 19 centim. 1/2 au lieu de 16 centim. 1/2 à l'état normal.

Diamètre transversal. 16 centim. 1/2 au lieu de 13.

Et 57 centim. pour la circonférence.

La calotte crânienne est retenue à la dure-mère par des adhérences résistantes. La dure-mère, sensiblement amincie, est presque transparente; le toucher donne la sensation d'une masse fluctuante. Les membranes enlevées, le cerveau s'aplatit transversalement donnant la même sensation au toucher qu'à travers la dure-mère, c'est-à-dire avec tous les caractères d'une poche visqueuse plutôt qu'avec ceux d'un cerveau. Il s'écoule à la surface du liquide séreux provenant d'un œdème superficiel.

La paroi inférieure du ventricule moyen est réduite à une membrane excessivement mince et transparente. Elle semble devoir se rompre sous le poids du liquide qui fait saillie en refoulant le chiasma des nerfs optiques.

Après une coupe transversale des deux hémisphères, nous trouvons les deux ventricules latéraux très-dilatés, occupant presque toute la masse cérébrale. Ils ont perdu leur forme normale irrégulière, pour prendre celle d'un ovale double; les parois amincies au point de n'offrir que 1 cent. d'épaisseur, sont constituées par les circonvolutions, lesquelles présentent vers les régions supérieures un peu de ce déplissement indiqué pour la première fois par Gall. La quantité de liquide renfermé dans les ventricules est évaluée à un litre.

En résumé, dans notre observation, un fait mérite d'attirer l'attention c'est que avec une aussi grande quantité de liquide intraventriculaire, il ne se soit jamais manifesté de phénomènes paralytiques, ni convulsifs, mais seulement un état mental, caractérisé par une dépression morale profonde, allant jusqu'à donner à la malade des idées de suicide.

CORRESPONDANCE

L'hôpital général de Vienne. — Liberté des malades. — Suppression des religieuses. — Bibliothèque. — Spécialités. — Policliniques. — Les logements des assistants (Internes). — Enseignement de l'obstétrique, etc.

Vienne, août 1877.

Mon cher rédacteur en chef,

Bien des lettres médicales ont déjà été écrites sur Vienne, vous en avez vous-mêmes, l'année dernière, publié une fort remarquable due au Dr Thaon ; je ne pensais donc avoir rien de nouveau à vous apprendre au sujet de la Faculté la plus considérable de l'Allemagne : mais vous m'assurez que quelques détails pourront intéresser vos lecteurs, je cède à vos instances. Voici ces détails pris un peu hasard.

Le jour où un médecin étranger arrive à Vienne, sa première visite est pour l'*Allgemeine Krankenhaus*, l'hôpital général. Il existe bien d'autres hôpitaux dans cette ville, mais ils sont beaucoup moins importants à tous les points de vue. L'hôpital général contient environ trois mille malades, il est le siége de différentes Cliniques, il est seul fréquenté par les étudiants et les médecins. Lorsqu'un Français pénètre dans cet hôpital, il est frappé par un premier fait : il existe un concierge superbement galonné, mais loin de tourner vers vous une figure rébarbative, s'il vous regarde, c'est avec un sourire qui semble vous inviter à entrer. Les Viennois sont toujours aimables, même, surtout peut-être, à l'hôpital. En effet, l'entrée est libre, médecins, malades, visiteurs pénètrent à toutes heures du jour. A peine avez-vous fait quelques pas, que vous vous trouvez dans l'une des deux avenues ombragées et fraiches qui traversent toute la première cour : et sur de nombreux bancs à droite, à gauche, sont assis des étudiants, des malades des deux sexes, des visiteurs : on voit déjà que la liberté la plus absolue règne dans cet immense établissement. La première cour traversée, vous pénétrez, suivant la Clinique à laquelle vous vous rendez, dans l'une des huit autres cours, lesquelles sont également plus ou moins ombragées, plus ou moins pourvues de bancs. Souvent même sur quelques-uns de ces bancs qui sont très-larges, on voit des convalescents ou des opérés étendus sur des matelas, heureux au milieu des chaleurs de l'été de respirer un peu d'air frais, entourés de leurs parents ou de leurs camarades. Inutile de dire que les malades peuvent lire les journaux et les livres qui leur conviennent. Une marchande passe tous les matins dans les salles et chacun achète la feuille qui lui plaît, démocratique ou réactionnaire ; il y a à Vienne un empereur, cela est vrai, mais il y a surtout un gouvernement véritablement constitutionnel qui respecte la liberté des citoyens et qui a assez de pudeur pour ne pas tracasser les pauvres malades. Il n'y a pas dans les salles de bibliothèques véritablement organisées, cependant dans quelques Cliniques il y a une caisse contenant des livres divers qui n'ont pas été choisis, triés sur le volet par les bonnes Dames dites de Charité ou par les bonnes sœurs. Du reste, depuis quelques années les soins sont donnés aux malades par des laïques. Il y avait auparavant des religieuses chargées de l'administration du linge, de la nourriture, etc. A la suite de plaintes nombreuses, on a décidé qu'elles quitteraient l'hôpital. Et personne n'exprime le moindre regret depuis que cette mesure a été prise, les médecins surtout trouvent beaucoup plus d'activité, plus de zèle, plus d'obéissance chez les infirmières laïques. Et ceci se passe dans la catholique Autriche : il est vrai que toute catholique qu'elle est, elle n'a pas l'honneur d'être la fille aînée de l'Eglise.

Puisque nous parlons des bibliothèques, je vous dirai deux mots de celle qui a été organisée depuis quelques années pour les étudiants. Peu considérable encore, elle est suffisamment installée. On y reçoit des journaux de médecine de l'Allemagne et quelques journaux étrangers. Les livres et les collections les plus importantes s'y trouvent également ; comme elle est ouverte depuis huit heures du matin jusqu'à dix heures du soir, les étudiants peuvent, entre deux Cliniques, aller y passer une ou plusieurs heures. Les médecins étrangers y sont également admis; pour cela il leur suffit de payer une cotisation mensuelle de deux florins, c'est-à-dire de cinq francs environ.

Je ne vous dirai rien des cliniques, elles sont nombreuses, et les spécialités surtout sont ici enseignées avec un soin tout particulier : les cliniques des maladies des yeux, des maladies de la peau, des maladies vénériennes, des maladies des oreilles sont très-bien installées. Chaque professeur a un ou plusieurs assistants qui remplissent auprès de lui un rôle semblable à celui des internes dans les hôpitaux de Paris. Ces assistants nommés aux choix, car il n'y a pas de concours dans les facultés allemandes, sont logés dans l'hôpital : à la porte de l'Allgemeine Krankenhaus se trouve un tableau, qui indique dans quelle cour et à quel endroit ils habitent exactement, de la sorte il est facile de les trouver. J'ai visité quelques-uns de ces assistants, ils ont souvent à leur disposition deux pièces, une qui sert de chambre à coucher, et une autre qui sert de cabinet de travail ou de salon. Ces pièces sont grandes, bien aérées, et le mobilier en est respectable, parfois même il est plus que confortable ayant été un peu augmenté par l'assistant. Quelle différence avec certains locaux horribles qui sont donnés à Paris aux internes : ô, taudis de l'hôpital Saint-Antoine, cachés sous les combles, donnant sur un couloir dans lequel jacassent de bruyantes commères, épouses du charretier et du balayeur des cours ! ô, étuves de l'hôpital des Cliniques où l'on devrait bien, surtout actuellement, par ces chaleurs, enfermer pendant vingt-quatre heures quelques administrateurs de l'assistance publique ! ô, salles de garde obscures où conduisent des escaliers dans lesquels bien des internes, des médecins, des visiteurs et quelques inspecteurs (pas assez malheureusement!) ont brisé leurs chapeaux, ce n'est qu'à Paris qu'il est possible de vous rencontrer, à Paris, la plus belle ville du monde ! Il est vrai qu'en Allemagne comme en Angleterre les directeurs des hôpitaux sont des médecins et que, au nom des lois de l'hygiène, ils ont un peu pitié de ceux qui, le jour et la nuit, passent tant d'heures à étudier l'art de guérir leurs semblables.

On trouve également dans une des parties de l'hôpital l'Institut d'anatomie pathologique. Chaque matin, les autopsies y sont faites avec grand soin et toujours sous les yeux du professeur ou du chef de service dans les salles duquel a succombé le malade : entre autres nécropsies, nous avons ainsi assisté à celle d'une femme chez laquelle l'hystérotomie avait été pratiquée par un chirurgien venu de Prusse et célèbre par sa haine contre la Faculté et les hôpitaux de Paris sur lesquels il a écrit les choses les plus fantastiques. Cette malade était atteinte d'une maladie du cœur assez avancée; quelques jours plus tard, voulant sans doute réparer sa faute, il commençait la parotomie chez une femme qui n'avait, pour toute tumeur de l'ovaire, qu'une ascite. Ces autopsies sont donc excessivement intéressantes pour tous : elles sont pratiquées ici avec un soin minutieux et une très-grande habileté par le Dr Chiari, jeune anatomo-pathologiste d'un grand avenir : tous les jours, rassemblant les pièces qu'il a recueillies dans la matinée, il peut faire à 11 heures, à ses élèves, une leçon qui est avec juste raison très-attentivement suivie.

Les cliniques obstétricales et gynécologiques de Vienne sont connues dans le monde entier, par le matériel immense qu'elles possèdent, grâce aux professeurs qui en ont illustré les chaires. Ces cliniques sont au nombre de trois, et l'on fait dans chacune d'elles trois mille accouchements environ chaque année. Tout y est disposé pour que les étudiants ou les médecins puissent pratiquer : mais parmi ces cliniques deux seulement, celles des professeurs Carl Braun et Spœth leur sont ouvertes, la troisième, celle du professeur Gustave Braun, est réservée aux élèves sages-femmes. Aussi n'ai-je pas été surpris en entendant ici un des assistants formuler une opinion qui avait déjà été exprimée devant moi à Paris. « Comment peut-il se faire, me disait-il, que vous n'ayez » à Paris qu'une clinique d'accouchement bien insuffisante » pour le nombre considérable d'élèves qui s'y trouvent, tandis » que la Maternité est absolument réservée aux élèves sages- » femmes. Ouvrez donc la Maternité aux étudiants : il est » bien plus important de faire des médecins que des sages- » femmes ». Ce raisonnement, juste en apparences, ne l'est pas en réalité, cette solution ne concorderait nullement avec ce qui se fait dans les universités des autres pays. A Vienne, une clinique sur trois est réservée, ai-je dit aux sages-femmes, il en est de même à Prague : dans presque toutes les écoles allemandes, une certaine partie du matériel obstétrical est consacrée à leur instruction. Pourquoi n'en serait-il pas de même à Paris ? Les bonnes sages-femmes, quand elles veulent rester dans les limites qui leur sont imposées par la loi, peuvent rendre beaucoup de services, et nulle part dans le monde elles ne reçoivent un enseignement complet théorique et pratique comme celui qui leur est donné à notre Maternité. Dans les universités allemandes, leurs études durent cinq à six mois seulement; elles doivent rester au moins un an à la Maternité et le plus souvent elles y séjournent pendant deux années. La solution de la question n'est pas là, et vous l'avez bien compris il y a quelque temps, si j'en juge d'après le vœu que vous avez déposé au Conseil municipal. Ce qu'il faut, c'est que tous les accouchements, faits dans les hôpitaux, et ils sont nombreux à Saint-Louis, à Lariboisière, à Saint-Antoine, à la Charité, etc., puissent être assistés par les étudiants. Il y a là une source assez riche d'instruction, et si cela

était nécessaire on pourrait encore utiliser tous les autres accouchements qui sont faits ne dehors des hôpitaux, sous la surveillance de l'assistance publique. Laissons-donc la Maternité aux sages-femmes, c'est la meilleure école de ce genre connue dans le monde entier, elle peut servir de modèle aux autres : recherchons ailleurs, dans une autre voie, une solution qu'avec un peu de bonne volonté il ne sera pas difficile de trouver.

A Vienne, à côté de l'hôpital général, il est juste de citer la policlinique. Fondée il y a plusieurs années, cette institution va en progressant, et elle a pu, l'année dernière, donner des soins à près de 27,000 malades. Une consultation comme celle qui est faite à Paris pour les malades externes, consultation qui est en même temps l'occasion d'un grand nombre de leçons cliniques, tel est en deux mots le rôle de la policlinique. A l'hôpital, on apprend à reconnaître les maladies graves, à donner des soins particuliers aux patients ; à la policlinique, l'étudiant est initié à l'examen tel que doit le faire chaque médecin dans son cabinet de consultation pour toutes les affections non fébriles qui ne nécessitent pas un séjour au lit, on lui apprend à formuler les ordonnances, et on lui fait en outre d'excellents cours. La fondation de la policlinique a répondu ici à plusieurs besoins : elle rend de grands services aux malades pauvres, qui ne sont pas obligés d'aller jusqu'à l'hôpital et d'y attendre parfois plusieurs heures ; elle est utile aux étudiants, nous avons dit comment ; enfin elle constitue un débouché pour les professeurs extraordinaires et les docentes. Pour eux, à Vienne, il n'y avait en général aucune place en dehors de l'hôpital, à moins d'obtenir la permission d'un professeur ordinaire, il ne leur était donc guère possible d'avoir un matériel quelconque, ni de pouvoir enseigner. S'il y avait ici, dans cette Faculté de médecine, une tête énorme, l'*Allgemeine Kranhenhaus*, derrière elle, il n'y avait absolument plus rien qui pût rappeler de près ou de loin l'enseignement si multiple et si important qui est donné à Paris dans tous nos différents hôpitaux. La policlinique, malgré les attaques assez vives dont elle a été l'objet, continuera donc d'aller en progressant : les malades de la ville en ont appris le chemin, et ils se gardent bien de l'oublier ; pour les étudiants, elle est une excellente source d'instruction, et les médecins eux-mêmes y trouvent un matériel plus que suffisant, et l'occasion d'enseigner ; parmi les professeurs, il nous suffira de citer le docteur Auspitz, siphyliographe célèbre, qui est en même temps directeur de l'établissement ; les docteurs Benedikt, Rosenthal, Monti, Karl von Rokitansky, dont les noms sont justement estimés dans le monde entier. Avec un tel corps de professeurs, la policlinique n'est pas près de disparaître, et nous lui souhaitons toute la gloire qu'elle mérite.

Permettez-moi, en terminant, une dernière remarque. A Vienne, comme dans les autres Universités allemandes, les étudiants qui veulent suivre non-seulement les cours des professeurs particuliers, mais encore s'inscrire aux cliniques, assister à certaines opérations, être exercés aux manipulations et à la pratique, doivent payer aux professeurs une certaine somme : ce qui ne manque pas, comme le faisait remarquer un correspondant du *British medical Journal*, de devenir très-coûteux au bout de quelque temps......

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Du phosphure de zinc ; par M. le docteur Em. Gros.

Les recueils étrangers enregistrent de nombreux succès obtenus par le phosphure de zinc dans divers cas habituellement réfractaires à toute thérapeutique ; mais peu de médecins sont au courant de ces faits que nos journaux insèrent d'une façon trop sommaire pour qu'on puisse les mettre à profit. — Ce médicament est donc peu employé en France, et l'on ignore généralement son mode d'action, ses indications et la façon de l'administrer. C'est là un fait des plus regrettables, car on se prive d'un médicament d'une haute valeur et qui peut rendre de grands services à la thérapeutique dans des cas précisément où nous sommes fort souvent désarmés.

Le phosphure de zinc a des indications fort nombreuses et très-diverses, mais nous n'en serons pas surpris si nous considérons son mode d'action. On doit, en effet, le considérer comme un stimulant, un tonique tout spécial du système nerveux, et il sera susceptible d'agir efficacement toutes les fois que la dépression nerveuse sera en cause ou lorsqu'il paraîtra utile d'exercer une vive stimulation. Tous les faits qui ont été publiés démontrent cette manière de voir ; c'est l'opinion, d'ailleurs, de tous les médecins qui l'ont le plus employé, et récemment, le professeur Hammond, de New-York, la développait dans un article du *The Practionner*, reproduit en extrait par le *Journal de thérapeutique*.

C'est donc à ce titre que le phosphure de zinc a pu donner les excellents résultats enregistrés par les médecins étrangers dont les noms suivent : Asburthon, Thompson, Sanger, Broadbent, Bradley, Routh, Alken, Seguin, Hammond, Gerolamo Tempi, et bien d'autres que nous oublions, dans des cas en apparence très-dissemblables : l'hystérie, les névralgies, la chlorose, les anémies, les hémorrhagies utérines, les dysménorrhées, le tremblement mercuriel ou alcoolique, l'incontinence d'urine, la spermatorrhée, l'hypochondrie. — C'est en relevant d'une façon toute particulière et en régularisant l'action nerveuse, que les guérisons signalées ont été obtenues. Mais il n'est besoin ni de remonter le passé, ni d'aller outre mer pour trouver aujourd'hui des observations sur les effets thérapeutiques du phosphure de zinc. — Quoique peu répandu encore, nous avons pu recueillir près de nous un certain nombre de faits très-intéressants, et que nous nous proposons d'étudier.

Commençons par l'hystérie, qui tout à l'heure est venue la première sous notre plume. Nous devons au docteur E. Jacques, de Florenville (Belgique), l'observation suivante, fort bien présentée et très-propre, croyons-nous, à entraîner la conviction.

« Honorine B***, âgée de dix-huit ans, d'une constitution et d'un tempérament irréprochables, éprouve depuis deux ans des accidents hystériques très-pénibles. Elle est bien réglée. Elle ne présente aucune lésion fonctionnelle ou matérielle d'aucun organe. Chaque jour, il lui survient soit le hoquet, soit les bâillements précurseurs ; puis apparaissent les symptômes caractéristiques de l'attaque d'hystérie convulsive : perte de connaissance, cris rauques, mouvements désordonnés des membres et du tronc, etc. Cet état se prolonge quelquefois plusieurs heures et se termine par de nouveaux bâillements ou par un hoquet persistant et tout à fait insupportable. Plusieurs médecins distingués de la ville qu'elle habitait, après avoir vainement essayé toutes les médications en vogue, renoncèrent à traiter cette affection rebelle et envoyèrent Mlle B*** à la campagne.

Je lui fis reprendre la série des médicaments réputés efficaces et tous les antispasmodiques. Je conseillai l'hydrothérapie méthodiquement employée ; je traçai des règles de diététique convenables, et, finalement, je désespérais d'obtenir le moindre succès, lorsque les articles du *Moniteur* sur le phosphure de zinc me décidèrent à essayer le nouveau médicament. Quelle ne fut pas ma surprise en voyant tous les accidents cesser après cinq jours de traitement ! Un seul flacon de granules fut employé. Voilà bientôt un an que ma malade ne suit plus aucun traitement ; elle a repris ses habitudes d'autrefois, elle a quitté depuis longtemps la campagne, et des renseignements d'hier me permettent d'affirmer que sa guérison ne s'est pas un seul instant démentie. »

On pourra nous objecter que l'hystérie est une affection aussi bizarre dans ses terminaisons que dans ses manifestations. Cela est vrai ; mais, si on rapproche le fait qu'on vient de lire de ceux qui ont été publiés, il est difficile de ne pas rapporter au médicament le bénéfice obtenu. Admettons néanmoins qu'il faille une longue suite de succès pour être définitivement fixés, cela ne saurait nous empêcher d'essayer le phosphure de zinc si nous nous trouvons en face d'un cas qui aura déjà résisté à d'autres moyens. — Nous préférerions même employer tout d'abord ce médicament, en raison de sa promptitude d'action, de la facilité de son administration et de son innocuité.

Nous disons son innocuité, contrairement à ce qu'on pourrait supposer *a priori*. — En effet, peu de médicaments énergiques sont aussi maniables et exposent à aussi peu de dangers, car 8 à 16 milligrammes par jour suffisent le plus souvent pour produire l'effet qu'on doit attendre du médicament, alors qu'on pourrait, sans danger aucun, en administrer quotidiennement 40 milligrammes Mais, bien mieux, que par erreur on en prenne une quantité quelconque, on n'a encore rien à redouter, car il survient immanquablement des vomissements qui empêchent toute action toxique.

Quant à son mode d'administration, il est des plus simples ; 4 milligrammes de phosphure de zinc représentent exactement un demi-milligramme de phosphore actif. — On en peut donner d'emblée 4 à 8 milligrammes à chacun des deux principaux repas, soit à 1 à 2 milligrammes de phosphore actif par jour, et s'en tenir là. Autre observation : le phosphure de zinc est insoluble ; on ne peut donc l'administrer en potion. Il présente en outre des difficultés de préparation exceptionnelles ; ainsi des kilogrammes de ce médicament en contenaient à peine à l'analyse, et plusieurs observations que nous avons

ous les yeux, et que nous donnerons, signalent de nombreux insuccès occasionnés par le phosphure de zinc du commerce, alors qu'administré sous la forme de granules trois cachets, il avait produit une action presque immédiate. Il n'est même pas douteux que nombre d'insuccès semblables n'aient nui à la vulgarisation du médicament. Nous ne saurions donc trop recommander de le prescrire sous cette forme de granules trois cachets, qui se trouvent d'ailleurs dans toutes les pharmacies. Ces granules sont dosés à 4 milligrammes, ce qui rend l'administration et le fractionnement faciles, et ils sont préparés avec du phosphure de zinc provenant du laboratoire même de M. Vigier, ce qui assure la pureté et l'efficacité du médicament. (*Gazette des hôpitaux*, p. 645).

Conférences de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, par le dr Lépine, les vendredis à 9 h. 1/2, *à partir du vendredi 24 août.*

Mortalité a Paris.—1,988,806 habitants (recensement de 1876). Pendant la semaine finissant le 16 août 1877, on a déclaré 788 décès, soit 20,6 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 18; — rougeole, 8; — scarlatine, 1; — variole, 1; — croup, 12; — angine couenneuse, 23; — bronchite, 12; — pneumonie, 48; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 23; — choléra nostras, »; — dysentérie, »; — affections puerpérales, 1; — érysipèle, 6; — autres affections aiguës, 262; — affections chroniques, 303 dont 130 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 49; causes accidentelles, 21.

Prix. — La Société des médecins des bureaux de bienfaisance met au

concours la question suivante. « Des avantages de la chirurgie à domicile étendue aux sociétés de secours mutuels; des meilleurs moyens à employer pour organiser ce service. » Les récompenses consisteront en une ou plusieurs médailles d'or et d'argent. Les mémoires devront être adressés, suivant les usages académiques, avant le 31 décembre 1878, à M. le docteur Passant, secrétaire-général de la société, rue de Grenelle-Saint-Germain , à Paris.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE. — PROHIBITION. — Par décret en date du 11 août 1877. Art. 1er Sont interdits l'entrée et le transit de pommes de terre, provenant de l'empire d'Allemagne, importées par terre ou par mer, soit directement, soit des entrepôts. — Cette prohibition s'étend aux fanes des dites pommes de terre, ainsi qu'aux sacs, futailles et autres objets ayant servi à l'emballage des tubercules. — Art. 2. Le Ministre de l'Agriculture et du Commerce et le Ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

CONCOURS pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes au 1er janvier 1878 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le lundi 8 octobre, à quatre heures précises dans l'Amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au mercredi 26 du même mois inclusivement.

Avis spécial. — Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an à partir du 1er novembre prochain, seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours. Les engagés volontaires qui doivent être libres le 1er novembre prochain, et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du 10 novembre.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, libraires-éditeurs, place de l'École-de-Médecine.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE, des maladies des femmes et des enfants nouveaux-nés, par J.-H. Depaul, ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Le numéro de *juillet* vient de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

BANCEL (Cam.). Contribution à l'étude des maladies du cœur. Lésions des orifices auriculo-ventriculaires. Paris, 1877, in-8. 2 fr.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. LE BLOND. Le numéro de *juillet* vient de paraître. Un an : Paris 18 fr. ; Départements, 20 fr.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 34. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 25 AOUT 1877.

Le Progrès Médical

MALADIES DES YEUX

ÉCOLE PRATIQUE. — COURS DE M. LE Dr **E. LANDOLT.**

Du diagnostic des maladies des yeux (1).

Leçon recueillie par A. CHARPENTIER.

XIIe LEÇON. — **De la vision indirecte et du champ visuel.**

Messieurs,

Les fonctions de l'œil qui nous ont occupés dans les dernières conférences, acuité visuelle, réfraction, perception des couleurs, se rapportaient toutes à la vision directe; en d'autres termes nous avons exploré uniquement les fonctions de la macula.

Mais, comme la rétine s'étend bien au-delà de la macula, notre vue est loin d'être bornée au point de fixation ; elle embrasse, au contraire, une grande étendue périphérique dans laquelle les objets sont vus indirectement, et l'on nomme cette étendue le *champ visuel*. Le champ visuel est donc l'ensemble des objets qu'un œil peut voir en gardant une position fixe. Et de même qu'on appelle *vision directe* celle qui s'exerce avec la macula, on appelle *vision indirecte* ou *périphérique* celle qui s'exerce avec le reste de la rétine.

C'est l'exploration de la vision indirecte et des limites du champ visuel, qui nous occupera aujourd'hui.

La vision indirecte, quoique bien indistincte et imparfaite en comparaison de la vision centrale, n'est cependant pas moins importante que cette dernière pour l'individu. Sans la vision périphérique nous serions dans l'état d'un homme qui voudrait se conduire en regardant à travers un long tube étroit ne laissant apercevoir que l'objet fixé. Il lui serait impossible de voir de côté sans tourner incessamment la tête. Quelle difficulté n'aurait-on pas à s'orienter avec une vue semblable, c'est-à-dire avec un champ visuel réduit à la vision centrale?

Il est, en effet, assez remarquable que sans regarder directement le sol, nous puissions marcher avec sécurité sur le terrain le plus inégal et éviter les obstacles qu'il présente. Cela ne serait pas possible sans l'intégrité de la partie supérieure de notre rétine, celle qui correspond à la partie inférieure du champ visuel.

C'est encore le fonctionnement de cette partie de la rétine qui permet à un joueur de piano de fixer son regard uniquement sur la musique qu'il interprète, parce que sa vision indirecte surveille pendant ce temps les mouvements de ses doigts. Essayez de marcher ou de jouer du piano en plaçant au-dessous de vos yeux un écran horizontal, et vous vous convaincrez de ce que vous aurez perdu en vous privant d'une partie de la vision indirecte.

Les mouvements qu'un chef d'orchestre exécute avec ses bras ne sont pas, par la même raison, aussi superflus qu'ils pourraient paraître tout d'abord. Les musiciens, quoique ne pouvant détourner les yeux de leurs notes, perçoivent pourtant comme une ombre, grâce à la périphérie de leur rétine, le va et vient du bâton de leur chef.

On pourrait facilement multiplier les exemples, car toute occupation de notre part, toute circulation dans les rues ou dans nos maisons, seraient extrêmement difficiles si nous ne jouissions de la vision indirecte. C'est elle, en somme, qui nous avertit de tout ce qui s'approche de nous et nous menace d'un côté ou d'un autre.

Quant à la pathologie de la vision indirecte, elle nous paraît si importante, que nous en avons réservé l'étude pour une leçon spéciale.

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876; nos 6, 19, 21, 25 et 26 de 1877.

Nous devons avant tout nous occuper de savoir comment on examine le champ visuel, d'une part sous le rapport de ses *limites*, d'autre part au point de vue de ses *fonctions*. Apprenons donc d'abord à mesurer l'étendue du champ visuel.

On a cru y arriver en faisant fixer un point tracé sur un tableau noir, et en marquant sur ce tableau les limites jusqu'où l'œil examiné pouvait encore distinguer un objet blanc qu'on éloignait graduellement du point central. Mais cette méthode est absolument *insuffisante* et *inexacte*.

Pour vous convaincre de son *insuffisance*, fixez avec un œil l'index de la main gauche et agitez en même temps la main droite sous un angle de plus en plus grand avec la ligne visuelle ; vous verrez alors que du côté externe ainsi que dans tout le quart inférieur et externe du champ visuel, l'œil distingue les mouvements de la main sous un angle de 90 degrés et plus. Les limites de toute cette partie du champ visuel ne sauraient donc être déterminées à l'aide d'un plan, attendu que les rayons venus des objets périphériques tombant dans l'œil perpendiculairement à la ligne visuelle, sont nécessairement parallèles au plan et ne peuvent par conséquent émaner de celui-ci.

Regardez par exemple la figure 63. Soit PP la section du

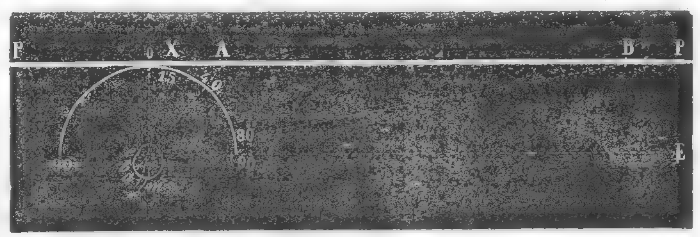


Fig. 63.

plan sur lequel on essaie de déterminer le champ visuel, ou le point de fixation. Les rayons lumineux Ee qui tombent dans l'œil sous un angle de 90° avec ligne visuelle, ne proviennent pas du plan PP, puisqu'ils lui sont parallèles.

Mais, quand même il serait possible de circonscrire tout le champ visuel sur un plan, cette méthode serait encore *inexacte*. En effet, nous ne désirons pas seulement déterminer les limites du champ visuel, mais aussi les fonctions des parties excentriques de la rétine. Pour cela, nous nous servons d'objets témoins analogues à ceux que nous avons employés pour la vision centrale. Or, il est évident qu'en promenant sur un plan, soit une des lettres de l'échelle typographique, soit un carré coloré pour voir si ces objets sont distingués ou non par une partie donnée de la rétine, nous examinons les différentes parties de cet organe dans des conditions tout-à-fait inégales : l'objet se trouvera en effet plus éloigné de la rétine à mesure qu'il s'écartera du point de fixation.

Ainsi, en supposant l'œil à 30 centimètres du tableau, une partie (a) située à 40 degrés de la macula (m) est éloignée de 39 centimètres (aA) du tableau et une partie b, située à 80 degrés de la macula, se trouvera à une distance de 173 centimètres (bB).

Ce n'est que jusqu'à 45 degrés que les différences de distance sont négligeables ; au-delà, elles s'accroissent dans des proportions telles, que toute comparaison entre la vision directe et la vision indirecte devient réellement impossible. Pour pouvoir examiner le champ visuel dans toute son étendue et dans des conditions comparables pour tous les points de la rétine, il faut évidemment placer l'œil au centre d'une sphère dont il fixera l'un des pôles. On déterminera les limites du champ visuel à

l'aide des angles maximums sous lesquels les objets seront encore distingués, et on examinera les fonctions de la vision indirecte en promenant des objets sur la surface

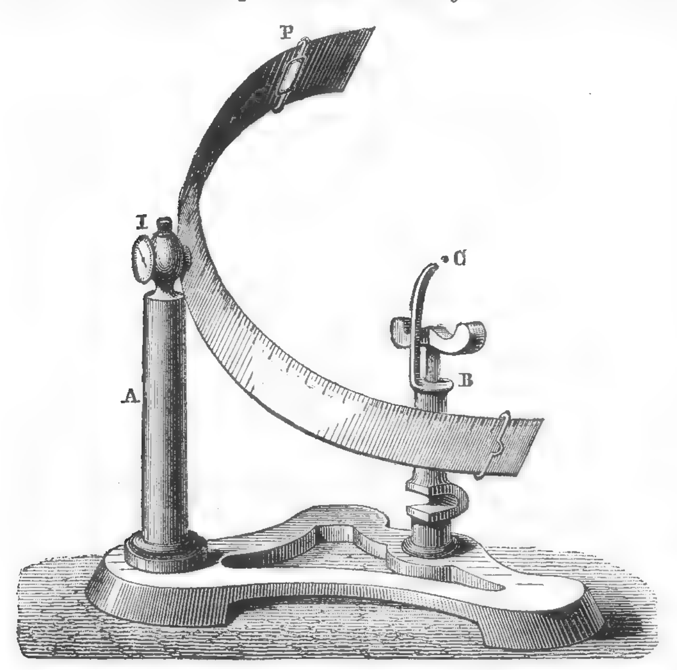


Fig. 64.

interne de la sphère. Cette méthode est la seule rationnelle, parce que la sphère permet de déterminer le champ visuel jusqu'à ses dernières limites, et que, de plus, les objets témoins se trouvent toujours à la même distance de la partie de l'œil examinée.

Or, on peut obtenir une sphère de différentes façons. Le moyen le plus pratique est donné par le *périmètre*, dont Aubert s'est servi le premier, et auquel nous avons donné la forme suivante (*Fig. 64*) :

Le périmètre consiste essentiellement en un arc de cercle de la valeur d'une demi-circonférence, qui, en tournant autour de son sommet, décrit dans l'espace un hémisphère au centre duquel se trouve l'œil examiné.

Cet arc de cercle est représenté en P dans la figure, et son sommet est supporté par une colonne de métal (A). Vis-à-vis de cette première colonne et fixée sur le même support, se trouve une seconde pièce cylindrique B, d'une hauteur telle, que sa partie supérieure recourbée légèrement soit juste au niveau de la paroi orbitaire inférieure quand l'œil examiné est au centre C de l'arc. Pour que cette dernière condition soit remplie, il faut donc que cette tige C vienne appuyer contre le bas de l'orbite correspondant. Reste à fixer le menton : pour cela, une pièce de bois transversale peut glisser le long de la colonne B, soit en bas ou en haut, soit autour de l'axe. Cette pièce de bois est creusée de deux échancrures latérales sur l'une desquelles le menton peut s'appuyer.

Veut-on, par exemple, examiner l'œil gauche, le menton, pour que la tête garde sa rectitude, doit s'appuyer sur la rainure du côté droit; on devra donc élever suffisamment cette pièce pour que la tête étant soutenue par elle, l'orbite inférieure gauche soit juste au niveau du sommet de la tige et vienne s'appuyer sur lui. De cette façon, le centre optique de l'œil est au centre C de la sphère que décrira l'arc en tournant autour de son pôle.

Notre arc est divisé en degrés, à partir du point 0° qui indique son sommet, jusqu'à 90° de l'un et de l'autre côté. La division est tracée à l'extérieur de l'arc.

Quant à l'inclinaison méridienne de celui-ci, elle se lit sur un petit cadran vertical tangent au sommet de l'arc, et ayant précisément ce sommet pour centre autour duquel se meut, dans le plan de l'arc, une aiguille I tournant en même temps que ce dernier.

L'intérieur de l'arc est noirci, sauf le point de fixation centrale. Quant à l'objet dont on se sert pour explorer la vision indirecte, papier blanc ou coloré, figure ou lettre typographique, on peut, soit le faire mouvoir avec une pince, soit le guider de l'extérieur en le plaçant dans un curseur qui glisse le long de l'arc et dont un bras postérieur indique le degré correspondant de l'arc.

Pour des mensurations délicates aux environs de la tache jaune, on a tracé à l'intérieur aux environs du centre jusqu'à 20°, une division en demi-degrés. C'est à l'aide de cette division que nous avons fait nos déterminations de la distance entre le point de fixation et la tache de Mariotte, c'est-à-dire entre la macula et le nerf optique.

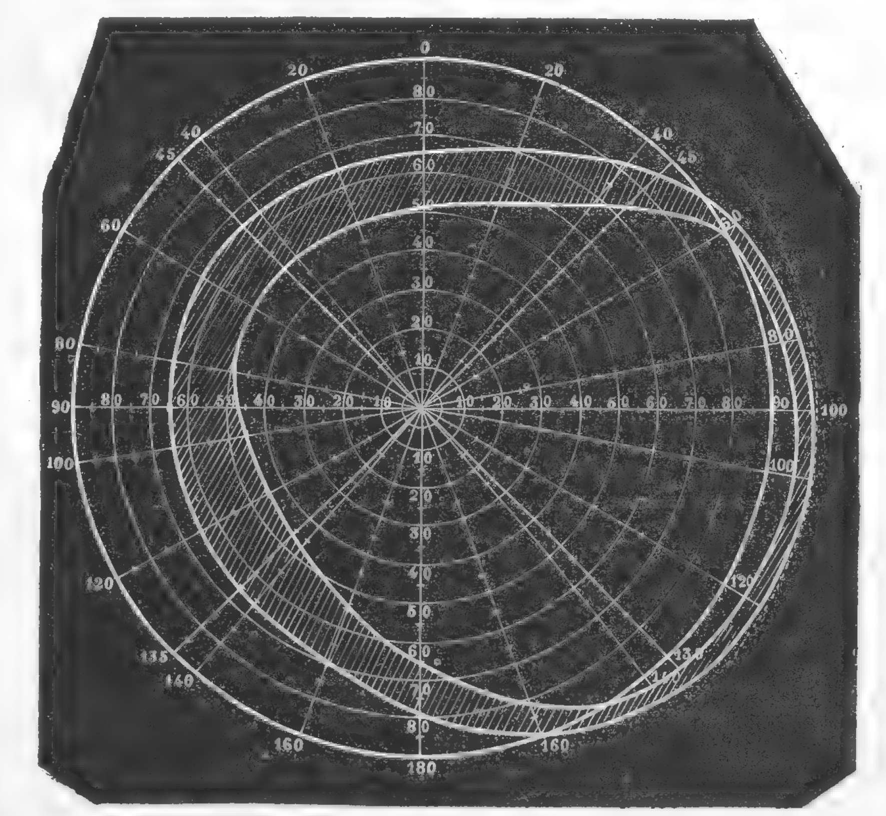


Fig. 65.

Pour déterminer les limites du champ visuel, voici comment on procède :

La tête du sujet étant fixée de la façon indiquée précédemment, et l'œil examiné se trouvant au centre de la sphère décrite par l'arc du périmètre, on recouvre l'œil inactif à l'aide d'un bandeau plutôt qu'avec la main ou un mouchoir, dont l'épaisseur pourrait rétrécir les parties internes du champ visuel.

On recommande alors au sujet de fixer exactement le petit point blanc marqué au centre de l'arc, tandis que, se plaçant derrière l'arc du périmètre, l'explorateur contrôle avec soin la direction de l'œil et réprime ses moindres déplacements. Puis, l'arc du périmètre étant maintenu dans un plan déterminé, par exemple d'abord dans le plan horizontal, on fait avancer progressivement l'objet témoin de la périphérie vers le sommet, jusqu'au point où il est reconnu par l'œil en expérience. Ce

point indique la limite du champ visuel pour le plan méridien correspondant. L'opération étant faite pour un des côtés de l'arc, est recommencée pour l'autre côté.

C'est ensuite le tour d'un autre méridien, dans le plan duquel on place l'arc du périmètre, et pour lequel on détermine de la même façon la limite à laquelle l'objet est reconnu en partant de la périphérie.

Il est d'ordinaire suffisant d'examiner seulement quatre méridiens, l'horizontal, le vertical et les deux intermédiaires, c'est-à-dire qu'on examine les méridiens de 45 en 45 degrés.

Le champ visuel ainsi déterminé est inscrit sur un schéma qui représente une projection de la sphère (projection *équidistante polaire*). (*Fig. 65*. Ce schéma consiste en une série de cercles concentriques traversés par des diamètres. Le centre *o* de la figure correspond au point de fixation et les diamètres aux différents plans de l'arc, c'est-à-dire aux méridiens dans lesquels on a exécuté la mensuration. Chaque diamètre porte à ses extrémités un chiffre qui indique le degré d'inclinaison du méridien correspondant sur la verticale; cette division correspond nécessairement à celle du cadran I du périmètre. Les rayons sont eux-mêmes divisés, depuis le centre, en parties égales correspondant chacune à 5° de la division de l'arc; le 0° sommet de l'arc correspond au 90° à son extrémité.

Il est facile, d'après cela, de reporter sur ce schéma les résultats obtenus par l'examen du champ visuel. Deux de ces projections sont habituellement placées l'une à côté de l'autre sur la même feuille : celle de droite correspond à l'œil droit du malade, celle de gauche à l'œil de ce côté. La partie externe du champ visuel de l'œil droit répond au côté droit de la figure correspondante, la partie interne au côté gauche. L'inverse a lieu nécessairement pour l'autre œil.

Cela dit, supposons que l'on examine l'œil droit : a-t-on d'abord exploré le méridien horizontal, et trouvé 85° du côté externe, 40° du côté interne, on cherchera, sur la figure de droite, le diamètre horizontal, et sur le rayon de droite on fera une marque à la division numérotée 85°, tandis qu'on marquera le 40° degré sur le rayon de gauche. On passera ensuite, par exemple, au méridien intermédiaire incliné de 45° sur la droite par sa partie supérieure, on cherchera, sur la figure, le diamètre correspondant, et c'est sur lui que devront être marqués les degrés trouvés dans l'expérience. Quand on a ainsi reporté les chiffres obtenus pour chaque méridien, on n'a plus qu'à réunir, par un trait continu, les différents points isolés.

La figure vous montre une courbe obtenue de cette manière et indiquant l'étendue du champ visuel de mon œil droit quand je fixe invariablement le sommet de l'arc (point *o* de la figure).

Mon champ visuel s'étend donc : en dehors à 95°, — en haut à 55°, — en dedans à 80° — en bas à 66°.

Ainsi, le champ visuel est loin d'être circulaire, comme on pourrait le croire *a priori*. Il a sa plus grande étendue en dehors et à la partie inféro-externe. La partie supérieure et surtout la partie interne sont beaucoup moins étendues.

On serait tenté d'attribuer cette limitation à la présence des os du crâne. Le rebord supérieur de l'orbite et le dos du nez apportent, en effet, un obstacle sensible à la vision indirecte.

L'influence du nez peut être éliminée par une légère rotation du support mentonnier autour de son axe, comme le permet notre périmètre. Pour écarter tous les obstacles, il faudrait, pour chaque méridien, fixer un point situé à 30° dans la direction opposée à celle de la mensuration. Dans ces conditions, on obtient la courbe externe de la figure; mais vous voyez que, malgré ces précautions, le champ visuel reste encore rétréci dans les directions indiquées.

Ce fait tient en partie à ce que la rétine ne s'avance pas autant en dehors qu'en dedans du globe oculaire, mais la raison principale est que sa partie externe est moins exercée que sa partie interne. En effet, nous nous orientons du côté gauche non avec la partie externe de la rétine de l'œil droit, mais avec la partie interne de celle de l'œil gauche, tandis que la partie externe de cet œil gauche est également remplacée par la partie interne de l'œil droit. Il s'ensuit que les fonctions des parties moins exercées se développent moins, et que le champ visuel correspondant à ces parties est moins étendu. Cette explication, que j'ai donnée en 1872, est confirmée par les expériences récentes de Donders. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, concernant l'épilepsie;

Par **BOURNEVILLE** (1).

I. Du bromure de zinc.

Pour terminer l'exposé des résultats que nous avons obtenus chez les malades qui composent le premier groupe, il nous reste encore à rapporter trois observations.

OBSERVATION IV. — *Epilepsie et hystérie à crises distinctes. — Père, grand-père et oncle paternels mélancoliques (Refus de manger). — Premier accès à 16 ans et 1/2.*

Dan..., D., lingère, âgée actuellement de 33 ans, est atteinte d'hystérie et d'épilepsie à *crises distinctes*.

1875. 27 *octobre*. — 4 pilules de 0 gr. 15 de *bromure de zinc*. — 20 *décembre* : 5 pilules, 0 gr. 75. — 1876. 28 *janvier* : 6 pil. de 0 gr. 20 = 1 gr. 20. — 25 *février* : 8 pilules. — 3 *avril* : 10 pilules de 2 gr. — 10 *août*. La malade prend régulièrement ses pilules qu'on lui administre sous le nom de pilules de fer, car elle ne veut rien accepter comme traitement de sa maladie nerveuse.

1er *octobre*. Il n'a pas été possible d'augmenter le nombre des pilules. On cesse le traitement.

En un an, D... a pris environ 500 grammes de bromure de zinc. Nous n'avons eu à relever aucun phénomène susceptible d'être attribué au médicament. L'épilepsie et l'hystérie ont suivi la marche qu'indique le tableau ci-dessous :

	Accès.	Vertiges.	Attaques.
1874.....	19	7	38
1875.....	11	13	50
1876.....	19	9	51

On voit, par conséquent, que, dans ce cas, l'action du bromure de zinc a été bien peu marquée sur l'épilepsie. Si, en 1875, les accès ont diminué par rapport à l'année précédente, le chiffre des vertiges a été plus considérable.

OBSERVATION V. — *Premier accès à 10 ans, un mois après une chute.—Suspension des accès pendant un an après l'apparition des règles. — Etourdissements. — Attaques d'hystérie.*

B..., F., 20 ans 1/2, est entrée le 14 février 1876 à la Salpêtrière (service de M. CHARCOT.)

1876. 9 *mars* : 2 pilules de 0 gr. 20 de bromure de zinc. — 13 *mars* : 3 pilules; poids : 57 kilogr. — 20 *mars* : 4 pilules. — 28 *mars* : 5 pilules.

3 *avril*. Substitution du *sirop de bromure de zinc* aux *pilules*: 3 cuillerées ou 1 gr. 50. — 10 *avril* : 4 cuillerées. — 20 *avril* : 5 cuillerées.

Suspension du 26 mai au 1er juin. Depuis lors jusqu'au 10 août : 5 cuillerées. Du 10 au 15 août, suspension. Du 15 août au 31 décembre, B... a pris exactement 5 cuillerées de sirop, soit 2 gr. 50 par jour.

1877. *Janvier*. Embarras gastrique. Suspension du médicament du 20 au 31.

1er *février* : 3 cuillerées de sirop. — 31 *juillet* : 4 cuillerées. 5 *août* : 5 cuillerées. — 20 *août*; 6 cuillerées.

A la fin de juillet dernier, B... avait pris plus de 850 grammes de bromure de zinc. Les accidents qu'elle présente ont suivi la marche suivante :

(1) Voir les nos 32 et 33.

MOIS.	1876			1877		
	Accès.	Vertiges.	Hystérie.	Accès.	Vertiges.	Hystérie.
Janvier	»	»	»	9	1	3
Février	7	8	21	3	»	1
Mars	4	3	13	10	4	»
Avril	1	»	5	6	»	»
Mai	4	3	6	14	»	»
Juin	1	»	3	8	»	2
Juillet	2	2	9	10	»	2
Août	»	2	6			
Septembre	9	»	1			
Octobre	8	»	6			
Novembre	4	2	7			
Décembre	13	»	5			

En comparant mois par mois, en 1876 et 1877, les accès, les vertiges et les attaques d'hystérie, on voit que les accès ont augmenté, mais que les vertiges et surtout les attaques ont considérablement diminué.

OBSERVATION VI. — *Père alcoolique. — Mère cancéreuse. — Cousins épileptiques. — Imbécillité.— Colères. — Début d'épilepsie à 14 ans. — Aura douteuse, besoin de miction (?) — Secousses. — Traitement par le bromure de zinc.*

Lab..., M., 18 ans, est entré le 5 août 1871 à la Salpêtrière (service de M. CHARCOT.)

Renseignements fournis par sa sœur (30 avril 1874). — *Père*, mort à 50 ans ; il s'est noyé en se baignant dans la Marne ; excès de boisson, caractère emporté. [Père aucun détail; mère morte à 80 ans ; un oncle a succombé à 94 ans. Aucun membre de la famille n'aurait eu d'accidents nerveux.]

Mère, morte à 46 ans d'un « ulcère cancéreux » ; elle était nerveuse et aurait eu plusieurs crises convulsives à la fin de sa maladie. [Père, carrier, tué par accident ; mère, néant; une cousine germaine de celle-ci, âgée de 18 ans (1874), tombe assez souvent du haut-mal, ainsi que son frère]. — Pas de consanguinité.

Huit enfants. Cinq sont morts; l'un d'eux d'une affection de poitrine à 16 ans et demi. On ne sait s'ils ont eu des convulsions, etc. Des trois, qui sont vivants, deux ont une bonne santé : la jeune fille qui nous renseigne et un frère âgé de 25 ans.

Lab..., M., est née à *sept mois*. On a eu beaucoup de peine à l'élever. On ignore les particularités de son enfance. Elle a été placée dans un couvent en 1868; jusqu'en 1871, elle ne tombait pas du haut-mal. Le couvent ayant été évacué durant la Commune, elle alla successivement à l'hôpital Sainte-Eugénie et à l'hospice des Enfants assistés et de ce dernier établissement elle fut amenée à la Salpêtrière. Comme il est tombé des obus dans le couvent pendant le premier siége, on suppose, sans pouvoir rien affirmer, qu'elle a eu peur et que l'épilepsie s'est développée consécutivement. L'intelligence a toujours été faible ; elle a appris difficilement à lire, à écrire et à coudre. Avant 1871, elle avait fréquemment des *colères* dans lesquelles elle devenait toute bleue. *Incontinence nocturne d'urine* jusqu'à 6 ans. Depuis son entrée à la Salpêtrière, elle aurait eu mal au pied droit et, en mars 1874, une conjonctivite oculo-palpébrale double.

Avril 1874—*Avril* 1875 : Traitement par le bromure de camphre. Aucun résultat ; la malade n'avait que des *accès* et nous savons que ce médicament agit principalement sur les vertiges.

1874. 27 *août*. *Secousses* affectant surtout les membres supérieurs et soulevant le tronc.

10, 16 *septembre*. Les *urines* recueillies 20 minutes et trois quarts d'heure après les accès ne contiennent ni sucre, ni albumine.

23 *novembre*. Elle a eu des *secousses* générales le 20 et le 21.

1875. 14 *avril*. La malade est engourdie dans la journée, travaille très-lentement, ne fait qu'un drap en quinze jours. On a besoin de l'exciter pour qu'elle fasse quelque chose. — On a remarqué qu'elle était généralement prise de ses accès en allant à la chaise percée. L'accès est-il précédé d'un besoin de miction ou de défécation ? Nous ne savons, car la malade est trop peu intelligente pour fournir une explication.

1[er] *septembre*, 2 pilules de 0 gr. 05 de *bromure de zinc*. — 7 *sept* : 4 pil. — 13 *sept.* : 6 pil. — 20 *sept.* : 3 pil. de 0 gr. 15. — 16 *octobre* : 4 pilules de 0 gr. 15 = 0 gr. 60 par jour. — 28 *décembre* : 6 pilules ; huile de foie de morue ; vin de gentiane.

1876. 5 *janvier*. 6 pilules de 0 gr. 20. — 7 *mars* : 8 pil. — 14 *mars* : 10 pil. en 3 fois.

3 *avril*. 4 cuillerées de *sirop de bromure de zinc* = 2 gr. — 20 *avril* : 5 cuillerées.

7 *mai*. Première apparition des *règles*.

15 *mai*. — Depuis huit jours, le sirop qui est administré une demi-heure avant chaque repas, détermine des nausées souvent suivies de vomissements composés de sirop et de glaires. — Nous lui avons fait prendre le sirop aussitôt avant le repas, elle a continué à vomir des glaires et, de plus, à rendre des aliments. Nous avons mélangé son sirop à du vin ordinaire, les vomissements ont persisté : suspension du bromure de zinc.

1[er] *septembre* : une cuillerée de sirop de bromure de zinc. — En *novembre*, bronchite légère; suspension du médicament pendant 10 jours. — 5 *déc.* : 2 cuillerées. — 15 *déc.* : 3 cuillerées.

1877. *Janvier*. Elle suit son traitement avec ponctualité. — Appétit satisfaisant; pas de vomissements; parfois diarrhée. — La... est maigre, peu développée (1 mètre 45); les seins sont petits ; le système pileux est assez fourni. Pustules d'acné à la face et sur la partie antérieure de la poitrine. — *Prurigo simplex*. — P. à 64, régulier ; battements cardiaques un peu irréguliers. — Les membres sont grêles, égaux. — Les pieds sont *plats* en varus très-prononcé, au même degré des deux côtés. Tête petite, front médiocrement élevé ; parole un peu traînante, zézayante.

28 *février*. Loin de diminuer, les pustules sont devenues plus nombreuses et plus volumineuses. Sur le front, on en compte une quinzaine de grosses et une quinzaine de petites; elles sont revêtues de croûtes jaunâtres d'abord, puis grisâtres ou noirâtres. Ces boutons rappellent un peu par leur aspect les fleurs du pêcher au commencement de la floraison. — La... est assez gourmande, mange tout d'un coup les friandises qu'on lui apporte. Nausées fréquentes; quelquefois vomissements.

14 *avril*. — On a remarqué que les *secousses*, très-répétées en 1875, devenaient plus rares. Elle en a depuis une heure, au moment où nous l'examinons. Ces secousses portent sur les bras, les épaules, le tronc et la tête. La malade est assise sur un fauteuil, les bras allongés, les jambes pendantes ; de temps en temps, toutes les deux minutes au moins, elle a coup sur coup 15 ou 20 secousses. Elles prédominent aux membres supérieurs et aux épaules; la tête est secouée assez fortement en arrière et toujours dans le même sens. Les jambes ne paraissent agitées que secondairement. Si on place les bras de la malade en dehors des bras du fauteuil, les secousses les ramènent à leur position habituelle, c'est-à-dire sur les coussins. — Les secousses s'accompagnent d'une expiration saccadée. — La face est immobile, le regard fixe, dirigé en avant. Lab... n'accuse aucune douleur : elle dit seulement que les secousses la fatiguent et qu'elle voudrait avoir son mal pour que les secousses disparussent. Les diverses jointures sont souples. — Parfois, les secousses sont plus fortes et ressemblent aux mouvements d'un cavalier lancé au trot. — La malade marche avec difficulté et on est obligé de la tenir : On s'assure ainsi que les secousses atteignent à peine les jambes (1).

1[er] *août*. — 4 cuillerées de sirop. — 5 *août* : 4 cuillerées d'un gramme chacune = 4 gr. 12 *août*. Lab... a vomi le 7, le 8 et le 9. Le 10 et le 11, rien. Elle prend une première cuillerée de sirop le matin, à jeun, puis boit son lait quelques minutes après ; une cuillerée et demie à 11 heures et à 4 heures, c'est-à-dire 30 à 40 minutes avant les repas. Ce matin, elle a encore vomi. — Il existe une vingtaine de petites pustules sur le front, quel-

(1) Voir la description des *secousses* observées chez une hystéro-épileptique dans la VII[e] livraison de l'*Iconographie de la Salpêtrière*.

ques-unes sur les joues et quelques papules sur les épaules. — Les *règles* n'ont paru qu'une seule fois.

20 août. Elle vomit chaque fois qu'elle prend du sirop. Elle a maigri sensiblement depuis 15 jours; elle est absorbée, « comme idiote » dit-on dans le service. Elle ne travaille presque plus; — se plaint de douleurs dans le dos, à l'épigastre, de coliques, de diarrhée. L'appétit a beaucoup diminué. — Elle serait devenue plus irascible, se fâche pour le motif le plus futile. — Poids: 36 kilogr. Suppression du bromure de zinc.

Cette malade a pris un peu plus de 700 grammes de bromure de zinc. Chez elle, le médicament, administré à doses plus élevées que chez les autres malades, a déterminé des troubles digestifs sur lesquels nous reviendrons, lorsque nous essaierons de résumer les propriétés physiologiques du bromure de zinc. La comparaison des accès durant les quatre dernières années est très-instructive :

	Accès.	Secousses.
1872............	38	»
1873............	25	»
1874............	43	8
1875............	49	51
1876............	26	13

Elle nous montre une diminution remarquable du nombre des accès et une diminution des secousses. Cette amélioration ressort encore de la comparaison des sept premiers mois de 1877 avec la période correspondante des années 1874-1876.

	Accès.	Secousses.
Janvier-Juillet 1874.	22	»
— 1875.	41	41
— 1876.	17	5
— 1877.	12	»

On voit aussi que l'amélioration constatée en 1876 s'est maintenue en 1877, et que, quand les fonctions digestives se seront rétablies, il sera peut-être bon de soumettre de nouveau cette jeune fille à l'usage du bromure de zinc.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Association française pour l'avancement des sciences.

Nous venons d'assister à la séance d'ouverture de la 6e session de l'Association française pour l'avancement des sciences. C'est la ville du Hâvre qui, cette année, reçoit le congrès et nous ne saurions dire combien est charmant l'accueil qui nous a été fait. La population et la municipalité qui la représentene pouvaient mettre plus de grâce dans leur généreuse hospitalité. Nous souhaiterions à tout voyageur réception aussi sympathique.

Le président, M. le professeur Broca, a prononcé le discours d'ouverture. Après avoir retracé en quelques phrases rapides les débuts de l'association dont il est un des plus illustres fondateurs, il nous a exposé l'histoire des « *races humaines fossiles de l'Europe occidentale.* » Ce discours sera certainement publié *in extenso* dans quelque Revue scientifique, et nous engageons vivement nos lecteurs à se le procurer. On connaît le style de M. Broca, on sait son ampleur, sa précision, et l'introduction justement célèbre du « *Traité des tumeurs* » ne saurait être dépassée.

Eh bien ! le discours que nous venons d'entendre nous paraît supérieur encore. L'enthousiasme est communicatif et celui de M. Broca pour les sciences anthropologiques se manifestait à chaque ligne, dans ces pages fortes et belles. Le succès en a été très-vif, mais un succès véritable, celui qui se traduit chez l'auditeur par le désir d'étudier les choses dont on vient de l'entretenir, et je suis sûr que M. Broca aura fait de fervents adeptes aujourd'hui.

A cinq heures, la séance publique était terminée. Les diverses sections se sont réunies dans leurs locaux respectifs, et la section de médecine, la seule dont nous publierons un compte-rendu, a constitué son bureau. Il sera présidé par M. le professeur Courty, de Montpellier; MM. Lecadre et Gibert, du Hâvre, M. le professeur Parrot, de Paris, et le Dr Gallard, médecin de l'hôpital de la Pitié, ont été nommés vice-présidents. Les secrétaires sont : MM. Lafaurie et Brierre, du Hâvre, François Franck et P. Reclus, de Paris.

De l'anémie pernicieuse progressive.

En 1871, Gusserow, Biermer et après eux un certain nombre de médecins allemands, crurent devoir charger le cadre nosologique d'une maladie nouvelle, à laquelle ils donnaient le nom d'*anémie pernicieuse progressive.* Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de reproduire ici les caractères de cette maladie, à laquelle notre ami, M. Brissaud consacra l'année dernière deux articles fort intéressants dans le *Progrès Médical* (nos 16 et 17). Après avoir examiné les descriptions des partisans de l'anémie pernicieuse progressive, après avoir analysé les observations, M. Brissaud arrivait à conclure « qu'il n'y a, dans la forme anémique dont il s'agit, rien qui soit véritablement pathognomonique, ni sous le rapport anatomique, ni dans la série des phénomènes observés. »

Cette opinion est d'ailleurs celle de la plupart des médecins français qui se sont occupés de la question, et se trouve chaque jour confirmée davantage par les observations nouvelles. Dernièrement encore, elle a été défendue avec talent dans une thèse soutenue à la Faculté de Paris (1). L'auteur de cette thèse, M. Ricklin, soumettant à une critique sévère toutes les observations publiées (au nombre de 39), a pu les faire rentrer pour la plupart dans les cadres classiques de la pathologie, et n'a point hésité à rejeter cette dénomination, au moins superflue.

Plus récemment encore, il a rapporté dans la *Gazette médicale de Paris* (2), de nouveaux faits qui, malgré l'interprétation de leurs auteurs, viennent encore à l'appui de sa thèse.

L'importance du sujet nous engage à résumer brièvement la partie critique du remarquable travail de M. Ricklin.

A. On peut tout d'abord éliminer du groupe des anémies dites *pernicieuses* et *progressives*, celles qui ont abouti à la guérison, et n'ont par conséquent rien de pernicieux ni de progressif.

B. En outre, pour établir l'existence d'une maladie qui repose surtout sur l'absence de lésions, on ne peut raisonnablement accepter des observations qui ne sont point accompagnées d'autopsie. M. Ricklin cite, dans son second travail, l'observation d'un malade du service de M. Sée, qui, suivi pendant un an, ne présenta jamais d'autres signes que ceux d'une anémie très-grave. Les partisans de l'anémie pernicieuse progressive n'auraient pas manqué de réclamer ce fait, si l'autopsie n'était venue révéler l'existence d'un cancer de l'estomac resté absolument latent.

C. Plusieurs faits ont été observés chez des femmes qui, vivant dans des conditions hygiéniques déplorables, avaient

(1) Ricklin. — *Etude critique sur l'anémie dite pernicieuse progressive* Thèse de Paris, 1877. Coccoz, éditeur.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1877, nos 24 et 25.

eu plusieurs grossesses coup sur coup; l'autopsie faisait constater une dégénérescence graisseuse du cœur. Ces faits, dit M. Ricklin, rentrent évidemment dans la chlorose puerpérale, variété d'anémie connue depuis longtemps et qui n'est pas plus primitive qu'essentielle.

D. On doit encore éliminer tous les faits où l'autopsie montra des lésions suffisant par elles-mêmes à rendre compte de l'issue fatale et des symptômes observés pendant la vie: (affections cardiaques, pleurésie purulente, cancer, etc....). Ces faits sont au nombre de 12 (sur 39).

E. Il est évident, d'un autre côté, que le tableau clinique de l'anémie pernicieuse tracé par Biermer et Immermann, n'étant autre que la reproduction fidèle de celui de la leucémie et de la pseudo-leucémie, toutes les observations où il est question d'altération de la moelle des os, constatées à l'autopsie, devront être considérées comme des exemples patents de pseudo-leucémie myélogène. — L'intestin doit aussi être examiné avec soin; le fait de leucémie intestinale observé par Béhier, ressemble d'une façon frappante à l'anémie pernicieuse progressive de Biermer.

On peut faire rentrer, dans cette catégorie de faits à éliminer, 9, et peut-être même 14 observations (encore ne parlons-nous ici que des 39 faits réunis par M. Ricklin); depuis cette époque, plusieurs autres du même genre ont été rapportés, et l'un des plus curieux est celui que vient de publier tout récemment le docteur Litten, assistant de Frerichs (1).

Une femme après avoir nourri successivement deux enfants pendant 14 mois fut prise de symptômes graves qui furent rapportés à l'anémie pernicieuse progressive. Le sang présentait une diminution notable du nombre des globules rouges avec très-légère augmentation du nombre des globules blancs. Puis, à partir du cinquième jour après l'entrée de la malade à l'hôpital, on constata une augmentetion rapide du nombre des globules blancs. Le rapport du nombre des hématies à celui des leucocytes, qui était de 15/1 le cinquième jour de l'observation, était de 9/1 le sixième et de 4/1 le septième. Le lendemain, la malade succombait, et à l'autopsie on trouvait une dégénérescence graisseuse très-prononcée du cœur, et les altérations de la moelle des os caractéristiques de la leucémie myélogène.

Il ne semble pas que ce fait puisse, en aucune façon prêter à discussion, et que l'on puisse y voir autre chose qu'un exemple de leucémie myélogène. C'est en effet l'opinion adoptée par le docteur Litten, mais seulement pour les derniers jours de la maladie. D'après lui, il faut distinguer dans le cas en question deux phases distinctes au double point de vue clinique et anatomique: dans une première phase, la malade était simplement affectée d'anémie pernicieuse progressive; dans la seconde phase (qui ne dura guère que quatre jours), elle est atteinte de leucémie myélogène.

Nous ne croyons pas devoir nous arrêter à discuter cette manière de voir, à laquelle cependant on ne contestera pas, à défaut d'autre mérite, une certaine originalité.

F. Quelques cas désignés sous le nom d'anémie pernicieuse progressive peuvent être rangés dans la néphrite interstitielle.

G. Enfin, après avoir rejeté tous ces faits, M. Ricklin réserve 3 observations. Dans l'une, rapportée par Scheby-Buch, il est question d'une couturière de 64 ans, dont l'haleine et les vomissements répandaient une odeur prononcée d'alcool, et à l'autopsie de laquelle on trouva, outre un cysticerque dans l'encéphale, une dégénérescence graisseuse prononcée du cœur, de l'épithélium du rein et des cellules hépatiques. L'âge et les habitudes alcooliques rendent suffisamment compte de ces lésions.

L'observation de M. Lépine est une anémie extrême dont la production est suffisamment expliquée par des causes multiples agissant concurremment chez la même malade: misère, dyspepsie, catarrhe intestinal prolongé, gravidité. Que l'on adopte pour elle la dénomination proposée par Gusserow (*anémie extrême* des femmes en couches), soit; mais il ne peut être question de voir dans ce fait une espèce morbide nouvelle.

D'ailleurs, dans les commentaires dont il fait suivre son observation, M. Lépine ajoute: « C'est donc sans raison suffisante que Biermer et Immermann ont créé de toutes pièces une espèce morbide distincte, dite anémie pernicieuse progressive. »

L'observation de M. Ferrand est encore relative à une femme enceinte, avec vomissements, diarrhée incoërcible fièvre, et qui accoucha d'un fœtus mort-né. Sans même tenir compte d'une affection probable des reins, on peut dire, avec M. Ricklin, que la gravidité compliquée de vomissements et de diarrhée, chez une femme se trouvant dans de mauvaises conditions d'alimentation, explique suffisamment l'ensemble des symptômes.

« Il reste donc bien établi, dit en terminant M. Ricklin, que l'anémie n'a qu'une valeur purement symptomatique, et que sa gravité dépend avant tout de l'importance des causes ou des lésions qui l'engendrent. La dénomination d'anémie pernicieuse progressive doit être rejetée, non pas seulement comme un terme superflu, mais parce qu'elle aboutit à confondre, sous une même rubrique, des affections absolument dissemblables, et surtout parce qu'elle nous expose à perdre de vue, dans le traitement d'une anémie, la cause qui engendre celle-ci. »

Ces conclusions nous paraissent absolument sages, et nous croyons que les faits nouveaux qui se produiront ne manqueront pas de les confirmer.

A. SEVESTRE.

(1) *Berliner klinische Wochenschrift*, n°19 et 20, 1877.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 août 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. BOULEY lit une lettre de *M. Pasteur*, répondant au mémoire de *M. Colin*, sur l'*Etiologie des maladies charbonneuses*. — En discutant le travail de MM. Pasteur et Joubert, *M. Colin* a mal interprété l'expérience des cultures successives de la bactéridie dans l'urine pure, neutre ou alcaline; il prétend que dans ces cultures, la virulence du liquide pourrait être facilement attribuée à un ferment diastasique soluble, puisque la dilution doit être beaucoup moins étendue que dans les expériences de Davaine, sur la septicémie, où la dilution au 1/100.000° conservait encore la virulence. Or, il semblerait ne pas tenir suffisamment compte du degré de dilution du sang charbonneux dans les expériences de M. Pasteur. On mélange d'abord une gouttelette, une trace de sang charbonneux, avec une quantité notable d'urine parfaitement pure; puis, quand la bactéridie a pullulé dans ce nouveau véhicule, on y prend une nouvelle gouttelette qu'on dépose

dans une même quantité de liquide, également pur; on renouvelle cette expérience 10 fois, 20 fois, 100 fois; autant de fois que l'on veut; supposons qu'on l'ait fait 10 fois et que la gouttelette fût la centième partie du liquide : la gouttelette primitive serait au liquide obtenu comme 1 est à un nombre représenté par 1 suivi de 10 zéros. Si l'opération a été renouvelée 100 fois, la fraction serait représentée par 100 élevé à la centième puissance, c'est-à-dire 1 sur 1 suivi de 100 zéros. Les dilutions de M. Davaine sont-elles comparables à celles-ci? — Un des arguments sur lesquels insiste le plus M. Colin, est le suivant: « Si la bactéridie est l'agent unique de la virulence, pourquoi cet organisme n'apparaît-il dans le sang de l'animal inoculé que longtemps après que ce sang a acquis des propriétés virulentes? Pourquoi, d'autre part, peut-on transmettre le charbon en inoculant le sérum du sang charbonneux, dont le coagulum fibrineux a emprisonné toutes les bactéridies; sérum au sein duquel le microscope est impuissant à déceler la présence du moindre élément figuré? » A ces assertions, M. Pasteur oppose la contradiction la plus formelle :

Jamais un liquide privé de bactéridies n'a pu communiquer le charbon. M. Colin n'a pas trouvé de bactéridies dans le sang capable de communiquer le charbon, c'est que le microscope est souvent insuffisant à en dévoiler la présence; il avait, du reste, un moyen de contrôle, en ensemençant dans un liquide nutritif pur, à l'abri du contact de l'air, une gouttelette de ce sang virulent qu'il suppose privé de bactéridies : n'y en eût-il qu'une seule, elle se fût bientôt multipliée à ce point qu'il eût été impossible de ne pas admettre qu'elle préexistât dans ce sang. — Une autre objection de M. Colin est celle qui consiste à dire qu'en filtrant sur le plâtre solide le sang virulent, le virus a pu s'altérer chimiquement à la manière des diastases. Pourquoi, répond M. Pasteur, M. Colin n'a-t-il pas d'abord mélangé une petite quantité de sang charbonneux avec une notable proportion de sulfate de chaux, pour l'inoculer ensuite? Il aurait alors vu si la virulence avait réellement disparu; mais M. Colin a adopté cette idée que la virulence charbonneuse réside dans les éléments normaux du sang, qu'elle est de la nature des diastases solubles : tout ce qui vient à l'encontre de cette idée n'existe pas pour lui.

Suite de la discussion sur l'acide salicylique et le salicylate de soude. — M. G. Sée vient répondre aux objections que son mémoire a soulevées. M. Laborde a soutenu devant la Société de biologie que l'injection de 4 à 5 grammes de salicylate de soude dans les veines d'un chien produit une analgésie complète. M. Sée aurait été heureux de pouvoir confirmer ce fait, qui serait la démonstration expérimentale de l'opinion qu'il a émise sur l'action thérapeutique du salicylate de soude; malheureusement les nombreuses expériences qu'il a faites dans cette direction ne lui ont jamais rien donné de pareil; sur les petits animaux, ou bien les doses faibles ne produisent rien, ou bien les fortes doses tuent par paralysie. Au surplus, M. Laborde a depuis reconnu que le médicament agit sur le bulbe et non sur les nerfs périphériques. L'expérimentation sur les animaux ne peut donner aucun renseignement utile.

Comme *antiseptique*, l'acide salicylique a été donné à faibles doses par M. Guéneau de Mussy, dans la fièvre typhoïde; il n'existe aucun fait dans la science prouvant que l'acide salicylique, en dissolution dans le sang, peut agir comme un antiseptique général; son action serait alors purement locale et consisterait dans la destruction, à la surface de la muqueuse intestinale, des germes putrides excrémentitiels; or, l'expérience prouve que l'acide salicylique est très-rapidement absorbé, à la faveur de la soude ou de la potasse. Cette action antiseptique interne est donc bien démontrée; et les résultats heureux qu'a obtenus M. Guéneau de Mussy ne peuvent être attribués qu'à une heureuse série.

Comme *antipyrétique*, l'acide salicylique a été vanté, après les Allemands, par MM. Jaccoud et Oulmont; les faits les mieux observés ne permettent pas d'admettre cette action dans les fièvres intermittente, tuberculeuse, pneumonique et typhoïde. Bien plus, dans la fièvre typhoïde, des observations nombreuses et rigoureuses démontrent que l'action antipyrétique du médicament est transitoire, infidèle, nulle au début, et qu'elle peut causer des accidents formidables, surtout dans les formes graves de la maladie.

Quant aux heureux effets du salicylate de soude dans le *rhumatisme articulaire aigu*, M. Sée n'a rien à retrancher de ce qu'il a dit: les trois faits de M. Oulmont ne sont pas concluants; la dose était trop faible. Les deux faits de M. Empis ne sont pas plus probants : l'un des malades est mort en pleine convalescence sans qu'on ait su pourquoi: l'autopsie n'a pas été faite; le second, *traité pour des coliques de plomb*, était alcoolique; or, M. Sée a indiqué que lorsque les reins sont malades, les salicylates peuvent occasionner des accidents redoutables.

Quant à M. Guéneau de Mussy, il ne donne que 2, 3, 4 grammes d'acide salicylique; c'est trop peu; il objecte, il est vrai, que les fortes doses d'acide salicylique comme de sulfate de quinine sont une des causes de la fréquence actuelle du rhumatisme cérébral, presqu'inconnu il y a trente ans: s'il en est ainsi, poursuit M. G. Sée, supprimez tout médicament suspect! Faites de l'expectation! Or, les statistiques du regretté Lorain, prouvent que dans le rhumatisme, elle conduit à trois mois de souffrances horribles, et le plus souvent à des complications cardiaques. Du reste, sur les six cas de rhumatisme cérébral consignés dans la thèse remarquable de Vigla, un seul avait été traité par le sulfate de quinine, si gravement incriminé. M. Sée continue donc à donner jusqu'à dix grammes de salicylate, sans avoir à déplorer le moindre accident. Et il n'est pas le seul: MM. Brouardel, Proust, Laboulbène, Bourdon, Dujardin-Beaumetz, etc., agissent de même et s'en trouvent bien. En somme, l'action du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu parait bien établie; sur 181 cas réunis par Stricker, 7 fois seulement le médicament n'a pas sensiblement agi; encore la dose était-elle trop faible dans 3 cas. Sur 110 malades bien suivis, 94 ont guéri de 24 à 96 heures; les 16 autres en 8 jours au plus. Sur 100 malades 3 seulement ont présenté des complications cardiaques, alors que la proportion ordinaire est au moins de 25 0[0.

Le même auteur conclut que l'acide salicylique est un médicament apyrétique et un véritable spécifique de toutes les formes de rhumatisme aigu. Aux yeux de M. Sée, c'est une erreur absolue, puisqu'il n'a aucune action dans le rhumatisme cérébral, dans le tétanos rhumatismal, dans l'endocardite, la péricardite, la chorée, les paralysies rhumatismales; au contraire, dans un grand nombre de cas, il a guéri radicalement des névralgies qui n'avaient rien de rhumatismal. Les salicylates agissent donc seulement comme des *analgésiants* et comme *diurétiques*.

Contre la douleur et les engorgements du *rhumatisme noueux* le salicylate de soude ne réussit pas moins bien. M. Sée a, entre les mains, outre ses observations personnelles, un grand nombre de faits qu'il doit à l'obligeance de MM. Ricord, Bouchard, Briquet, Luys, etc. — M. Sée continuera son argumentation dans la prochaine séance. La séance est levée à 5 h. 15.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 27 *avril* 1877. — Présidence de M. Charcot.

35. Atrophie d'un lobe cérébral et des marginales correspondantes chez un amputé (30 ans après l'opération). — Etat du moignon. — Mort probable par sclérose rénale; par M.C. de Boyer, interne des hôpitaux.

Ch...., Jean, âgé de 79 ans, entre le 27 mars 1877, salle Saint-André, 10 (Bicêtre, service de M. Bouchard). Il était en démence sénile, refusait de manger, était dans un état d'agitation extrême. Il semblait un peu hémiplégique à droite (diminution de force dans la main droite), pas d'anesthésie, pas de paralysie faciale.

Cet homme est un ancien tonnelier; il buvait beaucoup et régulièrement, sans cependant avoir eu d'accidents d'alcoolisme aigu. On le soumet au bromure à haute dose (12 gr.), ce traitement amène une sédation complète. Pas d'œdème, pas

de lésions oculaires, un peu d'albumine dans les urines qui sont claires et d'une densité faible.

Le malade tombe subitement dans le coma et meurt le 6 avril, depuis le 3 de ce mois il avait une double escharre fessière près du pli interfessier, ayant envahi la région sacrée. La température rectale comprise entre 37° et 37°,6 n'a jamais été au-dessous de la normale.

Ce malade avait été amputé du *bras gauche* en 1846 pour une morsure de cheval. Il ne lui restait plus qu'un tronçon conique comprenant à peine le 1/3 supérieur du bras, en pressant sur le bras on ne trouve pas de points douloureux : sensibilité conservée, pas de sensations anormales, le malade ne sent plus depuis longtemps la main qu'il a perdue.

AUTOPSIE. — *Ossification* des valvules du cœur, athérome généralisé du système artériel. Emphysème et congestion lobulaire disséminée, passant par places à la bronchopneumonie, vers les bases ; un kyste hydatique guéri, transformé en mastic sur la face convexe du foie; le tissu du foie est dur, crie sous le scalpel, mais il n'est pas granulé, il n'y a du reste pas d'ascite ; sclérose du corps thyroïde ; sclérose des deux reins qui sont petits, granulés, irréguliers, lobés et présentent de nombreux kystes tant à la surface que dans la profondeur, la substance corticale est réduite à une couche bien mince, surtout sur le rein droit : rien au tube digestif, ni aux organes génitaux.

Cerveau. Le cerveau est asymétrique, tout le lobe droit est plus petit que le lobe gauche, il en est de même pour le cervelet, les pyramides paraissent semblables. Un peu de sérosité dans les ventricules. Quelques adhérences de la pie-mère à la substance corticale, adhérences de la pie-mère à la dure-mère épaissie, sondée au crâne, mais n'ayant donné lieu ni à des néo-membranes ni à des hémorrhagies. Athérome des grosses artères de la base, dont le calibre est perméable. Les circonvolutions marginales sont atrophiées à droite, à leur origine près de la scissure interhémisphérique, la circonvolution A (frontale ascendante), est surtout très-grêle, peu élevée, ce qui fait que la hauteur du lobe paracentral est diminuée, le tout par comparaison avec l'autre côté. Vers le milieu de cette face externe du lobe gauche, les deux marginales ont leur largeur ordinaire, mais sont moins bombées. Il y a donc, croyons-nous, atrophie de la partie toute supérieure des deux marginales, surtout de l'antérieure. Pas d'anévrysmes miliaires, il y a pourtant un tout petit foyer ancien dans la 1re portion du noyau extra-ventriculaire du corps strié à gauche, dans la région antérieure, ce qui nous rend compte du faible degré de paralysie flasque que nous avions cru constater à droite pendant la vie.

La moelle, un peu asymétrique, est un peu plus grosse à droite ; le cordon antéro-latéral gauche paraît, à l'œil nu, normal. Les nerfs des plèvres sont grisâtres.

Dissection du moignon. Le grand pectoral par son faisceau claviculaire très-développé semblait suffire aux mouvements du bras, le deltoïde atrophié dans sa partie postérieure ne servait qu'à élever un peu le bras en avant, le biceps était, ainsi que le triceps, dégénéré et transformé en une masse lardacée. L'extrémité de l'humérus adhérait à la peau par un tissu induré, comprenant la terminaison en masse du médian et du radial, sous forme de masses pyriformes, de la grosseur d'une petite noisette, dures, et constituées par les éléments tubulaires du nerf dissocié et emprisonné dans une gangue conjonctive très-épaisse, très- ancienne, se colorant mal par le carmin, comme nous l'a montré l'examen histologique.

M. LANDOUZY, à propos de la présentation de M. de Boyer, communique un cas de malformation considérable du membre inférieur droit dans lequel l'examen de l'encéphale a été fait en détail. Il s'agit d'un cordonnier de 45 ans, mort récemment, d'une affection cardiaque à la clinique de M. Hardy et dont il a fait l'autopsie avec son collègue J. Renaut.

Cet homme avait une malformation considérable du membre inférieur droit moins gros et moins long que le membre inférieur gauche. Le raccourcissement résultait, et d'une demi-flexion avec rétraction de la jambe sur la cuisse, et d'un arrêt de développement. Le pied formait un varus équin.

Longueur : cuisse droite........	0 m.	029
— cuisse gauche........	0	047
Circonférence : *cuisse droite* :		
— partie supérieure..	0	056
— moyenne...	0	044
— inférieure..	0	035
Circonférence : *cuisse gauche* :		
partie supérieure..	0	060
— moyenne...	0	545
— inférieure..	0	465
Longueur : jambe droite.....	0	025
— jambe gauche.....	0	030
Circonférence : *jambe droite* :		
partie supérieure..	0	030
— moyenne...	0	031
— inférieure...	0	024
Circonférence : *jambe gauche* :		
— partie supérieure..	0	039
— moyenne...	0	040
— inférieure..	0 m.	027

La différence de longueur entre le membre inférieur droit et le membre inférieur gauche était donc 0 m. 23. La marche s'effectuait avec une béquille.

La malformation datait de la première enfance, elle était consécutive à un traumatisme qui avait frappé le malade à l'âge de un an et demi : il avait été renversé par une lourde voiture qui lui avait passé sur la main droite et sur le membre inférieur droit.

Le membre supérieur droit avait un développement normal : les masses musculaires étaient bien développées : le traumatisme qui avait porté sur la main n'avait laissé complétement intacts que l'index et le pouce; en dépit de cet accident le malade avait conservé la presque totalité des usages de la main : les mouvements et la force de préhension étaient tels que le malade avait pu, dès l'âge de 15 ans, exercer la profession de cordonnier avec autant d'habileté que la plupart des autres ouvriers.

Voici ce qu'a révélé l'autopsie : les sillons de Rolando (examinés en place, au moyen d'une fenêtre pratiquée dans la dure-mère) ne correspondaient pas exactement : la racine du sillon de Rolando gauche est à 0 m. 10 en arrière du sillon de Rolando droit.

L'hémisphère gauche paraît un peu moins volumineux que le droit (le malade était droitier) : l'hémisphère gauche à 0 m. 01 de moins que le droit dans ses diamètres antéro-postérieur et vertical.

La circonvolution pariétale ascendante gauche apparaît plus effilée et plus droite que la circonvolution pariétale de l'hémisphère droit.

L'hémisphère gauche pèse 535 gr.
— droit pèse 554 gr.

Asymétrie de la protubérance dont la moitié gauche est un peu moins bombée et moins volumineuse.

Asymétrie évidente du bulbe : la diminution de volume porte et sur l'olive qui se dessine à peine et sur le faisceau sous-olivaire moins épaté que du côté droit. En somme, toute la partie gauche du bulbe est moins large que la droite et on peut dire qu'on devine plutôt qu'on ne ne voit nettement la place et la forme de l'olive.

En somme, chez un homme ayant subi, il y a plus de quarante ans, un traumatisme qui a laissé après lui une malformation avec raccourcissement considérable du membre inférieur droit, nous avons trouvé, avec un moindre volume de l'hémisphère gauche, une asymétrie protubérantielle et bulbaire. Cette autopsie mérite, croyons-nous, d'être rapportée en tant que fait, car il serait imprudent de chercher à tirer d'une observation des conclusions générales : cependant, on serait peut-être autorisé à voir dans la malformation du membre droit et dans l'asymétrie de l'hémisphère gauche un rapport de cause à effet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Par décret en date du 14 août 1877 et d'après l'avis du conseil supérieur et du comité consultatif de l'instruction publique, ont été nommés professeurs titulaires à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon : MM. Berne, pathologie externe; Boudet, pathologie interne ; Tripier (Léon), médecine opératoire; Pierret, anatomie pathologique ; Artaud, clinique des maladies mentales.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des anomalies du système dentaire, chez l'homme et les mammifères; par le Dr E. Magitot. Paris, G. Masson, éditeur.

Sous le titre d'*Anomalies dentaires chez l'homme et les mammifères*, le docteur Magitot vient de faire paraître un ouvrage, dont quelques extraits ont pu être déjà appréciés ; car, sous forme de monographie spéciale, ils ont été publiés dans divers recueils scientifiques, notamment dans le *Journal de l'anatomie et de la physiologie*.

Tous ces travaux importants, aujourd'hui condensés dans un ouvrage que l'Académie des Sciences vient de couronner, présentent un ensemble considérable de recherches, qui éclairent une foule de questions restées jusqu'ici obscures et se rattachant spécialement à la pathogénie dentaire.

L'auteur, sans contester la valeur anatomique et physiologique d'une classification basée sur le mode d'évolution des dents, lui préfère néanmoins la méthode classique, créée si magistralement par les travaux des deux Geoffroy Saint-Hilaire, et plus accessible à la généralité des lecteurs; il est donc amené à décrire successivement les anomalies de *forme*, de *volume*, de *nombre*, de *siége*, de *direction*, d'*éruption*, de *nutrition*, de *structure*, de *disposition*.

Il établit tout d'abord que le *cône* est la forme typique, limite primitive du système dentaire, envisagé dans la série des vertébrés : c'est le point de départ d'une série morphologique ascendante, dont les termes correspondent à chaque être de la série zoologique ; ce principe d'unité de composition jette une vive lumière sur le problème de la tératologie ; il en constitue pour ainsi dire la clef et nous le signalons comme un des chapitres les plus intéressants de l'ouvrage et celui où l'auteur a fait preuve d'un sérieux esprit philosophique.

Vient ensuite l'explication des relations physiologiques qui existent entre les follicules de dentition temporaire et ceux de dentition permanente; ces rapports servent eux-mêmes à rendre compte des lésions qui affectent cette dernière dentition.

Le chapitre consacré aux anomalies de *siége* présente un grand intérêt. L'auteur se livre à une discussion très-approfondie des diverses théories tératogéniques qui peuvent éclairer la question des hétérotopies dentaires. Il se déclare partisan de la théorie de l'ovule unique, d'où procède la monstruosité double aussi bien que la monstruosité simple ou hémitérie; il rejette conséquemment la doctrine de la diplogénèse.

Il faut reconnaître que les savants les plus autorisés sont encore partagés au sujet de cette étiologie tératogénique. Cependant les remarquables travaux de M. Dareste laissent peu de doute sur l'origine diplogénésique de certaines monstruosités et le célèbre fait d'Allen Thompson à lui seul suffirait pour démontrer qu'il y a des cas où l'ovule unique ne saurait être le point de départ de l'anomalie. Nous devons donc en conclure que l'opinion éclectique est jusqu'à présent au moins, celle qui doit prévaloir puisqu'elle permet d'expliquer les diverses anomalies dont beaucoup restent enveloppées d'obscurités si l'on persiste dans un exclusivisme tératogénique.

Nous devons mentionner à cet égard le rôle que M. Balbiani, le savant professeur d'embryogénie du Collége de France, fait jouer à la vésicule embryogène découverte en 1849 par Wittich. D'après lui, elle serait l'élément formateur de l'embryon et donnerait lieu à un embryon double soudé dans les cas où double elle-même, elle éprouve un rapprochement dû à une cause inconnue. Mais c'est une vue théorique et l'expérimentation ne l'a pas encore sanctionnée.

M. Magitot cherche l'explication de certaines hétérotopies dentaires dans la persistance des débris du corps de Wolff: c'est une explication légitime et il eut pu même à cet égard en rapprocher plus complétement qu'il ne l'a fait les productions pathologiques qu'on rencontre sur l'épididyme ou dans le voisinage de l'ovaire et qui ne sont autres que des débris de ce même corps de Wolff.

Nous signalerons encore le chapitre consacré aux *anomalies de nutrition*, où l'auteur a traité en vrai clinicien la question des *odontômes* : il en simplifie la classification et il la base sur une étude sérieuse de l'anatomie pathologique. Après les recherches de Broca et les travaux de M. Magitot, on peut considérer cette question comme à peu près complétement élucidée.

Abordant le chapitre des anomalies de structure, l'auteur signale des faits nouveaux et qui appellent l'attention des médecins livrés à la pratique de la pathologie infantile : il s'agit par exemple de ce silon dentaire qui se formerait brusquement pendant la crise convulsive de l'éclampsie et souvent même suivant lui à la suite d'une unique attaque chez les enfants, pendant la dentification et exclusivement avant son achèvement: ce sillon a pour siége invariable la base du chapeau de denterie. Des faits de cet ordre ont été cependant relatés par Tomes à la suite d'une rougeole et par d'autres auteurs.

M. Magitot est, à notre connaissance, le seul qui admette qu'une attaque unique de convulsion passagère puisse tracer un sillon indélébile aussi prononcé : il a même, au sein de la Société d'anthropologie donné cette origine à des lésions trouvées sur des dents de crânes anciens, ceux par exemple qui ont été trépanés pendant l'époque néolithique dans le but suivant l'hypothèse de Broca et de Prunières, de faire précisément cesser les convulsions chez les enfants. Pour admettre ainsi qu'une seule attaque d'éclampsie produise le sillon de l'érosion, il se fonde sur la rapidité relative que présente pendant la période folliculaire la formation de l'émail et de l'ivoire, de telle sorte qu'une interruption de ce travail pourrait d'après lui, en quelques heures, laisser une trace indélébile. L'attention doit donc se porter de ce côté, de la part des médecins qui s'occupent des maladies de la première enfance.

Quant à nous, il nous semble bien difficile qu'une lésion aussi prononcée se produise avec cette rapidité. Ne peut-on pas admettre qu'elle a été préparée par un état général préexistant et qu'elle éclate au moment même où l'attaque, symptôme de cet état antérieur, fait elle-même explosion ?

En un mot, le sillon dentaire n'aurait-il pas quelqu'analogie avec le sillon unguéal signalé par Beau dans les maladies où la dénutrition frappe avec énergie la constitution ?

Nous bornerons là la rapide esquisse que nous avons voulu présenter de l'ouvrage si considérable de M. Magitot. Notre but n'a été que d'appeler l'attention du monde savant sur un ensemble de recherches et qui font honneur à l'esprit philosophique et aux qualités expérimentales de leur auteur. Ajoutons enfin que ce livre ne peut manquer de recevoir un accueil empressé de la part des praticiens, soucieux de voir ainsi l'odontologie devenir l'objet de tels travaux qui en relèvent l'importance et en étendent le domaine à des limites inconnues jusqu'à ce jour.

Un atlas de 20 planches composées de dessins originaux complète dignement ce travail, qui peut être considéré en réalité comme la synthèse générale et en même temps l'analyse minutieuse de la tératologie de l'appareil dentaire.

Dr E. Martin.

CORRESPONDANCE

Toulouse, le 17 août 1877.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*.

L'école secondaire de médecine de Toulouse vient de fermer ses portes ; *secondaire* elle était, secondaire elle restera, à moins cependant que le nouvel arrêté ministériel concernant la réorganisation de ces écoles, ne vienne stimuler nos édiles, et ne les oblige à faire les dépenses que nécessite l'installation d'une école de médecine de plein exercice.

Pour aujourd'hui, je laisse ce sujet de côté, car je dois vous signaler la nomination de M. Chapui, recteur de l'Académie de Grenoble, à l'Académie de Toulouse, en remplacement de M. Dreyss, nommé recteur de l'Académie de Clermont. Notre nouveau recteur a reçu les différents membres du corps universitaire dans les salons de l'Académie, et l'impression qu'il a produite, lui est de tous points favorable. On avait, à la vérité, fait courir le bruit, que ces mutations avaient été motivées par suite d'opinions politiques, mais ces raisons sont loin d'être fondées.

La disgrâce de M. Dreyss était méritée, et la majeure partie du corps enseignant des différentes Facultés, n'a éprouvé aucun regret à se séparer de son chef hiérarchique. Depuis longtemps, en effet, on n'avait vu à l'Académie de Toulouse, l'enseignement supérieur et l'enseignement secondaire, donner de si mauvais résultats. Si j'insiste sur ces détails, je le fais à dessein, car il n'est pas une autre ville en France, où il y ait une lutte aussi vive, entre l'enseignement laïque et l'enseignement clérical. Or, je le dis à la honte de l'enseignement universitaire, les résultats de cette année sont déplorables. Ainsi, le lycée de notre ville n'a obtenu qu'un cinquième d'admissions à l'Ecole de Saint-Cyr, alors que l'établissement des Jésuites en obtenait trois-cinquièmes, sur le nombre des candidats qui se sont présentés.

Pour la licence ès-lettres, il en est de même ; sur neuf candidats qui se sont présentés, dont sept appartenaient à l'enseignement laïque et deux à l'enseignement clérical, deux seulement ont été déclarés admissibles, et encore une fois, l'enseignement de l'Etat recevait un échec.

A la Faculté de droit, les résultats sont loin d'être satisfaisants. Le nombre des étudiants a diminué d'un bon tiers, et dans ce fait il n'y a rien d'étonnant, car les pétitions des étudiants qui étaient refusées par M. Dreyss

recteur de l'Académie de Toulouse, recevaient un meilleur accueil de M. le recteur de l'Académie de Bordeaux.

L'Ecole de médecine n'a pas été mieux partagée, et je dois mentionner, quoique je n'en aie rien dit dans mes correspondances, que les cours ont été interrompus pendant trois semaines, cela encore par la faute de M. le recteur qui, jouant au grand maître, avait voulu faire revivre un réglement tombé en désuétude, sur l'appel nominal des élèves.

Au point de vue des relations qu'avait ce dignitaire, avec les divers membres de l'enseignement, doyens, professeurs, elles n'étaient ni amicales, ni sympathiques. Cela encore, parce que M. Dreyss croyait que son titre seul devait inspirer le respect et l'obéissance. Evidemment nous ne saurions contester les droits et les prérogatives d'un recteur ; mais nous estimons aussi, que des doyens de Faculté, des professeurs de Faculté, ne sont pas des maîtres d'études et que leurs fonctions ne consistent pas à savoir si tel ou tel élève a assisté au cours, ou si tel ou tel professeur doit figurer au rapport, parce qu'il aura manqué une leçon. En dehors de ces préoccupations, M. le recteur, ancien professeur d'histoire, ne se faisait faute d'assister aux cours professés dans les différentes Facultés. Passe, encore, pour la Faculté des lettres et à la rigueur pour la Faculté de droit ; mais, sa présence était-elle plausible à des cours d'anatomie, de chimie, de trigonométrie ? nous ne le pensons pas, à moins cependant que M. Dreyss, ne voulût se préparer à de nouvelles études, car en toute sincérité, nous ne ferons pas l'injure à notre ancien recteur de supposer, qu'il n'était pas de problème de physique, de mathématiques, etc., que sa vive intelligence ne fût prête à résoudre. Non, la seule raison que l'on puisse donner de cet excès de zèle, est le besoin qu'éprouvent certaines gens de paraître, et de pouvoir dire : « *j'assiste, donc je suis.* »

Voilà, croyons-nous, les seules raisons qui ont motivé le déplacement de M. Dreyss. Du reste, ces vicissitudes d'un recteur, sont plutôt la faute de nos institutions universitaires, que celle d'une personne. Le plus souvent, en effet, on nomme à ces fonctions, d'anciens professeurs de lycée, d'anciens proviseurs, qui n'ont aucune notion de l'enseignement supérieur, qui ont passé la plus grande partie de leur temps dans les devoirs de l'enseignement secondaire, et voilà ces personnes promues, par un simple décret, au rang le plus élevé de l'enseignement supérieur ! il y a dans ce fait, quelque chose de choquant et il serait temps d'y remédier. Ou bien, les recteurs doivent être des chefs de bureau, destinés à recueillir et à classer les renseignements de leur ressort académique, et alors qu'on délimite leurs attributions ; ou bien si on les investit du droit d'inspecter les établissements d'enseignement supérieur, si on leur donne des prérogatives sur les doyens, sur les professeurs de Faculté, que l'on confie ce poste à des hommes ayant appartenu à cet enseignement, car ils en connaîtront les besoins, et seront à même d'apprécier les mérites de professeurs qui étaient naguère des collègues.

Recevez M. le Rédacteur, etc. L. C.

VARIA

Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Le Président de la République française, sur le rapport du Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, vu l'ordonnance royale du 12 mars 1841, portant organisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ; vu les décrets des 4 février 1874 et 14 juillet 1875 ; le conseil supérieur de l'instruction publique entendu, décrète :

Art. 1er. — Le traitement minimum des professeurs titulaires dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie est fixé à 2,500 fr. au moins par an. Le traitement annuel des suppléants attachés à ces mêmes établissements est fixé à un minimum de 1,000 fr.

Art. 2. — Le titre de professeur-adjoint est supprimé.

Art. 3. — L'enseignement dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie doit être distribué entre onze professeurs au moins, savoir : Un professeur d'anatomie, un professeur de physiologie, un professeur d'hygiène et de thérapeutique, un professeur de pharmacie et matière médicale, un professeur de pathologie externe et médecine opératoire, un professeur de pathologie interne, un professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, un professeur de clinique externe, un professeur de clinique interne, un professeur d'histoire naturelle, un professeur de chimie et toxicologie. Il y a, en outre, un chef des travaux anatomiques et un chef des travaux chimiques nommés après concours. Ces derniers emplois peuvent être cumulés avec ceux de professeur suppléant. Le traitement de ces fonctionnaires est fixé à mille francs au moins.

Art. 4. — Il sera inscrit au budget annuel de chaque école un crédit minimum de deux mille cinq cents francs destiné à faire face aux dépenses occasionnées par les frais de cours.

Art. 5. — Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret. — (Paris, le 10 août 1877.)

—Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux arts, vu l'arrêté du 23 décembre 1854, qui détermine les circonscriptions des Facultés et écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, le conseil supérieur de l'instruction publique entendu, arrête :

Art. 1er. — Les départements du Cher et de Loir-et-Cher sont compris dans la circonscription de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Art. 2. — Le département de la Sarthe est compris dans la circonscription de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — (Paris, le 10 août 1877.)

L'agrégation dans les Facultés de médecine.

Le Président de la République française ; sur le rapport du Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts ; vu les ordonnances royales des 2 février 1823, 12 décembre 1824 et 26 mars 1829, qui ont réorganisé les Facultés de médecine de Paris, Montpellier et Strasbourg, et institué des agrégés près ces établissements ; vu le statut du 16 novembre 1874 relatif à l'agrégation des Facultés ; le conseil supérieur de l'instruction publique entendu, décrète :

Art. 1er. — Le stage imposé aux agrégés des Facultés de médecine par les ordonnances et statuts sus-visés est supprimé.

Art. 2. — Les agrégés demeurent en exercice pendant une période de neuf années. Le nombre de ces fonctionnaires est fixé, suivant les besoins du service, par arrêté ministériel pris après avis du conseil supérieur de l'instruction publique. Tous les trois ans les agrégés sont renouvelés par tiers.

Art. 3. — Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret. — (Paris, le 10 août 1877.)

—Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, vu l'article 49 du statut du 16 novembre 1874, sur l'agrégation des Facultés ; le conseil supérieur de l'instruction publique entendu, arrête : L'article 49 sus-visé est modifié comme il suit :

« Art. 49. — Chaque candidat soutient une thèse dont le sujet est choisi dans l'ordre d'enseignement pour lequel il s'est inscrit. Les sujets de thèse sont distribués aux candidats à l'agrégation des Facultés de médecine, immédiatement après les épreuves éliminatoires. Le dépôt de la thèse aura lieu après un délai de douze jours francs, à partir de la clôture des épreuves qui précèdent la thèse. Le nombre des exemplaires déposés est égal à celui des juges et des concurrents, indépendamment de ceux qu'exige le service de l'administration supérieure. » — (Paris, le 10 août 1877.)

— Par arrêté du 11 août 1877, le Ministre de l'Instruction publique a décidé qu'il sera ouvert en 1878 des concours pour 40 places d'agrégés, à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine de l'Etat :

FACULTÉS	SECTION DES SCIENCES anatomiques et physiologiques.		PHYSIQUE et chimie.	SECTION de médecine.	SECTION DE CHIRURGIE et accouchements.	
	Anatomie et physiologie.	Histoire naturelle.			Chirurgie.	Accouchements.
Paris	1	1	»	4	3	1
Lille	1	1	»	3	3	»
Lyon	1	1	1	2	2	»
Montpellier	1	1	1	3	1	»
Nancy	2	»	2	2	1	1
Totaux	6	4	4	14	10	2

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir : Le 16 février 1878, pour la section de médecine. Le 25 avril 1878, pour la section de chirurgie et accouchements. Le 15 juin 1878, pour la section des sciences anatomiques et des sciences physiques. Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale, pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places et pour plusieurs Facultés.

Enseignement supérieur : Jury spécial.

Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, vu l'article 14 de la loi du 12 juillet 1875 ; le conseil supérieur de l'instruction publique entendu, arrête :

Art. 1er. — Sont applicables au jury spécial, institué par la loi du 12 juillet 1875, les dispositions des règlements qui déterminent le nombre des examinateurs dans les divers établissements d'enseignement supérieur de l'Etat, ainsi que le mode de suffrage et de délivrance des certificats d'aptitude et des diplômes.

Art. 2. — Conformément à l'article 14 de la susdite loi, la présidence pour chaque commission appartiendra à un membre de l'enseignement public. Après le président prennent rang : Les membres de l'enseignement public et ceux de l'enseignement libre, par ordre d'antériorité de nomination dans l'un ou l'autre enseignement.

Art. 3. — Le sujet des épreuves écrites et pratiques est choisi par le président de la commission, qui prend telles mesures qu'il juge convenables pour assurer la surveillance des épreuves.

Art. 4. — La liste des sujets de thèses de licence en droit sera celle qui est arrêtée par la Faculté de l'Etat du ressort de l'Académie. Les sujets sont tirés au sort par les candidats. Les thèses de licence sont, avant l'impression, signées par le doyen de la Faculté libre et par le président de la commission, sauf, en cas de refus, le recours devant le recteur de l'Académie. Dans toutes les Facultés, les thèses de doctorat doivent être en outre revêtues d'un permis d'imprimer donné par le recteur. Dans tous les cas, le candidat peut se pourvoir contre la décision du recteur devant le Ministre, qui statue après avis du conseil supérieur. — (Paris, le 10 août 1877).

Facultés de Médecine.

Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, vu le statut du 9 avril 1825 sur la discipline des Facultés; le conseil supérieur de l'instruction publique entendu, arrête : L'article 4 du statut sus-visé est modifié ainsi qu'il suit : « Le Ministre peut accorder, par décision individuelle, à des jeunes gens âgés de 19 ans accomplis, l'autorisation de prendre la première inscription au trimestre d'avril. » — (Paris, le 10 août 1877.)

MORTALITÉ A PARIS.—1,988,806 habitants (recensement de 1876). Pendant la semaine finissant le 23 août 1877, on a déclaré 954 décès, soit 24,9 décès par 1,000 habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 38; — rougeole, 6; — scarlatine, 2; — variole, 2; — croup, 15; — angine couenneuse, 42; — bronchite, 20; — pneumonie, 46; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 30; — choléra nostras, »; — dysentérie, »; — affections puerpérales, 3; — érysipèle, 3; — autres affections aiguës, 292; — affections chroniques, 388 dont 133 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 37; causes accidentelles, 30.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS : BIBLIOTHÈQUE. — A partir de mardi 21 août jusqu'au 16 octobre, pendant les vacances, la bibliothèque sera ouverte de onze heures du matin à quatre heures les mardis, jeudis et samedis. Les séances du soir seront suspendues.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — Par arrêté, en date du 17 août 1877, un concours sera ouvert, le 1[er] mars 1878, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. (*Journal officiel*).

CONCOURS POUR LES PRIX A DÉCERNER AUX ÉLÈVES EXTERNES EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE DES HOPITAUX ET HOSPICES ET LA NOMINATION AUX PLACES D'ÉLÈVES INTERNES, ANNÉE 1877. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le samedi, 6 octobre, à *midi précis*, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3. MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2[e] et 3[e] année sont prévenus, qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus

de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices. Les élèves seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 1er septembre jusqu'au samedi 22 septembre insclusivement.

Nécrologie. — Le docteur Du Blanchet, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être victime de son dévouement en soignant un enfan atteint de croup. En moins de deux jours, il a été enlevé à l'affection de sa famille. — Nous avons à enregistrer la mort de M. H. Connau, ancien médecin en chef de Napoléon III ; — de A. Goupil, médecin praticien distingué, père de feu E. Goupil, médecin des hôpitaux;— du Dr Cabanellas. —Le *Bulletin médical du Nord* nous apprend la mort, à l'âge de 59 ans, de M. Zandyck, de Dunkerque.

—On nous annonce la mort du docteur Henry Montuccy, âgé de soixante-dix ans, et depuis plus de vingt ans rédacteur scientifique du *Galignagni's Messenger*. M. Montucci a publié plusieurs ouvrages sur l'instruction en Angleterre, à la suite d'une mission qui lui fut donnée en 1868, une *Théorie du Progrès* et un grand nombre de mémoires de mathématiques. Il était Allemand de naissance, naturalisé Français, et avait appartenu à l'instruction publique, tant en qualité de professeur d'Allemand au collége Saint-Louis que d'examinateur d'admission pour l'école de Saint-Cyr. (*Le Temps*).

Librairie G. MASSON, place de l'École-de-Médecine.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales : Directeur : A. Dechambre ; la deuxième partie du tome I de la 4e série (fec-fet) renferme entre autres les articles suivants : Fécule, par Coulier ; féculeries, par Layet ; femmes, par Dally ; fémur, par Richelot ; fer, par Willm Bordier et Layet ; fermentation, par Duclaux ; archipel des îles Féroë, par Bourel-Roncière ; fessière (région), par Farabeuf. — Prix du volume : 10 fr.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, 8, place de l'Odéon.

De Arlt (F.). Des blessures de l'œil au point de vue pratique et médico légal, Traduit de l'allemand par G. Haltenkoff. Paris, 1877, 1 vol. grand in-18. 3 fr. 50.

Cadet (A.). Hygiène, inhumation, crémation ou incinération des corps. Paris, 1877, 2e édition, 1 vol. in-18, avec 8 gravures hors texte. 2 fr.

Lugagne. — Etude physiologique et clinique de l'eau de Vichy. Paris, 1877, in-8 de 116 pages. 1er fascicule. — Prix : 4 fr.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A Le Blond. Le numéro d'*août* vient de paraître. Un an : Paris 18 fr. ; Départements, 20 fr

Berguien (L.). — De l'atrophie du membre abdominal dans la coxalgie, 1877, Versailles, imp. Cerf et fils.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 35. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 1er SEPTEMBRE 1877.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Traitement pneumatique de la phthisie;

Par **L. THAON** (de Nice).

L'air comprimé et raréfié a été employé contre les maladies des voies respiratoires de deux manières bien différentes. 1° A l'aide des *bains d'air comprimé*, administrés dans de larges cloches, Th. Junod, Tabarié, Pravaz, faisaient agir l'air comprimé aussi bien sur les alvéoles pulmonaires que sur toute la surface du corps. Les malades, soumis à ce traitement, devaient passer dans cette atmosphère artificielle une ou deux heures par jour, pendant plusieurs semaines. Cette méthode a fait ses preuves, elle est largement employée à Montpellier, Lyon, Nice, Paris. Tabarié, Junod, Jourdanet, V. Vivenot, G. Lange ont cherché aussi à administrer de la même manière des *bains d'air raréfié ;* mais le séjour sur les hautes montagnes fera toujours une concurrence trop désavantageuse pour les cloches contenant l'air raréfié.

2° Une nouvelle méthode, celle de Waldenburg, consiste à localiser sur la surface pulmonaire l'action de l'air comprimé et raréfié. Le corps est libre dans l'atmosphère ordinaire, les poumons seuls sont mis en rapport avec le réservoir à air comprimé ou raréfié. L'action de l'atmosphère artificielle est même encore plus limitée puisqu'elle ne doit s'exercer que sur un des actes respiratoires, l'inspiration ou l'expiration ; les malades accomplissent toujours un des mouvements respiratoires dans l'air ordinaire. On a pu ainsi arriver aux quatre combinaisons suivantes : 1° Inspirer de l'air comprimé ; — 2° Inspirer de l'air raréfié ; — 3° Expirer dans l'air raréfié ; — 4° Expirer dans l'air comprimé.

L'idée de cette méthode revient à J. Hauke, de Vienne, qui chercha en 1870 à vaincre l'insuffisance expiratoire de l'emphysème à l'aide d'un appareil contenant de l'air raréfié ; mais on peut dire que par ses recherches patientes, par ses appareils, par ses publications nombreuses, Waldenburg est le véritabe créateur de la méthode. Aujourd'hui, elle a pris une telle extension en Allemagne, que tous les cabinets de médecin, toutes les stations sont pourvus d'appareils pneumatiques. Les asthmatiques, les emphysémateux, les poitrinaires, les sujets atteints de bronchite chronique, ceux qui sont porteurs d'exsudats pleurétiques, les jeunes gens qui présentent une poitrine trop étroite, toute cette catégorie de malades et valétudinaires doit passer par le traitement pneumatique.

Tous les appareils employés dans ce but offrent le double avantage d'être faciles à transporter, et d'être d'un prix peu élevé. Quelques-uns d'entre eux présentent des modifications heureuses : tel est celui de Schnitzler qui peut donner d'une façon continue l'air comprimé ou raréfié.

Sans partager l'engouement des Allemands, nous connaissons trop d'exemples de l'efficacité de ce traitement, pour ne pas lui reconnaître des avantages indiscutables dans l'emphysème, l'asthme, la bronchite chronique et même la phthisie.

Dans cette note succincte nous voulons nous limiter aux effets du traitement pneumatique dans la phthisie. Dans ce but, nous dirons : 1° quelles sont les conditions physiques et chimiques de la respiration chez les phthisiques ; 2° comment on doit employer la méthode pneumatique chez les phthisiques ; 3° quels sont les résultats qu'il faut en attendre.

Conditions physiques et chimiques de la respiration chez les phthisiques. — La plupart des phthisiques présentent un affaiblissement notable de la force respiratoire ; en outre, ils ont tous le champ respiratoire plus ou moins rétréci. Cette insuffisance respiratoire a pour conséquence obligée une gêne considérable dans les actes physico-chimiques de la respiration, qui consistent dans l'abandon de l'acide carbonique, apporté aux poumons par l'artère pulmonaire et dans l'absorption de l'oxygène.

Rien n'est plus facile à apprécier que l'affaiblissement respiratoire. Il se manifeste à première vue ; il se juge en voyant les muscles atrophiés qui mettent en mouvement la cage thoracique ; il se reconnaît, au défaut de mobilité de tout le thorax dans les inspirations et les expirations les plus exagérées. On peut le mesurer, soit à l'aide du cyrtomètre qui, dans ces cas, donne des différences insignifiantes pour la circonférence thoracique, entre le moment de distension inspiratoire la plus élevée et le moment d'affaissement expiratoire le plus profond. On le mesure encore mieux avec le *pneumatomètre,* qui n'est pas autre chose qu'un manomètre à air libre, muni d'un tube en caoutchouc, terminé par un masque. Le malade adapte exactement le masque à la figure et se livre aux mouvements expiratoires et inspiratoires les plus énergiques. On trouve ainsi que les chiffres qui mesurent la force inspiratoire s'abaissent quelquefois jusqu'à 10 mm. de mercure, et ceux qui désignent la force expiratoire ne dépassent pas 20 mm. ; alors que la force moyenne est d'environ 80 mm. pour l'inspiration et 120 mm. pour l'expiration.

La diminution du champ respiratoire est le résultat de l'envahissement du tissu pulmonaire par les produits tuberculeux, elle est proportionnelle à l'étendue de ces lésions, mais elle reconnait bien d'autres causes. C'est ainsi qu'une certaine zone du poumon se trouve atélectasiée au pourtour de chaque noyau tuberculeux ; que cette atélectasie entraîne souvent vers les sommets une dépression profonde des régions claviculaires. C'est ainsi que l'emphysème vicariant, par les modifications qu'il fait subir à l'élasticité pulmonaire, par l'atrophie des capillaires de l'alvéole, limite encore le champ respiratoire. C'est ainsi que les exsudats pleurétiques compriment et affaissent les points du poumon restés indemnes de tubercules. C'est ainsi que le catarrhe bronchique laisse accumuler dans les bronches des tuberculeux, des crachats épais qui obstruent un certain nombre de petits conduits et rendent inutiles tous les départements respiratoires auxquels ces conduits se distribuent.

Il en résulte que les actes chimiques de la respiration sont profondément troublés. L'oxygène ne peut plus arriver jusqu'aux capillaires pulmonaires ; l'acide carbonique est retenu dans les alvéoles, il n'est plus chassé par l'expiration qui est devenue insuffisante, il se trouve bientôt sur beaucoup de points à un état de tension telle que le même gaz contenu dans le sang, n'a aucune tendance à s'échapper : dès lors la grande fonction de l'hématose est en souffrance. Puisque la *ventilation pulmonaire* s'effectue incomplètement, il faut avoir recours à de nouvelles forces, suffisantes pour expulser de l'alvéole l'air vicié et pour y amener un courant d'air pur. Grâce au traitement pneumatique, on possède le moyen de réaliser cette ventilation artificielle.

Manière d'employer la méthode pneumatique chez les phthisiques. Le meilleur appareil pneumatique est celui qui permet de donner une pression constante, mesurée à tout moment par le manomètre : l'*appareil modifié* de Waldenburg est très-recommandable sous ce rapport. Nous employons aussi l'*appareil continu* de Schnitzler qui permet, grâce à l'abaissement et à l'élévation alternatifs de deux cylindres associés ensemble, d'alterner l'inspiration dans l'air comprimé avec l'expiration dans l'air raréfié ou bien de fournir d'une façon continue de l'air comprimé

pour l'inspiration, ou de l'air raréfié pour l'expiration.

L'appareil choisi, il faut savoir si c'est de l'air comprimé ou de l'air raréfié que l'on devra faire respirer aux phthisiques. Il faut absolument bannir de la thérapeutique des maladies de poitrine, les inspirations d'air raréfié et les expirations dans l'air comprimé, qui ne font que troubler le mécanisme respiratoire ; il ne reste donc à employer que : 1° les inspirations d'air comprimé ; 2° les expirations dans l'air raréfié.

Ces dernières devront toujours être appliquées avec beaucoup de prudence, car elles ont le pouvoir d'activer la circulation capillaire du poumon et de prédisposer ainsi à l'hémoptysie. Le plus souvent on aura donc recours aux inspirations d'air comprimé. On commencera par faire inspirer de l'air comprimé à 1/100 d'atmosphère ; on augmentera graduellement la compression et on pourra atteindre ainsi 1/40 et même 1/25 d'atmosphère.

Au début, on fera exécuter 15 à 20 inspirations par séance; on élèvera ensuite le nombre jusqu'à 100 inspirations par jour. Les séances seront répétées quotidiennement et même deux fois par jour, pendant plusieurs semaines. Ces séries pourront être renouvelées 2, 3, 4, fois dans une année.

Grâce à cette manière de procéder, on n'a rien à redouter de cette méthode. Aussi nous repoussons les reproches, adressés par certains expérimentateurs (Ducrocq), qui ont basé leurs critiques sur des expériences faites sur les animaux avec de l'air, comprimé à un degré dangereux. Néanmoins, il se pourrait que l'on eût besoin chez les phthisiques d'augmenter la puissance expiratoire, soit pour chasser les mucosités, accumulées par le catarrhe bronchique, soit pour solliciter l'élasticité pulmonaire, affaiblie par l'emphysème, soit encore pour obliger certaines poitrines plates et immobiles à se mouvoir. Dans ces conditions, on est autorisé à associer aux inspirations d'air comprimé les expirations dans l'air raréfié, d'après la méthode dite *alternante*.

Après avoir fait un certain nombre d'inspirations d'air comprimé, le malade expire autant de fois dans l'air raréfié. Mais on ne devra jamais dépasser en aucun cas 1/50 d'atmosphère, comme degré extrême de raréfaction.

Résultats de la méthode. Il ne suffit pas d'avoir choisi un bon appareil, de s'être entouré d'une foule de précautions, il faut encore choisir les malades : on ne peut indifféremment appliquer cette méthode à tous les phthisiques. Elle serait dangereuse dans les phthisies aiguës, dans les épisodes aigus de la phthisie chronique, chez les personnes trop disposées à l'hémoptysie. Elle serait inutile, lorsque l'étendue bilatérale des lésions est trop considérable, chez les phthisiques dont la vie est mise en danger par une complication grave, telle qu'une diarrhée incoercible, ou bien une sténose laryngienne très-prononcée. Mais elle est indiquée dans tous les cas où il existe des infiltrations atoniques, dans les cas de bronchorrée abondante, chez les poitrinaires emphysémateux et asthmatiques, chez ceux qui ont des exsudats pleurétiques anciens.

Les indications, comme on le voit, ne se tirent pas du degré de la phthisie. Cette division banale de la phthisie en plusieurs degrés, est bonne tout au plus pour définir avec quelque exactitude l'état local : mais pour tout ce qui concerne la thérapeutique, il vaut mieux s'appuyer sur la nature de la maladie et sur sa marche. En se plaçant à ce point de vue, on trouve qu'un grand nombre de phthisiques peuvent bénéficier de la méthode pneumatique.

La gymnastique pneumatique triomphe de tous les obstacles que nous avons énumérés, en augmentant la force respiratoire et la capacité pulmonaire.

L'air comprimé et l'air raréfié sollicitent la mobilité du thorax, excitent les muscles à la contraction et à la longue augmentent leur énergie contractile. Avec le pneumatomètre on reconnaît ce changement et on peut le mesurer: tel malade dont l'effort inspiratoire était tombé à 20 millimètres atteint maintenant 60 à 80 millimètres; son effort expiratoire est encore plus augmenté, il peut s'être élevé de 50 à 140 millimètres.

Le spiromètre montre le développement qu'a subi la capacité pulmonaire ; d'ailleurs on reconnaît bien vite que le même malade qui inspirait 20 ou 30 fois pour vider le cylindre rempli d'air comprimé, n'emploie plus que 10 inspirations pour atteindre le même but. La ventilation pulmonaire est désormais assurée par des inspirations larges qui font doubler, tripler le coefficient de ventilation, et par des expirations profondes qui réduisent de moitié ou des trois quarts l'air *résidual*, cet air qui contenait une proportion exagérée d'acide carbonique. Il ne faut pas s'étonner dès lors du bien-être qu'éprouvent les malades : la toux s'est amendée; la dyspnée a disparu en grande partie et avec elle tout le cortége qu'amène l'hématose en souffrance : l'affaiblissement des forces, les troubles circulatoires, l'inappétence et les troubles digestifs, l'insomnie et les troubles nerveux.

Les changements qui se sont faits dans l'état local ne sont pas moins remarquables. La dépression que l'on notait vers les régions claviculaires n'existe plus ; l'aplatissement latéral, amené par des exsudats pleurétiques, a diminué ; les bords emphysémateux des poumons qui recouvraient le cœur et abaissaient la limite de la matité hépatique sont revenus en partie à leur situation normale ; les râles muqueux que l'on entendait à la base ou qui étaient disséminés partout, ne s'entendent plus, ils ont été dissipés par les expirations forcées. Enfin, les infiltrations elles-mêmes diminuent ou bien sont masquées par l'air qui a rendu perméables les alvéoles environnants. De sorte que si le traitement pneumatique est le plus souvent *palliatif* il est quelquefois aussi *curatif*.

Nous croyons devoir ajouter quelques observations, choisies parmi les plus concluantes :

Obs. I. C[sse] X..., 34 ans. Mère morte de phthisie. Elle tousse depuis 5 ans, elle a eu des hémoptysies répétées, elle a eu une pleurésie double il y a 4 ans, qui a laissé des fausses membranes à la base droite, le tiraillement de ces fausses membranes lui procure des douleurs très-vives.

Infiltration du quart supérieur droit avec matité et affaiblissement respiratoire, aplatissement considérable de la région sous-claviculaire correspondante.

Le traitement pneumatique est suivi à Méran, où la malade se rend en automne 1876. Il consiste en inspirations d'air comprimé pendant 6 semaines.

A son retour la déformation sous-claviculaire avait disparu, le son était normal vers le sommet malade, le bruit respiratoire était encore un peu faible ; la toux était amoindrie, les douleurs pleurétiques n'existaient plus. Pendant l'hiver 1876-77, l'engorgement du sommet revient avec des accès de fièvre, la toux reparaît, et on note deux hémoptysies légères.

Nouvelle cure à Méran du 17 avril au 15 juin 77. Amélioration complète, l'auscultation et la percussion du sommet sont négatives.

Dans cette observation, nous voyons les inspirations d'air comprimé amener deux fois de suite la résolution d'un engorgement évidemment de nature suspecte. Nous constatons aussi la résorption des fausses membranes pleurétiques et la disparition des douleurs vives qu'elles entraînaient. Enfin, un autre effet curieux de ce traitement a été de faire disparaître des palpitations violentes auxquelles la malade était sujette.

Obs. II. X..., 47 ans, phthisique depuis longtemps, hémoptysies ; deux pleurésies successives et surtout catarrhe bronchique vers les deux bases.

Au moment ou le traitement fut institué : toux très-pénible, expectoration très-abondante, pas de fièvre, appétit médiocre, dyspnée considérable. — Infiltration ramollie du tiers supérieur droit, aplatissement marqué du côté gauche, dû à l'ancienne pleurésie ; râles muqueux assez fins vers les deux bases.

Pouvoir inspiratoire au	pneumatomètre	20 millimètres
Pouvoir expiratoire	—	40 —

Le malade est soumis, pendant deux semaines, à des inspirations d'air comprimé à 1/60 d'atmosphère. Ensuite pendant les deux semaines suivantes il inspire alternativement de l'air comprimé à 1/40 et de l'air raréfié à 1/80. Enfin, il termine par des inspirations à 1/40 de compression et des expirations à 1/50 de raréfaction.

A ce moment l'aplatissement latéral gauche avait disparu en partie. Les bases du poumon étaient débarrassées de leurs râles humides ; le pouvoir inspiratoire était de 40 millimètres, et le pouvoir expiratoire de 90 millimètres.

Cette observation démontre que les inspirations d'air comprimé, associées aux expirations d'air raréfié peuvent débarrasser les bronches des mucosités qui les obstruent, et faire résorber les exsudats pleurétiques.

Obs. III. Mademoiselle X..., 22 ans, est prise, au mois de mai 1876, de toux, fièvre, aménorrhée. A son arrivée à Nice, en novembre, elle a des accès irréguliers de fièvre vespérale, de la toux; elle a une infiltration du sommet droit avec craquements disséminés. — En février 1877, l'état général était très-bon, la toux existait à peine, mais il restait de l'essoufflement, de la respiration rude et de la matité vers le quart supérieur droit. Toute la région sous-claviculaire était à peine soulevée dans les mouvements respiratoires, elle présentait une dépression considérable.

Traitement pneumatique avec les inspirations d'air comprimé pendant deux mois. — La dépression sous-claviculaire n'existe plus, il reste un peu de rudesse de la respiration et un peu de différence de son. L'essoufflement a diminué.

Le traitement a eu pour but de faire diminuer l'infiltration du sommet et de rendre à la région sous-claviculaire sa forme et sa mobilité.

Obs. IV. Abbé X..., 26 ans. Phthisie remontant à 5 ans. Hémoptysies répétées. Pas de fièvre. Dyspnée. Lésions au 2e degré dans le 5e supérieur droit, caverne vers la région sous-claviculaire gauche. Emphysème notable, les poumons recouvrent le cœur, le poumon droit descend en avant jusqu'à la 7e côte. L'essoufflement est évidemment dû autant à l'emphysème qu'à la phthisie.

Pneumatomètre 20 millimètres à l'inspiration.
40 — à l'expiration.

Inspiration d'air comprimé et d'air raréfié à deux périodes différentes, chacune de six semaines. Les résultats furent les suivants :

Pneumatomètre : 40 millimètres à l'inspiration.
90 — à l'expiration.

La matité cardiaque est perceptible sur plusieurs centimètres ; le poumon droit ne descend plus en avant que jusqu'à la 6e côte. Le malade respire librement.

Cette observation démontre que l'emphysème ne joue pas un rôle providentiel dans la phthisie pulmonaire : il faut le combattre et on peut y parvenir par la pneumothérapie. Si l'emphysème était simple, il faudrait lui opposer surtout les expirations dans l'air raréfié, qui donnent au poumon l'élasticité qu'il a perdue.

Obs. V. Madame X..., 25 ans, phthisique depuis 3 ans. Elle est bien réglée, pas de diarrhée, pas de fièvre, mais elle est tourmentée par un essoufflement qui l'empêche presque de marcher. Déjà elle a été soulagée deux fois de cet essoufflement, à Pesth et à Méran, par l'emploi de l'air comprimé. Elle demande à essayer une nouvelle cure : nous hésitons avant de l'autoriser, tellement nous jugeons son état local avancé.

En effet, *côté droit* : matité tiers supérieur, submatité dans le reste du poumon; pectoriloquie et souffle caverneux en haut, affaiblissement respiratoire et râles nombreux dans les parties inférieures ; — *côté gauche* : submatité et craquements dans le tiers supérieur. En outre, emphysème vers les bords antérieurs.

Air comprimé à 1/50 d'atmosphère pendant 6 semaines. Amélioration considérable : la malade peut marcher et monter un étage sans trop d'essoufflement.

Dans cette observation, nous voyons le traitement pneumatique réussir à calmer la dyspnée chez une phthisique qui avait les lésions les plus étendues et les plus profondes. Ce n'est là qu'un moyen palliatif, mais un moyen très-appréciable, puisqu'en modifiant la dyspnée, il modifie aussi l'hématose.

Nous réservons pour plus tard ce qu'il y a à dire de la pneumothérapie, employée à titre de moyen préventif contre la phthisie. En effet, la pneumothérapie, jointe aux pratiques hydrothérapiques et à une bonne hygiène transforme quelquefois ces poitrines larges, plates, dépourvues de mobilité qui sont un des attributs de la phthisie héréditaire ou innée.

Nécrologie. — Un membre de la Commune de Paris, le docteur Parsel, est mort le 5 juillet, à Newark, New-Jersey, à l'âge de trente-six ans.

La *République française* nous apporte ce matin une douloureuse nouvelle. M. le Dr Vernhes, député de Béziers, l'un des 363, vient d'avoir la douleur de perdre son fils unique, âgé de 26 ans, reçu récemment docteur en médecine. Ce jeune homme est mort en libre-penseur, dans toute la fermeté de ses convictions.

— On annonce la mort en Suède, du savant zoologiste suédois Fréderic Wahlgrend et du docteur Peter Bœck, professeur de physiologie à l'université de Christiania. (*Gaz. hebd.*)

MALADIES DES YEUX

École pratique. — Cours de M. le Dr **E. Landolt.**

Du diagnostic des maladies des yeux (1).

Leçon recueillie par A. Charpentier.

XIIe Leçon. — De la vision indirecte et du champ visuel.

Après avoir déterminé ainsi les *limites* de la vision indirecte, nous devons en examiner les *fonctions* suivant les mêmes principes qui nous ont guidés pour la vision directe.

L'*acuité visuelle des parties périphériques de la rétine* n'a été le sujet que de très-peu de recherches. Nous l'avons, pour notre part, examinée à Utrecht avec notre confrère Ito. Nous nous servions, comme objets, de deux petits carrés noirs sur fond blanc, identiques à ceux (I, II, III, IV) reproduits dans la figure 66.

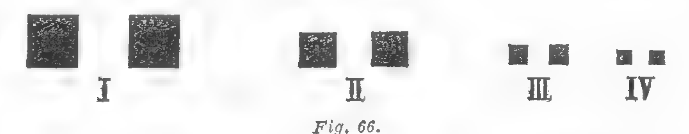


Fig. 66.

En les introduisant successivement dans le curseur de mon périmètre, nous déterminions, pour chacun, le degré où l'œil distinguait les deux points l'un de l'autre. Il est étonnant de voir jusqu'à quelle petite distance il faut rapprocher ces objets du centre pour que les deux points soient perçus séparément.

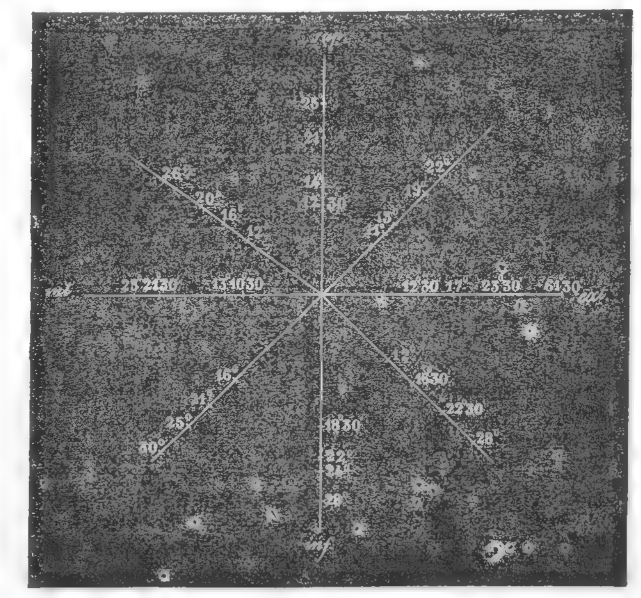


Fig. 67.

Les schémas que voici (*Fig. 67*) indiquent les limites des différents champs visuels pour chaque grandeur des objets périphériques ; les chiffres les plus rapprochés du centre de la figure correspondent au n° I, les seconds au n° II, les troisièmes au n° III, les plus périphériques au n° IV de nos objets types. Les expériences nous montrent que l'acuité visuelle est le mieux développée dans les parties supérieure interne et supéro-externe du champ visuel, tandis qu'elle est, au minimum, dans les parties inférieures et externes.

Quant à la *perception des couleurs* des parties excentriques de la rétine, on la détermine en introduisant dans le curseur du périmètre différents papiers colorés, et en les rapprochant de la périphérie vers le centre jusqu'à ce que la couleur soit reconnue; on trouve que les courbes des diverses couleurs diffèrent notablement des limites du champ visuel général, c'est-à-dire de celles du blanc.

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876; nos 6, 19, 21, 25, 26 et 34 de 1877.

En nous servant de papiers vivement colorés et d'une étendue de 4 centimètres carrés, nous avons constaté d'abord que l'œil normal reconnaît les mouvements de ces objets à la périphérie du champ visuel longtemps avant d'en distinguer les couleurs.

En partant de la périphérie, c'est la couleur bleue qui est reconnue la première ; son champ visuel s'étend presque jusqu'aux limites du champ visuel général. Puis vient le jaune clair, qui paraît d'abord blanc. L'orangé paraît longtemps jaune avant d'être reconnu dans sa vraie couleur. Le rouge, qui vient ensuite, paraît d'abord presque noir, puis brun foncé, brun et enfin rouge. Le champ visuel du vert est encore moins étendu que celui du rouge. A la périphérie, il fait généralement l'impression de blanc ou de gris ; plus près du centre, le vert clair paraît jaune ; le vert foncé bleu grisâtre. Ce n'est généralement qu'après qu'il est reconnu comme vert.

Quant au violet, il fait longtemps l'impression de bleu avant d'être distingué comme violet, mais ses limites sont d'autant plus étendues que son ton est plus pur.

En pratique, il suffit de mesurer les champs visuels du rouge, du vert et du bleu, parce que, comme nous l'avons constaté, le champ visuel du jaune diffère généralement

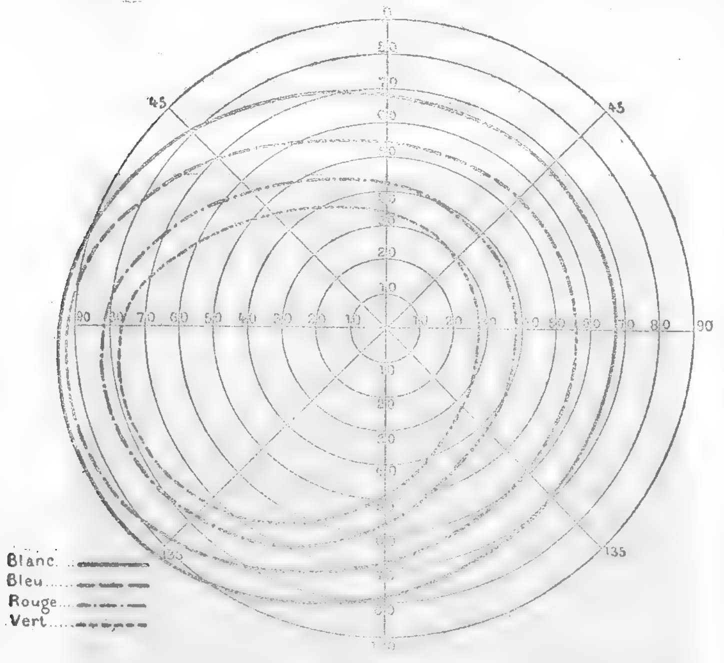


Fig. 68.

peu de celui du bleu, et que celui de l'orangé est toujours situé entre les limites du jaune et celles du rouge ; le violet n'est pas une couleur très-propre aux expériences pratiques.

Vous voyez sur ce tableau (*Fig. 68*) les courbes qui indiquent les limites du champ visuel des différentes couleurs. Ce sont les limites moyennes que j'ai constatées sur plusieurs yeux normaux. Toute la partie comprise entre le centre (point de fixation) et chaque courbe perçoit la couleur correspondante, le reste de la rétine ne la perçoit pas.

On se tromperait d'ailleurs gravement si l'on s'imaginait que la perception de chaque couleur est dans toute l'étendue de son champ visuel, aussi vive qu'au centre. Il y a, en effet, une grande différence dans l'apparence de la même couleur, selon qu'on la voit directement ou plus ou moins de côté. Les courbes indiquent seulement les limites du champ visuel où l'individu examiné donne à la couleur son vrai nom, mais elle est alors encore loin d'être saturée. Elle ne le devient complètement que dans la vision directe.

On a longtemps cru, et vous trouverez encore cette opinion énoncée dans beaucoup de manuels d'ophthalmologie et d'optique physiologique, que les parties périphériques de la rétine étaient achromatopes. On est encore allé plus loin, et l'on a fondé sur cette présomption une théorie de la physiologie de la rétine. Puisque dans les parties rapprochées de la macula les cônes prédominent, tandis qu'ils manquent presque complétement à la périphérie, on n'a pas hésité à en conclure que les cônes étaient préposés à la perception des couleurs, tandis que les bâtonnets ne percevaient que la lumière quantitative.

Il n'en est rien, Messieurs, ce qu'on trouve avec les couleurs de papiers colorés, d'une étendue donnée et, à un éclairage moyen, n'est vrai que dans ces conditions spéciales. Nous avions déjà constaté que nos limites des couleurs pouvaient subir de petits changements sous l'influence de l'éclairage et du fond ; le champ visuel de chaque couleur s'agrandit lorsque celle-ci est plus intense ou mieux éclairée.

Pour déterminer jusqu'à quel degré le champ visuel peut s'étendre dans ces conditions, nous avons examiné la périphérie de notre rétine dans une chambre absolument obscure. La lumière solaire directe n'y entrait qu'à travers une fente et formait, en passant par un prisme, un spectre solaire, d'une très-grande intensité. De ce spectre nous avons isolé les différentes couleurs principales, et en les faisant tomber sur la périphérie de notre rétine, nous avons pu constater ce fait important, que toutes les couleurs sont reconnues jusqu'aux dernières limites du champ visuel, dès qu'elles sont assez intenses, assez étendues, et qu'elles contrastent suffisamment avec le fond ou avec l'éclairage général.

Il résulte de cette découverte, que la prétendue spécialité fonctionnelle des cônes et des bâtonnets n'existe pas, et que dans chaque détermination de ce genre, on doit indiquer exactement, en même temps que la nature de la couleur employée, sa saturation, son intensité, son étendue, ainsi que le fond sur laquelle elle est perçue, et l'éclairage de l'espace où l'on a fait l'expérience.

Il est évident que pour la pratique nous n'avons nullement besoin de couleurs à leur maximum d'intensité. Des papiers colorés d'environ 2 centimètres de côté peuvent très-bien nous servir pour l'exploration des cas pathologiques, pourvu qu'on indique toujours l'éclairage, la nature de la couleur, son étendue, et la distance à l'œil. Les résultats ainsi obtenus seront directement comparables avec ceux que fournit l'œil sain dans les mêmes conditions.

Si vous comparez les fonctions de la vision indirecte avec ce que devient la vision centrale sous l'influence de la diminution de l'éclairage, vous ne pourrez pas vous défendre de trouver une certaine analogie entre l'imperfection croissante avec laquelle sont distinguées les formes et les couleurs des objets quand ils s'éloignent du point de fixation vers la périphérie, et la difficulté avec laquelle ils sont vus directement lorsque l'éclairage s'affaiblit. C'est surtout depuis que nous avons constaté que l'imperfection de la perception indirecte des couleurs était simplement le résultat de leur manque d'intensité lumineuse, qu'on a été tenté d'expliquer toutes les différences qui existent entre la vision directe et la vision indirecte par le manque relatif d'éclairage des parties périphériques de la rétine. On a voulu dire qu'entre les fonctions de la vision directe et celles de la vision indirecte, il n'y avait aucune différence de nature, mais seulement des différences de degrés, les parties excentriques de la rétine ayant besoin, pour répondre à des excitations de même nature, d'une intensité plus grande de l'excitant. En d'autres termes, on a cru que la perception des formes (acuité visuelle) et la perception des couleurs, diminuent dans des proportions égales, soit qu'on diminue l'éclairage, soit qu'on éloigne progressivement l'objet du point de fixation. (*A suivre*).

Hospice d'Orléans. — Le vendredi 14 septembre 1877, un concours s'ouvrira à la salle des amphithéâtres de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, pour deux places d'élèves internes en médecine et en chirurgie. La première place sera libre le 20 septembre, la deuxième dans les trois mois qui suivront. La durée de l'internat est de deux ans et le traitement de 300 fr. pour la première année, et de 400 fr. pour la seconde, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des méthodes nouvelles en hématologie normale et pathologique.

L'étude des caractères physiques et chimiques du sang a depuis longtemps éveillé l'attention des anatomistes et des praticiens : c'était une des grandes préoccupations d'autrefois que de noter la couleur du sang, sa fluidité, de voir si le contenu de la palette à saigner se couvrait d'une couënne plus ou moins épaisse, de s'assurer des qualités de plasticité du sang, de reconnaître celui de la maladie inflammatoire, de la pyrexie franche, de celui des affections chroniques ou des affections dyscrasiques.

A cette période que l'on pourrait appeler physique, succédait bientôt une période de recherches chimiques, au temps d'Andral et Gavarret, de Becquerel et Rodier.

L'analyse humorale était alors en honneur, on recherchait par les réactifs quelles étaient les modifications du sérum, et par la balance entre quelles limites variait la proportion de la fibrine et celle des globules rouges : bientôt les observateurs voulurent aller plus loin et chercher dans le globule même, dans ses variations de nombre, de qualité, de couleurs, dans son affinité plus ou moins grande pour tel ou tel produit gazeux, la raison des faits pathologiques qu'ils observaient au lit du malade : de là nombre de travaux et une nouvelle ère dans les recherches d'hématologie, celle de l'étude du globule et de sa pathologie spéciale : dans ces investigations le microscope est indispensable, car seul il met à même d'apprécier les caractères objectifs des globules et permet d'en compter le nombre.

Plusieurs histologistes contemporains se sont mis à l'œuvre, c'est de leurs recherches les plus récentes que nous aurons à nous occuper en prenant comme documents les nombreuses notes publiées par M. Hayem.

Vierordt (1) a le premier imaginé de compter les globules, il a inventé la méthode générale qui, plus ou moins modifiée, sert de base aux recherches actuelles. Il faut introduire pour le diluer un volume connu de sang, dans un liquide qui n'altère pas les globules, prendre une portion de ce mélange, et, par un calcul de proportion, conclure du nombre de globules contenu dans cette gouttelette d'essai à celui que contient 1 mill. cube du sang employé. Vierordt étalait le sang sur une lame, puis, grâce à un micromètre objectif qu'il lui superposait, comptait le nombre de globules recouvert par un certain nombre de ces divisions. Welcker (2), Mantegazza, publièrent aussi des procédés nécessitant des calculs de surface (3).

Une meilleure méthode de numération était celle basée sur des calculs de volume, c'est celle que l'on emploie actuellement, elle met en œuvre des appareils spéciaux.

En 1855, Cramer (*Nederl. Lancet*) inventait un capillaire artificiel, mais la mort prématurée de cet observateur empêchait sa méthode de se répandre. En 1867, M. Potain trouvait son mélangeur; c'est un tube fin, exactement calibré et divisé, surmonté d'une ampoule de volume jaugé; on y introduit un mélange à titre connu de sérum et de sang, que l'on brasse par un ingénieux artifice, celui d'une petite perle de verre libre dans la capacité de l'ampoule ; il

(1) *Archiv. für physiologische Heilkunde*, Bd. XI et XIII.
(2) *Viertelj. F. prakt. Heilkunde Prag.* 1854, t. XLIV.
(3) Hayem. — *Clinique sur la numération des globules*, 1875 (publiée).

suffit alors d'agiter pour avoir un mélange parfaitement homogène. Grâce à cet appareil et à sa graduation, M. Potain faisait sourdre de fines gouttelettes, comptait les globules dans chacune d'elles, et, connaissant leur volume et leur nombre, en déduisait la valeur en globules d'un mill. cube de sang pur. En 1872, M. Malassez (1) joignait au mélangeur Potain un capillaire artificiel; le mélange de sang et de sérum iodé est introduit par aspiration dans le capillaire. On compte les globules à l'aide d'un oculaire micromètre quadrillé et à un grossissement connu, 400 d. par exemple; un nombre gravé près du capillaire et variable pour chacun des instruments, indique le coefficient par lequel il faut multiplier le nombre obtenu par la mensuration optique.

Ce capillaire a été employé pendant plusieurs années, mais tend actuellement à être remplacé par la cellule de M. Hayem (2). On fait avec du sérum naturel, liquide d'ascite par exemple, et du sang, un mélange titré que l'on agite avec une baguette de verre dans un petit vase, on pourrait du reste se servir du mélangeur Potain ; puis on dépose une goutte de ce liquide dans la cellule du porte-objet, dont nous reproduisons la description telle qu'elle est donnée par l'auteur (3).

« Notre cellule est formée par une lamelle de verre mince perforée à son centre (de manière à présenter un trou d'environ 1 cent. de diamètre) et collée sur une lame de verre porte-objet parfaitement plane. Cette lamelle de verre ayant été amincie d'une quantité déterminée à l'aide du sphéromètre, on a ainsi une cavité dont la hauteur est mathématiquement connue: la hauteur que nous avons choisie est celle de 1/5 de millimètre. En déposant au centre de la cellule une goutte du mélange sanguin et en la recouvrant immédiatement par une lamelle de verre très-plane, qui vient reposer sur les bords de la cellule, on obtient ainsi une lame de liquide à surfaces parallèles, dont l'épaisseur est de 1/5 de millimètre. Il ne reste plus qu'à compter les globules dans un certain espace mesuré par un oculaire quadrillé.

Ce petit appareil est d'un maniement plus commode que le capillaire Malassez, il est plus facile à laver et se casse moins; il arrivait souvent avec le capillaire artificiel qu'on le laissait s'obstruer par négligence et qu'on le brisait en le débouchant, d'où une perte de temps et d'argent assez importante.

Quel que soit l'appareil employé, on peut compter les globules rouges, les blancs et les globulins; il importe donc de connaître la moyenne normale des globules. M. Hayem compte cinq millions de globules rouges par mill. cube de sang; M. Malassez avait admis 4 millions, Vierordt, Welcker, Cramer, 4 millions 1/2 environ Il faut aussi savoir quelles sont les dimensions de ces globules, ce qui permet de calculer leur masse; on doit s'inquiéter de leur coloration, qu'on apprécie à l'aide de méthodes spéciales (4); on voit combien est large le champ ouvert aux recherches, rien que par l'examen microscopique du sang, limité même aux seuls globules; ces études sont encore plus vastes si

(1) *Comptes-rendus* et Thèse de Paris, 1873.
(2) Hayem et Nachet. — *Nouveau procédé*, etc. *Comptes-rendus* 1875.
(3) Hayem. — *Leçon clinique sur la numération des globules*, 1875.
(4) Hayem. — *Examen chromométrique du sang. Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, — *Soc. méd.*, année courante.

l'on s'occupe des ferments et des infiniment petits qui peuplent le sérum (1).

Ces recherches sont encore trop récentes pour que des travaux nombreux aient pu être publiés ; nous n'aurons guère à citer d'autre nom que celui de M. Hayem (2). Cet auteur s'est assuré que chez le nouveau-né les globules rouges ont des dimensions beaucoup plus inégales que chez l'adulte: les plus grands dépassent les grands globules d'adulte, et les plus petits sont excédés par les petits globules d'adulte; le nombre des globules est aussi considérable que chez l'adulte, ce qui contraste singulièrement avec l'aglobulie de la mère qui a moins de globules que son enfant; les globules blancs sont très-nombreux au moment de la naissance, et diminuent bientôt après ; les fluctuations dans la composition histologique du sang sont très-sensibles d'un jour à l'autre chez l'enfant, dont le sang est en *état d'évolution :* telles sont les principales conclusions auxquelles est arrivé l'auteur précité ; même dans le sang de l'adulte on peut retrouver quelques-uns des éléments de l'état embryonnaire ; les petits globules rouges désignés sous le nom de *microcytes*, de globules *nains* peu nombreux dans le sang de l'adulte, nombreux dans celui de l'enfant, se multiplient au moment des hémorrhagies, qu'elles soient physiologiques comme celles de la menstruation, ou traumatiques, ou symptomatiques, comme celles que l'on observe dans la pratique de tous les jours. C'est un état imparfait, un état infantile du globule rouge.

C'est surtout dans le cas d'anémie qu'on observe ce stade de transition du globule; le nombre total des globules rouges est diminué, mais leurs aptitudes chimiques sont aussi moins accentuées ; le nombre des hématies, quel que soit leur volume, est inférieur à celui que l'on constate à l'état normal. Andral et Gavarret l'avaient en partie démontré quand ils constataient que le poids des globules diminue dans l'aglobulie. Dans plusieurs notes, l'auteur que nous citions (3) démontre que l'examen du sang comprend trois opérations principales: 1° l'étude du sang pur, 2° la numération des globules dans une unité de volume du sang, 3° le dosage de l'hémoglobine par un procédé chromométrique : c'est en ne se basant que sur une de ces trois méthodes que les auteurs n'ont pas décrit exactement les caractères du sang des anémiques : pour M. Hayem, « il existe constamment des altérations plus ou moins profondes des globules rouges. Ces éléments ne sont pas atteints uniquement dans leur nombre, ils subissent aussi, et on peut dire surtout, des altérations qualitatives, l'anémie ou *aglobulie chronique* n'est donc pas caractérisée par une production insuffisante de globules rouges. C'est aussi et avant tout un état pathologique dans lequel ces éléments n'évoluent pas d'une manière normale. »

On peut avoir bien des degrés d'anémie, dépendant de la rareté des globules ou de leur pauvreté en hémoglobine, plus rarement de leurs altérations; de là, une division en quatre classes comprenant toutes les phases de la dénutrition globulaire du sang, et commençant par l'*aglobulie légère* pour se terminer par l'*aglobulie extrême* observée dans les anémies pernicieuses. Nous ne saurions analyser succinctement ces travaux relatifs à l'anémie ou plutôt à l'aglobulie, terme mieux en rapport avec les données actuelles; nous préférons y renvoyer le lecteur qui y trouvera une intéressante étude anatomique et clinique, et des faits mathématiquement observés.

On voit donc dans quelle phase nouvelle sont entrées les études d'hématologie ; elles se continuent dans plusieurs hôpitaux : la pathologie du sang se forme ainsi peu à peu; nous approchons du jour où une étude complète de ce fluide nourricier, basée sur ses caractères physico-chimiques, poursuivie dans l'état de maladie, rendra aux altérations de cette humeur leur place légitime parmi les données de la pathologie générale. H. de Boyer.

(1) Voir les récentes communications de M. Pasteur à l'Académie et à l'Institut.

(2) Hayem. — *Nature des petits globules rouges* et *Caractères anatomiques du sang des nouveau-nés. Comptes rendus*, 1877.

(3) Hayem. — *Caractères anatomiques du sang dans les anémies et emploi du fer dans l'anémie.* (*Comptes rendus* 1876). *Du degré d'anémie.* (*Soc. méd. des Hôpitaux.* Juin 1877).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Association française pour l'avancement des sciences

CORRESPONDANCE SPÉCIALE DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Sixième session : Le Havre.

Après la séance d'ouverture, la section de médecine s'est réunie dans une des salles de l'Hôtel-de-Ville, et a constitué son bureau. M. Courty, professeur à Montpellier en est le président. MM. Lecadre et Gibert (du Havre), MM. Parrot et Gallard (de Paris), ont été nommés vice-présidents. MM. Lafaurie et Brière (du Havre), MM. François Franck et Paul Reclus (de Paris), sont désignés comme secrétaires.

Séance du 24 août (matin). — Présidence de M. Courty.

M. Dransart (de Somain) étudie dans un travail très-précis le *nystagmus* des *mineurs*. Cette affection est à peine signalée chez eux, et on en compte les observations dans la science. L'auteur présente une étude de cette affection, faite d'après douze cas observés aux mines d'Anzin pour la plupart. Decondé et Léon Noël en ont cité plusieurs faits. Nieden et Schroter en ont également consigné quelques cas ; A. Von Graefe (Handbuch der Gesamnten augenheelkunde) a fait une étude du nystagmus chez les mineurs : elle repose sur trois observations. En France, il n'y a pas encore de publication sur cette matière. Le travail que nous analysons est divisé en trois chapitres, dont voici un compte rendu succinct.

1er *Chapitre.* Symptomatologie, marche, pronostic et diagnostic. Le nystagmus consiste dans un tremblement involontaire et rhythmique des yeux. Les oscillations ne se produisent en général, que si le malade bouge ou dirige son regard au-dessus du plan horizontal des deux yeux. Le nombre des oscillations varie de 50 à 140 par minute.

Les oscillations sont verticales ou horizontales, souvent les deux espèces d'oscillations se combinent, et donnent un mouvement de circumduction des globes oculaires. Une lumière mise devant les yeux, subit des déplacements qui indiquent le sens des oscillations. Cette lumière trace quelquefois une ligne verticale ou une ligne horizontale ou une circonférence ou une ellipse. Les oscillations sont toujours isochrones. Elles n'ont pas toujours la même étendue aux deux globes oculaires. Dans les cas qui présentent cette particularité, l'auteur a toujours observé de la diplopie. Parmi les causes qui influent sur les oscillations, le docteur Dransart signale surtout la position des yeux dans laquelle la ligne du regard est située au-dessus du plan horizontal des deux globes oculaires. Le travail à la veine, la marche dans les galeries, les mouvements du corps, mettent en train le nystagmus, parce qu'ils donnent cette position élevée du regard. L'obscurité, la lumière vive, augmentent aussi les oscillations ; il en est de même de toute cause qui amène une dépression de l'état général, (bronchite, angine, etc.) Les excès de boissons agissent dans le même sens, seulement le jour même de l'excès le nystagmus est moindre, les muscles élévateurs des globes oculaires ont plus de ton et conservent mieux l'équilibre.

L'*aspect des malades* n'a rien de caractéristique ; l'auteur signale avec de Graefe cette particularité dans la marche du nystagmique: ce dernier avance, en portant la tête un peu renversée en arrière, de façon à ménager l'action des élévateurs de l'œil (action qui a la propriété de mettre le nystagmus en train.)

Etat général Dans tous les cas observés, il y avait de l'anémie très-caractérisée par un bruit de souffle vasculaire, des troubles digestifs, des points de côté, des sueurs.

L'auteur a observé une relation intime entre l'état général et le nystagmus ; plus l'anémie s'améliorait et plus le nystagmus diminuait et réciproquement. Le nystagmique est sujet à des douleurs de tête avec sensation de gonflement et de picotement aux deux yeux. Ces douleurs sont tout à fait comparables à celles de l'asthénopie ; diplopie, insuffisance des muscles droits internes, parésie des muscles droits supérieurs et petit oblique.

Dans tous les cas où il a fait cette recherche, l'auteur a trouvé de l'insuffisance des droits internes. Ces derniers ne pouvaient plus surmonter que des prismes de 6°, 8° 10°, 4° à base externe. Le nystagmus et l'insuffisance du droit interne marchaient de pair à mesure que le premier diminuait d'intensité, les droits internes regagnaient en force et réciproquement.

Dans un des trois cas de de Graefe, l'insuffisance du droit interne est signalée. Une fois sur trois, l'auteur a trouvé de la diplopie croisée quand l'objet fixé était situé au-dessus du plan horizontal. Dans ces cas, les images étaient divergentes par le haut et se rapprochaient par leurs pieds. De ces signes, l'auteur conclut à une paralysie du droit supérieur. Dans tous les cas, la paire des élévateurs petit oblique et droit supérieur est à l'état de parésie ; une fois sur trois, la parésie est poussée à l'extrême dans le droit supérieur, elle aboutit à la paralysie.

L'accommodation est toujours en déficit, il y a paresse du muscle ciliaire qui diminue en même temps que l'affection s'améliore ; — réfraction intacte.

Aucune lésion du fond de l'œil, acuité visuelle presque intacte. La vision est brouillée durant l'accès nystagmique ; en dehors de l'accès, le déficit égale 1/4, 1/3, quelquefois 1/2. Dans un cas, celui de Sylvain, chez qui l'affection durait depuis longtemps, l'auteur a constaté une véritable torpeur rétinienne avec rétrécissement du champ visuel qui auraient pu en imposer pour une affection du fond de l'œil, mais la marche heureuse de l'affection est venue dissiper toute erreur.

Formes de l'affection. Le nystagmus est presque toujours le même. Il n'y a à établir des variétés qu'au point de vue des oscillations. Dans la catégorie la plus fréquente, les oscillations sont égales aux deux yeux. Dans une autre catégorie, les oscillations sont plus fortes dans un œil que dans l'autre, et alors il y a diplopie.

Enfin, l'auteur signale un fait, celui de Perlot, où jamais il n'a vu les oscillations alors que le sujet en avait toutes les sensations et éprouvait tous les autres symptômes du nystagmus. Faut-il admettre la variété du nystagmus latent ?

Durée. Marche de l'affection progressive, elle peut durer 5 à 6 ans et plus. En général, l'affection est bénigne au point de vue de la vision ; néanmoins le cas de Sylvain prouve que la torpeur rétinienne peut être poussée assez loin et l'auteur se demande si dans le nystagmus comme dans l'œil dévié par le strabisme, où il n'y a aucune altération des milieux et des membranes, la fonction visuelle ne pourrait pas se perdre définitivement ou du moins rester largement endommagée ?

Diagnostic facile. Il suffit de connaître la profession et de voir les oscillations dans les cas où il y aurait une torpeur rétinienne assez prononcée. L'absence de lésion et la marche heureuse empêcheront toute erreur.

Etiologie. L'affection s'est vue presque toujours chez des ouvriers à la veine ; une seule fois, chez un raccommodeur; tous les autres ouvriers du fond en sont exempts. Les sujets atteints avaient de 20 à 54 ans. Cette affection est assez rare, 5 cas sur 10,000 ouvriers à la veine.

Pathogénie. Tout en admettant dans une certaine mesure l'action de l'air et de l'obscurité, l'auteur les élimine comme facteurs principaux. Comme cause efficiente, il incrimine surtout la position élevée du regard que le mineur est presque toujours obligé de soutenir en travaillant. Dans cette position, c'est la paire des élévateurs droit supérieur et petit oblique qui agit toujours, les muscles arrivent à être surmenés, ils deviennent le siége d'une myopathie par excès de travail, myopathie qui entraînerait une faiblesse de ces organes. La paire des élévateurs ayant une faiblesse acquise ne peut l'emporter sur son antagoniste par un seul effort. Il faut qu'elle s'y reprenne à plusieurs reprises au moyen d'une série de petites contractions successives et rapides, elle produit alors le nystagmus. Cette myopathie s'étend dans une certaine mesure au droit interne, puisqu'il est aussi insuffisant ; cette insuffisance explique les oscillations horizontales, tandis que l'insuffisance des élévateurs donne raison des oscillations verticales. L'auteur ajoute qu'il a toujours vu (dans ses douze cas) cette myopathie accompagnée de l'anémie avec parésie de l'accommodation. Toujours, dit-il, ces deux derniers facteurs ont marché de pair avec le symptôme nystagmique, il faut donc leur accorder une certaine influence sur la production du nystagmus.

Quelle est la part de cette influence et comment agissent ces deux facteurs? Quelle est la nature de la myopathie? Ce sont deux questions que l'auteur pose à la fin de ce chapitre en appelant de nouveaux faits pour les résoudre.

Traitement. L'auteur conseille le fer, le quinquina, la strychnine, l'électricité, et le travail au jour. L'électricité doit porter surtout sur les muscles insuffisants élévateurs et droits internes. On pourrait aussi songer aux prismes, mais leur usage est impossible à cause de la poussière. M. Dransart fait des recherches pour savoir si l'exclusion du travail au fond est indispensable au traitement du nystagmus. Nous aurons plus tard le résultat complet de ses expériences.

M. Gayral présente aux membres de la section un aérophore pulmonaire inventé par lui. Déjà, en 1868, M. Gayral s'était préoccupé des questions de respiration artificielle que les études de Woillez viennent de remettre à l'ordre du jour. L'appareil qu'il a imaginé est une sorte de sonde laryngée à trois courbures, disposées de façon à assurer l'introduction de l'extrémité de la sonde dans le larynx. Du reste, on peut allonger ou raccourcir le tube suivant l'âge du sujet. Lorsque cette sonde est en place, on y adapte une poire en caoutchouc, à parois résistantes, qui porte un orifice lui permettant de se remplir d'air quand on la laisse revenir sur elle-même et qu'on ferme avec le pouce quand on veut chasser l'air dans le poumon.

M. Franck fait remarquer à M. Gayral que le principe sur lequel s'appuie le spirophore de M. Woillez est plus physiologique ; les conditions normales d'aspiration thoraciques sont remplies tandis qu'elles se trouvent renversées par l'insufflation trachéale, qu'elle soit pratiquée de bouche à bouche ou avec l'aérophore de M. Gayral.

M. Fieuzal tient encore pour la pression alternative sur le thorax pour chasser l'air vicié contenu dans les poumons des asphyxiés. Mais il faut que ces pressions soient énergiques et lentes. Il pense que cette méthode est la plus simple et la plus physiologique et dans trois cas de mort imminente, à la suite d'inhalation de chloroforme, il l'a vue couronnée de succès.

M. Seguin lit un travail sur l'*uniformité en médecine.* — Si l'uniformité en médecine, considérée absolument, est une chimère, il n'y a pas de doute que la diversité sous laquelle nous avons le bonheur de pratiquer, ne soit un cauchemar trop réel. Les médecines de tous les pays civilisés varient, souvent sous les mêmes noms contenant des agents différents ou de différente activité. Les maladies même ne sont pas appelées de mêmes noms, les registres cliniques des hôpitaux varient d'une ville à l'autre ou d'une rue à l'autre, les rapports individuels sont faits *ad libitum*, et combien de praticiens n'en tiennent pas !

Cet état de choses réclame une réforme, qui sera d'autant plus effective qu'on la commencera de suite par les mesures d'uniformité les plus simples et les plus aisées à pratiquer.

Qui empêche les médecins, dès demain, de tenir un compte régulier et uniforme des forces vitales de leurs malades et d'établir, comme un compte de banque, les sommes journalières de chaleur, de respiration, de circulation et autres éléments dépensées sous l'influence de la maladie, ou économisés sous l'influence de certaines médications ?

En commençant ainsi, on arriverait peu à peu à étendre le cercle de l'uniformité aux faits scientifiques et statistiques; on parviendrait à pratiquer entre nations une médecine uniforme, qui pourrait ressembler au résultat d'une science unique et d'un art coordonné selon les règles ordinaires des travaux humains.

Tel est à peu près le plan proposé par M. E. Seguin en son nom et avec le concours de l'*American medical Association* dont il est le délégué de cette année à Manchester, au Havre et à Genève. C'est surtout dans cette dernière ville, devant le Congrès médical international que le délégué américain devra redoubler d'efforts pour faire accepter le principe d'uniformité en médecine, seule base possible des congrès médicaux.

M. Gallard expose le résultat de recherches fort intéressantes sur l'*anatomie pathologique*, le *mode d'apparition* et le *traitement des végétations de la muqueuse intra-utérine.* Ces végétations avaient été très-bien vues par Récamier, qui les diagnostiquait et les traitait par sa curette. Le moyen choisi avait parfois eu des revers ; une violente réaction se produisit et la curette fut généralement proscrite. M. Gallard proteste contre cette exclusion trop systématique ; il croit que cet instrument peut, dans certains cas, rendre de réels services et rapporte un cas remarquable pour prouver cette assertion. Il

s'agit d'une malade observée par lui et par M. Richet. Elle était âgée de soixante-cinq ans et n'était plus réglée depuis quinze ans environ; lorsqu'il y a deux ans elle fut prise de métrorrhagies intenses; l'examen par le toucher démontra à M. Gallard qu'il n'y avait pas là de tumeurs cancéreuses; il pratiqua le cathétérisme et reconnut que le canal était beaucoup plus spacieux et mesurait 12 centimètres. L'utérus lui-même était mobile dans le petit bassin et nullement enclavé.

Des affusions froides furent prescrites, des injections au perchlorure de fer ou plutôt des lavages au perchlorure de fer portés par une seringue jusque dans la cavité utérine restèrent sans résultats. M. Gallard songeait alors à pousser dans la matrice une certaine quantité d'acide azotique pur. Mais avant de prendre un parti énergique, il fit appeler en consultation M. Richet. Ce chirurgien préféra l'emploi de la pâte de Canquoin, qui fut employée; il y eut une amélioration comme on en avait eu avec le perchlorure de fer. Mais elle ne fut que passagère, les métrorrhagies recommencèrent et il fut alors décidé que l'on emploierait la curette de Récamier. On endormit la malade et, avec cet instrument, on enleva de la cavité utérine la valeur d'une soucoupe d'une sorte de bouillie qui n'était autre que la végétation de la muqueuse. Puis, M. Richet introduisit dans la cavité une baguette de pâte de Canquoin qu'il abandonna dans l'utérus. Les suites de l'opération furent des plus simples. Il n'y eut pas de fièvre, plus d'hémorrhagie, et lorsque la malade, guérie, fut examinée à nouveau, le toucher vaginal démontra que la matrice avait en grande partie disparu. Elle était atrophiée et le col oblitéré ne pouvait être retrouvé. Les végétations utérines furent examinées au microscope : elles étaient dues à une hypertrophie et à une dilatation des follicules et des papilles de la muqueuse utérine, avec une très-petite quantité de tissu conjonctif interposé.

M. Houzé de l'Aulnoit demande à M. Gallard s'il n'y a pas à redouter le développement d'une péritonite par pénétration du liquide irritant dans la séreuse. Le perchlorure de fer, par exemple, ne peut-il refluer par les trompes dans le péritoine ?

M. Gallard répond que non ; les expériences de son élève M. Guichard montrent qu'il faut une pression énorme pour que ce reflux ait lieu, et qu'elle ne peut être atteinte qu'en liant la canule dans le col de l'utérus et en poussant énergiquement. Mais dans les lavages, rien de semblable ; le trop plein de la cavité passe seulement entre la paroi du col et la canule et revient au dehors.

M. Paul Reclus entretient les membres de la section des *luxations paralytiques du fémur*. Depuis la description magistrale de Dupuytren, on désignait sous le nom de luxation congénitale, celle qui existait au moment de la naissance. Mais plus tard Bouvier et Broca étendirent cette définition et l'on donna le nom de congénitale, non-seulement aux luxations apparues à la naissance, mais à celles qu'une malformation originelle de l'article, rendrait fatale, dès que la marche s'établirait. Cette double variété fut généralement acceptée. — Mais M. Verneuil a démontré qu'il fallait en ajouter une troisième plus fréquente et dès lors plus importante que les deux premières. Il a prouvé qu'il y avait des luxations de la hanche qui présentaient l'appareil symptomatique décrit par Dupuytren, et qui, cependant, n'avaient rien de congénital. Elles succédaient à une atrophie des muscles qui entourent l'articulation, atrophie déterminée elle-même par une paralysie infantile. Cette théorie si simple fut vivement combattue et n'a pas encore droit de cité dans nos livres classiques. Aussi, les élèves de M. Verneuil ont-ils ramassé des observations nouvelles pour étayer cette doctrine. M. Reclus en apporte cinq inédites. Dans les deux premières, il s'agit d'enfants qui furent pris de paralysie infantile; l'atrophie s'établit dans les pelvi-trochantériens et les muscles fessiers; les adducteurs de la cuisse restèrent sains; il en résulta une luxation iliaque. Dans la 3e, la paralysie détruisit l'activité fonctionnelle des psoas et des adducteurs ; les pelvi-trochantériens et les fessiers étaient intacts; une luxation sus-pubienne ne tarda pas à survenir. Enfin, dans les deux dernières observations, tous les muscles de la hanche : adducteurs, psoas, fessiers, pelvi-trochantériens sont atrophiés. On a constaté une très-grande laxité dans l'articulation ; le moindre effort peut faire sortir la tête fémorale du cotyle, mais il n'y a pas de luxation permanente. Les observations ne prouvent-elles pas avec la dernière évidence, que lorsque l'articulation n'est plus soutenue par les masses musculaires qui la doublent, il suffit d'une propulsion continue d'un groupe musculaire intact pour refouler et luxer la tête fémorale dans le sens opposé ? Aussi, de ces observations, M. Reclus fait découler les 4 propositions suivantes : 1° Du groupe de luxation dites *congénitales*, il faudrait désormais distraire les luxations paralytiques. 2° Ces luxations succèdent « aux amyotrophies » et paraissent, comme les affections qui les provoquent, survenir à tous les âges bien qu'elles n'aient été guère observées que dans l'enfance. 3° Pour que la luxation se produise deux conditions sont nécessaires ; d'une part, l'atrophie d'un groupe musculaire, de l'autre l'antiquité de ces antagonistes. Si tous les muscles sont paralysés, il y aura bien un très-grand relâchement, une mobilité exagérée dans l'article, mais pas de luxations. 4° A la hanche, la luxation iliaque est la plus fréquente. Elle est due à la traction des muscles adducteurs que l'atrophie du fessier et du pelvi-trochantérien laisse sans contre-poids.

M. Verneuil et Dally présentent quelques observations sur le traitement de ces luxations paralytiques.

M. Frank lit un travail communiqué par M. Mazurel (de Lille) sur le traitement des névropathies par l'*émétique*.

Séance du 24 août (soir). — Présidence de M. Courty.

Avant l'ouverture de la séance, M. de la Blanchère présente aux membres de la section, des pièces de bœuf venant d'Amérique et conservées dans l'air froid bien sec, à bord du *Frigorifique*. Il y a 110 jours que cette viande a été embarquée et cependant elle est encore dans un état d'intégrité parfaite; cette viande ainsi conservée devient à peu près imputrescible; retirée des vases refroidis où elle était enfermée, elle continue à ne subir aucune altération, c'est là un fait intéressant et encore inexpliqué. — La séance est ouverte à 4 heures; le procès-verbal est lu et adopté sans discussion.

M. Lecadre, neveu, fait une intéressante communication sur un *anévrysme de la fémorale traité par l'électrolyse*. Cette observation tend à démontrer que si cette méthode n'est pas d'un succès certain, au moins elle ne présente pas les sérieux inconvénients dont on l'accuse. Il s'agit ici d'un homme de 35 ans, traité par M. Lecadre à l'Hôpital du Hâvre. En 1871, après un mouvement violent et brusque, cet homme sentit un craquement au pli de l'aine ; malgré l'intensité de la douleur, il put revenir à pied chez lui; la souffrance ne tarda pas à disparaître complétement, mais au bout de 15 jours, une petite tumeur commença à se développer; elle grossit assez rapidement, et au bout de peu de temps prit les caractères d'un anévrysme. Le volume de la tumeur étant devenu inquiétant, le malade entra à l'hôpital au mois de février 1875. N'ayant pas obtenu de succès par l'application de la glace, M. Lecadre voulut essayer l'électrolyse. Les séances successives qui furent faites, déterminèrent de vives douleurs; mais l'anévrysme ne s'arrêta pas dans sa croissance, et aux points où les aiguilles avaient été plantées, il se produisit des escharres à la peau. Le volume de la tumeur était alors celui de la tête d'un fœtus à terme; la ligature fut pratiquée. Elle eut des suites immédiates assez simples; mais une tuméfaction ne tarda pas à se produire sur le pourtour de l'anévrysme; du pus et des caillots de sang sortaient par l'orifice des escharres. L'affaiblissement du malade fut rapide; la mort arriva 44 jours après l'opération. Il fut démontré par l'autopsie, faite avec le plus grand soin, qu'autour de l'anévrysme existait une suppuration ayant son point de départ dans la fosse iliaque. Une injection poussée dans l'aorte prouva que la circulation collatérale se faisait à peine. Le sang n'arrivait évidemment qu'en petite quantité au membre inférieur. Cela explique bien le refroidissement qu'on y avait observé pendant la vie, refroidissement tel qu'il était nécessaire de maintenir le membre enveloppé dans de la ouate.

M. Landowsky est de la même opinion que M. Lecadre : les dangers de la méthode électrolytique ne sont pas très grands. Il a vu traiter ainsi un anévrysme de l'aorte. Les aiguilles enfoncées à travers les parois du thorax avaient été recouvertes d'un enduit isolant pour éviter la mortification des tissus. Le résultat fut complétement nul, mais aucun accident grave ne survint ; les piqûres furent inoffensives.

En son nom et au nom de M. Traquart, M. François Franck fait une première communication relative à l'*action du chloral sur les appareils circulatoires et respiratoires*. L'injection de doses importantes d'une solution concentrée de chloral dans les vaisseaux des animaux, produit d'abord un ralentissement, puis un arrêt du cœur. En même temps, les mêmes effets s'observent sur la respiration. C'est le contact du chloral sur l'endocarde et non une action primitive sur le système nerveux central qui produit ces phénomènes. Si, en effet, à l'aide d'un instrument que, par la jugulaire, on fait pénétrer dans le cœur droit, on dépose directement du chloral sur l'endocarde, les accidents auront lieu instantanément bien avant que le chloral n'ait pénétré dans les vaisseaux de l'encéphale. On est d'abord tenté de croire que le chloral

excite les nerfs sensitifs de l'endocarde; cette excitation se transmettrait au bulbe et de là se réfléchirait sur les nerfs moteurs du cœur dont elle déterminerait ainsi l'arrêt. Mais cette explication est erronée; l'arrêt, en effet, ne se produit pas moins lorsque l'on sectionne les nerfs qui conduisent l'excitation au bulbe. C'est dans le système ganglionnaire du cœur que ce réflexe se passe tout entier : l'excitation des nerfs périphériques de l'endocarde arrive aux petits ganglions et se réfléchit sur les nerfs moteurs. La preuve en est facile à donner; le réflexe ne pourra pas se produire si avec de l'atropine on paralyse le système ganglionnaire, et dans ce cas le chloral mis en contact de l'endocarde n'agit plus sur les mouvements du cœur. Quant à l'action sur la respiration, elle est évidemment due à un réflexe qui a le bulbe pour centre, car la section des pneumogastriques l'empêche.

M. Franck fait une deuxième communication sur les *fausses intermittences du pouls.*

Au nom du docteur H. Petit (de Paris), M. Verneuil présente à la section un mémoire sur l'*Ataxie* dans ses rapports avec le traumatisme. M. Petit part de l'observation suivante : un malade entra dans le service de M. A. Guérin pour être opéré d'une hydrocèle simple ; aucun accident primitif ne fut amené par la ponction. Mais le malade était ataxique; cela avait été constaté par Duchenne (de Boulogne); depuis longtemps déjà, les symptômes de l'ataxie sommeillaient; dès le lendemain de l'opération, ils se réveillèrent avec une grande intensité; dans les membres inférieurs survinrent des douleurs fulgurantes atroces ; puis, il se produisit une rétention d'urine qui exigea des cathétérismes fréquents. — Ces douleurs fulgurantes et cette paralysie ne furent que difficilement vaincues par des doses successives de bromure de potassium et par l'électrisation de la vessie. C'est à propos de ce fait intéressant que M. Petit a recherché dans la science les cas où il pouvait y avoir coïncidence de l'ataxie et des blessures, et s'est posé les questions suivantes : 1° l'ataxie de la locomotion peut-elle être engendrée par le traumatisme ; 2° une ataxie préexistante est-elle influencée par le traumatisme; 3° enfin, le traumatisme présente-t-il, chez les ataxiques, quelques caractères particuliers dans sa marche et sa terminaison? L'examen des faits conduit aux réponses suivantes : l'ataxie locomotrice peut avoir une origine traumatique, ce n'est pas inadmissible, mais aucune observation ne l'a encore prouvé. Chez les sujets prédisposés, le traumatisme peut probablement hâter le développement du traumatisme. Enfin, il est certain qu'une ataxie guérie en apparence peut être réveillée par une blessure, de même qu'une ataxie coexistante peut être aggravée. Certains auteurs, ajoute M. Petit, pensent que certaines ataxies dépendant d'une lésion circonscrite, le phimosisme par exemple, peuvent être guéries par le traumatisme chirurgical. C'est encore très-douteux; dans ces cas heureux s'agissait-il, en effet, d'une ataxie véritable et non d'une action réflexe sans lésions médullaires? Si, cependant, il était démontré que l'ataxie locomotrice peut être produite par une irritation locale prolongée, on devrait évidemment intervenir chirurgicalement quand cela est possible. La nutrition de certains tissus est parfois troublée par l'ataxie locomotrice; on conçoit donc que cette ataxie peut modifier l'évolution locale de certaines blessures. Certains cas de contusions articulaires, de fractures et de plaies dans les parties molles semblent démontrer ce fait. Il y aurait dans les membres blessés une disposition aux inflammations phlegmoneuses, et, par conséquent, un pronostic sérieux. Cependant M. Verneuil a vu un ataxique guérir parfaitement d'une opération de castration ; en outre, M. Charcot a signalé des cas de fractures où le cal osseux s'était formé aussi rapidement, sinon plus, chez les ataxiques que chez les individus sains.

M. Franck demande s'il est impossible de rapprocher ces derniers faits de l'expérience physiologique bien connue qui consiste à couper sur un animal le nerf principal d'un membre fracturé ; dans ce cas le cal osseux devient exubérant.

M. Potain entretient la section d'un enfant qu'il a eu à soigner dernièrement. Cet enfant se fit une écorchure à la jambe : elle se cicatrisa mal ; à la suite d'un bain de mer, l'enfant ressentit des malaises, des troubles intellectuels, une grande répugnance au travail. Les parents appelèrent en consultation MM. Lunier et Potain qui reconnurent une chorée commençante ; peu de jours après, l'enfant avait une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

M. Perreton dépose sur le bureau le compte-rendu des travaux faits par la Société des sciences médicales de Gannat (Allier), pendant l'année 1876 et en fait un résumé rapide. — M. le Président charge M. Perreton de remercier la Société de Gannat de cet envoi.

M. Massart (de Honfleur) communique une remarquable observation de *Rétroversion utérine* survenue pendant la grossesse et expose le moyen fort ingénieux qu'il a employé pour la réduire. Après des tentatives manuelles infructueuses, longtemps répétées, il eut l'idée — suivant en cela une vieille tradition normande — d'appliquer un pot de chambre en guise de ventouse sur le ventre de la malade de façon à diminuer la pression que les anses intestinales exerçaient sur l'utérus déplacé; il recommença alors le procédé manuel qui, cette fois, fut couronné de succès ; la réduction s'opéra. L'utérus était gravide. La grossesse suivit son cours et l'accouchement se fit dans d'excellentes conditions. M. Massart résume son observation : la rétroversion a débuté lentement mais s'est complétée d'une manière brusque. Elle n'a point été provoquée par une rétention d'urine qui, dans l'espèce, était effet et non pas cause. L'aspiration de la paroi abdominale est un moyen qui facilite beaucoup la réduction manuelle.

Séance du 25 août (matin). — Présidence de M. Courty

M. Dally trouve qu'il faudrait fragmenter le groupe si vaste de l'*Hystérie* qui, d'après lui, serait constitué de parties trop hétérogènes, et renfermerait sous un même titre, des affections trop diverses. Parmi les phénomènes qu'on a décrit avec l'hystérie, il en est un, mal déterminé encore, et que M. Dally étudie sous le nom de *délire malicieux*. Ce sont des faits de simulation ; le petit malade joue la comédie, vise à l'extraordinaire et désire avant tout se plaindre ou admirer. En tous cas, il ne veut pas ressembler aux autres personnes : il dit mourir d'un mal inconnu. Cet état, d'origine cérébrale, atteint surtout des individus à intelligence précoce, et l'on observe parfois qu'il est héréditaire.

M. Lecadre cite des cas analogues et fort remarquables. Dans l'un, il s'agit d'un enfant qui marchait comme un chien, grimpait au ciel de son lit; puis, tout à coup, était pris d'une grosse toux et devenait subitement myope ; il ne pouvait alors se conduire qu'avec des verres n° 5. Or, longtemps après, à 26 ans, ce malade avoua à M. Lecadre que tout cela n'était que feinte et comédie. Dans l'autre, il s'agit d'une jeune fille qui prétendait ne savoir manger ; mais une de ses tantes avoua au médecin qu'elle avait cru satisfaire au désir bizarre qu'avait sa nièce de jouer le « corps glorieux »; mais qu'elle lui donnait à manger pendant la nuit (1).

M. Marjolin invite les membres de la Société à se rendre, après la séance au dispensaire de M. Gibert; dispensaire dû à l'initiative privée et d'une organisation véritablement remarquable. Elle fait le plus grand honneur au médecin distingué et si profondément dévoué qui a su la mener à bien.

M. Houzé de l'Aulnoit résume devant la section ses études sur les *Amputations sous-périostées* qui certainement ne donnent pas de résultats immédiats préférables ; mais les accidents consécutifs sont beaucoup moindres et l'on évite par son procédé, les ulcérations, les fistules, les gangrènes, la conicité du moignon. Il expose son manuel opératoire, la façon dont il taille le lambeau de périoste, la nécessité absolue qu'il y a de ne l'isoler que sur sa face osseuse et de le laisser adhérent aux muscles. — M. Houzé de l'Aulnoit étudie ensuite le degré de constriction qu'il faut exercer lorsqu'on pratique l'ischémie par la méthode d'Esmarck; la pression de la sonde ne doit guère dépasser 8 kilogr.— Enfin, il recommande absolument l'immobilité du moignon et, pour l'obtenir, il immobilise l'articulation supérieure par des gouttières spéciales. M. Houzé fait dans l'avant-bras l'hémostase naturelle. Après l'amputation, il peut sans ligature, sans torsion, ne pas avoir d'écoulement sanguin et uniquement en tenant l'avant-bras élevé. Il croit que ce procédé pourra rendre de grands services sur les champs de bataille.

M. Teissier (de Lyon) fait une communication des plus intéressantes sur l'*Albuminurie* dont l'origine nerveuse est moins rare qu'on ne le suppose. Les auteurs rattachent l'albuminurie à une lésion du rein ou à une altération du sang. Il existe un troisième facteur généralement oublié, c'est l'influence du système nerveux central ou du grand sympathique sur l'albuminurie. Monneret avait accepté cette influence et M. Gubler a décrit un cas d'albuminurie suite d'une lésion de l'isthme encéphalique. Cependant, l'intervention du système nerveux comme cause d'albuminurie est encore contestée. L'observation attentive de plusieurs faits autorise M. Teissier à penser que les manifestations nerveuses peuvent se présenter longtemps avant l'albuminurie et qu'elles sont la cause et non le résultat de cette albuminurie.

1re *observation*. Elle a été faite sur un confrère. En mars 1876, celui-ci fut pris subitement de vertige sans perte de connaissance. Il resta faible pen-

(1) Voir Bourneville. — *Louise Lateau ou la Stigmatisée belge.*

dant plusieurs semaines après lesquelles il fut en proie à de nouveaux vertiges. Cet état dura six mois. En septembre, il souffrait d'insomnie, de palpitations, de gêne respiratoire. L'examen des urines amena la découverte d'une notable proportion d'albumine. L'examen du malade fit constater un peu de frottement péricardique et une légère pleurésie à gauche. Il fut emporté peu de semaines après par une apoplexie foudroyante.

2e *observation*. Un malade de 40 ans fut examiné par M. Daniel Molière, pour une diminution de la vue. L'ophthalmoscope permit de constater une hypérémie simple des vaisseaux profonds de l'œil. On craignit une lésion encéphalique. Les résultats de l'examen des urines furent négatifs, ni sucre ni albumine. Quelque temps après on découvrit une très-faible proportion de sucre. La parole du malade s'embarrassa de plus en plus. Les symptômes cérébraux allèrent en s'aggravant; un an après, il fut frappé d'une attaque d'hémiplégie. Après cette attaque, les urines contenaient une notable proportion d'albumine. Quelques mois après, cette albumine disparaissait et le malade succombait à une attaque d'apoplexie.

3e *observation*. Un teinturier, âgé de 55 ans, d'assez bonne constitution, était sujet depuis dix ans à des phénomènes de dyspepsie, puis survint de la polyurie; on constata un peu de sucre dans l'urine. Pendant huit ans, il alla à Vichy pour son léger diabète sucré. L'année dernière, ce malade fit une chute sur la glace et se fit une plaie à la tête qui eut de la peine à se cicatriser. On examina alors les urines, le sucre avait disparu. Quelque temps après le malade fut frappé d'hémiplégie. Pendant les semaines qui suivirent, on observa une notable proportion d'albumine dans l'urine. Depuis mars 1876, le malade eut six attaques d'hémiplégie; l'albuminurie continuait Il est à noter que c'est depuis l'hémiplégie que l'albumine est apparue.

4e *observation*. Un autre malade consulta M. de Wecker en 1874 pour un trouble de la vue. M. de Wecker constata du sucre dans l'urine. M. Bouchardat, consulté également, trouva aussi du sucre dans l'urine. A la fin de 1875, attaque d'hémiplégie; peu après analyse des urines, absence de sucre. M. Tessier eut à cette époque l'occasion de voir ce malade à Lyon. Il ne trouva pas de sucre dans les urines, mais une notable proportion d'albumine.

5e *observation*. Elle a été faite en 1874 sur un homme jeune, de 32 à 34 ans. Il était atteint d'un eczéma pour lequel il alla à Uriage. L'eczéma disparut et fit place à une faiblesse générale. En outre, faiblesse et agénésie. Pas d'albumine, ni de sucre; mais une grande quantité, 8 à 9 grammes de phosphate terreux. Survint ensuite un trouble de la vue, une névro-rétinite constatée par MM. Desgranges et Desmares. Enfin, les phosphates descendirent à 3 grammes et furent remplacés par 4 grammes d'albumine. Ici les phénomènes nerveux ont existé pendant deux ans avant l'albuminurie. Un collègue consulté pensa à une néphrite interstitielle. L'albuminurie diminua graduellement, néanmoins les phénomènes nerveux continuèrent. Des phénomènes encéphaliques apoplectiformes tuèrent bientôt le malade.

Ainsi voilà cinq observations dont trois offrent une apoplexie ou une hémiplégie. Avant ces attaques, les urines n'offraient pas d'albumine; après, elles en contenaient beaucoup. M. Teissier s'appuie sur ces faits pour démontrer que l'albuminurie d'origine nerveuse est plus commune qu'on ne le dit généralement. Cette idée confirme les expériences de Claude Bernard faisant apparaître du sucre ou de l'albumine dans l'urine en piquant des points différents du 4e ventricule. Au point de vue thérapeutique, il y a à tirer quelques bénéfices de la démonstration de l'origine nerveuse de l'albuminurie. Les phénomènes apoplectiques pourraient être le résultat d'une exagération dans le traitement alcalin. La meilleure médication est celle qui est capable de relever les forces du malade, le quinquina, les eaux très-modérément alcalines, la valériane, les gouttes amères de Beaumé, les gouttes arsénicales.

M. Lecadre rappelle une observation qu'il a fournie à Marchal (de Calvi) sur l'alternance entre le diabète et l'albuminurie.

M. Reclus rappelle à propos de l'expérience de M. Cl. Bernard une observation publiée par M. Liouville, en 1874. Un individu atteint d'une fracture du crâne, fut porté par erreur dans le service de M. Béhier. Il succomba quelques heures après son admission. L'urine contenait beaucoup d'albumine. L'autopsie prouva que les reins étaient sains, mais dans le 4e ventricule, on trouva une suffusion sanguine au point indiqué par M. Cl. Bernard dans ses expériences sur les animaux.

M. Courty a observé de l'albuminurie chez deux malades. Le premier avait fait une chute et souffrait d'une douleur persistante à la partie postérieure de la tête, le second éprouvait également de vives douleurs a la même partie de la tête et cela à la suite de chagrins prolongés.

M. Houzé de l'Aulnoit insiste avec M. Tessier sur l'emploi du fer et sur l'abstention ou l'emploi très-modéré des alcalins.

M. Potain fait une communication très-intéressante sur les *Indications de la thoracentèse* et présente un appareil permettant d'apporter plus de précision dans la pratique de cette méthode. Les indications de la thoracentèse reposent sur l'abondance, l'ancienneté, la nature du liquide épanché et sur la gêne circulatoire qu'il détermine. Si le poumon reste affaisé pendant quelque temps, il perd la faculté de se dilater. Quand un épanchement moyen reste stationnaire et que l'on reconnaît qu'il n'est pas enkysté, il semble qu'il suffise de l'enlever pour l'empêcher de se reproduire.

Or, l'opération produite par la rétraction pulmonaire appelle au contraire la reproduction du liquide. Quand un malade respire difficilement et que l'épanchement est abondant, il est indiqué d'intervenir. Mais il est difficile de constater ces différentes indications. Il est des cas d'asphyxie lente et progressive, produite par la présence du liquide, et la menace de syncope n'est pas facile à prévoir. M. Lasègue a communiqué à la *Société des hôpitaux* un cas de syncope qui l'avait vivement ému. Il soignait un confrère atteint de ce mal. Au moment où M. Lasègue appliquait son oreille sur la poitrine du malade, celui-ci s'affaisa et tomba mort. Il était atteint d'une pleurésie latente étendue.

Les signes physiques pour reconnaître la nature du liquide sont également peu certains. L'ancienneté du liquide est aussi fort difficile à apprécier, la mémoire des malades étant souvent un guide infidèle.

Reste l'abondance du liquide. Là encore, les erreurs sont fréquentes. Elles tiennent aux degrés variables de l'affaissement du poumon et des adhérences qu'il a contractées. La constatation de l'hypérémie pulmonaire a une grande valeur, elle diminue la rétraction du poumon. Cet agent restant volumineux le liquide remonte très-haut. L'hypérémie pulmonaire persiste souvent quand on a extrait le liquide.

M. Potain pense que les meilleurs signes du diagnostic de la congestion pulmonaire, associée à l'épanchement plein, sont l'étendue considérable du souffle et la persistance des vibrations thoraciques beaucoup plus bas que le niveau du liquide. C'est à la congestion pulmonaire qu'il faut attribuer la crépitation pleurale. M. Bouillaud pensait que cette crépitation était due à un frottement pleural. Tel n'est pas l'avis de M. Potain. Cette crépitation est limitée à l'inspiration, si elle était due à un frottement pleural, elle devrait se faire entendre aussi pendant l'expiration. M. Potain voit dans ce râle fin et superficiel, limité à l'inspiration, l'indication d'une congestion de la superficie du poumon.

Extraire tout le liquide quand l'épanchement est médiocre, c'est favoriser la congestion pulmonaire par un mécanisme d'aspiration. Il est important de ne pas pousser trop loin l'extraction du liquide, il est important même de n'en extraire que la moitié. Il faut pour cela apprécier la quantité totale du liquide. Tel est le problème difficile et délicat que M. Potain a cherché à résoudre, en appliquant aux appareils aspirateurs ordinaires un *manomètre* d'une simplicité extrême, sorte de baromètre à cuvette qui s'interpose sur le trajet du tube qui fait l'extraction. Il fallait que l'aspiration du liquide ne se transmît point au manomètre, sans quoi tout le mercure serait aspiré. A cet effet, il a imaginé un robinet placé en avant du manomètre et pouvant en même temps supprimer la communication du manomètre avec le flacon aspirateur et faire communiquer en même temps le liquide en extraction avec le manomètre. Pendant l'extraction, on tourne le robinet de temps en temps lorsqu'on a enlevé 100, 200, 300 gr. de liquide, et on peut, apprécier ainsi le degré de pression dans la plèvre. Quand elle contient peu de liquide, la pression change rapidement. Si le liquide est abondant, 200 ou 300 gr. de liquide extrait n'amènent pas de différence notable dans la pression. Voici les tableaux pour deux cas :

Un malade a une pleurésie au 23e jour. La matité remonte à l'épine de l'omoplate, le souffle s'entend très-bas. La pression dans la plèvre est inférieure à la pression atmosphérique à 2 millimètres : c'est la règle.

Après 800 gr. de liquide enlevé la pression oscillait entre.....	2 et	5
A 1,000 gr. entre..	3	6
1,200 gr..	3	7
2,200 gr..	5	8
Vers la fin, la dépression a été plus rapide. Une deuxième ponction chez ce malade a donné avant l'extraction une pression variant entre..	2 et	3
Pendant l'extraction, entre............................	5	7
—	7	9
—	12	16
A 1,000 gr..	14	17
A 1,050 gr. tout à coup................................	20	22

Le liquide approchait de la fin. Le lendemain il n'y avait pas d'égophonie.

Dans un deuxième cas, pleurésie, suite de traumatisme et fracture de côte, hémathorax : pression avant l'extraction 15 millimètres au-dessus de la pression atmosphérique. Après 500 gr. de liquide extrait de 5 à 0 ; après 3000 gr., de 3 au-des-

sus à 3 au-dessous. Ce cas était des plus graves. Le liquide se reproduisit, il fallut faire l'empyème.

CONCLUSIONS. 1° Des diverses indications de la thoracentèse, l'abondance du liquide est une des principales ; 2° Une des raisons qui contribuent le plus à rendre cette appréciation difficile est l'hypérémie pulmonaire concomitante ; 3° Cette hypérémie accompagne le plus grand nombre des pleurésies mais à un degré très-variable ; 4° Les signes qui la décèlent le mieux sont le *souffle exagéré* et entendu très-bas au-dessous du niveau de l'épanchement, la persistance des vibrations thoraciques, le déplacement du cœur proportionné aux autres signes de quantité ; 5° Elle peut contre-indiquer la thoracentèse à un double titre : *a*) parce qu'elle implique que la quantité de liquide est beaucoup moindre que la plupart des signes ne semblent l'indiquer ; *b*) parce qu'elle peut s'exagérer sous l'influence de l'évacuation ; 6° un manomètre indiquant la pression dans la plèvre peut être une chose utile.

Séance du 25 août (soir). — PRÉSIDENCE DE M. COURTY.

M. LECADRE entretient la Société d'un nouveau *Mode de propagation de la fièvre paludéenne* qu'il a pu constater dans une épidémie observée à Lillebonne en 1875 et en 1876. Lillebonne se trouve au fond d'une vallée et des marais l'entourent. La fièvre intermittente y est fréquente : les plateaux environnants, au contraire, sont en général à l'abri. Or, en 1875, plusieurs cas de fièvre se manifestèrent sans qu'on pût constater la cause de cette apparition, les habitants atteints n'étant point descendus dans la vallée. M. Lecadre croit qu'il faut attribuer cette épidémie des plateaux au foin coupé dans les marais et exposé pendant quelques jours à la pluie. Charrié sur les plateaux, il était étendu au soleil pour être séché ; et ce serait ainsi que les miasmes paludéens auraient été transportés. En 1876, nouvelle épidémie après la fenaison et, dans ce cas encore, la même cause devrait être invoquée. M. Lecadre se demande comment le foin humide peut être le véhicule du poison des marais ; il reprend les idées de Salisbury, de l'Ohio, qui aurait prouvé l'existence d'une sorte d'algues, les palmellées, dont la présence serait toujours constatée au-dessus des terrains à fièvre. Mais il faudrait faire de nouvelles recherches pour voir si, dans l'espèce, de semblables organismes se rencontrent dans le foin mouillé.

M. SEGUIN ne croit pas que Salisbury ait continué ses travaux sur la pathogénie des fièvres intermittentes et peut-être ne faut-il pas accorder à ses recherches une confiance absolue. M. Seguin donne quelques détails sur le mode d'apparition de la fièvre dans certains districts américains : un colon s'établit et défriche une vingtaine d'âcres de terre ; la fièvre ne se développe pas. Mais que d'autres colons se joignent au premier, que le défrichement gagne et empiète notablement sur la forêt, la fièvre apparaîtra, et telle souvent qu'elle décimera le village naissant. L'influence des terrains d'alluvion récente est aussi indiscutable. New-York n'avait pas de fièvres intermittentes, mais depuis la conquête de nouveaux boulevards aux dépens du lit du fleuve, la fièvre s'est déclarée et sa gravité est fort grande maintenant.

M. GIBERT demande à M. Leudet si dans les prairies qui bordent la Seine aux environs de Rouen, des cas semblables à ceux de M. Lecadre auraient été observés.

M. LEUDET répond que, sur les anciennes prairies, rien de pareil ne se voit ; mais sur les prairies nouvelles et créées sur des alluvions de conquête récente, la fièvre intermittente n'est pas rare. Mais il n'a pas remarqué qu'elle fût plus fréquente chez les femmes que chez les autres individus. M. Leudet ajoute que, sur le plateau qui sépare la Seine du pays de Dieppe, on a à soigner de nombreux cas de fièvres paludéennes. Mais là existent des nappes souterraines qui imbibent le sol à tel point qu'à certains moments, vers le soir, on peut apercevoir des brouillards épais qui rampent sur la terre et s'élèvent à mi-hauteur d'homme. Les habitants du pays attribuent à ces brouillards une grande influence sur la production de la fièvre. M. Leudet termine en demandant que le mot « fièvre de foin » prononcé par M. Lecadre, soit définitivement écarté. Ce mot a un sens précis et répond à un tableau clinique qui n'est point celui de la fièvre intermittente, c'est une sorte de fièvre catarrhale qui n'a rien de commun avec l'empoisonnement paludéen.

M. GIBERT termine cette discussion en faisant appel à de nouvelles recherches. Le corps du délit doit être isolé ; qu'on lave le foin incriminé ; qu'on l'examine au microscope, et qu'on sache si oui ou non un organisme plus ou moins semblable à celui que Salisbury a étudié existe ou n'existe plus.

M. LEUDET fait une remarquable communication sur la *Tuberculose pulmonaire chez les hystériques*. Nous regrettons de ne pouvoir donner ici que les conclusions de cet important mémoire : 1° L'hystérie peut précéder, accompagner le début de la tuberculisation pulmonaire ou même apparaître dans son cours. 2° Le plus souvent, l'hystérie convulsive cesse au moment du début de la tuberculose ou dans sa première période. 3° La névrose provoque souvent dans le cours de la tuberculose des troubles de la sensibilité et de la motilité. 4° Les manifestations de l'hystérie doivent être distinguées des troubles nerveux périphériques vaso-moteurs qu'on observe dans les maladies chroniques et surtout dans la phthisie. 5° La préexistence de l'hystérie n'empêche pas le développement rapide de la phthisie. 6° Le plus souvent la tuberculose pulmonaire chez les hystériques offre une longue durée. Les rémissions paraissent plus longues que chez les malades non hystériques (1).

M. TEISSIER partage les opinions que M. Leudet vient d'exposer dans cet important mémoire. Pour ma part, dit-il, je n'ai jamais remarqué comme l'avait avancé notre regretté compatriote Brachet, que l'hystérie favorise le développement de la tuberculose. Bien au contraire, les hystériques lui offrent une réelle résistance, et je pourrais citer l'observation d'une jeune fille que je suis avec sollicitude ; elle est hystérique sans conteste ; elle a des tuberculeux dans sa famille ; elle-même a tous les signes physiques d'un point circonscrit de tuberculose commençante ; expiration prolongée ; bronchophonie, faiblesse de la respiration. Cet état demeure stationnaire depuis trois ans. Mais je redoute le moment où la fièvre va s'allumer : à ce moment, s'amendent le plus souvent les manifestations hystériques et les crises convulsives peuvent complétement disparaître.

M. VERNEUIL demande à M. Leudet si les hystériques tuberculeuses qu'il a observées avaient eu dans leur enfance des manifestations scrofuleuses, ou si la tuberculose paraissait s'être développée d'emblée, car, pour lui, il a pu constater bien souvent une sorte d'antagonisme entre l'hystérie et la scrofule ; l'hystérie ne serait en somme qu'un mode de l'arthritisme.

M. LEUDET répond que dans les vingt-trois cas qu'il a recueillis, il ne pourrait citer qu'un seul fait de scrofule antérieure à la tuberculose.

M. LANDOWSKI lit une étude sur la *Climatologie algérienne*, qui présente à tous les points de vue les conditions les plus favorables pour l'hibernage des phthisiques. Tous les travaux publiés jusqu'à présent sur la climatologie algérienne sont d'accord sur ce point. L'Algérie présente quatre climats : 1° Celui des côtes, qui subit à un très-haut degré l'influence de la mer ; 2° Le climat des plateaux du Tell où l'influence de la mer joue un rôle secondaire ; 3° Le climat des steppes où l'influence de la position continentale domine toutes les autres ; 4° Le climat saharien, qui doit au Sahara un caractère tout particulier. C'est le climat des côtes qui occupe uniquement M. Landowski, au point de vue de ses applications thérapeutiques. Le climat a deux saisons très-distinctes : la saison chaude et la saison tempérée. La moyenne des températures est : pour novembre, de 17° ; pour décembre, janvier et février, de 13° ; pour mars, de 14° ; avril, 17°. Le minimum de toute la saison tempérée est de 16° ; le maximum, de 21°. Dans la saison chaude, on a pour maximum 30° et pour minimum 15°. M. Landowski demanderait la création d'une station hibernale en Algérie, où les phthisiques pourraient trouver associés à l'influence de ce climat tous les moyens thérapeutiques dont la science dispose à cette heure.

M. NEPVEU, continuant la série des recherches qu'il a commencées sur les *variations* qui peuvent se manifester dans la *sécrétion urinaire* à propos des divers *traumatismes*, lit un important travail sur l'oligurie et la polyurie d'origine réflexe. Voici la conclusion de son mémoire : Le testicule peut être, dans certaines conditions anormales (injection iodée dans la vaginale, affection douloureuse des testicules), le point de départ d'actions réflexes qui agissent sur la sécrétion urinaire ; 2° Cette action réflexe, envisagée particulièrement dans le cas d'hydrocèle traitée par l'injection iodée se traduit par une série d'oscillations en sens inverse dans la sécrétion : oligurie d'abord pendant quelques jours, puis polyurie et enfin retour à l'état normal ; 3° L'opération de l'injection iodée dans la vaginale doit être envisagée comme une véritable expérience physiologique qui, mieux sur l'homme que sur l'animal, peut servir à établir la réalité de ces connexions physiologiques entre la sécrétion rénale et les irritations portant sur les plexus spermatiques.

M. COURTY communique le résultat d'expériences faites dans le laboratoire de M. Vulpian et destinées à étudier les troubles généraux et locaux produits par les *Gaz libres intra-vasculaires*. Opérant sur des chiens normaux ou curarisés, il a par une branche collatérale poussé de l'air vers les artères carotides, crurales, mésentériques, spléniques, etc., laissant ensuite cet air circuler dans les conditions normales ; d'autres fois, il a mesuré la pression, la force nécessaire pour pousser cet air par le bout périphérique d'une de ces artères préalablement liée vers les veines correspondantes ; enfin, dans d'autres expé-

(1) Voir sur ce sujet l'observation que nous avons publiée en 1876 dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*.

riences, il a fait varier la valeur de la tension artérielle ou l'état des vaso-moteurs de l'organe que traversaient les bulles. — Une dernière série de recherches a eu pour but d'étudier l'action des gaz artériels généralisés et pour rendre l'observation des troubles circulatoires plus précise, M. Courty s'est servi dans plusieurs cas du kymographe enregistreur; les expériences ont établi les faits suivants : Les bulles gazeuses peuvent traverser les capillaires, mais elles constituent un obstacle à la circulation. Dans les cas où on a injecté 5 à 15 c. c. d'air vers une artère laissée libre, cet air a traversé facilement l'encéphale passant de la carotide dans les jugulaires en 5 à 10 minutes; la même quantité d'air a traversé un membre inférieur en 5 à 20 minutes.— Enfin, cet air est resté stationnaire dans les artères mésentériques et spléniques ne paraissant à aucun moment traverser la rate et les intestins. — Les divers organes présentent donc des différences considérables de perméabilité aux bulles gazeuses.—Au lieu de considérer la vitesse d'écoulement des bulles à travers les différents organes, M. Courty a comparé cet écoulement dans un même organe, mais dans des conditions différentes; la circulation de l'air devient plus facile lorsque l'on augmente la pression artérielle, les bulles gazeuses traversent plus rapidement un membre dont le sciatique a été sectionné. La circulation des bulles gazeuses dans un réseau capillaire dépend donc : 1° de l'organe considéré; 2° de l'état des vaso-moteurs; 3° de la tension artérielle.

En étudiant les gaz artériels généralisés, M. Courty a constaté que l'air injecté par le bout périphérique d'une artère, peut, si l'injection est brusque ou considérable, revenir en partie ou en totalité, par les anastomoses artérielles dans l'autre sans traverser les capillaires correspondants, les gaz artériels généralisés et en petite quantité ne paraissent pas produire d'accidents. Dans quelques cas rares, ces gaz ont produit un arrêt brusque du cœur dû au passage des bulles dans les artères coronaires et même à l'anémie de tout le myélencéphale. — Si l'air est injecté en quantité considérable, 200, 300 c. c. la mort survient par arrêt de la circulation déterminée : 1° par le passage dans les veines et le cœur droit d'une partie de l'air artériel et par asystolie consécutive; 2° par le ralentissement déterminé directement par les bulles dans les capillaires généraux ; 3° par la paralysie des vaso-moteurs myélencéphaliques et la chute consécutive de la tension.

M. Franck lit, au nom de M. Létiévant, un travail sur le pansement antiseptique au point de vue des résultats pratiques. M. Létiévant termine son travail par le résumé suivant : Grâce à la méthode nouvelle, réunion immédiate dans les cas où l'on n'osait pas l'espérer ; conservation dans beaucoup de cas graves où l'on amputait le plus souvent autrefois ; suppression de l'infection purulente, voilà les trois grands bienfaits du pansement que j'ai mis en expérience durant ces deux dernières années.

M. Séguin lit une note sur la *Nécessité de l'intervention du médecin dans l'éducation.*

M. Gayral termine la séance en montrant à la société une série de *pessaires* très-ingénieux et qui non-seulement contiennent l'utérus, mais encore peuvent mettre en contact de cet organe des substances médicamenteuses.

Séance du 27 août (matin). — Présidence de M. Courty.

M. Brière lit un travail sur les *Maladies des yeux* au Havre et dans les environs. Ces conclusions principales sont que : 1° les affections oculaires externes sont plus fréquentes au Havre que dans les pays de l'intérieur, dans une proportion de 10 à 15 p. 100 suivant les années; 2° mai est le mois où les affections sont le plus nombreuses ; août et décembre ceux qui en comptent le moins ; 3° cette proportion plus élevée de maladies d'yeux ne tient pas seulement au voisinage de la mer, mais surtout à la réunion de mauvaises conditions hygiéniques qu'on observe dans certains quartiers, car ces maladies affectent de préférence les pauvres de ces mêmes quartiers ; 4° Saint-François, Notre-Dame et le Perrey sont les points de la ville le plus éprouvés. Il serait urgent d'assainir ces parties de la ville en élargissant les rues étroites qui s'y trouvent; 5° les ophthalmies scrofuleuses, et notamment les conjonctivites granuleuses et les kératites consécutives sont fréquentes, mais beaucoup plus dans les quartiers où les logements sont malsains et dans les familles où l'on méconnait les lois de l'hygiène accessibles à tous ; 6° il serait nécessaire que tout enfant qui entre dans un asile ou dans une école et qui est atteint d'ophthalmie, fût soumis à un examen qui permettrait de constater s'il s'agit de conjonctivite granuleuse, auquel cas l'enfant ne pourrait fréquenter l'école, du moins pendant les périodes aiguës.

M. Gelezowski. La communication de M. le Dr Brière m'a vivement intéressé, surtout le point qui traite des granulations de la conjonctive. Leur étiologie est encore bien obscure, et surtout on les confond avec des conjonctivites chroniques. Je crois qu'elles doivent être divisées en deux formes, dont l'une est fort contagieuse. A Paris, on voit des enfants dont les yeux sont parfaitement sains, se rendre à l'école et prendre une conjonctivite granuleuse. Il s'est fait là un véritable exsudation ; les enfants manquent souvent de mouchoirs, se servent souvent de celui du petit camarade le plus voisin ; or, le mouchoir a parfois servi à essuyer des yeux malades, et c'est ainsi que la transmission se ferait. Aussi M. Galezowski termine-t-il en demandant qu'une surveillance médicale des plus intenses soit instituée pour interdire l'entrée des écoles aux enfants atteints de granulations de la conjonctive. Un second point de la communication de M. Brière qui aussi m'a paru mériter une grande attention, est celui qui est relatif aux conjonctivites diphthéritiques. Dans les 40,000 malades que j'ai vus depuis le commencement de ma carrière, je n'en ai observé que quatre cas. C'est une maladie excessivement grave. L'état local se complique alors d'un état général sur lequel on n'a que bien peu de prise.

M. Galezowski fait une communication sur la *Température de l'œil dans les maladies de cet organe.* Selon lui, il y a une utilité réelle à examiner la température de l'œil ainsi que la température générale du corps dans les affections oculaires, car on trouve dans ces mensurations thermiques, des indications souvent très-importantes pour le pronostic et le traitement des maladies. D'après les recherches de l'auteur, l'œil possède une température bien au-dessous de la normale du corps tout entier ; elle varie entre 36°, 5 et 36°, 7; mais dans les affections inflammatoires de cet organe, on trouve une élévation de 1°, de 2° et au-delà. Cette même température locale peut s'abaisser ou s'élever successivement selon la marche ascendante ou décroissante du processus inflammatoire.

L'examen de la température générale de l'organisme, dans certaines inflammations de l'œil, est aussi très-instructif, et il résulte du tableau statistique, joint au travail, que la température générale s'est élevée à 38°, 5 dans un cas d'ophthalmie diphthéritique, et qu'elle était de 38°, 2 dans les ophthalmies blennorhagiques aiguës.

Dans une deuxième communication, M. Galezowski étudie les *altérations vasculaires* dans *les affections de la rétine.* D'après les nombreuses observations qu'il a eu l'occasion de recueillir sur cette matière, il est arrivé à cette conclusion : qu'il n'existe point d'altération rétinienne sans altération des vaisseaux.

L'analyse minutieuse des différentes maladies de la rétine, que l'auteur rapporte à l'appui, de même que ses nombreuses figures coloriées, confirment cette assertion. C'est ainsi que les rétinites syphilitiques, albuminuriques, glycosuriques, les rétinites pigmentaires, les embolies, les thromboses des vaisseaux rétiniens et les anévrysmes miliaires, toutes ces affections sont localisées dans les vaisseaux. L'auteur tire de là cette conclusion, qu'on devrait, d'après l'analogie de structure qui existe entre la rétine et le cerveau, rechercher si la même loi n'existe pas pour les maladies cérébrales, et que peut-être les affections cérébrales n'existent pas plus que celles de la rétine sans lésion des vaisseaux.

M. Brière. Aux lésions vasculaires que M. Galezowski vient de signaler dans la rétine, il faudrait ajouter de petits anévrysmes miliaires. J'en ai observé deux cas à l'ophthalmoscope.

M. Galezowski répond qu'il a bien vu ces anévrysmes miliaires, qu'il les a observés avec M. Liouville et met sous les yeux des membres de la section, des planches qui représentent de ces petites dilatations ampullaires des vaisseaux rétiniens.

M. Lancereaux fait une communication sur les *Lésions artérielles* provoquées par la *syphilis.* Elles seraient, d'après lui, beaucoup plus fréquentes qu'on ne semble le croire et présenteraient ceci de particulier qu'elles se continueraient surtout dans les artères encéphaliques. Les vertébrales, le tronc basilaire, les sylviennes en seraient le siége de prédilection ; les caractères anatomiques de ces altérations syphilitiques seraient leur circonscription. Ainsi, les ilots d'artérite ne mesureraient guère plus de 1 à 2 centimètres de longueur et atteindraient même très-rarement cette étendue ; elles débuteraient dans la tunique interne des artères, dans le tissu non vasculaire ; là se ferait un léger soulèvement, une sorte de pustule semblable aux ilots d'athérome. Lorsque ces petites tumeurs s'ouvrent dans la lumière du vaisseau, il reste des cavités capulaires, de petits anévrysmes dont M. Lancereaux montre plusieurs exemples sur des planches qu'il fait passer sous les yeux de la section. Il est des cas où ces anévrysmes prennent un certain développement ; dans d'autres, il se fait une véritable oblitération de l'artère. Comment distinguer ces lésions de l'athérome auquel elles ressemblent fort. M. Lancereaux s'appuie sur plusieurs raisons pour les enlever

à l'athérome : 1° Le sujet est syphilitique ; 2° l'athérome se développe surtout dans les grosses artères, aorte, spléniques, mésentériques et rénales, tandis que dans l'artérite syphilitique les altérations n'atteignent que les artères de l'encéphale; 3° le sujet est souvent jeune tandis que, dans les cas d'athérome, il s'agit surtout de vieillards ; 4° enfin, il n'est pas rare d'observer une certaine symétrie. M. Lancereaux étudie ensuite les symptômes de l'artérite syphilitique et les signes qui permettent de la séparer cliniquement de l'athérome et de l'embolie. Dans l'embolie, les phénomènes sont immédiats ; dans l'artérite syphilitique, ils sont le plus souvent lents à se développer et précédés de prodromes, céphalée, insomnie. Il est vrai que ces prodromes appartiennent aussi à l'athérome, mais ici l'âge du malade sera d'une grande utilité. L'athérome est une maladie des vieux ; l'artérite syphilitique une maladie des jeunes ; puis, lorsque les artères de l'encéphale sont athéromateuses, il y a de très-grandes chances pour que celles des membres le soient aussi. Avec ces signes, M. Lancereaux prétend avoir reconnu sur le vivant des artérites syphilitiques. Cette affection est grave ; d'un pronostic très-sérieux ; aussi conseille-t-il d'agir rapidement ; iodure de potassium à haute dose et frictions mercurielles abondantes ; laisser de côté les pilules de proto-iodure dont l'absorption est par trop lente.

M. Verneuil fait une très-remarquable communication sur les *Blessures dans l'alcool-diabétisme*. On commence à étudier très sérieusement l'influence des diathèses sur les traumatismes et l'on en est arrivé à déterminer certaines grandes lois qui régissent l'évolution des plaies chez les scrophuleux, les rhumatisants, les diabétiques, les alcooliques, les individus atteints de syphilis. Mais les cas sont parfois plus complexes et telle personne peut être sous l'influence de deux diathèses : rhumatismale et syphilitique, scrophuleuse et alcoolique par exemple. On sait que Ricord avait d'éjà entrevu certaines lésions qui lui paraissaient développées grâce à la syphilis entée sur la scrophule et que, dans son langage familier, il leur donne le nom de scrophulate de vérole. Mais c'est là tout et M. Ricord se contenta de donner le nom sans décrire très-nettement les altérations.

M. Verneuil, dans sa communication, fait un essai de ce genre ; il étudie la marche du traumatisme chez les sujets à la fois diabétiques et alcooliques. Les trois observations qu'il a recueillies sont des plus instructives ; elles montrent toutes que, chez ces individus, la moindre piqûre est absolument grave et détermine parfois la mort. Dans deux de ses cas, il s'agissait de marchands de vins alcooliques, cela va s'en dire, et diabétiques par surcroît ; ils se piquent l'un des doigts de la main ; le doigt enfle, puis la paume de la main, puis l'avant-bras, puis le bras, le creux de l'aisselle se prend à son tour. Des plaques violacées apparaissent ; des eschares se forment et la mort survient au milieu d'une profonde adynamie. — Dans une troisième observation, il n'y a même pas de véritable traumatisme ; une sorte de strangurie se manifesta chez un diabétique ; il fut sondé, une cystite purulente se déclara qui fit de rapides progrès ; des douleurs violentes à la pression dans la région lombaire prouvèrent qu'il y avait en même temps néphrite : le malade fut rapidement emporté. M. Verneuil termine en insistant sur ce fait que l'alcoolisme est très-fréquent chez les diabétiques. Les malheureux ont soif ; ils ont beau mettre de l'eau dans leur boisson, pour peu qu'ils ingurgitent 5 ou 6 litres de liquide dans un jour, la quantité d'alcool absorbée devient fort considérable.

M. Galezowski. Je viens apporter quelques faits à l'appui de la thèse que soutient M. Verneuil. Malgré ce qu'on en a dit, j'opère de la cataracte les diabétiques et jamais dans ma clientèle de la ville, je n'ai eu à m'en repentir, car je n'ai eu que des succès ; mais à ma clinique, c'est autre chose, j'ai eu trois revers, mais mes malades n'étaient pas seulement diabétiques, ils étaient en même temps alcooliques. L'œil s'enflamma ; les lambeaux se mortifièrent, et le phlegmon détruisit l'organe.

M. Verneuil présente au nom du Dr Paquelin, une petite note sur le moyen d'éviter certains inconvénients que l'on a parfois avec le *thermocautère*. Rien n'est plus *facile* que d'y remédier.

Séance du 27 août (soir). — Présidence de M. Courty.

M. Tripier fait une première communication sur un cas de *Névralgie faciale avec zone épileptogène*. La guérison fut obtenue par la névrotomie et l'ostéotomie combinées. La seconde communication est présentée au nom de M. Marduel. L'année dernière, au Congrès de Clermont, M. Tripier avait entretenu la section des accidents mortels qui peuvent survenir dans l'*anesthésie par l'éther*. Dans ces cas, la mort n'avait point pour cause une syncope, puisque le cœur continuait à battre faiblement quelque temps après l'arrêt des mouvements respiratoires. Il en était arrivé à conclure que la mort était provoquée par une sorte d'empoisonnement du bulbe. M. Marduel vient d'observer un cas qui rappelle absolument les observations que M. Tripier avait, l'année dernière, communiquées au Congrès.

M. Leplée lit un travail fort étendu sur le *Café*, son histoire et son hygiène. Nous ne saurions le résumer ici, et l'auteur aurait dû le présenter de préférence à la section de botanique.

M. Sounthey (de Londres) communique un très-remarquable travail fort écouté et fort applaudi, sur un *Système de drains avec tubes capillaires*, que l'auteur emploie dans les cas d'anasarque. Ce petit appareil consiste en une très-petite canule introduite dans le tissu cellulaire par un trocart. Cette canule se termine par une boule, de telle sorte que, quand on retire le trocart, la canule se trouve fixée et reste enfoncée dans le tissu cellulaire. On peut mettre ainsi deux ou trois canules dans le scrotum, les jambes, la paroi abdominale et le liquide s'écoule par de petits tubes en caoutchouc qui, par une de leurs extrémités, s'abouchent à la canule, tandis que leur extrémité libre plonge dans un récipient quelconque dans lequel la sérosité s'accumule. On comprend les avantages de ce petit appareil : l'écoulement est continu tandis que les mouchetures, qu'il est destiné à remplacer, se ferment ou s'oblitèrent souvent avec une très-grande rapidité ; les piqûres sont beaucoup moins nombreuses que les mouchetures que l'on faisait autrefois. Enfin, le liquide qui s'écoulait des mouchetures, mouillait sans cesse le malade, humectait son linge, se décomposait à la chaleur du lit, et devenait ainsi une cause d'émanations nuisibles et de gêne très-grande. Aussi rien n'est plus fréquent que de voir des érysipèles se développer autour des mouchetures. Avec le nouveau moyen que propose M. Sounthey, rien de pareil n'est à craindre. L'auteur ajoute une dernière considération : au lieu de se perdre, le liquide hydropique est recueilli dans des vases ; on peut donc se rendre compte de sa quantité, ce qui n'est pas sans intérêt, car il serait parfois très-dangereux de spolier l'économie d'une trop grande quantité de liquide séreux. Il a pu, grâce à ce système, étudier l'urée excrétée par le liquide hydropique; et le travail qu'il a publié sur ce sujet est fort intéressant pour les physiologistes.

M. Gibert. Je me suis servi une seule fois de l'appareil de mon ami, M. le professeur Sounthey, et je dois dire, à mon grand regret, que son emploi n'a pas justifié mon attente. Les avantages qui viennent de m'en être signalés je les ai bien obtenus, mais je n'ai point évité l'apparition d'un érysipèle grave, sorte de phlegmon diffus, qui a failli emporter le malade. Heureusement, il a fini par guérir. A quoi attribuer cet accident que M. Sounthey n'a jamais observé ? M. Sounthey croit que mon trocart n'était pas propre, et de fait je ne l'avais point plongé dans l'acide phénique selon l'indication formelle du présentateur.

M. Gibert lit un rapport sur la *Scrofule au Havre*. Les divers accidents de la scrofule ont été fort bien décrits, mais ce que l'on n'a pas fait, c'est l'histoire d'un scrofuleux que l'on aurait suivi de sa naissance à sa mort. M. Gibert voudrait esquisser ce travail. La scrofule est très-fréquente au Havre, beaucoup en sont affectés et cependant les relevés de la conscription prouvent que très-peu de gens sont scrofuleux à 21 ans, lorsqu'ils passent devant le conseil de révision. Il faut donc admettre ou que les scrofuleux sont morts avant d'atteindre cet âge, ou qu'ils se sont guéris de leur scrofule. Les tables de la mortalité prouvent que la première hypothèse n'est pas fondée ; la seconde doit donc être acceptée. La guérison est entièrement due au climat marin. Une fort intéressante discussion s'élève : MM. Lecadre, Gibert, Bergeron et Lunier y prennent part. Il en ressort que les causes de la fréquence de la scrofule au Havre paraissait être la vérole entretenue surtout par la population maritime, mais qui a envahi la population sédentaire, l'encombrement dû à la petite étendue du terrain sur lequel on puisse bâtir, l'hérédité et enfin l'alcoolisme.

M. Courty, après avoir rappelé les idées de MM. Bernard (de Nancy), d'Heidenham et Senator sur l'état des capillaires dans la fièvre, après avoir résumé les résultats contradictoires obtenus par Hankel, Jacobson et d'autres auteurs allemands à l'aide d'appareils thermo-électriques, pose les conclusions suivantes déduites de plus de 300 mensurations faites à l'aide du thermomètre ordinaire : 1° A l'état normal, chaque individu a une température palmaire dont les variations sont limitées, pour les uns de 26 à 36° ; pour d'autres de 35 à 37°. Pour d'autres, intermédiaires comme chiffre et comme valeur, de 30 à 36°. 2° Les variations physiologiques dépendent pour le même individu de conditions, dont quelques-unes (repas,

température extérieure) ont pu être étudiées. Les causes des différences présentées par les divers individus sont restées au contraire, complétement inconnues. 3° A l'état pathologique, dans toutes les maladies fébriles, l'augmentation de la chaleur est plus grande dans les parties périphériques que dans les parties centrales et la température palmaire devient égale à la température axillaire. Cette égalité, le plus souvent parfaite, persiste au moins pendant l'acmé. *La fièvre, l'augmentation de température est donc plus grande aux extrémités.*

Cette égalisation de température axillaire et palmaire cesse avec la convalescence, la température de la main tombe à 34, 32 et même 26°; seulement dans certaines affections : pneumonie, pleurésie, fièvre typhoïde, la défervescence palmaire a accompagné et même précédé la défervescence axillaire; au contraire, dans le rhumatisme articulaire, l'érysipèle, la rougeole, la température palmaire est restée égale ou à peu près à la température axillaire plusieurs jours, quelquefois plusieurs semaines après la défervescence axillaire.

M. Potain demande à M. Courty s'il a mesuré la température des extrémités chez les hystériques. Chez elle, en effet, se passe un phénomène remarquable et qui peut parfois induire en erreur : leur pouls est souvent très-rapide et la température périphérique, au lieu d'être beaucoup plus basse que la température axillaire, l'égale ou à peu près. Aussi à un examen rapide pourrait-on croire qu'il y a de la fièvre, lorsqu'en réalité la température est normale.

M. Déro signale des cas d'empoisonnement par le pétrole qu'il a étudiés sur le port du Havre, et M. Lalesque ajoute qu'aux faits de M. Déro il faudrait ajouter une très-remarquable observation publiée par la *Province médicale* de Bordeaux, avec examen nécroscopique à l'appui.

M. Lafaurie communique, au nom de M. Favre, un travail intitulé: *Recherches cliniques sur le daltonisme*, éléments de statistique.

M. Fieuzal présente à la section le résultat de sa pratique sur la valeur de la *Tarsorrhaphie* dans les *ectropions* invétérés. Il est arrivé à cette conviction basée sur des observations que dans les ectropions cicatriciels invétérés la tarsorrhaphie est un moyen très-utile, mais insuffisant, pour restaurer les paupières tenues ouvertes par le tissu cicatriciel. Il pense, contrairement à M. Verneuil, qu'on ne peut venir à bout de surmonter la rétraction cicatricielle, qu'en faisant d'abord la tarsorrhaphie et en adjoignant à ce procédé, mis en honneur par notre compatriote Mirault (d'Angers), la blépharoplastie et dans bon nombre de cas la greffe dermo-épidermique et la suture de Snellen. A l'aide de la combinaison de ces divers procédés, il pense qu'on peut affirmer aujourd'hui, ce qui naguère était une contre-vérité, à savoir qu'il n'y a plus d'ectropion qui soit au-dessus des ressources de l'art.

Il provoque des explications de M. le professeur Verneuil sur ce sujet en le priant de vouloir bien motiver l'abandon qu'il fait aujourd'hui de la blépharoplastie après avoir conseillé si magistralement dans son article *Anaplastie* du Dictionnaire encyclopédique, les procédés applicables aux divers ectropions. M. Fieuzal cite, à l'appui de sa manière de voir, cinq observations qui lui permettent de justifier l'emploi des moyens sus-indiqués pour mettre fin à des ectropions contre lesquels une première tarsorrhaphie s'est constamment montrée impuissante.

M. Verneuil, mis en cause, répond qu'il a été plus heureux que M. Fieuzal. Lorsque j'ai eu à opérer des ectropions, dit-il, la seule tarsorrhaphie a réussi, et je ne parle pas ici d'un succès immédiat, mais d'un succès durable, car j'ai vu certains de mes malades, plus de cinq ans après l'opération. Je préfère donc la tarsorrhaphie, opération simple, et à résultats constants, aux procédés compliqués, difficiles, parfois infidèles auxquels M. Fieuzal croit devoir recourir. Peut-être changerais-je d'avis, en présence d'insuccès, si l'avenir m'en réserve; mais, pour le moment, je m'en tiens à la tarsorrhaphie et même surviendrait-il les insuccès dont je parle, il n'en est pas moins vrai qu'il resterait certains cas, ceux dans lesquels j'aurai réussi précédemment et qui demeureraient justiciables de la tarsorrhaphie. Il faudrait alors déterminer quels sont les cas où la tarsorrhaphie suffit, ceux dans lesquels ce procédé est insuffisant. M. Fieuzal nous a dit que l'affrontement de deux paupières est difficile et que le plus souvent un très-fort tiraillement a lieu, de telle sorte que les fils sectionnent les tissus. Je n'ai jamais remarqué rien de semblable et, lorsque la libération des paupières a lieu, leurs bords libres se partagent pour ainsi dire d'eux-mêmes.

Séance du 29 août (matin). — Présidence de M. Courty.

M. Mourgues prend la parole sur le « *Dogme de l'autoplagisme.* »

M. Courty s'occupe du traitement palliatif du *Cancer de l'utérus*. Les tumeurs cancéreuses et épithéliales sont le produit d'une altération de nutrition des éléments anatomiques Ce qui fait leur malignité, nous ne le savons guère, et nous ne pourrions dire quelle différence histologique profonde sépare une végétation syphilitique sans gravité, d'une tumeur épithéliale dont nous connaissons la terminaison funeste. Pourrait-on seulement dire comment cette production épithéliale de la peau, homogène et stationnaire, donne naissance à ce moment, et par transition insensible, à des formes graves et qui emporteront le malade? Certains épithéliomes de la face ne nous en offrent-ils pas des exemples frappants, et le fait n'est-il pas démontré par le psoriasis lingual qui dégénère en épithéliome? De ces idées générales, découle le mode de traitement palliatif. Il faut donner aux malades l'alimentation la plus riche possible; les mettre aux préparations arsénicales; puis, instituer le traitement local. Si l'épithéliome est intra-utérin, il faut, comme l'ont fait MM. Gallard et Richet, attaquer la tumeur avec des caustiques. Mais ces cas sont fort graves et heureusement fort rares. On réussit mieux lorsqu'il s'agit d'un cancer du col, non étendu aux parois vaginales. Dans une première opération, il faut alors enlever la partie saillante de la tumeur; puis, dans une seconde, on attaque la base même avec le thermo-cautère. On fait une véritable amputation du col. Lorsque la racine de la tumeur n'a pas été enlevée, on se trouve en présence d'ulcères qui doivent être attaqués énergiquement par les caustiques, le chlorure de zinc, puis la pâte de Canquoin.

Le point le plus important du traitement consiste peut-être dans le pansement quotidien, des attouchements avec l'iodoforme, la poudre des frères Côme et de Rousselot, trop abandonnée aujourd'hui. Le mode d'application doit en être fait avec soin. La femme est mise dans la position préconisée par Bowmann; le col de l'utérus devient très-rapproché de l'orifice vulvaire et l'on peut facilement appliquer la poudre caustique arsénicale. Si les malades ne sont pas guéries par ce traitement, elles sont du moins fort soulagées et leur vie est notablement prolongée.

M. Henrot lit un travail sur la *Lymphorrhagie bronchique*. En voici les conclusions : Il peut se produire dans le cours de la pneumonie, et probablement aussi de la pleurésie, une complication caractérisée par la formation dans les bronches du côté atteint, de concrétions leucocyto-fibrineuses non tubulées, compactes, parsemées de petites vésicules aériennes. Cette concrétion est pour M. Henrot le résultat d'une exsudation fibrineuse et d'une diapédèse des leucocytes du sang ou de la lymphe à travers les parois extrêmement fines des capillaires et des bronchioles. Nous proposons de donner à cette complication le nom de lymphorrhagie bronchique. Elle se caractérise par une dyspnée en rapport avec le degré d'étendue de la maladie première; par des quintes de toux expulsive, extrêmement fatigantes, se prolongeant sans interruption jusqu'à l'expulsion de la concrétion; par des accès de suffocation avec angoisses précordiales et commencement de cyanose; par de la matité, de la diminution, puis de l'absence complète du murmure vésiculaire; par des bruits de soupape qui s'entendent bientôt dans les deux temps de la respiration, tantôt à l'expiration seulement et par des bruits de quacquac. Ces bruits sont passagers. Pas d'expectoration de concrétions non canaliculées, finement ramifiées, infiltrées de fines bulles d'air sans tendance aucune à l'organisation. Enfin par la disparition instantanée de la matité pulmonaire et le brusque retour du murmure vésiculaire à la suite de l'expulsion des concrétions fibrineuses. Ce signe est absolument pathognomonique de la lymphorrhagie bronchique.

Le fait clinique, qui ressort d'une façon indiscutable de cette étude, est que l'oblitération des bronches, par des concrétions leucocyto-fibrineuses donne une matité aussi considérable, une absence du murmure vésiculaire aussi complète que l'épanchement pleural le plus évident ; qu'en conséquence la thoracenthèse, sous peine de blesser le poumon, ne doit être tentée que lorsqu'on a acquis la certitude que ces deux signes importants ne sont pas produits par des concrétions, mais bien par la présence d'un liquide dans la plèvre.

M. Dagrève communique un mémoire sur un cas de *Névrite du radial*. Il s'agit d'un homme qui, au mois de juillet, fut pris de douleurs le long du bras droit, et l'on vit apparaître au même point de petits boutons, un peu différents des boutons de zona ordinaire. Au bout de 15 jours, les boutons disparurent, mais les douleurs persistèrent; les vésicatoires morphinés, le sulfate de quinine l'acide arsénieux, l'iodure de potassium furent impuissants. La douleur s'apaisa un peu, mais une paralysie survint, incomplète il est vrai, dans le territoire du radial. Les muscles commencèrent à s'atrophier. L'électrisation fut alors commencée; les courants induits sont employés et n'amènent pas de contraction dans les muscles innervés par le radial; il en est de même des courants conti-

nus. Cependant l'électrisation produit quelques résultats ; il y a une amélioration sensible. Le malade, néanmoins, cesse de venir chez moi, et ce n'est que trois mois après qu'il revient ; les muscles sont dans le même état. Il éprouve des douleurs dans la région temporale gauche. L'électrisation fut pratiquée sur les muscles du bras, et la guérison ne tarda pas à être obtenue. L'auteur signale cette observation, à cause des lésions cutanées, des plaques brunes qui s'étaient faites sur la peau, le long du bras paralysé. Il y a eu, de plus, une encéphalopathie caractérisée par les troubles de la vue. Cette encéphalopathie paraissait avoir pour cause une lésion d'un nerf périphérique, puisqu'elle a disparu lorsque la névrite a été guérie.

M. Courty, en son nom et au nom de M. Charpentier, présente un travail sur l'*Excitation des nerfs sensoriels* et sur l'influence qu'elle peut avoir sur les mouvements du cœur et sur la pression intra-artérielle. Les auteurs arrivent à cette conclusion que les sens par eux-mêmes n'agissent pas sur la circulation, mais c'est le cerveau qui, entrant en activité par l'intermédiaire des sens, modifie d'une manière variable, d'une part le fonctionnement du cœur par l'intermédiaire du pneumo-gastrique, d'autre part l'état des vaisseaux.

M. Poncet lit un travail sur l'*Influence de la castration* sur le développement du squelette. Il arrive à cette conclusion que cette opération donne un coup de fouet au développement des os. Les lapins qu'il a opérés avaient des os, surtout dans les membres postérieurs, beaucoup plus développés que les os correspondants des lapins élevés dans des conditions en tout semblables, mais qui n'avaient point été châtrés.

M. Verneuil fait remarquer que certains faits paraissent contradictoires; ainsi, tandis que les bœufs paraissent plus grands, d'un développement bien supérieur à celui que présentent les taureaux, les chevaux hongres semblent moins beaux, moins forts, moins hauts que les chevaux entiers.

M. Brame communique au nom de M. Ledouble, des faits sur l'auscultation de l'ovaire.

M. Brame en son propre nom, lit un mémoire sur l'entorse et son traitement par les ventouses scarifiées dont il a recueilli un excellent effet.

M. Franck communique un travail sur la compression du cœur dans les épanchements du péricarde.

M. Aubert expose le résultat des recherches sur les modifications de la *Sécrétion sudorale dans les maladies de la peau.* Il s'agissait, dès l'abord, de déterminer quelle pouvait être la sécrétion normale; il y est arrivé par un procédé fort ingénieux. M. Aubert applique un papier sur la peau, au niveau de chacun des orifices glandulaires, la sueur vient humecter le papier, mais la trace qu'elle laisse est invisible ; pour la révéler plusieurs moyens peuvent être employés, dont le meilleur consiste à passer sur le papier un pinceau de nitrate d'argent. Il agit sur le chlorure de sodium de la sueur et un pointillé violet apparait sur le papier, chacun des points correspond à l'orifice d'une glande sudoripare. A l'aide de ce procédé, M. Aubert a pu étudier les modifications de la sécrétion sudorale dans les maladies de la peau ; nœvus, taches vineuses, icthyoses, pelade, érysipèle, gale, lupus, favus, herpès simple, circiné, psoriasis, etc., etc.

Or, dans tous les cas, il a pu constater cette loi générale : que les irritations de la peau suppriment complétement la sécrétion sudorale, et, même lorsque l'irritation a disparu, il faut un certain temps avant que la sécrétion reparaisse. Dans le tissu de cicatrice, il y a destruction d'une très-grande quantité de glandes, mais les glandes qui persistent ont une sécrétion exagérée.

M. Ollier expose les procédés qu'il emploie pour obtenir la cure radicale des *Kystes de la thyroïde.* Cette opération passe pour une des plus graves de la chirurgie et cependant elle peut être faite sans grand danger. A Lyon, les kystes ne sont pas rares, on les observe beaucoup plus fréquemment que dans les hôpitaux de Paris, aussi s'en occupa-t-on de bonne heure. Bonnet (de Lyon) avait une méthode que l'on connait : il faisait sur les hydrocèles du cou des applications répétées de pâte de Canquoin. Mais ce traitement est horriblement douloureux et fort long. La douleur ne reste pas localisée dans les points attaqués par les caustiques, mais elle irradie le long du cou et de la tête vers le bras, vers la poitrine, et la souffrance est parfois véritablement intolérable.

D'autre part, la tumeur n'est pas aussi superficielle qu'on pourrait le croire, et il faut souvent des applications successives de caustique qui durent plus de quinze jours avant d'ouvrir la tumeur ; puis la peau est ulcérée dans une très grande étendue et laisse des cicatrices difformes fort désagréables, surtout chez une femme. Le procédé de M. Ollier est moins douloureux, plus expéditif et laisse des traces moins étendues. Voici comment opère M. Ollier : Il incise la tumeur et arrive jusqu'à elle en procédant couche par couche. Il rencontre le sterno-mastoïdien souvent étalé sur la tumeur, il le dissèque avec soin, il le fixe à la peau, et arrive ainsi jusque sur la paroi du kyste. Il fait alors une large application de pâte Canquoin qui modifie la paroi de la tumeur. Cette paroi se sphacèle et s'ouvre spontanément, mais il ne se fait pas d'hémorrhagie. Lorsque la poche est ainsi ouverte, M. Ollier passe un drain et fait de fréquents lavages dans l'intérieur de la poche. Il évite ainsi la transformation des matières organiques. Par ce procédé, M. Ollier a obtenu des résultats magnifiques.

(*La fin au prochain numéro.*) P. Reclus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 *août* 1877. — Présidence de M. Bouley.

Suite de la discussion sur l'acide salicylique et le salicylate de soude. — M. Sée maintient ses conclusions relatives à l'efficacité du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique. Aux insuccès de MM. Stricker et Jaccoud, au doute émis par M. Guéneau de Mussy, M. G. Sée oppose des faits probants qu'il doit à MM. Bouchard, Ricord, Luys, etc... Les conclusions des observations, recueillies par ces derniers, concordent en tous points avec les expériences et les vues personnelles de M. G. Sée. Il en résulte, en effet, que : toutes les recrudescences du rhumatisme noueux sont aussi radicalement guéries que les manifestations du rhumatisme articulaire aigu, c'est-à-dire trois ou quatre jours après l'administration du salicylate de soude. — Les effets de ce médicament sont également incontestables dans la goutte aiguë. — M. G. Sée aborde ensuite la question de la rétrocession de l'affection rhumatismale soulevée par M. G. de Mussy; sur ce point, M. G. Sée est très-affirmatif et nie la rétrocession, la répercursion, la métastase enfin.

M. Barth demande à M. G. Sée : 1° A quelle dose convient-il d'employer le médicament? 2° Comment doit-on administrer le médicament ? 3° Quelle doit être la durée moyenne du traitement ? A ces trois questions, M. G. Sée répond : 1° Dans la goutte chronique, le salicylate de soude doit être prescrit à la dose de 6 grammes par jour; ces six grammes doivent être administrés à trois reprises différentes, le matin, à midi et à sept heures du soir ; en définitive, le médicament doit être pris dans un demi-verre d'eau et quelques minutes seulement avant les repas; 2° Il faut bien se garder d'administrer des préparations solides d'acide salicylique ou de salicylates. Le sel salicylique non dissous produirait les effets locaux les plus fâcheux sur la gorge et l'estomac : il en résulterait des irritations, peut-être même des ulcérations de la muqueuse de l'œsophage et de l'estomac, qu'on peut sûrement éviter si le médicament arrive dans les voies digestives à l'état de solution. La seule condition exigible, c'est la pureté du médicament, qui contient trop souvent une certaine quantité d'acide phénique : c'est là un grave inconvénient qui se traduit par des nausées et un dégoût insurmontable. 3° Dans la goutte chronique, le médicament, à la dose de 4 grammes par jour, doit être continué durant plusieurs mois; quant à la goutte aiguë, le traitement ne diffère nullement de celui du rhumatisme articulaire aigu.

M. G. Sée termine sa communication en proclamant les heureux effets du salicylate de soude, qu'il lui a été donné de constater dans un cas de goutte saturnine et dans le traitement des névralgies et de l'ataxie locomotrice.

M. Fua (de Padoue) fait la lecture d'un travail intitulé : Note additionnelle à mon mémoire sur les propriétés hygiéniques et thérapeutiques du maïs. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 27 *avril* 1877. — Présidence de M. Charcot.

39. Cas d'évolution spontanée, chez une primipare à terme ;
par Quenu, interne des hôpitaux.

B..., Eugénie, âgée de 20 ans, a eu ses dernières règles du 14 au 18 juillet. Cette femme est enceinte pour la première fois ; aucun accident pendant la grossesse. Venue à Paris, le 25 avril, elle sentit les eaux s'écouler à 7 heures du soir et se

décida, sur les conseils des personnes qui l'entouraient, à ne pas s'en retourner chez elle. A 2 heures du matin, les douleurs la prennent, et 3 heures plus tard elle entre chez une sage-femme qui reconnaît une présentation de l'épaule droite et tente inutilement la version, dès que la dilatation est complète. La contracture du col aurait été cause de son insuccès ?

Au moment où la patiente est amenée à l'hôpital, c'est-à-dire, le 26, à 11 heures du matin, le moignon de l'épaule est engagé sous la symphyse pubienne; le membre supérieur droit pend en dehors de la vulve, et l'on aperçoit même une grande partie du côté droit du thorax. Une anse de cordon en prolapsus est privée de battements.

Par le palper on sent la tête au-dessous du pubis. Le toucher ne permet pas de l'atteindre, on arrive seulement jusque sur le cou. L'utérus se contracte vigoureusement et souvent et la femme pousse instinctivement, malgré nos remontrances.

En présence de cet engagement prononcé de l'épaule, on n'essaie même pas la version; du reste, une pression sur le moignon ne réussit pas à faire remonter de quoi que ce soit la présentation.

Nous souvenant de nos classiques, qui qualifient l'évolution spontanée de : « fait exceptionnel, sur lequel il ne faut jamais compter » nous quittons la femme pour préparer les instruments nécessaires à l'embryotomie; moins d'une demi-heure après, on vint nous avertir que l'accouchement venait de se faire, tout seul et par le siége; pas de déchirure périnéale. En somme, quand nous avons été appelés auprès de la femme, le troisième temps, la rotation, était accompli, et le mot, *commencement d'évolution spontanée*, avait été même prononcé. Nous n'avons malheureusement pas assisté au quatrième temps, au dégagement du tronc, et le mode de terminaison a été, comme souvent, et selon l'expression de M. Depaul, une surprise.

Le travail, à dater des premières douleurs, a duré, en tout, moins de 8 heures. L'enfant pesait 3,480 grammes. L'autopsie a été faite avec soin et n'a révélé que les lésions de l'asphyxie. Epanchement du sang sous le périoste des os du crâne. Epanchement en lame, de sang, entre la dure-mère et les os du crâne. Sinus de la dure-mère, gorgés de sang noir, toute la substance cérébrale présente du piqueté. Congestion du foie et des reins; le cou est très-allongé, les articulations cervicales et celles de l'épaule sont saines.

Ecchymose du scrotum; le parenchyme testiculaire est tellement gorgé de sang, qu'il paraît noir sur une coupe. Pas d'ecchymose du cuir chevelu; pas de bosse sanguine. Ecchymose axillaire; tout le tissu cellulaire qui remplit le creux de l'aisselle est infiltré de sang; petite collection sanguine dans la loge du muscle sous-scapulaire.

La mensuration nous a donné pour les principaux diamètres de la tête.

13 c.	pour l'occipito-mentonnier,
11	— l'occipito-frontal,
8 c 1/2	— le sous occipito-bregmatique,
9 c	— bi-pariétal,
12 c 1/2	— le diamètre bi-sacromial.

Cet accouchement n'a été suivi d'aucun accident pour la mère; l'utérus est resté gros pendant trois jours, le troisième jour il a diminué rapidement. Actuellement, 8 mai, le douzième jour, le fond de l'utérus est à deux travers de doigts au-dessus des pubis; la femme est sur le point de quitter l'hôpital.

Eugénie B..., est une femme de la campagne, assez grande, vigoureuse. Nous avons mesuré, avec le pelvimètre Baudelocque, les principaux diamètres de son bassin. Ce qui nous a donné :

D'une épine iliaque antérieure et supérieure à celle du côté opposé,	23 c, 7
Du milieu de la crête iliaque au milieu de la crête du côté opposé,	26
Du milieu de la crête iliaque à la tubérosité de l'ischion,	19, 5
De la partie antérieure et supérieure de la symphyse pubienne au sommet de la première apophyse épineuse du sacrum,	19, 6
De l'épine iliaque, antérieure et supérieure, d'un côté, à l'épine iliaque postérieure et supérieure du côté opposé,	22, 4
De l'apophyse épineuse de la dernière lombaire à l'épine iliaque antérieure et supérieure,	12,

Ajoutons qu'on ne peut atteindre l'angle sacro-vertébral par le toucher vaginal, les moyennes fournies par les auteurs pour ces différents diamètres sont en conservant l'ordre: 24 c, 27, 19, 19, 21, 17,5.

En les comparant, nous trouvons pour le principal diamètre, le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur une légère différence de 0 c, 5 en faveur de notre accouchée.

En résumé, nous avons là un exemple d'évolution spontanée, chez une femme ayant un bassin de dimensions ordinaires et un enfant volumineux. En revanche, deux conditions favorisaient l'engagement : la mort de l'enfant, l'énergie des contractions utérines.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mars 1877. — PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

M. LAVERAN présente deux pièces anatomiques. La première a trait à l'étude des *localisations cérébrales*. C'est le cerveau d'un homme atteint depuis un an d'hémiplégie gauche, et qui dans les derniers temps de sa vie présenta de la contracture du bras gauche, et mourut avec des symptômes de méningite. — A l'autopsie, on trouva, en effet, une méningite tuberculeuse bien caractérisée ; mais en outre, il existait dans la zone motrice des circonvolutions deux gros tubercules, ayant à peu près le volume d'une noix et occupant l'un le lobule paracentral, l'autre la circonvolution frontale ascendante. Il existait une légère dégénération secondaire, pouvant expliquer la contracture consécutive. La seconde pièce est un exemple très-net d'*arthrite tuberculeuse*, avec des granulations aplaties disséminées sur les surfaces articulaires.

M. FERRAND continue la lecture de son travail sur le *traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids*. A. S.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Des effets physiologiques et thérapeutiques du phosphate de chaux; par le docteur Jules REGNARD.

Le phosphate de chaux est un médicament aliment, assez semblable pour la façon dont il se comporte dans l'économie, au chlorure de sodium. Comme ce dernier, si on l'administre solubilisé, il passe dans les urines, et on a voulu en induire qu'il ne s'assimilait pas. Mais, comme tous les médicaments, il se retrouve dans les urines après avoir exercé dans l'économie son action dynamique et biologique ; et en tant qu'aliment, il peut s'y retrouver encore comme produit de désassimilation par suite du renouvellement amené dans les tissus par son introduction.

Parmi les effets physiologiques du phosphate de chaux, quelques-uns sont bien démontrés et ont pu servir à des applications thérapeutiques, mais beaucoup me paraissent encore hypothétiques. Il n'en est pas de même des résultats thérapeutiques. Ceux-ci frappent le praticien, et ce sont eux surtout qui doivent le guider.

Il y a trois ans que, pour la première fois, j'ai employé le phosphate de chaux sous une forme absorbable. J'ai débuté par des phthisiques à des degrés divers, et chez presque tous, j'ai observé une amélioration remarquable. L'appétit et le retour des forces, la diminution de la toux, ont suivi de près l'administration du médicament. Quelques-uns de ces malades sont morts, il est vrai ; d'autres traînent, et après une suspension plus ou moins prolongée, le phosphate de chaux vient encore leur donner un coup de fouet favorable. Chez d'autres enfin, l'amélioration a persisté, et sans vouloir dire qu'ils sont guéris, ils doivent certainement à cette médication un retour à la santé qu'aucun autre n'avait procuré.

Depuis, j'ai encore employé avec le même succès le phosphate de chaux dans la plupart des cas de phthisie que j'ai eu à traiter. Je dis la plupart, parce que j'ai remarqué que dans la forme éréthique, comme aussi dans la phthisie laryngée, le phosphate de chaux n'a guère d'action et qu'il est même quelquefois nuisible. J'en ai obtenu également d'excellents résultats dans la scrofule, dans les anémies, les convalescences, dans un cas de blessure du pied par arme à feu,

avec complications graves et état cachectique consécutif. Je n'en ai jamais fait usage dans les fractures, mais si j'avais affaire à des vieillards, je n'en négligerais certainement pas l'application.

Mais il ne s'agit pas d'administrer le phosphate de chaux d'une façon banale, car du mode de préparation employé dépend presque tout le succès, et je suis convaincu que ceux qui ont échoué, le doivent en partie à l'ignorance de ce fait. Tous les bons résultats que j'ai obtenus depuis trois ans, je les dois au chlorhydro-phosphate de chaux, à la solution Coirre, et ce qui m'a fait préférer, dès l'origine, cette préparation, c'est le principe sur lequel elle est basée, à savoir que l'acide chlorhydrique étant l'acide du suc gastrique c'est la forme sous laquelle le phosphate de chaux pénètre physiologiquement dans l'économie. Aujourd'hui, il est vrai, quoique cette opinion ait encore gagné en faveur et soit à peu près seule admise, je n'y attacherais pas autant d'importance. Les résultats obtenus me paraissent, en effet, primer toute autre considération, d'autant qu'il se pourrait que le chlorure de calcium que renferme le chlorhydro-phosphate de chaux entre pour une part dans ses effets. Il y aurait encore un autre motif qui me le ferait rechercher aujourd'hui, c'est la facilité de son administration. Si on le prend en mangeant et mêlé à un peu de vin, il passe complétement inaperçu, de sorte que, même chez les enfants, on peut le continuer aussi longtemps qu'on le désire.

Puisse, mes confrères qui n'ont pas employé ce médicament, partager ma conviction, et leur arsenal s'augmentera d'une arme qui leur rendra de fréquents services.

VARIA

Le nouvel Hôtel-Dieu.

Lors du transport des malades, des blessés et des opérés de l'ancien au nouvel Hôtel-Dieu, nous avons insisté sur les dangers, très-graves à notre avis, qu'il y avait à les installer dans un chantier, au milieu des bruits de toutes sortes. Nous disions que les salles n'étant pas terminées, les malades auraient à subir ces inconvénients directement, à côté d'eux véritablement, ne serait-ce que pour l'agencement des lambris des portes, etc. Il nous semblait que, aujourd'hui, tout le monde était unanime à reconnaitre que les malades et les blessés avaient besoin du plus grand calme, de la tranquillité la plus parfaite. Nos administrateurs ne partagent pas cet avis; aussi, pour tâcher de faire pénétrer dans leur esprit, la conviction qui nous anime, jugeons-nous utile de placer sous leurs yeux les passages suivants des *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, par TENON. Il s'agit là de l'ancien Hôtel-Dieu.

« La salle Saint-Paul contient soixante-dix-huit grands lits et trente-trois petits et de quoi retirer trois cent quarante-cinq blessés, lorsqu'on les rassemble quatre par grand lit, et cinq cent un quand on les couche six. Elle renfermait deux cent soixante-treize malades, le six janvier 1786. On y plaçait donc trois blessés par grand lit dans soixante-treize lits et quatre par grand lit dans cinq autres lits. Or, comment espérer quelques moments de repos dans de pareils lits à trois et à quatre blessés, où les uns ne cessent de se plaindre, les autres de tousser, les autres enfin de remuer, de se lever et de se recoucher. Ce qui la trouble encore cette tranquillité, c'est que la salle, dont il s'agit, est un passage très-fréquenté; on la traverse pour se rendre aux chambres de trois religieuses qui la gouvernent pour aller aux offices, à tous les magasins aux vivres, au bois, au linge, à toutes les pièces des dessertes, etc., etc. C'est encore par cette même salle Saint-Paul qu'on approvisionne celles des opérations et celle des fous. Ajoutez qu'aux heures des distributions, on y traîne des chariots au pain, à la soupe, à la viande; que les après-midi, les pauvres du dehors venant chercher des consultations, des bandages, se faire panser, s'y rassemblent entre les lits; quelquefois ils pressent les blessés qui en souffrent, ils excitent au moins une confusion avec un bruit très incommode. Ce bruit n'est-il pas accru par celui des battoirs qui se font entendre des lavanderies placées au pied de cette salle? Quelques heures de repos après un pansement douloureux, après une opération, décident souvent des succès : comment les obtenir au milieu du tumulte où nous venons de voir que sont tous ces malades? » (P. 221-222.)

Que dirait l'illustre rapporteur de l'Académie des sciences s'il entendait auprès des malades le bruit du marteau des menuisiers et des serruriers, de la scie des tailleurs de pierre, de la demoiselle des paveurs, etc., etc.?

« J'ai parlé des inconvénients du bruit par rapport aux blessés de la salle Saint-Paul, et je ne l'ai considéré que comme un obstacle à la tranquillité des malades. Dans celles des opérations le bruit est encore plus à craindre : il occasionne des secousses, et par là des douleurs redoutables à la tête des personnes qui ont été trépanées, de celles qui ont besoin de l'être, qui ont une inflammation au cerveau et à ses membranes; il excite des tressaillements, quelquefois des convulsions à ceux qui viennent de supporter une amputation des grandes extrémités. Sans doute ces considérations devaient placer la salle Saint-Jérôme dans un lieu retiré, mais elle est sur la rue de la Bucherie, l'un des plus grands passages de la capitale. J'ai fait compter un jour du mois d'octobre 1786, combien durant une heure, il passait de voitures de bois, de pierres, de vin, etc., vis-à-vis des Grands Degrés et vis-à-vis de la salle des opérations : on en a compté cent soixante-huit aux Grands-Degrés et quatre-vingt-douze au pied de la salle des opérations. De sorte que les malades n'y sont pas une minute sans éprouver de funestes ébranlements. » (P. 224-225.)

Nous livrons ces considérations aux méditations de ceux qui ont exigé l'installation des malades dans un établissement qui, de l'avis des inspecteur, ingénieur, etc., ne sera pas achevé avant deux mois.

Opinion de la presse sur le Nouvel Hôtel-Dieu.

Voici l'opinion provisoirement formulée par la *France médicale* sur le Nouvel Hôtel-Dieu.

« N'en déplaise à notre confrère du *Bulletin français*, nous avons sur les chances de guérison qu'un hôpital offre à ses pensionnaires des idées toutes différentes et plus raisonnées que les siennes. Il nous semble que les toits rouges, l'architecture simple et distinguée, la vue du Marché aux fleurs (1), qui ne peut récréer les nombreux malades, retenus de longs mois dans leur lit, sont des avantages bien minimes pour les malheureux qui souffrent. Les murs neufs ne sont désirables que s'ils ne s'imprègnent pas des germes de l'infection purulente, et les nombreuses cours plantées d'arbres devraient avant tout être larges, bien aérées, exemptes d'humidité. Nous sommes bien éloignés de disconvenir de toutes les améliorations que la sollicitude de l'administration a su introduire dans le nouvel asile de la souffrance, et nous y reviendrons bientôt avec détails, mais nous croyons devoir signaler comme une atteinte au bon sens cette erreur si commune et si funeste dans l'espèce des gens qui déclarent bon tout ce qui leur flatte la vue; qui s'imaginent que les malades guériront plus vite, par ce que les yeux du passant ne seront plus attristés par les murs gris et sans apparence, et qui pour apprécier la bonne installation d'un hôpital, question dont dépend la vie des malades, se fondent sur des signes extérieurs dont ils ne se contenteraient pas, s'il s'agissait de juger un panier de pêches ou un pâté de foie gras aux truffes de Périgord ».

Exposition des sciences anthropologiques.

Un arrêté du Ministre de l'agriculture et du commerce, en date du 29 mars dernier, a décidé qu'une exposition des sciences anthropologiques serait ouverte dans les locaux de l'Exposition universelle internationale, du 1er mai 1878 au 31 octobre suivant et a confié les soins d'organisation et d'installation de cette exposition à la Société d'anthropologie. Voici le règlement de cette exposition :

Art. 1er. — L'exposition des sciences anthropologiques aura lieu dans la galerie à deux étages qui entoure le pavillon central de l'édifice construit au Trocadéro. De plus, une galerie de sépultures depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, sera organisée par les soins de la commission des sciences anthropologiques dans les cryptes qui se trouvent sous l'aile gauche de l'édifice ou du côté des jardins.

Art. 2. — Les galeries seront parfaitement closes. L'administration prendra toutes les mesures nécessaires pour en assurer la garde. Il n'y sera allumé aucun feu, ni conservé aucune caisse d'emballage ou autres matières inflammables.

Art. 3. — La commission nommée par la Société d'anthropologie est chargée de la réception et du classement des objets envoyés. Pour les étrangers, elle se mettra par l'intermédiaire du commissariat général en rapport avec les commissions de chaque nation.

Art. 4. — Le classement aura lieu d'après l'ordre scientifique. Toutefois les collections d'un même exposant seront divisées le moins possible. On cherchera de même à grouper les collections de chaque nation.

Art. 5. — Tous les frais de déballages, de vitrines, d'installation et de réemballage seront supportés par l'administration, que les objets viennent de France ou de l'étranger.

Art. 6. — L'administration prendra à sa charge la dépense de transport, aller et retour, pour les objets dont le lieu d'expédition est en France, toutes les fois que la demande en aura été faite par les exposants et aura été agréée par le commissaire général.

Art. 7. — Chaque colis venant de France devra porter les marques suivantes : 1° Les lettres E. U. (exposition universelle), entourées d'un cercle; 2° au-dessous des lettres E. U. l'inscription (sciences anthropologiques); 3° le nom du propriétaire. Deux étiquettes d'un modèle spécial seront collées

(1) Le Nouvel Hôtel-Dieu est couvert en *ardoises* et le Marché aux fleurs n'est visible que de quelques-uns des pavillons de la rue de la Cité. On peut juger par cela de la valeur de l'opinion du *Bulletin français*.

chacune sur une face différente du colis. Ces étiquettes seront envoyées aux exposants qui les auront réclamées par lettre à M. de Mortillet (château de Saint-Germain, Seine-et-Oise). Elles serviront d'adresses pour l'expédition des colis aux galeries du Trocadéro, à Paris.

Art. 8. — Les étrangers devront faire parvenir leurs colis par l'intermédiaire de leur commission nationale. Ces colis satisferont en outre à toutes les prescriptions ci-dessus indiquées.

Art. 9. — Chaque envoi, français ou étranger, devra être accompagné d'une note donnant l'inventaire, la provenance et la valeur des objets qui le composent.

Art. 10. — Les caisses contenant les objets destinés à l'exposition des sciences anthropologiques seront transportées dans les galeries affectées à cette exposition, et y seront ouvertes par les soins de la commission, en présence du propriétaire ou de son représentant. L'inventaire sera vérifié, rectifié au besoin et signé. Quant au prix indiqué, en cas d'exagération, la commission se réserve de le réduire ou de refuser l'objet ou la collection.

Art. 11. — Le nom et la nationalité de l'exposant seront toujours indiqués en regard des objets qui lui appartiennent. Ils seront reproduits dans le *Catalogue*.

Art. 12. — Pendant tout le temps de l'Exposition, du 1er mai 1878 au 31 octobre suivant, aucun objet ne pourra être retiré sans une autorisation spéciale du sénateur commissaire général.

Art. 13. — Les dessins et reproductions des objets exposés ne pourront se faire qu'avec l'autorisation formelle du propriétaire.

Art. 14. — Outre les indications sommaires dans le *Catalogue général* de l'Exposition, il sera dressé un *Catalogue* spécial des sciences anthropologiques dans un ordre méthodique, terminé par la table des exposants et celle des nationalités.

Art. 15. — Le réemballage et le renvoi des objets exposés seront surveillés avec le plus grand soin par la commission. Ils auront lieu dans le plus bref délai, après le 31 octobre, jour de la clôture.

Médecins de la marine.

Par décret en date du 9 août 1877, un cadre d'officiers de réserve, servant au titre auxiliaire a été créé dans le corps de la santé de la marine, sont admis à se présenter pour les emplois d'officiers de réserve de l'armée de mer, en outre des officiers et assimilés démissionnaires de l'armée de mer qui sont encore liés au service dans l'armée active ou dans la réserve : les médecins, pharmaciens et vétérinaires civils, dégagés de toute obligation militaire ; les jeunes gens appartenant à la réserve de l'armée de mer, en position de congé renouvelable et exerçant les professions médicale, pharmaceutique ou vétérinaire, à la condition, pour les uns et les autres, d'être pourvus du diplôme de docteur en médecine ou de vétérinaire ou du titre de pharmacien universitaire de deuxième classe. Tous les officiers de réserve doivent posséder l'aptitude physique, la capacité et l'instruction nécessaires. Les candidats devront adresser leur demande au vice-amiral commandant en chef, au préfet maritime du port auquel ils désireraient être affectés. — (*Journal officiel*).

Sociétés protectrices de l'enfance.

Le congrès des Sociétés protectrices de l'enfance, s'est ouvert à Rouen, le 20 août, après une courte allocution du Président de la Société de Rouen pour remercier les délégués des autres Sociétés de leur concours, il a été procédé à la nomination du bureau qui a été ainsi constitué. Président M. le docteur Marjolin, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris ; vice-présidents : MM. le docteur Rodet, président de la Société de Lyon ; Bodart, secrétaire général de la Société d'Indre-et-Loire ; secrétaire-général : M. le docteur Cournières, secrétaire du Comité de Dieppe ; secrétaire des séances M. Bellaire, représentant de la Société de Marseille ; secrétaire-adjoint : M. le docteur Nicolle, secrétaire de la Société de Rouen. M. le docteur Marjolin a prononcé un discours dans lequel il a fait ressortir l'utilité des efforts des sociétés protectrices de l'enfance et les travaux du Congrès ont immédiatement commencé. (*Journal officiel.*)

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population : 1,988,806 habitants. (Recensement de 1876). Pendant la semaine finissant le 30 août 1877 on a déclaré 910 décès, soit 24.8 décès par mille habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 29 ; — rougeole, 8 ; — scarlatine, 1 ; — variole, 1 ; — croup, 12 ; — angine couenneuse, 32 ; — bronchite aiguë, 22 ; — pneumonie, 28 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 43 ; — choléra nostras, » ; — dyssenterie, 2 ; — affections puerpérales, 4 ; — érysipèle, 2 ; — autres affections aiguës, 320 ; — affections chroniques, 343, dont 139 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 42 ; — causes accidentelles, 21.

Concours. — *Prix de l'internat.* — Les juges sont : MM. Hayem, Parrot, Potain, Ferrand, Cusco, Désormeaux, Nicaise.

Hospice civil de Mustapha (Algérie). — Un concours pour trois places d'internes en médecine et en chirurgie à l'hospice civil de Mustapha, s'ouvrira à Alger, le lundi 19 novembre 1877. Les internes seront nommés pour une durée de trois ans et entreront en fonction le 1er décembre prochain. Le traitement est de 1.200 francs pour ceux de première classe et de 1,000 fr. pour ceux de seconde classe. Une indemnité annuelle de 800 fr. est accordée aux internes provisoires faisant le service.

Concours pour la nomination de trois élèves internes en médecine a l'asile public d'aliénés de Bron. — Lundi 9 décembre 1877, à neuf heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de trois élèves internes appelés à faire le service de médecine à l'asile public d'aliénés de Bron. Ce concours aura lieu devant un jury médical de cinq membres, dont les médecins en chef et adjoints de l'asile seront membres de droit, et se composera de trois séances.

Première séance : Question d'anatomie et de physiologie à traiter de vive voix, pendant au moins dix minutes, après dix minutes de préparation. — *Deuxième séance :* Question de pathologie chirurgicale à traiter par écrit. — *Troisième séance :* Question de pathologie médicale à traiter par écrit. Le temps accordé aux candidats pour la rédaction de leurs mémoires sera fixé par le jury. Les questions à traiter dans chacune des trois séances seront les mêmes pour tous les candidats. Un avis ultérieur fera connaître le local où aura lieu le concours. Les candidats devront se faire inscrire au bureau de la direction de l'asile de Bron quinze jours au moins avant l'ouverture du concours. Cette condition est de rigueur ; la liste des élèves appelés à y prendre part devant être définitivement arrêtée par M. le Préfet du Rhône.

Ils devront en outre déposer, en se faisant inscrire, les pièces suivantes : 1° Un certificat de bonnes vie et mœurs récemment délivré par M. le maire de leur résidence, ou par le chef de l'Ecole de médecine où ils auront fait leurs études (Faculté ou Ecole de plein exercice). 2° Une pièce constatant qu'ils ont satisfait à la loi militaire. 3° Leur acte de naissance constatant qu'ils ont moins de 27 ans accomplis le jour de l'ouverture du concours. 4° Ils devront en outre justifier de 12 inscriptions de doctorat au moins, et du 3e examen de fin d'année, et prendre l'engagement, s'ils sont nommés, de se conformer entièrement aux dispositions du règlement intérieur de l'asile.

Le candidat nommé le premier entrera immédiatement en fonctions ; le second sera appelé, suivant les besoins du service, dans un délai qui ne dépassera pas une année. Le troisième ne sera appelé qu'autant qu'il se produira une vacance dans le service. La durée des fonctions d'interne l'asile de Bron est fixée à trois ans. Au-delà de ce terme, l'administration ne prend aucun engagement envers les concurrents ; ils ne pourront obtenir

des postes de médecins adjoints que s'ils s'en rendent dignes par leur zèle, leur conduite et leur instruction pendant la durée de leur internat. Les internes en fonctions sont logés, nourris, chauffés et éclairés dans l'asile ; ils reçoivent un traitement annuel fixé à 600 fr. pour la première année, à 800 francs pour les suivantes. Ce traitement peut être porté exceptionnellement à 1,000 francs. (*Lyon médical.*)

Librairie G. MASSON, place de l'École-de-Médecine.

Chassagny. — Du nouveau forceps de M. Tarnier et de la méthode des tractions soutenues. Paris, 1877, in-8 de 36 pages.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales : Directeur : Dechambre ; la première partie du tome XII de la 2e série (nav.-nev.) renferme entre autres les articles suivants : Navigation, par Leroy de Méricourt; nécrose, par Servier; nègre, par De Rochas; neige, par Martins; néphrotomie, par Servier ; nerfs (anatomie), par J. Renaut; physiologie, par Fr. Franck ; pathologie médicale, par Lereboullet ; pathologie chirurgicale, par Léon Tripier ; nerveuses (maladies), par Brochin. Prix du volume complet : 10 fr.

Verdalle (G.). — Rapport (à l'association des médecins de la Gironde) sur la nécessité de réviser la loi du 19 ventôse an XI au point de vue de la répression de l'exercice illégal de la médecine. Bordeaux, 1877, imprim. nouvelle, 15, rue Cabiral, in-8 de 7 pages.

Verrier. — Policlinique obstétricale. Grossesse double de deux mois et demi à trois mois, avortement d'un premier fœtus. Treize jours après avortement d'un deuxième fœtus. Sortie des deux placentas isolés. Symptômes graves d'infection putride. Délire alcoolique sous l'influence du traitement. Guérison. Paris, 1877, in-8 de 7 pages, imprim. de Tolmer, 43, rue du Four-Saint-Germain.

Librairie P. ASSELIN, place de l'École-de-Médecine.

Landouzy (L.). — De la blépharoptose cérébrale (paralysie dissociée de la 3e paire) et de son importance au point de vue anatomique et clinique. Paris, 1877, in-8 de 16 pages.

Greesell. — Résumé clinique des maladies traitées à Gerardmer (Volges), pendant la session de 1876. Nancy, 1877. Imprim. BergerLevrault et Ce, in-8 de 24 pages.

Romiée (H.). — De la cataracte. Quelques remarques concernant l'étiologie, l'influence de l'état général sur les résultats de l'opération. Bruxelles 1877, libr. de Henri Manceaux, in-8 de 22 pages.

Thomas M. Dolan. — On the Etiology of typhoid Fever, with special reference to the discussion introduced by dr Gueneau de Mussy, at the Academy of medicine. Paris, Manchester, 1877, impr. Cornish, 33. Piccadilly, in-8 de 19 pages.

Godeltoro y Quartiellers. — El acido hiponitrico en terapeutica. Cadiz 1877, imp. J.-M. Galver, Teneria 1, in-8 de 12 pages.

Librairie V. A. DELAHAYE et Ce, libraires-éditeurs, place de l'École-de-Médecine.

Beauregard (H.). — Contribution à l'étude du développement des organes génito-urinaires chez les mammifères. Paris 1877, gr. in-8 de 62 pages avec 12 planches. — Prix 3 fr.

Bricon (P.). — Nouvelles recherches physiologiques sur les nerfs vasomoteurs. Paris, 1876, gr. in-8 de 76 pages.

Catherine Goutcharoff. — Contribution à l'étude des flexions utérines au point de vue de leur traitement. Paris, 1877, in-8. 2 fr.

Carry (Ch.-A.). — Du rôle et des indications des bains dans les maladies de la peau. Paris, 1877, in-8. 2 fr. 50.

Douglas Hogg (W.). — De l'usage thérapeutique de l'acide salicylique, ses composés et accessoirement de la salicine. Paris, 1877, in-8. 1 fr.

Fajole (G. de). — Le devoir des mères. Petit manuel d'hygiène physique et morale. Paris, 1877, 1 vol. in-18. 1 fr. 25.

Handvogel. — Aperçu historique de l'origine de la médecine. Paris, 1877, in-8. 3 fr.

Hennequin (B.). — Des fractures du fémur et de leur traitement par l'extension continue. Paris, 1877, 1 fort vol. in-8 avec 11 fig. intercalées dans le texte. 13 fr.

Hormes (Arm.). — Essai sur les troubles de la parole, Paris, 1877, in-8. 3 fr.

Hutinel (V.). — Contribution à l'étude des troubles de la circulation veineuse chez l'enfant et en particulier chez le nouveau-né. Paris, 1877, 1 vol. in-8. 3 fr. 50.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS. 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 36. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 8 SEPTEMBRE 1877.

Le Progrès Médical

DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. VIDAL.**

Du Pityriasis.

Leçon recueillie et rédigée par M. de BEURMANN, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Le pityriasis a été regardé par la plupart des auteurs anciens, et est encore considéré par le plus grand nombre des dermatologistes modernes, comme un genre particulier d'affection cutanée. Willan, Bateman, Biett, Cazenave et la plupart des médecins français ont admis son existence comme entité morbide distincte et l'ont rangée dans l'ordre des affections squameuses ; Alibert l'a décrit sous le nom de dartre furfuracée et M. Bazin a vu en lui une affection générique de la peau. Les dénominations de lépidosis pityriasis, erythema pityriasicum, eczema pityriasicum, psoriasis furfuracea, pityriasis furfuraceus volatil ont été tour à tour imposées à cette soi-disant espèce pathologique ; elles sont nombreuses comme vous pouvez en juger et cette synonymie est d'une diversité significative sur laquelle nous aurons à revenir.

Cependant pour ne parler que des travaux français, une voix autorisée s'est élevée pour protester contre l'opinion générale. M. Hardy avec son esprit net, précis et simplificateur a compris que les caractères assignés au pityriasis n'étaient pas suffisants pour légitimer la formation d'une espèce particulière, et il l'a fait rentrer dans le groupe des affections dartreuses à côté de l'eczéma, du lichen et de l'impétigo. « On peut considérer, dit-il, certaines variétés » du pityriasis comme un eczéma avorté ou comme cette » maladie arrivée à sa dernière période..., » et plus loin, le savant professeur écrit : « une époque n'est pas éloignée, » peut-être, où le pityriasis, au moins dans quelques-unes » de ses formes, disparaîtra du cadre nosologique comme » entité morbide (1). »

Vous le savez, Messieurs, par les remarques que j'ai chaque jour l'occasion de vous faire au lit des malades, c'est là aussi ma conviction.

L'année dernière dans une leçon sur le même sujet, je ne réservais, en le discutant, en faisant des réserves, en le soupçonnant pour ainsi dire, que le pityriasis rosea; aujourd'hui je crois pouvoir aller plus loin et une observation attentive me permet d'affirmer qu'il n'y a pas d'affection pityriasique, mais seulement une desquamation pityriasique, desquamation qui, loin d'avoir un caractère spécifique, se rencontre d'une façon plus ou moins accidentelle et passagère dans des affections de nature très-diverses.

M. Bazin définit le pityriasis : « Une affection cutanée » en voie d'évolution, caractérisée à sa période d'état par » des squames minces, sèches, furfuracées ou foliacées et » siégeant sur des surfaces tégumentaires qui ne font » aucune saillie appréciable au-dessus des parties voisines, offrent une étendue plus ou moins considérable et » présentent ou non un changement dans leur coloration » normale » (2). Le caractère évolutif de l'affection la distingue de l'icthyose dont les lésions sont fixes et permanentes ; la sécheresse des squames la sépare de l'eczéma dont l'exfoliation est humide; enfin, l'absence de saillie l'empêche d'être confondue avec le psoriasis dont les squames reposent toujours sur une surface légèrement surélevée.

Je ne m'arrêterai pas à vous faire remarquer combien cette définition toute longue qu'elle soit, est en somme peu précise, combien elle admet de variétés de forme et d'aspect et j'arrive à l'examen des faits qu'elle comprend.

J'étudierai avec vous, l'une après l'autre, les différentes formes de pityriasis admises par les auteurs et nous verrons si leur groupement résiste réellement à la critique.

M. Bazin distingue d'abord : A. Le pityriasis de cause externe ; — B. Le pityriasis de cause interne ;

Il subdivise le premier : 1° En pityriasis accidentel, survenant sous l'influence des agents extérieurs; — 2° En pityriasis parasitaire.

Pytiriasis accidentel. — Qu'est-ce que le pityriasis accidentel? C'est la desquamation furfuracée qu'on voit survenir à la suite de certaines irritations légères de la peau. Sous l'influence de l'impression de l'air froid, de celle du vent sur les parties découvertes à la suite de l'insolation, ou bien encore par l'effet de la chaleur rayonnante sur la peau des ouvriers exposés à l'action de foyers ardents, il se produit souvent une rougeur congestive de la surface cutanée, un érythème qui dure quelques heures et est bientôt suivi d'un légère exfoliation épidermique. Les mêmes phénomènes apparaissent chez certains individus à la suite de l'usage du rasoir et disparaissent rapidement.

Est-il besoin d'insister longtemps sur ce soi-disant pityriasis? N'est-il pas évident qu'il n'est autre chose que la desquamation consécutive à un érythème accidentel dont il n'y a aucun motif de le séparer?

Pityriasis parasitaire. — Le pityriasis parasitaire mérite de nous arrêter plus longtemps. En faisant l'histoire du favus et de la tricophytie, je vous ai déjà signalé la desquamation pityriasique qui survient dans le cours de ces affections sous l'influence de l'irritation causée par la présence du parasite.

Vous savez que cette forme de desquamation, relativement assez rare dans le favus dont, dans un certain nombre de cas, elle complique le diagnostic, est au contraire très-marquée dans plusieurs des formes de la tricophytie cutanée. Je vous ai signalé les gaînes blanchâtres formées par l'accumulation de fines squames épidermiques qui embrassent la base du cheveu au début de la teigne tondante. M. Bazin, dans son excellente description du sycosis parasitaire, y distingue trois périodes ou plutôt trois formes, car l'affection peut rester arrêtée à l'une des deux premières phases de son évolution et ne jamais arriver à causer les désordres graves qui signalent la troisième. Vous savez, en effet, que les individus robustes, en pleine santé, résistent à l'invasion du tricophyton; le parasite n'envahissant pas le poil, le trouvant réfractaire, reste à la surface de la peau où il végète à peu près comme sur les surfaces glabres. Sa présence détermine, en ce cas, une rougeur, puis une desquamation furfuracée dont la forme orbiculaire ou annulaire et la marche centrifuge sont caractéristiques; telle est la seconde forme du sycosis, la forme pityriasique, qui se place entre la forme érythémateuse et la forme pustuleuse et que M. Bazin désigne sous le nom de *pityriasis alba*.

Mais, messieurs, est-il besoin de dire qu'il n'y a là, en réalité, qu'une confusion de mots. Il est impossible, en effet, de distraire de l'histoire des affections parasitaires une phase quelconque de leur évolution. Quels que soient les caractères que revêtent leurs lésions, elles restent toujours caractérisées par la présence du parasite.

Pityriasis versicolor. — A côté de ces deux formes, se place naturellement le pityriasis versicolor que vous m'entendrez souvent désigner sous le nom d'*épidermophytie versicolore.* Cette affection est caractérisée extérieurement par l'apparition à la surface de la peau de taches jaunâtres, café au lait ou brunâtres, siégeant sur les parties habituel-

(1) Hardy. — *Leçons sur les maladies de la peau*, p. 121.

(2) Bazin. — *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau.* 1862. T. I., p. 331.

lement couvertes par les vêtements et de préférence sur le tronc et la poitrine, s'accompagnant d'une légère démangeaison et d'une desquamation furfuracée plus ou moins abondante. Ces taches, confondues autrefois avec toutes les colorations cutanées d'aspect analogue sous les noms de chloasma, d'éphélides, de lentigines étaient encore regardées par Biett, Cazenave, Schedel, Rayer, Gibert, Devergie, Chausit comme identiques aux macules pigmentaires de la peau. Sennert, le premier, les en distingua sous le nom de macula hepatica, dénomination en rapport avec les préjugés de l'époque qui faisaient de ces taches un symptôme d'affection du foie. Plus tard, Willan et Bateman les décrivirent et leur donnèrent le nom de pityriasis versicolor à cause de la desquamation dont elles se couvrent le plus souvent.

La nature de ce prétendu pityriaris est aujourd'hui parfaitement connue et si on lui conserve encore un nom consacré par l'usage, nul médecin n'ignore qu'il est caractérisé non par la forme particulière de la desquamation mais par la présence d'un parasite spécial.

Ce parasite, étudié en 1864 par Eichstädt sous le nom de *microsporon furfur* et désigné par M. Bazin sous celui d'épidermophyton, est un végétal du groupe des champignons, famille des arthrosporées, tribu des torulacées. Ses spores sont généralement arrondies, quelquefois un peu allongées, réfringentes ; elles ont un double contour et ne renferment aucun granule intérieur; leur diamètre très-peu étendu varie de 4 à 6 μ. Le mycélium consiste en tubes simples ou ramifiés, onduleux, contournés en S, portant le plus souvent des spores terminales. Certains de ces tubes, segmentés dans toute leur étendue, forment de véritables chapelets de spores ; ces spores dont plus allongées que celles d'aucun des autres parasites de la peau.

Ce champignon ne pénètre jamais profondément dans la peau ; il végète uniquement à la surface et dans les couches les plus superficielles de l'épiderme. Il est facile de le recueillir au milieu des squames, qu'on obtient en grattant légèrement les points malades. M. Hardy a émis l'idée qu'il n'était qu'un épiphénomène et non la cause de l'affection ; mais ses caractères me semblent trop nettement tranchés pour qu'il soit possible de le ranger parmi les crasses parasitaires. D'ailleurs quoiqu'il ne soit pas contagieux à un haut degré, il n'est pas rare de trouver des exemples de transmission non douteuse. J'ai eu l'occasion de vous montrer il y a peu de temps une femme atteinte de pityriaris versicolor siégeant sur la poitrine, chez le mari de laquelle la même affection s'était développée ultérieurement en des points correspondants. De plus l'inoculation du microsporon furfur a été faite avec succès de l'homme à l'homme, en 1864, par Köbner; Neumann a même réussi à la pratiquer sur le lapin.

Le diagnostic du pityriaris versicolor est des plus faciles. Il n'est guère possible de confondre les taches auxquelles il donne lieu qu'avec le chloasma ou le lentigo, mais dans ce cas on a affaire à des taches véritablement pigmentaires, de forme, d'aspect et de siége différents, qui ne s'accompagnent d'aucune desquamation et ne sont nullement parasitaires. Dans les cas douteux le microscope trancherait immédiatement la question.

Le traitement est des plus simples ; le parasite siégeant tout-à-fait à la surface de la peau, les agents exfoliatifs les moins énergiques suffisent à le détruire. Je n'entrerai pas dans l'énumération des pommades et des lotions qui peuvent être prescrites avec succès. Vous m'avez souvent vu ordonner simplement les bains sulfureux dont les malades emportent l'eau pour se lotionner matin et soir. Je me sers aussi, quand les malades ne peuvent prendre de bains, de la pommade suivante :

Turbith minéral	1 gramme.
Axonge	15 grammes.

Il est inutile d'ajouter qu'une affection qui cède aussi facilement au traitement n'a aucune gravité. Cependant le parasite a une grande tendance à repulluler et les récidives ne sont pas rares.

La fréquence de ces retours offensifs chez des individus qui semblaient bien guéris et qui, souvent au printemps, voient réapparaître l'éruption versicolore, est un des arguments invoqués par M. Hardy pour mettre en doute la nature parasitaire de l'affection, mais si ce fait incontestable prouve, à la rigueur, que les conditions de développement du microsporon furfur sont encore imparfaitement connues, il n'infirme en rien les résultats positifs donnés par le microscope. Nous considérons donc, avec la grande majorité des dermatologistes, le pityriasis versicolor comme une affection parasitaire ; c'est dire qu'elle n'est pas plus un pityriasis, au sens générique du mot, que le pityriasis alba dû au tricophyton, ou que la complication pityriasique du favus. Mon savant collègue, M. Lailler, le range parmi les teignes, suivant en cela l'exemple de Tilbury Fox et de l'Ecole anglaise. Ce nom de teigne, détourné de son sens primitif, est adopté par le Collége Royal des médecins de Londres, comme terme générique, pour désigner toutes les affections de la peau causées par des parasites végétaux.

Pour terminer l'étude de toutes les affections pityrasiques de cause externe, il me reste à vous dire quelques mots des récents travaux de M. Malassez sur le pityriasis simple et l'alopécie pityriasique. Le résultat de ses recherches sur ce sujet se trouve exposé dans deux notes publiées en 1874 dans les *Archives de physiologie* (1) ; vous y trouverez la description d'un parasite spécial que M. Malassez aurait constamment trouvé dans ces affections.

Ce végétal d'ordre tout à fait inférieur ne possède pas de mycélium ; il consiste uniquement en spores de formes et de dimensions variables. Quelques-unes sont arrondies et possèdent un contour bilinéaire, mais la plupart sont ovales, allongées, avec un léger étranglement vers la partie moyenne. Elles se développent par bourgeonnement direct et il n'est pas rare de voir une spore adulte porter sur des points de son contour une petite sporule prête à s'en détacher. Les plus grosses sont longues de 4 à 5 μ et larges de 2 à 2 1/2 μ les plus petites n'ont que 2 μ dans le sens de leur grand axe. De plus, on trouve, au milieu des débris épidermiques, des fragments de spores en forme de croissants d'arcs de cercles, parfaitement reconnaissables à leur double contour. En même temps, sur un assez grand nombre de cellules épithéliales de la couche profonde, il existe cette altération vésiculeuse des noyaux qui serait d'après Ranvier la cause habituelle des desquamations épidermiques.

M. Malassez croit que la présence de ce dermophyte provoque la mort prématurée des cellules épidermiques et leur exfoliation rapide ; pour lui le parasite serait la cause première du pityriasis. De même il déterminerait l'alopécie en donnant lieu, dans la partie sus-glandulaire du follicule pileux, à une desquamation épithéliale qui s'accumulant dans la gaîne du poil, comprimerait bientôt et étoufferait la racine du cheveu.

Mais, Messieurs, s'il est incontestable que les spores décrites par M. Malassez existent, comme il le dit, dans le pityriasis simple et dans l'alopécie pityriasique, il n'est pas moins vrai qu'on les rencontre avec des caractères absolument identiques dans une foule d'autres circonstances. On les trouve dans toutes les squames, dans les croûtes, dans tous les produits d'élimination des affections cutanées ; vous les verrez même végéter à la surface de la peau saine, sur chacun de vous, si vous voulez vous donner la peine de les chercher, et M. Nystrom les a même trouvées sur le linge humide. C'est la *spore banale*, celle que vous m'entendez souvent désigner sous le nom de *torula vulgaris*. Ces parasites n'ont aucun caractère spécifique ; leur présence ne signifie rien ; ce sont des spores communes, banales pour ainsi dire, qui existent dans le pityriasis comme partout ailleurs et qui ne pullulent dans ses squames que parce qu'elles trouvent dans toutes les accumulations épidermiques une sorte de détritus organique favora-

(1) Note sur le champignon du pityriasis simple, *Arch. de Physiolog.* 1874, p. 451 et note sur l'anatomie pathologique de l'alopécie pityriasique. Ibid 1874, p. 465.

ble à leur développement. L'atrophie des bulbes pileux, avec prolifération épidermique abondante remplissant le follicule, existe en réalité au début de la calvitie, mais rien ne démontre que le poil primitivement sain soit étouffé par les produits exfoliés et mélangés de spores qui l'entourent. Chez le vieillard, c'est certainement le poil qui s'atrophie tout d'abord ; il diminue peu à peu de volume et le vide qui en résulte est rempli par des débris de cellules épidermiques où les spores banales trouvent un terrain tout préparé. Eh bien, l'alopécie des arthritiques suit la même marche. Chez ces sujets, le cuir chevelu a une tendance à la sénilité précoce et la chute des cheveux a lieu de la même façon que chez les vieillards, en suivant la distribution des cercles nerveux décrits par Voigt. Du reste, si l'alopécie pityriasique était de nature parasitaire, elle aurait une marche toute différente. Elle ne débuterait pas toujours, comme l'alopécie sénile, par le synciput ou la région frontale ; elle aurait au contraire la distribution capricieuse, irrégulière, de toutes les affections parasitaires. On verrait des points d'attaque se produire tantôt sur un point, tantôt sur un autre, là où le hasard aurait semé le parasite. Je crois donc pouvoir repousser les conclusions de M. Malassez, et je range le pityriasis simple et l'alopécie pityriasique parmi les affections de cause interne qu'il nous reste encore à étudier. Vous connaîtrez bientôt mon opinion sur sa véritable nature. (*A suivre*).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **M. CHARCOT**

IVe LEÇON. — **De l'épithélium pulmonaire** (1)

Messieurs,

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui de la *couche épithéliale* — ou *endothéliale* ainsi qu'on l'appelle quelquefois — qui, à l'état normal, revêt dans toute son étendue, la cavité des canalicules respiratoires et qui, comme je vous l'annonçais dans la dernière séance, joue un rôle très-important dans l'anatomie pathologique des affections du parenchyme pulmonaire.

Vous ne trouverez pas superflus, je l'espère, les détails assez minutieux dans lesquels nous allons entrer à ce propos lorsque je vous aurai fait remarquer que les lésions de ces éléments si délicats qui, en anatomie normale, tiennent une place si étroite que leur existence même a été contestée, occupent en réalité, et fort souvent, le premier rang dans les conditions anatomo-pathologiques.

Ces lésions, en effet, prédominent, on peut le dire sans être taxé d'exagération, dans l'histoire de quelques-unes des inflammations du poumon les plus vulgaires, les plus répandues et qu'il nous importe, par conséquent, au premier chef, de bien connaître. Telles sont, par exemple, les *broncho-pneumonies aiguës*, *sub-aiguës*, ou *chroniques*, *tuberculeuses*, ou *non tuberculeuses*, ces affections majeures dans le grand chapitre de la pathologie pulmonaire. Or, comment sera-t-il possible d'apprécier d'une manière convenable les diverses phases du processus morbide dans les affections que nous venons d'énumérer, si nous ne nous sommes pas munis au préalable de connaissances solides relativement aux conditions physiologiques?

I. Chez tous les animaux, pourvus d'organes pulmonaires, il existe, à la surface des cavités respiratoires, un revêtement cellulaire qui représente l'épithélium des parois bronchiques et est en continuité avec lui : c'est là un fait qui, depuis plusieurs années, n'est plus mis en doute par personne. Il y a longtemps qu'on sait aussi que, chez l'homme, à l'état fœtal, et chez le nouveau-né, ce revêtement s'observe également et que même la constatation en peut être faite par les procédés les plus simples. Mais, le point demeuré en litige jusque dans ces derniers temps, c'est la présence de la couche épithéliale, dont il s'agit, à toutes les époques de la vie chez l'homme.

(1) Voir les nos 25, 27 et 31.

Il y a quinze ans à peine (1), un anatomiste habile, M. le Pr Zenker annonçait qu'il n'était pas parvenu à mettre en évidence l'épithélium pulmonaire, chez un supplicié, examiné dans ce but, une heure seulement après la décapitation, c'est-à-dire dans des conditions particulièrement favorables à ce genre d'études. Aujourd'hui, Messieurs, l'accord est à peu près fait sur ce sujet et l'existence du revêtement épithélial alvéolaire, à toutes les époques de la vie chez l'homme sain est très-généralement reconnue ; on ne diffère plus guère que sur les détails secondaires d'anatomie délicate.

II. Avant de procéder à la description de l'épithélium pulmonaire chez l'homme, on a coutume de faire connaître, d'une manière sommaire, la disposition qu'il offre chez les animaux où l'étude en est plus facile. Nous nous conformerons à cet usage qui permet de bénéficier des avantages de la méthode comparative.

J'ai fait placer sous vos yeux quelques-unes des figures annexées à un travail célèbre dans l'espèce, celui de Elenz, un des élèves de Eberth (2). C'est à ces deux auteurs qu'est due la première démonstration régulière, indiscutable, de l'épithélium pulmonaire. Les résultats qu'ils ont obtenus sont dus à l'application au cas spécial de la méthode des imprégnations argentiques, mise en œuvre, vous le savez, avec un grand succès, par MM. Recklinghausen et His, pour l'étude des endothéliums des membranes séreuses et des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

A. Chez le *triton*, le poumon a une structure éminemment simple (3) et représente en quelque sorte, un alvéole pulmo-

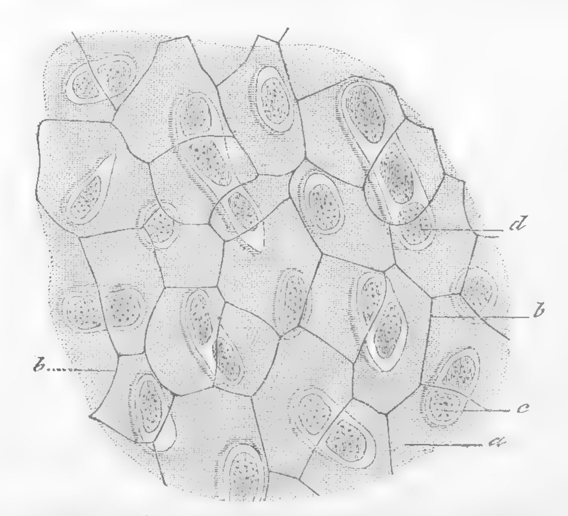


Fig. 69 — *Epithélium pulmonaire du triton, trito cristatus.* — *a*, capillaires ; *b*, contours des cellules épithéliales ; *c*, noyaux des cellules épithéliales ; *d*, un noyau qui semble appartenir à deux cellules. (D'après Elenz).

naire d'un mammifère. A un grossissement convenable et après les préparations nécessaires, la paroi de cette cavité respiratoire, examinée par sa face interne, laisse voir les détails suivants (*Fig. 69*).

Vous reconnaissez tout d'abord les mailles du réseau capillaire qui rampe à la surface de la tunique conjonctive. Ce réseau dessine des espaces ou fossettes qui se détachent en clair au milieu des tractus rouges que forment les vaisseaux supposés remplis de sang ou de matière à injection. Dans chacune de ces fossettes, on remarque un ou plusieurs noyaux arrondis : ce sont les noyaux des cellules épithéliales pulmonaires. Jamais ils ne se rencontrent sur la paroi même des vaisseaux, toujours ils occupent les fossettes. L'imprégnation par l'argent, vous le voyez, a dessiné des lignes noires dont la réunion forme des figures polygonales (*b*). Ces lignes se voient aussi bien sur les fossettes que sur les capillaires. Vous avez compris qu'elles marquent la limite des diverses cellules épithéliales, l'imprégnation d'argent ayant eu pour effet de

(1) *Beiträge zür norm. und patholog. Anatomie der Lunge.* Dresden, 1862, p. 15.
(2) *Wurzt. Verhandl.*, 1864. Bd 5. 1-2 heft. p. 66.
(3) Carpenter. — *Physiologie*, édit. américaine, p. 283.

colorer en brun le ciment qui unit ces cellules les unes aux autres.

Chacune d'elles est représentée par une mince lamelle transparente, de telle sorte que, par leur réunion, elles constituent une membrane très-délicate. Il est possible de détacher cette membrane des parties sous-jacentes par un artifice de préparation et on peut constater alors que les noyaux seuls font à la surface un certain relief qui s'accuse uniquement du côté de la face profonde ou adhérente et jamais du côté qui regarde la cavité alvéolaire. C'est que, en effet, ainsi qu'il est facile de s'en assurer par l'examen d'une coupe méthodique faite perpendiculairement au grand axe de l'alvéole, les noyaux sont logés dans la fossette intercapillaire, tandis que les plaques de protoplasma recouvrent les capillaires (*Fig. 70*) (1).

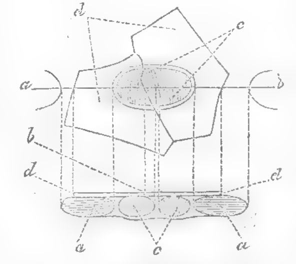


Fig. 70. — Schéma d'une coupe perpendiculaire d'une maille capillaire du triton. — La coupe est faite dans la direction de la ligne *ab.* — *aa*, capillaires ; *c*, noyaux ; *aa*, cellules épithéliales aplaties.

Voilà une disposition, je le dis par anticipation, qui vous donne déjà une idée assez juste de ce qui existe dans l'espèce humaine. Chez la grenouille, cette disposition est essentiellement la même. Il y a lieu de relever seulement que, chez elle, les noyaux ont une tendance à siéger sur les angles ou sur le bord des cellules, tandis que chez le triton elles occupaient d'habitude la partie centrale.

Le revêtement épithélial pulmonaire, lorsqu'il se présente avec les caractères qui viennent d'être indiqués, peut être dit *continu* et *uniforme*. Il est continu ou complet parce que les cellules voisines se touchent sans lacunes intermédiaires; il est uniforme parce que toutes les cellules sont faites sur le même modèle (*Vollstandg und gluchmassig*).

B. Voici maintenant quelques dispositions un peu différentes. Chez les reptiles, le revêtement est également *continu* ou *complet*, mais on y observe une particularité qui se retrouve souvent chez les animaux d'un ordre plus élevé. Ici, les parois alvéolaires sont occupées encore par des cellules complètes, c'est-à-dire possédant un protoplasma plus ou moins grenu et un noyau ; mais, dans les intervalles des fossettes et sur les fossettes elles-mêmes, on voit se dessiner les contours de plaques ou cellules claires, d'une largeur variable et dont la plupart n'offrent pas de noyau. Ces plaques résulteraient de la fusion d'un certain nombre de cellules qui, en même temps que leur individualité, perdraient leur noyau. En pareille circonstance, on dit que le revêtement épithélial est *continu* et *polymorphe*.

Arrivons rapidement, sans transition, aux animaux supérieurs, car l'anatomie comparée n'est pas, pour nous, le but, elle n'est que le moyen. Or, nous retrouvons chez les animaux mammifères adultes, chez le chat entre autres, le revêtement épithélial continu, mais polymorphe, que nous décrivions tout-à-l'heure. A l'état fœtal, au contraire, chez cet animal, comme chez tous les mammifères, l'épithélium est uniforme.

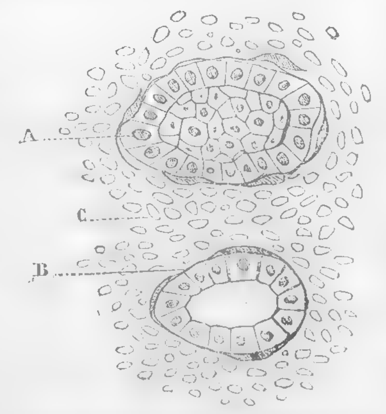


Fig. 71. — Culs de sac des ramifications bronchiques chez un fœtus de trois mois. — *a*, épithélium; *b*, membrane limitante; *c*, tissu embryonnaire.

III. C'en est assez, Messieurs, pour ce qui concerne les animaux; il nous faut actuellement considérer l'homme, objet spécial de nos études. En premier lieu, nous envisagerons l'état fœtal, époque de la vie où le revêtement épithélial peut toujours être mis en évidence, même par les procédés les plus élémentaires.

Je mets sous vos yeux un dessin représentant la coupe en travers de l'extrémité en cul-de-sac d'une ramification bronchique ultime, chez un fœtus de trois mois. La disposition est, ici, des plus simples : une bordure régulière de cellules, composant une seule couche, plus hautes que larges, se rapportant, par conséquent, d'une manière très-nette, au type cylindrique et présentant un noyau sphéroïde bien accentué, recouvre la paroi de la cavité dans toute son étendue (*Fig. 71*).

Tout récemment, un fœtus de sept mois, qui avait respiré peut-être pendant deux heures, a été mis à notre disposition. Je vais vous exposer en quelques mots les particularités très-intéressantes qu'offrait l'examen du poumon de cet enfant. Les alvéoles étaient partout revêtus, comme dans le cas précédent, d'un épithélium complet. Seulement, par rapport à la constitution de ce dernier, il importe de faire une distinction : 1° Les uns, relativement très-étroits (*Fig. 72*, II), avaient conservé ce que j'appellerai le caractère fœtal, c'est-à-dire que les cellules de revêtement se montraient aussi hautes que larges; —2° Sur d'autres alvéoles plus larges, plus distendus (*Fig. 72*, III), les cellules de l'épithélium avaient subi une espèce d'aplatissement, de telle sorte que, sur les coupes transversales, on les voyait sous l'aspect de cellules fusiformes, possédant un noyau très-saillant, et, quand l'œil rencontrait de front la paroi alvéolaire, sous l'asepct de cellules polygonales; — 3° Enfin, on observait des alvéoles dans lesquels il était loisible de reconnaître un état pour ainsi dire intermédiaire.

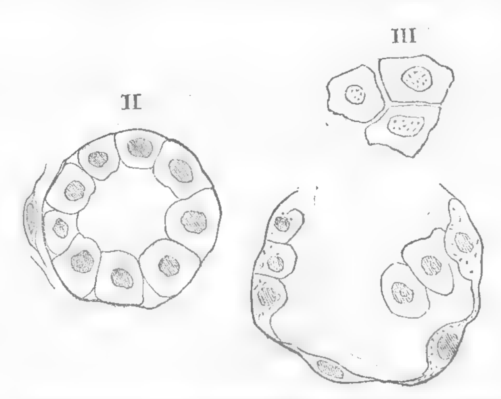


Fig. 72. — Epithélium des alvéoles pulmonaires, chez un fœtus de sept mois, ayant respiré deux heures.
II. Alvéoles non distendu, resté *à l'état fœtal.*
III. Alvéole distendu ; la plupart des cellules épithéliales ont subi un aplatissement plus ou moins prononcé.

Sur une portion de la cavité, le revêtement était encore constitué par des cellules cuboïdes, tandis que sur d'autres, contiguës aux précédentes, les cellules avaient éprouvé un aplatissement très manifeste.

Cet aplatissement des cellules épithéliales est la règle chez les fœtus à terme qui ont respiré, même à peine quelques heures. Voici, d'aileurs les caractères du revêtement épithélial chez le nouveau-né (*Fig. 73*).

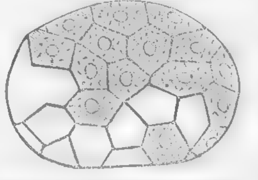


Fig. 73. — Revêtement épithélial des alvéoles pulmonaire chez le nouveau-né, d'après Schultze et Henle.

L'épithélium est continu, composé pour la plus grande partie de cellules polygonales, ayant un noyau central, sphérique et un protoplasma grenu. Quant à ses contours, ils sont visibles sans préparation ou faciles à dessiner par l'action soit du nitrate d'argent, soit de l'osmium. Mais, selon toute vraisemblance, par suite de la fusion de quelques cellules voisines, il est interrompu çà et là par des plaques claires, plus ou moins larges sur lesquelles les noyaux peuvent rester apparents ou être, au contraire, complètement effacés. Il s'agit donc là, en définitive, d'un épithélium continu mais polymorphe. En général, les cellules à protoplasma se voient plutôt dans les mailles intercapillaires et, par contre, les plaques sans noyaux recouvrent les vaisseaux.

(1) Voyez : Elenz, *fig.* 2, et Schulze.

L'aplatissement de la cellule épithéliale qui commence à se prononcer à une certaine époque de la vie fœtale, et qui se complète chez le nouveau-né, est-il la conséquence toute mécanique de la dilatation que subissent les cavités respiratoires soit par le fait du développement, soit par le fait de la distension des cavités par l'air atmosphérique? Je ne voudrais pas le garantir, bien que cette opinion ait été émise récemment par M. Küttner (1). Pour l'établir, cet auteur se fonde sur les résultats de l'examen des poumons de 19 fœtus (hommes et animaux). M. Küttner poussait une injection de gélatine dans les poumons encore chauds, puis il pratiquait l'examen microscopique. Celui-ci faisait reconnaître que, dans les alvéoles où le liquide avait pénétré, l'épithélium était aplati tandis que dans ceux qui n'avaient pas été distendus les cellules avaient conservé la forme cubique.

Un résultat acquis par M. Küttner dans ses recherches et qui me parait mieux démontré que le précédent, c'est que, chez les animaux adultes, le chien entre autres, les épithéliums, dans les cavités respiratoires, seraient d'autant plus larges et d'autant plus plats, qu'ils siégent dans une région plus voisine du fond des cavités alvéolaires. En revanche, les cellules situées sur les bords tranchants qui limitent les orifices de ces alvéoles, surtout dans la partie désignée sous le nom de *conduits alvéolaires*, se rapprocheraient par leurs caractères morphologiques des cellules pavimenteuses qui tapissent la face interne de la bronchiole terminale.

Voici les dimensions respectives des cellules de revêtement prises sur les divers points des canalicules respiratoires d'un chien adulte.

Epithélium des bronchioles terminales.....	0,009 μ.
— des replis des parois alvéolaires.	0,013 μ.
— du fond de l'alvéole............	0,050 μ.

J'ai obtenu des résultats conformes à ceux qui précèdent chez le cochon d'Inde.

IV. Nous voici parvenus au point où nous devons indiquer comment il est possible de déceler l'existence du revêtement épithélial pulmonaire dans l'espèce humaine, à l'état normal, pendant la vie extra-utérine et où nous devons, en outre, vous en faire apprécier les caractères.

Dans certains cas pathologiques, rien n'est plus simple ainsi que vous le reconnaîtrez bientôt. C'est déjà là, sans doute, un argument à invoquer en faveur de la réalité même de ce revêtement. On pourrait faire valoir aussi qu'il serait étrange que l'homme seul fit, sous ce rapport, exception parmi tous les autres mammifères. Mais ces considérations ne sont pas, à tout prendre, des arguments absolument péremptoires.

Les difficultés proviennent principalement de ce que les méthodes qui sont appliquées avec succès chez les animaux, celle de l'imprégnation d'argent, par exemple, sont inapplicables dans le cas de l'homme, parce que, chez lui, l'investigation anatomique ne peut se faire que 24 ou 48 heures après la mort, à moins de conditions spéciales qui n'ont pas encore été mises à profit. Or, l'emploi des méthodes en question n'est suivi de résultats satisfaisants que chez l'animal frais, alors que les tissus ont conservé un certain degré de vitalité. Ce sont donc les procédés les plus sommaires qui, jusqu'ici, ont été mis en œuvre. Les poumons sont durcis par l'alcool et réduits en tranches minces. A ce moment, une difficulté particulière se présente : la lame épithéliale dont l'existence est supposée devra être coupée deux fois avant d'être portée sous l'objectif du microscope et l'on comprend que le mince filament qui devra résulter de cette double section sera bien souvent chassé de la préparation par le fait même des manipulations qui précèdent nécessairement l'examen. Il faut ajouter que les vaisseaux capillaires qui rampent sur les orifices des cloisons offrent fréquemment, quand ils ne sont pas injectés et que l'œil les rencontre de profil, l'apparence de cellules fusiformes, munies d'un noyau allongé; d'où, une cause d'erreur d'interprétation que M. Zenker n'a pas manqué de faire ressortir.

Pour l'éviter, Colberg a pris le soin d'injecter les vaisseaux à l'aide d'une substance colorée, avant de réduire le poumon en tranches minces. Sur les préparations ainsi faites et bien réussies, on observe ce qui suit : Une mince lamelle, composée de cellules d'apparence fusiforme, jointes les unes aux autres par leurs bords, forme un revêtement sur toute l'étendue de la paroi de l'alvéole passant au-dessus des vaisseaux capillaires. Au niveau des légers renflements cellulaires, on distingue les noyaux, sphériques ou légèrement ovalaires et entourés de quelques granulations brillantes qui se dessinent dans leur voisinage, au sein du protoplasma (1). Quelquefois, la membrane de revêtement est roulée sur elle-même dans la cavité de l'alvéole.

Il peut arriver que cette membrane se présente de face et si, en pareil cas, on a eu la précaution de faire intervenir l'action du carmin, on note les particularités ci-après : De distance en distance, sur cette espèce de pellicule plissée, on aperçoit des noyaux ou des vestiges de noyaux, souvent semilunaires, réfractant assez fortement la lumière et dont le contour arrondi est complété par une ligne également dem -circulaire de fines granulations (*Fig. 74*) (1). Les divisions qui séparent les cellules les unes des autres ne sont pas visibles; mais nous reconnaîtrons bientôt qu'elles s'accusent sous l'influence des moindres irritations.

Fig. 74.—D'après Rindfleisch, 4e édit., p. 136.

Tels sont, Messieurs, les faits propres à mettre en évidence l'existence d'un revêtement épithélial à la surface des canalicules respiratoires chez l'homme à l'état normal. On peut, d'après ces données, affirmer qu'il s'agit là d'un revêtement complet, continu, recouvrant les vaisseaux eux-mêmes; mais il est difficile de décider, à l'aide de ces moyens d'étude très-imparfaits, si cet épithélium est composé de cellules uniformes portant toutes des noyaux ou des vestiges de noyaux. Nous verrons bientôt que les faits du domaine pathologique plaident en faveur de l'*uniformité* des cellules du revêtement épithélial pulmonaire.

Toutefois, avant d'aborder l'exposé des faits pathologiques, il est deux points que nous ne pouvons nous dispenser de toucher : 1° Si l'on en juge par les caractères morphologiques, les cellules aplaties, soudées les unes aux autres, à noyaux rudimentaires, n'ont sans doute qu'une vitalité obscure. Elles acquièrent, comme nous aurons l'occasion de le montrer, une sorte de *reviviscence* sous l'influence des causes irritatives. Les recherches de Müller et de Ludwig, infirmées à la vérité par celles de Pflüger, Strasbury et Wolfberg, tendent à établir que le tissu du poumon joue dans l'accomplissement des actes chimiques de la respiration, le rôle d'une glande. Il aurait sur l'exhalation de l'acide carbonique une action spécifique en vertu de laquelle cet acide serait, à proprement parler, sécrété. Si cela était vrai, il faudrait, selon toute probabilité, rattacher cette fonction à l'épithélium pulmonaire. Toujours est-il que la présence de cet épithélium à la surface du poumon suffit pour prouver que le contact immédiat de l'air inspiré avec la paroi des vaisseaux capillaires du poumon, n'est pas une condition nécessaire à l'accomplissement régulier des actes respiratoires.

2° L'autre point sur lequel je veux appeler votre attention est le suivant : Composé d'une seule couche de cellules plates, soudées entre elles par un ciment, l'épithélium pulmonaire de l'adulte se confond en quelque sorte, morphologiquement, avec les endothéliums qui recouvrent les membranes séreuses, les parois des vaisseaux lymphatiques et sanguins et dont un caractère commun, vous le savez, est de se développer chez l'embryon aux dépens du feuillet moyen du blastoderme ; tandis que les feuillets externe et interne donnent naissance à des revêtements cellulaires ayant plusieurs couches — tels sont les revêtements épidermiques, ou encore à des revêtements d'une ou plusieurs couches constituées par des cellules molles et épaisses : à cette dernière catégorie appartiennent les revêtements de la membrane muqueuse gastro-intestinale et des parois bronchiques. Or,

(1) *Virchow's Archiv*, 1876, t. LXVI, p. 12.

(1) Voyez la fig. 1 du mémoire de Colberg.

(2) Rindfleisch, fig. 335.

les cellules de revêtement des canalicules respiratoires, comme celles qui tapissent les bronches, naissent dans le feuillet interne. Il y a donc, dans cette organisation, une anomalie assez remarquable puisque, d'après son lieu d'origine embryogénique et sa continuité avec la muqueuse bronchique, l'épithélium pulmonaire est susceptible d'être considéré comme un véritable épithélium, tandis que, au point de vue morphologique, il se rapproche des endothéliums.

Nous ne faisons que signaler en passant cette difficulté, dont la solution appartient à l'anatomie philosophique et nous devons nous borner à déclarer que, pratiquement, dans les conditions pathologiques, l'épithélium pulmonaire se comporte tantôt à la manière des endothéliums développés aux dépens du feuillet blastodermique moyen, tantôt à la manière des épithéliums proprement dits. C'est là une assertion qu'il ne nous sera pas difficile de justifier dans la prochaine séance dont la première partie sera consacrée à une rapide esquisse des principales modifications que peut subir l'épithélium pulmonaire sous l'influence des causes pathologiques.

(*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'acide salicylique à l'Académie de médecine.

Il y a deux mois, M. le professeur Sée faisait à l'Académie de médecine une longue et intéressante communication sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'acide salicylique, elle fut le point de départ d'une brillante discussion que nos lecteurs ont pu suivre pas à pas. Aujourd'hui, elle touche à sa fin, et l'importance du sujet est telle qu'il ne sera pas, nous l'espérons, sans utilité, de regarder le chemin parcouru et de résumer ce qu'on peut considérer comme des résultats acquis. Nous envisagerons surtout le côté pratique de la question, et laissant de côté la partie théorique, nous rappelerons les notions qui, quoique récentes, doivent désormais être parfaitement connues de tout praticien.

L'acide salicylique peut être administré en nature ou bien sous forme de salicylate de soude, de potasse, de lithine, etc. — L'acide salicylique en nature paraît devoir être abandonné, MM. Sée et Hérard signalent des accidents gastriques survenus à la suite de son emploi. S'il est impur et contient une certaine quantité d'acide phénique, ce qui arrive trop souvent, il peut produire de véritables brûlures. Les phénates de soude, de potasse, etc., qui peuvent se trouver mélangés aux divers sels, présentent des inconvénients beaucoup moindres. Le salicylate de soude est la préparation à laquelle ont donné la préférence la plupart des observateurs : il est très-soluble, peut être administré facilement en potion, dont la formule variera selon le gré du médecin et le goût du malade. Le salicylate de potasse a été rejeté, après essai, par M. Sée à cause de ses propriétés irritantes.

M. Sée a expérimenté le salicylate de lithine dans la goutte ; sa saveur est extrêmement désagréable, il n'agit pas mieux que le salicylate de soude, et contient du reste une très-petite quantité de lithine, toutes ses propriétés curatives doivent être rapportées à l'acide salicylique. — Le salycilate de quinine a été donné avec succès dans la fièvre intermittente ; il ne présente aucun avantage sur le sulfate de quinine et ne paraît répondre à aucune indication spéciale. — C'est donc presque exclusivement le salicylate de soude qu'il faut employer, c'est la préparation recommandée par tous les orateurs ayant pris part à la discussion académique que nous analysons. Lorsque dans la suite de cet article nous emploierons l'expression acide salicylique, ce sera donc dans le sens de médication salicylique, et il est entendu que le salicylate de soude doit être, à tous les points de vue, préféré dans cette médication.

La dose à prescrire n'est pas moins importante à connaître que le choix de la préparation. M. Sée donne à ses malades 8 à 12 gr. de salicylate en 24 heures. M. Oulmont, qui n'a point dépassé 4 gr., n'a obtenu aucun effet bien sensible dans le traitement du rhumatisme. La dose nécessaire aux enfants n'a pas été déterminée, les seuls documents fournis à ce sujet sont deux observations de M. Sée: deux enfants atteints de rhumatisme articulaire aigu, âgés l'un de 8, l'autre de 12 ans, furent guéris par des doses, l'un de deux et l'autre de trois grammes. Il paraît aussi résulter des recherches du même observateur, que le médicament doit être manié avec prudence chez les sujets d'un âge avancé, mais nous manquons encore à cet égard d'indications précises.

Aux doses indiquées, les effets physiologiques de l'acide salicylique se traduisent par une sorte d'ébriété, par des bruissements d'oreilles, quelquefois même par de la titubation, etc. Si on dépasse ces doses, il peut survenir des accidents sur la nature desquels nous ne sommes pas encore parfaitement édifiés.

On a parlé de mort subite, la discussion académique, ne nous en fournit aucun exemple. Nous parlons seulement pour mémoire du malade de M. Empis qui mourut subitement, il est vrai, sans que rien pût expliquer une fin aussi brusque ; mais il est à remarquer que la médication salicylique avait été, dans ce cas, suspendue depuis trois jours, et qu'elle ne peut, par conséquent, être incriminée d'aucune façon.

L'emploi du médicament devra être surtout surveillé, s'il existe une lésion rénale, mais ceci nécessite quelques développements. L'acide salicylique est très-rapidement éliminé par le rein ; dix minutes après son administration, on peut reconnaître sa présence dans l'urine ; une coloration violette obtenue par l'addition d'une solution très-étendue de perchlorure de fer décèle sa présence. Cette prompte élimination fait qu'il est indispensable de donner des doses fractionnées, une cuillerée à bouche de deux heures en deux heures.

S'il existe quelque lésion rénale, il faut prescrire l'acide salicylique avec plus de prudence encore qu'on ne prescrirait en pareille circonstance l'opium, la digitale, etc., san quoi, avec des doses faibles, on verrait bientôt survenir des accidents de salicylisme. Au début de ses recherches, M. Sée a, en outre, observé des hématuries chez des malades atteints de néphrite. En un mot, et ceci a une importance spéciale pour les goutteux, toute lésion rénale doit obliger le médecin à baisser les doses et à surveiller soigneusemen les effets du traitement.

Toutes les indications précédentes s'appliquent aux diverses maladies dans lesquelles l'acide salicylique trouve son emploi. Nous allons maintenant passer en revue les principales maladies dans lesquelles les membres de l'Académie ont cru observer un effet utile :

Rhumatisme articulaire aigu. — S'il est une maladie dans laquelle l'action de l'acide salicylique paraisse incontestable, c'est certainement dans le rhumatisme articulaire aigu. Stricker nous l'avait déjà annoncé, nous restions in-

crédules, peut-être parce que le médicament venait d'outre-Rhin, peut-être parce que la vogue éphémère de médicaments récents nous avait rendus circonspects. Après les résultats apportés à la tribune par MM. Sée, Hérard, Hardy, Jaccoud, il n'est plus permis aux plus sceptiques de douter des effets annoncés par les médecins allemands. M. Sée n'a pas vu de rhumatisme aigu, ainsi traité, durer plus de trois jours, les résultats de MM. Hardy, Hérard et Jaccoud sont analogues. Si M. Oulmont n'a obtenu aucun résultat, c'est probablement parce qu'il a donné de trop faibles doses (4 gr.) Chez les malades de M. Guéneau de Mussy, la durée de la maladie a été plus longue, parce qu'il commence par des doses faibles et n'arrive que progressivement aux doses plus fortes, c'est-à-dire aux doses nécessaires.

Le médicament doit être prescrit aux doses indiquées précédemment et continué un certain temps, dix à quinze jours par exemple. Si on cesse plutôt, alors même que le malade paraît guéri, peut se lever et se promène, il survient une rechute. Rien n'est plus instructif à cet égard que les observations produites par M. Hérard, où la suspension prématurée de l'acide salicylique amena constamment une rechute qui disparut avec la reprise du traitement. L'importance de ce fait du reste n'avait pas échappé à M. Sée, dès sa première communication et il y insiste avec beaucoup de force.

Nous ne nous étendrons pas davantrge sur l'action de l'acide salicylique dans le rhumatisme, c'est là un point d'une importance thérapeutique capitale, mais qui ne soulève plus désormais de discussion et sur lequel tout le monde paraît tombé d'accord.

Un point plus épineux est de décider l'influence de la médication sur les complications et manifestations viscérales du rhumatisme. Pour M. Sée, l'anémie rhumatismale manque, parce qu'elle n'a pas le temps de se produire, les complications cardiaques existantes ne sont pas modifiées, mais les accidents articulaires, une fois disparus sous l'influence du médicament, il ne se produit plus de nouvelles poussées du côté de l'endo-péricarde. M. Jaccoud a été moins heureux, il a plus souvent observé des accidents cardiaques. On conçoit toute l'importance de la question puisque les complications endo-péricardiaques constituent le grand danger du rhumatisme, puisque ces complications sont l'origine de la plupart des affections organiques du cœur. Malheureusement les documents apportés ne permettent pas de se prononcer d'une façon définitive, il paraît néanmoins ressortir des observations de M. Sée que les malades traités ont été beaucoup moins fréquemment atteints d'endo-péricardite.

M. Guéneau de Mussy redoute le rhumatisme cérébral, mais ses craintes paraissent toutes théoriques ; il n'en cite pas d'observation et déclare ne pas en connaître d'exemple en France, ce qui permet de croire que si la médication salicylique n'empêche pas cette grave complication, tout au moins, elle ne la rend pas plus fréquente.

Rhumatisme articulaire chronique. — Les succès obtenus dans le traitement du rhumatisme aigu devaient engager les médecins à appliquer au rhumatisme chronique le même mode de traitement. C'est ce qu'a fait M. Sée. Non-seulement il a ainsi obtenu la guérison de ces poussées aiguës si fréquentes dans le cours de cette affection, mais il a même obtenu une diminution des engorgements peri-articulaires et de la raideur musculaire. M. Guéneau et M. Jaccoud ont été moins heureux : sur deux cas, ils ont eu deux insuccès.

On n'obtient donc pas, dans tous les cas de rhumatisme chronique, le succès constant obtenu dans les cas aigus ; les résultats remarquables enregistrés par M. Sée, devront cependant engager les observateurs à faire dans ce sens de nouvelles recherches qui ne tarderont certainement pas à fixer la science sur ce point.

Goutte. — Les liens étroits qui unissent le rhumatisme et la goutte, l'action calmante du salicylate de soude ont amené M. Sée à employer le médicament dans le traitement de la goutte.

Dans les accès de goutte aiguë, les résultats ont été aussi remarquables que dans le rhumatisme aigu. Dans la goutte chronique, les douleurs disparaissent, les tophi se résorbent et des malades traités depuis des années, par des médications diverses, immobilisés depuis des mois, ont pu, dans l'espace de peu de jours, recouvrer presque l'intégrité de leurs mouvements.

Aucun des orateurs qui ont pris part à la discussion, n'ont observé ou du moins rapporté de faits analogues. Mais M. Sée a pu rendre plusieurs de ses collègues témoins de semblables guérisons, et M. Bouchard, sur ses conseils, employant le médicament dans les mêmes circonstances, a obtenu des effets identiques.

C'est là une application toute nouvelle, et de la plus haute importance. Si la discussion récente à l'Académie a mieux fait ressortir l'action de l'acide salicylique dans le rhumatisme, a contribué à préciser les règles de son emploi, il faut cependant reconnaître que ses effets avaient été annoncés par Stricker.

La communication de M. Sée sur le traitement de la goutte est absolument originale et étend singulièrement le rôle de la médication salycilique.

Fidèle au plan que nous nous sommes imposé, nous ne parlerons point du mode d'action encore hypothétique de l'acide salicylique sur la diathèse urique, ni de la théorie ingénieuse par laquelle M. Sée a expliqué cette action; nous sommes, sur ce point, qui nécessiterait de longs développements, obligés de renvoyer le lecteur au mémoire lui-même.

Comme pour le rhumatisme, on pouvait craindre qu'il ne survînt des accidents viscéraux attribués à une rétrocession, à une métastase. M. Sée n'a rien observé de semblable. M. Guéneau de Mussy voudrait faire de la goutte un noli me tangere, se basant sur de nombreuses raisons théoriques, il craint des accidents; mais, il n'a apporté à la tribune aucun fait qui justifie ses craintes.

Rhumatisme musculaire. — M. Sée a observé, dans deux cas, la guérison du torticolis et deux fois la guérison du lumbago par la médication salicylique.

Arthrites diverses. — Le rhumatisme blennorrhagique n'a point paru sensiblement modifié. M. Besnier (cité par M. Sée) rapporte un cas de sclérodermie avec arthropathies graves, anciennes, douloureuses qui ont cédé en quelques jours. — Aucun des faits produits à l'Académie n'a trait au rhumatisme puerpéral.

AFFECTIONS DOULOUREUSES DIVERSES

Névralgies. — M. Sée a pu guérir un cas de tic doulou-

*

reux de la face, mais a eu deux insuccès dans deux cas de sciatique.

Colique hépatique. — Sur un malade, la terminaison rapide de l'attaque a pu être attribuée au médicament.

Gravelle. — La médication salicylique hâterait la terminaison des accès de colique néphrétique et favoriserait l'expulsion des graviers.

Douleurs fulgurantes des ataxiques. — M. Sée a obtenu de bons résultats de l'emploi de l'acide salicylique dans le traitement des douleurs fulgurantes; M. Bouchard (cité par M. Sée) a obtenu des résultats analogues.

D'après ce qui précède, on peut donc dire que dans bon nombre d'affections n'ayant entre elles de commun que le symptôme douleur, l'acide salicylique a paru utile; mais si on excepte peut-être les douleurs de l'ataxie locomotrice sur l'amélioration desquelles M. Sée est très-affirmatif, de nombreuses observations permettront seules de préciser les cas où la médication en question rend de réels services.

Action antipyrétique. — M. Oulmont, d'accord en cela avec les médecins allemands, soutient que l'acide salicylique abaisse les températures fébriles; M. Sée le nie presque ou du moins soutient qu'avec des doses massives, on obtient un abaissement passager de température, qu'il faudrait répéter ces doses pour obtenir un abaissement persistant, ce qui ne saurait être fait sans danger. Cette propriété antipyrétique fût-elle parfaitement démontrée, n'a pas jusqu'à présent grande importance pratique, M. Oulmont le reconnaît en disant : « Cette propriété n'a encore qu'une importance pratique assez restreinte, mais au point de vue physiologique, elle est extrêmement curieuse et intéressante.»

Fièvre typhoïde.— Dans la fièvre typhoïde, M. Oulmont donne l'acide salicylique à titre d'antipyrétique; M. Guéneau de Mussy le donne à dose de un à deux grammes pour empêcher la fermentation des matières intestinales. M. Sée objecte à ce dernier que le médicament absorbé dans l'estomac ne peut agir dans l'intestin. D'ailleurs, les statistiques allemandes ne paraissent pas favorables à ce mode de traitement et la statistique militaire, citée dans le mémoire de Stricker, donne une mortalité considérable.

Diphthérie. — De nombreux cas de guérison obtenus par l'acide salicylique, ont été rapportés en Allemagne. M. Sée n'a traité ainsi qu'un seul cas de diphthérie qui guérit, mais il n'est point convaincu que la guérison doive être rapportée au traitement. M. Bergeron a constaté l'utilité des applications locales, mais doute encore de l'effet de l'acide salicylique dans le traitement de cette grave affection.

Muguet. — Le salicylate de soude appliqué localement paraît agir comme le bicarbonate de soude.

Arrivé à la fin de cet article, nous pouvons résumer en quelques mots les faits si importants de la discussion dont nous avons essayé de rendre compte.

Le salicylate de soude donne des résultats thérapeutiques considérables, appliqué au traitement du rhumatisme articulaire et de la goutte, il trouve encore son indication dans nombre d'affections douloureuses et nous croyons pouvoir, dès maintenant, avancer que l'emploi de ce médicament constituera une des plus utiles découvertes thérapeutiques de ce siècle, découverte à laquelle resteront attachés deux noms, celui de Stricker qui l'a appliqué au traitement du rhumatisme; celui de M. Sée qui l'a appliqué au traitement de la goutte.

DEBOVE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Association française pour l'avancement des sciences

CORRESPONDANCE SPÉCIALE DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Sixième session : Le Havre.

Séance du 29 août (soir). — PRÉSIDENCE DE M. COURTY.

M. le docteur FAUVEL communique quatre observations de suture du tibia pratiquées à l'hôpital du Hâvre depuis 1869. Trois malades ont guéri; un seul est mort. Dans tous les cas, il n'y avait, eu égard aux larges plaies concomitantes, d'autres ressources que l'amputation.

Le plus intéressant de ces cas est un blessé qui porte, depuis neuf ans, un fil de fer de 1 millimètre 1/2 dans le tibia gauche. Jusqu'à il y a huit mois, le blessé n'avait jamais souffert du membre et aucune suppuration ne s'était manifestée au niveau de la suture. Il y a huit mois, eczéma à ce niveau, puis légère suppuration profonde qui subsiste par intermittences. M. Fauvel résume ainsi quelques considérations sur les sutures des os dans les fractures compliquées :

1° Recourir le moins possible à l'irrigation continue après la suture; mais plutôt au pansement ouaté revêtu de bandes silicatées. On abrégera ainsi considérablement le temps de formation du cal en aidant mieux l'immobilisation.

2° Ne pas pratiquer de suture quand les extrémités des os sont dénudées de périoste et qu'il y a une attrition des parties molles.

M. DUMÉNIL étudie une affection qu'il propose d'appeler la dermite papillaire chronique envahissante. Dans le cas qui sert de base au mémoire de M. Duménil, il s'agit d'une femme de 60 ans. Elle fut atteinte d'un affection de la main caractérisée par une sorte d'hypertrophie du derme consécutif à un travail ulcératif partiel. Les lésions présentent la particularité de tendre à la guérison spontanée.

L'examen microscopique d'un lambeau enlevé sur les parties les plus altérées montrent une hypertrophie considérable des papilles qui étaient uniquement formées d'éléments embryonnaires. Cette lésion se prolongeait dans les couches profondes du derme sous forme d'îlots plus ou moins larges séparés par du tissu conjonctif fibrillaire avec prolifération de ses éléments cellulaires. Je propose, dit en terminant M. Duménil, d'appeler cette affection une hypertrophie papillaire chronique envahissante.

M. le docteur BOUTEILLER de Rouen, après avoir défini la statistique médicale, montré qu'elle est utile et possible, entre dans la subdivision de son sujet. En ce qui concerne les divisions par âges, il fait voir qu'il y a divergence dans les tableaux des divers ministères : Pour les décès dans les maternités, pour les tableaux de causes de décès dans chaque commune, pour l'inscription des morts-nés, etc., etc., il y a également des réformes urgentes à faire. M. Bouteiller conclut à la création de comités de statistique dans chaque canton, dans chaque arrondissement, dans chaque chef-lieu et enfin d'un comité central consultatif séant à Paris. Ces comités devraient être composés : 1° De chefs d'administration ; 2° De médecins ayant des fonctions se rattachant aux questions ; — 3° De statisticiens libres. Du reste, cela se fait en Italie, en Belgique, etc., etc.

Séance du jeudi 30 août. — PRÉSIDENCE DE M. LECADRE.

M. DUVERGIER, ingénieur constructeur à Lyon, présente une épileuse à air comprimé et qui permet d'épiler mécaniquement la tête des malades affectés de la teigne.

M. FRANCK dépose sur le bureau un travail de M. DE SINÉTY sur les corps jaunes et l'ovaire pendant la grossesse et un Mémoire de M. BARADUC sur une épidémie de fièvre typhoïde.

M. FRANCK prend ensuite la parole sur les mouvements du cerveau. Les lecteurs du *Progrès* connaissent déjà l'excellent travail de M. Franck, dont nous avons déjà rendu compte dans notre Revue d'anatomie.

M. BROCA clot la séance et la session par une très-remarquable communication sur la *Thermométrie cérébrale* et le rôle qu'elle peut jouer dans le diagnostic des maladies de l'encéphale. Pour obtenir cette température, M. Broca se sert de thermomètres rigoureusement gradués dont la cuvette est appliquée par une de ses faces contre la boîte crânienne, tandis que l'autre est maintenue dans une sorte de sachet

recouvert de lames de ouate. C'est ainsi que la température extérieure ne vient pas influencer le mercure du thermomètre. En général, M. Broca emploie six sachets juxtaposés et formant une sorte de couronne autour de la boîte crânienne. Il a de cette manière la température de six points différents, mais symétriques deux à deux. Les deux antérieurs sont placés directement en arrière des apophyses orbitaires externes ; les deux moyens au-dessus de l'oreille, dans la région temporale, les deux postérieurs dans la région occipitale. Pour la brièveté du langage, M. Broca donne un nom à chacun de ces thermomètres : ceux de gauche s'appellent F (frontal), T (Temporal), O (occipital) ; ceux de droite F', T', O'. Lorsque l'on additionne les chiffres donnés par les six thermomètres et que l'on en divise la somme par 6, on obtient la température moyenne ; mais chaque thermomètre donne la température du point sur lequel il est appliqué, et l'on peut comparer ce chiffre à celui des autres thermomètres. C'est cette comparaison qui seule peut donner des renseignements importants.

Les expériences que M. Broca nous soumet ont été commencées vers 1869 ; mais c'est surtout depuis 1873 qu'il a appliqué ses recherches au diagnostic des affections cérébrales. Pour avoir une base fixe, il était nécessaire de connaître les températures des diverses régions du cerveau à l'état physiologique. Pour cela, il s'est adressé aux externes et aux stagiaires de son service ayant à peu près le même âge, le même développement intellectuel ; du reste, dans chacune des expériences, on s'est le plus possible mis dans des conditions identiques. Il a voulu déterminer la température moyenne du cerveau ; la température de l'hémisphère droit comparativement à l'hémisphère gauche, enfin, la température des lobes de chaque hémisphère (frontal, temporal, occipital). Mais ici, une objection se dresse : le thermomètre est, avons-nous dit, appliqué contre la boîte crânienne et séparé, par conséquent, de la substance de l'encéphale par des couches d'épaisseur variable. F et F', situés à la partie extérieure de la fosse temporale ne sont séparés du cerveau que par une faible couche musculaire et par l'os lui-même, dont les lames sont peu considérables. T et T' n'ont pas le muscle, l'os est fort peu épais, mais les cheveux (que, du reste, l'on écarte le plus possible), sont mauvais conducteurs. O et O' ont aussi les cheveux et l'épaisseur de l'occipital est supérieure à celle de la fosse temporale. Néanmoins, ces causes d'erreurs sont véritablement trop petites pour expliquer les notables écarts de température qui existent entre ces diverses régions.

Les moyennes que nous allons transcrire ont été obtenues sur 12 externes et stagiaires de l'hôpital des Cliniques, mis le plus possible dans des conditions physiologiques semblables ; le thermomètre a été laissé dans chaque recherche plus de 20 minutes en place. La température maximum du cerveau a été trouvée de 34°,85 ; la température minimum de 32°,80 ; *la température moyenne* serait donc de 33°,8[illegible]. Mais si l'on compare le thermomètre gauche F, T, O aux thermomètres droits F', T', O', on voit que, d'une manière constante, la température est sensiblement plus élevée à gauche qu'à droite. C'est ainsi qu'à *droite* la température moyenne est de 33°,90, tandis qu'à gauche elle dépasse un peu 34°. *Il y a donc, à l'état normal, une température plus élevée à gauche qu'à droite, et cela de 1/10 de degré environ.* Mais, chose remarquable, cette inégalité n'existe qu'à l'état de repos. Lorsque le cerveau travaille, l'équilibre tend à s'établir et les deux hémisphères donnent un chiffre semblable. Ne faut-il pas admettre avec M. Broca, que l'hémisphère gauche est mieux irrigué, qu'il reçoit une plus grande quantité de sang ; mais, lorsque le cerveau travaille, comme l'hémisphère droit moins préparé, plus malhabile doit faire de plus grands efforts, l'appel de sang est plus considérable de ce côté et l'équilibre tend à se faire entre les deux hémisphères cérébraux.

M. Broca ne s'est point arrêté dans cette analyse et, après avoir comparé le cerveau droit au cerveau gauche, il a voulu comparer entre eux les divers lobes d'un même hémisphère et il a constaté que la température du lobe occipital était de 32°,92 ; celle du lobe temporal de 33°, 72 et enfin celle du lobe frontal de 35°,28 ; on peut voir par ces chiffres combien l'activité fonctionnelle du lobe frontal doit l'emporter sur celle des lobes occipital et temporal.

Tels sont les résultats obtenus par M. Broca sur des cerveaux au repos. Lorsque le cerveau travaille, les chiffres ne sont plus les mêmes. Il était difficile de donner aux divers sujets mis en expérience un travail identique et qui ne fût pas plus pénible pour l'un que pour l'autre. M. Broca s'est arrêté à la lecture à peu près également familière à tous, du moins à tous les étudiants en médecine. Or, voici les résultats auxquels il est arrivé : après dix minutes de lecture à haute voix, la température s'est élevée et de 33°, 82, moyenne normale, elle a monté jusqu'à 34°,23. *Nous avons donc une différence de presque un demi degré en faveur du cerveau qui travaille.*

Un autre résultat obtenu et que nous avons déjà indiqué, c'est l'équilibre de température qui dans ces conditions, tend à s'établir entre l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche. Lorsque, pour passer de l'état de repos à l'état d'activité, la température du côté gauche s'élève de 22 centièmes, elle monte à droite de 34.

Les recherches *cliniques* de M. Broca n'ont pas une importance moins grande et il est arrivé à donner par la thermométrie un signe certain de l'embolie cérébrale : il a pu déterminer la partie du cerveau privée d'irrigation sanguine. Depuis longtemps déjà, M. Broca a montré que dans les embolies des membres, il se passe de curieux phénomènes de température. Il a démontré, ce qui, du reste, devait être prévu *à priori*, que la température générale du membre baissait, mais au niveau même du point où l'oblitération vasculaire s'était faite, il y avait une augmentation de température. On avait voulu, dans les cas de ligature, expliquer ce phémonène d'apparence paradoxale par la striction des nerfs qui entourent l'artère. Mais cette explication ne vaut rien pour les cas où l'oblitération est spontanée comme dans les embolies, les nerfs qui s'enlacent sur l'artère ne pouvant être, en aucune manière, lésés par le caillot sanguin. M. Broca a expliqué l'élévation locale de température au niveau de l'embolie par la circulation collatérale qui se rétablit : le sang ne passe plus par les vaisseaux profonds ; il pénètre dans les vaisseaux superficiels, les dilate et la circulation périphérique étant plus active, la température sera plus élevée. *Le maximum de température dans le membre sera donc au niveau de l'embolie.*

Dans l'encéphale, rien de semblable ne pourra se passer parce que les vaisseaux de la circulation collatérale ne sont pas assez abondants ; lorsqu'une embolie cérébrale se fait, sept fois sur dix, le caillot gagne la sylvienne gauche et l'oblitère tout entière, ou oblitère un seul de ses troncs. Dans ce cas, que doit-il arriver théoriquement ? Le sang ne pénètre plus dans le territoire de la sylvienne ; la température du thermomètre correspondant devra s'abaisser, mais l'irrigation sera plus active dans le lobe frontal et dans le lobe occipital où se fait un afflux de sang compensateur ; aussi, la température devrait-elle s'élever dans les thermomètres occipital et frontal.

Voilà la théorie ; voyons ce que donne l'observation clinique. M. Broca a recueilli deux observations relatives à ces faits, Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme rhumatisante qui, tout à coup fut frappée d'hémiplégie avec perte de la parole), l'exploration thermométrique fut pratiquée et l'on trouva :

A gauche		A droite	
Lobe frontal	35°2	Lobe frontal	34°8.
— temporal	34°3	— temporal	34°8.
— occipital	35°6	— occipital	32°9.

D'après ce tableau, on voit que l'abaissement de température est des plus nets au niveau du lobe temporal gauche dont le sang provient de la sylvienne ; on voit que la température du lobe correspondant est plus haute à droite bien que ce soit le contraire qui s'observe à l'état normal ; on voit encore que la température du lobe frontal et du lobe occipital, de ce dernier surtout est bien supérieure à celle que l'on obtient généralement. La théorie et la clinique sont dans ce cas en concordance parfaite et *nous devons donc admettre qu'au niveau de l'embolie, il se fait une diminution de température.* A l'appui de cette opinion, M. Broca nous donne une seconde observation, mais elle rappelle trop la première pour que nous ayons besoin de la rapporter ici. On y voit que le thermomètre temporal gauche accuse une température moins élevée que le thermomètre correspondant à droite ; que la température du thermomètre frontal et occipital gauche est sensiblement plus élevée qu'elle ne l'est à l'état normal. P. Reclus.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances du mois de mai.

M. Bouley fait une communication sur l'identité de la maladie charbonneuse chez toutes les espèces animales. — Il pose en même temps les données de recherches qui devraient être faites afin que l'identité de la cause de tous les cas de charbon fût bien établie. Ainsi, il serait utile que dans les épidémies charbonneuses on pût voir les bactéries sur tous

les animaux atteints. Il faudrait encore qu'on pût expliquer la transmission du charbon à distance et sans contact immédiat, ainsi que la contamination possible par le fait des émanations des fosses d'enfouissement.

MM. Lechartier et Bellamy ont observé que des fruits soumis à des vapeurs toxiques d'acide phénique et d'acide cyanhydrique cessaient de fermenter et se conservaient intacts d'une façon indéfinie. M. *Guyon* a vérifié l'exactitude de ces recherches.

M. Guérin pense avoir démontré que la contagion de la fièvre typhoïde se fait par les matières fécales ; il a recherché si l'ingestion de ces matières pouvait amener les lésions ordinaires de la dothiénentérie. Pour lui, les matières fécales injectées passant dans les lymphatiques du mésentère, vont produire l'adénite mésentérique et consécutivement les lésions de l'intestin grêle.

M. Gayat présente quelques considérations sur la conjonctivite granuleuse en Egypte. Pour l'auteur, cette conjonctivite aurait une cause tellurique et ne pourrait être enrayée que par des soins d'hygiène publique.

M. le professeur Bert lit un mémoire sur l'influence de l'oxygène comprimé sur les fermentations. Déjà, il a vu que tous les ferments figurés étaient tués par l'oxygène tandis que les ferments solubles n'étaient pas atteints. Poussant plus loin ses observations, M. Bert a vu que dans les fruits la maturation était un phénomène de vie cellulaire tandis que le blettissement était dû à l'action d'un ferment soluble, préalablement fabriqué par la plante. Le venin du scorpion, le vaccin, la morve sont également des poisons diastasiques. Il en est de même du charbon même après que les bactéridies ont été tuées par l'oxygène.

M. Hayem présente une note sur les caractères anatomiques du sang. Nos lecteurs ont pu lire un résumé des travaux de M. Hayem dans le dernier bulletin du *Progrès*.

M. Cl. Bernard fait une communication importante sur la fonction glycogénique du foie. Il s'attache surtout à démontrer que si le foie continue à faire du sucre *post mortem* c'est en vertu d'une propriété qui est commune à tous les tissus et non point, comme on l'a prétendu, par suite d'une action cadavérique.

Séances du mois de juin.

M. Vulpian a fait des recherches sur la régénération des globules rouges. Pour cela, il a provoqué des hémorrhagies chez des grenouilles ; il n'a jamais vu de globules se former par scissiparité non plus que par les globulins ; toujours les hématies provenaient d'une cellule nucléée et primitivement incolore.

M. Davaine fait quelques objections aux recherches de M. Bert, que nous venons de signaler. Il aurait fallu, dit-il, prouver que les animaux inoculés avec du sang privé de bactéridies étaient bien morts du charbon et non de septicémie. Pour M. Davaine, le charbon est caractérisé par la bactéridihémie ; donc tout animal qui succombe sans avoir de bactéries dans le sang, ne meurt pas du charbon.

M. Trouvé soumet à l'Académie son explorateur électrique des corps étrangers métalliques.

M. Morel a étudié l'action sur l'économie du tétrachlorure de carbone. Ce corps, très-analogue au chloroforme, produit à peu près les mêmes effets, mais avec une période d'excitation beaucoup plus longue. P. Regnard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 septembre. — Présidence de M. Bouley.

M. Dechambre s'excuse d'avoir involontairement altéré le titre d'un ouvrage de M. Fock sur l'esthétique intitulé : *Symétrie ou proportions qui plaisent aux yeux*, et non : *Symétrie des proportions du beau*, et répond à diverses réclamations de l'auteur.

M. J. Guérin applaudit au succès du salicylate de soude, mais ne croit pas suffisamment établie l'action du médicament sur le cerveau, le poumon et le cœur. Il rappelle qu'il y a vingt ans, il traitait avec succès le rhumatisme articulaire et la goutte par des onctions avec une pommade stibiée ; la goutte, en particulier, par des vésicatoires volants appliqués au centre de la tuméfaction articulaire.

M. Tarnier présente, au nom de M. Ribémont, son interne, un tube laryngien qui possède des avantages incontestables sur le tube de Chaussier, modifié par M. Depaul. M. Tarnier reproche à ce dernier instrument : 1° d'être terminé par un orifice coupé perpendiculairement à l'axe, orifice qui, malgré son bord mousse, accroche les parties qu'il rencontre ; — 2° D'avoir un manuel opératoire incertain, malgré l'habileté de l'opérateur ; — 3° D'obturer incomplétement la glotte ; il résulte de ce dernier inconvénient, que l'air insufflé, arrêté par l'élasticité pulmonaire, reflue vers l'arrière-gorge, la bouche, les fosses nasales, et qu'on est obligé de tenir fermés, par une manœuvre compliquée des doigts, les orifices de ces cavités, sous peine de faire une opération peu utile.

M. Ribémont, en étudiant par des coupes médianes sur des fœtus congelés les rapports des organes, fut conduit à changer la courbure de l'instrument. La courbure du nouveau modèle est en rapport avec la forme naturelle des parties. Le manuel opératoire, au dire de M. Tarnier, est des plus facile : on introduit l'index dans l'arrière-gorge, la pulpe s'arrête derrière le larynx ; on conduit le tube, dont l'orifice porté sur une extrémité arrondie a cessé d'être un obstacle, jusqu'à ce que cette extrémité ait dépassé l'épiglotte ; un simple mouvement d'arrière en avant suffit à le faire entrer dans le larynx. De plus, sur une longueur de quelques centimètres avant sa terminaison, le tube prend la forme d'un cône aplati latéralement à base supérieure, ce qui lui permet de fermer hermétiquement les voies aériennes, et d'empêcher la déperdition de l'air insufflé.

M. Depaul repousse vivement les reproches que le chirurgien de la Maternité adresse au tube laryngien de Chaussier. Ces reproches, selon lui, ne sont pas fondés ; quant aux avantages du nouveau modèle, il ne les conteste pas ; mais il attendra les résultats de son expérience personnelle, avant de les admettre. Ces avantages toutefois lui semblent très-exagérés.

M. Tarnier répond à M. Depaul qu'il n'a pas dit du tube de Chaussier tout le mal qu'il eût voulu ; qu'il n'a pas encore assez loué les avantages de la modification imaginée par M. Ribémont, et qu'il désire surtout combattre la vieille routine qui cherche à entraver tout progrès nouveau.

M. Bouchardat trouve prématurées les conclusions du travail de M. Jules Guérin, sur la pathogénie de la fièvre typhoïde. Il lui semble difficile de rapporter à l'homme les résultats fournis par des expériences sur des lapins.

M. J. Guérin maintient ses conclusions. Il n'a point voulu dire qu'il produisait chez les lapins et les chiens des lésions intestinales semblables à celles de la fièvre typhoïde, mais des troubles nerveux analogues à ceux des typhiques, et suivis de mort rapide. Comme l'injection sous la peau de la matière des déjections typhoïdes, seules, a donné ces résultats, M. Jules Guérin se croit fondé à lui reconnaître une action sur l'économie à la fois septique et spécifique, se traduisant à l'extérieur par des phénomènes nerveux typhoïdes. M. Jules Guérin réserve pour la seconde partie de son travail l'étude des autres effets de l'injection.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 27 avril 1877. — Présidence de M. Charcot.

37. Epithélioma de l'œsophage. — Communication avec une bronche, violents accès de toux à la suite d'ingestion de liquide ; mort rapide ; par Ch. Leroux, interne des hôpitaux.

S... Nicolas, âgé de 67 ans, exerçant la profession de chiffonnier, entre le 8 décembre 1876 dans le service de M. Dumontpallier à la Pitié. Cet homme a toujours été bien portant ; jamais il n'a souffert de rhumatisme, jamais il n'a présenté aucun symptôme de syphilis. Il y a trois ans, sans cause connue, il commence à maigrir et à éprouver de violentes douleurs thoraciques, siégeant à peu près vers la base de l'appendice xyphoïde et s'exaspérant au moment de l'ingestion des

aliments. Après des alternatives de bien et de mal, il arrive jusqu'au mois de septembre 1876, époque à laquelle son état s'aggrave d'une manière manifeste. Il perd peu à peu l'appétit, l'ingestion des aliments devient beaucoup plus douloureuse, et les aliments solides passent avec peine. Il est réduit à se nourrir de bouillons et de potages, aussi maigrit-il rapidement. Enfin, son état est tel au mois de décembre qu'il se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. Le malade offre une maigreur considérable; il ne présente pas toutefois de teinte jaunâtre particulière. L'ingestion des aliments soit solides soit liquides est complétement impossible; ils sont rejetés au dehors quelques minutes à peine après leur ingestion. S... accuse également de violentes douleurs thoraciques siégeant tantôt à l'épigastre, tantôt dans la région intercostale droite, tantôt enfin dans la région dorsale. De temps en temps il crache d'abondantes mucosités. Jamais de véritables vomissements. L'examen de la poitrine ne fournit aucun renseignement. Nulle part il n'y a d'œdème.

On diagnostique un rétrécissement cancéreux de l'œsophage, et le cathétérisme n'ayant pas été fait, on ne peut en préciser exactement le siége.

Deux ou trois jours après son entrée, le lait qui ne pouvait point passer pénètre jusque dans l'estomac. Il semble qu'un obstacle ait en partie subitement disparu; toujours est-il que, jusqu'à la fin, il put ingérer du lait. Il continue néanmoins à maigrir et à souffrir horriblement. Son état cachectique s'accentue peu à peu et vers la fin du mois de mars, il présente une phlegmasie alba dolens du membre inférieur droit. Depuis longtemps il était atteint de catarrhe chronique des bronches. Il se maintient ainsi jusqu'au 20 avril, époque à laquelle il fut pris d'une singulière complication.

Depuis la veille au soir, dit-il, rien ne peut plus passer; à peine une goutte de lait est-elle ingérée qu'il est pris d'un violent accès de toux. Effectivement lorsqu'on lui fait boire une gorgée de lait, il survient immédiatement une toux quinteuse, violente, qui chasse au-dehors le lait ingéré, mêlé à une plus ou moins grande quantité de crachats muco-purulents verdâtres. L'auscultation, pratiquée à ce moment, ne fait entendre que le gargouillement produit par la toux et le rejet du liquide. Il y a évidemment là une communication anormale entre l'œsophage et l'appareil respiratoire, et le passage du lait dans une bronche détermine une toux reflexe. Il est bientôt pris de fièvre et deux jours après il succombe.

Autopsie. — Les poumons sont un peu emphysémateux; les bronches injectées et enduites d'un mucus épais. A la base du poumon gauche, quelques noyaux grisâtres et durs, du volume d'une lentille, de nature indéterminée à l'œil nu. L'estomac légèrement *dilaté*, n'offre aucune lésion ni au pylore ni au cardia. Rien du côté des autres viscères, foie, reins, rate, cœur, si ce n'est un peu de dégénérescence graisseuse; mais c'est du côté de l'œsophage et des bronches que se trouvent les lésions les plus intéressantes. En suivant l'œsophage et la trachée, on voit que ces deux organes adhèrent l'un à l'autre au niveau de la bifurcation de la trachée. A ce niveau, l'œsophage formant une tumeur fusiforme de 10 centimètres environ, dont la partie moyenne répond un peu au-dessous de la bifurcation de la trachée, adhère par sa face externe aux ganglions péribronchiques, à l'origine des deux bronches, à la face inférieure de la courbure de l'aorte, et latéralement se prolonge à gauche jusqu'au hile du poumon gauche. Légère adhérence aux plèvres médiastines, surtout à gauche, ainsi qu'à la face postérieure du péricarde. Pas d'épanchement dans ces cavités séreuses. Le cathétérisme de l'œsophage peut être fait assez facilement avec une sonde ordinaire; il y a rétrécissement très-marqué sans oblitération complète.

L'œsophage étant ouvert, on voit une ulcération fongueuse, irrégulière, grisâtre, humide, molle, le raclage détache facilement de petits fragments de la tumeur et fait sourdre un suc grisâtre opaque. Çà et là quelques points ecchymotiques. Cette ulcération commence à 4 centimètres du cardia, et remonte dans une étendue de 10 à 11 centimètres, se terminant en haut et en bas par un bord saillant, irrégulier sur la muqueuse.

La partie moyenne dilatée se prolonge sur la bronche gauche et à la face antérieure de ce prolongement on remarque une ulcération de 5 à 6 millimètres carrés déchiquetée, qui fait communiquer la cavité ulcérée de l'œsophage avec la bronche gauche. La communication a lieu à 4 centimètres de l'origine de cette bronche; pas de dilatation de l'œsophage. La trachée est rouge, injectée, enduite de mucus muco-purulent, ainsi que le larynx. Au niveau de la bifurcation la muqueuse est fortement altérée, ramollie verdâtre. Il y a un catharre purulent.

Sur la face postérieure de la bronche gauche, on retrouve l'ouverture sur les bords de laquelle le tissu cancéreux fait hernie. La muqueuse est ramollie, verdâtre, sans ulcération manifeste et répand une odeur infecte. Ces altérations se prolongent jusque dans les ramifications de 2e et de 3e ordre. A droite, lésions muqueuses moins avancées.

L'aorte adhère par la face inférieure de sa courbure à la tumeur. — A la coupe on voit qu'elle présente en un point un épaississement notable, une plaque légèrement verdâtre, à peine saillante dans sa cavité et une légère érosion de la tunique interne qui offre dans une assez grande étendue une coloration rosée.

Les ganglions bronchiques englobés dans la tumeur sont mous, sans dégénérescence appréciable à l'œil nu. — On ne trouve pas d'embolie dans les ramifications bronchiques gauches. Caillots dans la veine saphène et la partie supérieure de la veine fémorale gauche.

Le seul point intéressant de cette observation est la communication anormale entre la bronche et l'œsophage, communication qui produisait lors de l'ingestion de la plus petite quantité de liquide de violents accès de toux et qui, empêchant toute nutrition, fut bientôt suivie de la mort du malade.

L'*examen histologique* démontre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé de l'œsophage, caractérisé par l'infiltration du derme muqueux par des globes épidermiques, et par une prolifération épithéliale considérable. Des cellules de tissu embryonnaire infiltrent les parties les plus superficielles de la couche musculaire; les glandes au niveau de l'ulcération se distinguent à peine des masses épithéliales. Dans la zone qui siége sur les limites de l'ulcération, les glandes sont le siége d'une prolifération très-active; un peu plus loin, elles sont normales; cette zone est également infiltrée d'éléments de nouvelle formation, mais en nombre très-peu considérable.

38. Eclampsie puerpuérale. — Hémorrhagies viscérales (cerveau, foie); par R. Chenet et Quenu, internes des hôpitaux.

Escalonne Henriette, corsetière, 33 ans, primipare, entrée à la salle Sainte-Anne, le 25 avril. Dernières règles à la fin de juillet, aucun accident pendant la grossesse.

Dans la nuit du 24 au 25, perte des eaux; le lendemain, la femme entre à l'hôpital. M.... est petite, rachitique, ses jambes sont incurvées, la colonne vertébrale a subi une déviation latérale. Renseignements incomplets sur son enfance. Le ventre est très-proéminent, ce qui tient au non-engagement de la tête, et à la saillie du promontoire. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, compte 8 centimètres 1/2. Les battements du cœur fœtal s'entendent très-bien au-dessous de l'ombilic et près de la ligne médiane (144). Le palper et le toucher font reconnaître une O. I. G. A. Le travail n'est du reste pas commencé, il y a encore du col. Un peu de liquide teinté en vert par le méconium, continue à s'écouler dans la journée. 26, matin; même état. — Nuit bonne.

26, soir, à 8 heures; douleurs abdominales et première attaque d'éclampsie. Le col commence à se dilater. Deuxième attaque un quart-d'heure après. Ces attaques se composent de convulsions toxiques auxquelles succèdent des convulsions cloniques. Ecoulement de salive sanguinolente. — Par le cathétérisme, on retire un peu d'urine fortement chargée d'albumine. — Traitement: chloral, dix grammes à prendre d'heure en heure par cuillerées à bouche.

A 9 heures 1/2, l'orifice du col a le diamètre de 5 centimètres. La malade reprend toujours connaissance entre les attaques.

Devant l'état d'anémie où se trouve cette petite femme chétive, on hésite à pratiquer une saignée.

A une heure du matin, la dilatation est encore insuffisante pour qu'on puisse tenter une application des forceps. La période comateuse prédomine, néanmoins, la malade a encore quelques instants de lucidité entre chaque accès, pas de paralysie. A cinq heures du matin, *mort subite*. *Opération césarienne* dix minutes après la mort. Un flot de sang s'échappe du péritoine avant l'incision de l'utérus, ce qui fait croire à une rupture de cet organe. — Enfant mort.

Autopsie le même jour à 10 heures du matin. — On examine minutieusement les organes pelviens en les laissant en place, et on s'assure que ni les faces du corps de l'utérus, ni le fond, ne présentent de solution de continuité; du sang remplit en partie le cul-de-sac rétro-utérin, l'utérus est encore examiné, une fois enlevé avec ses annexes, il ne présente aucune trace de déchirure. Mais après avoir enlevé le sternum on aperçoit la surface du foie comme tuméfiée et d'un rouge vif. Sur la face convexe du foie, la capsule de Glisson est décollée du parenchyme hépatique et soulevée par un épanchement sanguin. Du sang à moitié liquide s'écoule par une déchirure située à la partie antérieure, et c'est de là évidemment que provient le sang trouvé dans le petit bassin. L'hématôme sous-capsulaire du foie occupe une grande partie de la face convexe; sur les autres points et notamment à la face inférieure du foie, le sang ne forme plus de foyers véritables, mais plutôt une sorte d'infiltration émaillant la surface de l'organe de plaques ecchymosiques irrégulières. En certains points de la face convexe, près du bord supérieur du foie, le sang a déchiré l'enveloppe cellulo-fibreuse. Sur une coupe, le tissu hépatique paraît congestionné, il présente par places de petites ecchymoses. — Rate saine.

Les *reins* offrent à la coupe une coloration jaunâtre semblant indiquer une dégénérescence graisseuse. Les *poumons* sont affaissés, décolorés, anémiés. *Cœur* petit, filament s'étendant du péricarde viscéral au péricarde pariétal. Utérus sain. Le placenta présente deux petits foyers hémorrhagiques de la grosseur d'un pois, trois cotylédons ont subi partiellement une dégénérescence fibro-graisseuse.

Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure 8 centimètres 1/2; le transversal 13 centimètres; les *méninges* ne sont pas injectées; les artères de la base de l'encéphale sont normales.

Cerveau. Foyer hémorrhagique occupant le lobe occipital droit, ou plus exactement, les deuxième et troisième circonvolutions occipitales droites: en arrière, tout-à-fait à la pointe du lobe, le foyer arrive superficiellement presque sous la pie-mère; cette enveloppe a même été déchirée, et le sang a fait irruption dans une des anfractuosités qui séparent les circonvolutions. Ce petit foyer est allongé transversalement, ne mesure que deux centimètres et demi environ d'épaisseur, aucune communication avec le prolongement occipital du ventricule latéral. La substance blanche voisine présente une sorte de ramollissement par imbibition à la surface connexe des deux hémisphères, et notamment de l'hémisphère droit, il existe une foule de petits foyers punctiformes, dont les uns sont visibles à la surface et dont les autres ne se voient que sur une coupe dans l'épaisseur de la couche corticale du cerveau, chacun d'eux semble lui-même formé par la réunion de petits points hémorrhagiques. Pas de piqueté dans la substance blanche du cerveau. Rien dans les masses glanglionnaires. Cervelet et bulbe sains.

Séance du 4 mai 1877. — Présidence de M. Charcot.

1. Néphrite interstitielle; Urémie; par A. Siredey et E. Decaudin.

Le nommé Meye Antonin, âgé de 25 ans, chapelier, entre le 7 février 1877, salle Saint-Augustin, n° 10, service du Dr Brouardel. Rien du côté de la famille. — A toujours été faible et d'une constitution chétive. Plusieurs maladies graves dans son enfance. Convulsions et paralysie spinale infantile dont il a gardé au membre inférieur droit un pied-bot valgus avec atrophie des muscles du mollet. Il a eu, de plus, une scarlatine et une fièvre typhoïde à des époques qu'il ne peut préciser. — A l'âge de 12 ans, travaillant dans une imprimerie, il eut une seule attaque de colique de plomb. Depuis l'âge de 18 ans, il est ouvrier chapelier, mais n'a jamais eu à manier aucune substance métallique; il travaillait toujours au milieu d'une atmosphère chaude. — Aucune trace d'alcoolisme ou de syphilis.

Décembre 1876. — Entre à l'hôpital Saint-Antoine avec une bronchite accompagnée d'accidents faisant penser à l'existence d'une intoxication, dont on ne peut, d'ailleurs, préciser la nature. — On pensa toutefois à un début de tuberculose, car il cracha un peu de sang. — Amélioré, il quitte l'hôpital au bout de quinze jours.

7 février 1877. — Rentre à l'hôpital pour les mêmes accidents: bronchite avec accès d'oppression qui l'empêchent de continuer son travail; garçon faible, délicat, de teinte pâle, ayant le facies intelligent, l'œil vif, cependant portant les traces d'une souffrance intime dont rien physiquement ne donne l'explication. — On croit toujours, à cause de signes négatifs du poumon qu'on est en présence ou d'une phthisie latente au début ou mieux d'une affection pulmonaire telle que: pneumonie interstitielle d'origine professionnelle (poussière des ateliers de chapellerie) ne se révélant encore par aucun signe perceptible à l'auscultation. — Il dort difficilement, mange mal, s'anémie progressivement, a des nausées continuelles et rend des crachats filants striés de sang. — Quoi qu'il en soit, il peut se lever, aller au jardin, n'a pas d'œdème des membres. Rien, dans les urines, globules blancs $\frac{1}{1.000}$ et globules rouges, 3 millions par millimètre cube.

Il reste dans cet état de malaise inexplicable pendant trois ou quatre semaines, sans que rien se montre de nouveau; dyspepsie, nausées, insomnie, anémie progressive, toux suivie d'expectoration visqueuse claire, parfois striée de sang. La faiblesse va en croissant, sans qu'il soit possible de fixer un diagnostic précis.

Mars 1877. — Au commencement du mois de mars, les symptômes augmentent d'intensité. Céphalalgie quelquefois très-vive, les nausées s'accompagnent parfois de vomissements alimentaires striés de sang, la dyspnée est de plus en plus prononcée, on dirait d'un asthmatique sans symptômes appréciables par l'examen physique.

4 mars. — Vomissement le matin; on constate une petite ecchymose à la conjonctive gauche, un peu au-dessous du limbe cornéal.

9 mars. — On trouve un peu de matité avec diminution du murmure vésiculaire aux deux bases, surtout à gauche en arrière. — Le foie est gros, très-douloureux à la pression, son bord inférieur déborde les fausses côtes, la matité à la région hépatique mesure 14 centimètres. — La rate a ses limites normales, on note un léger souffle au cœur, attribuable à l'anémie.

Vomissements et quelques crachats sanglants. C'est à cette époque que le malade prend une position dans son lit, qu'il affectera jusqu'à la fin. En effet, à ce moment, la dyspnée s'accroît, bien que l'auscultation ne révèle aucun changement dans l'état de ses poumons; les vomissements se répètent continuellement tous les jours et presque à chaque instant. Sa faiblesse devient extrême, l'anémie et la maigreur s'accentuent chaque jour. Aussi ne peut-il plus quitter son lit; où semblable à un asystolique, il reste sur son séant, son crachoir ou une cuvette entre les jambes, la tête reposant dans la paume de ses mains, et dans cette situation, il rejette toutes les potions vineuses, d'émétique, de bicarbonate de soude, etc., qui lui sont données. La glace et la potion de Rivière ne produisent aucun soulagement, il rejette tout et quand les vomissements ont cessé, il se redresse et semble très-oppressé. 40 respirations à la minute. Le pouls est petit et fréquent, 120 pulsations. Le foie mesure 20 à 22 centimètres; le cœur est un peu volumineux à la percussion. Enfin la température ne dépasse pas la moyenne normale. Si l'on ajoute à ce tableau que sa vue est troublée, qu'il ne voit plus les arbres du jardin placés derrière la fenêtre faisant face à son lit, que son regard ne peut rien fixer, qu'il est comme perdu dans le vague, et qu'enfin la grande lumière lui fait mal, on ne pourra plus concevoir de doute à l'endroit du diagnostic urémie qui fut porté. — Toutefois, en l'absence d'albumine et à cause du

volume du foie, on fit des réserves et l'on pensa que le foie était sans doute l'organe le plus atteint.

16. Un peu d'œdème survient à la face dorsale des pieds et des malléoles. Insomnie continuelle, vomissements persistants. Pupilles peu contractées. Le malade se plaint lui-même de la gêne de ses pieds œdématiés. Les troubles de la vision s'accentuent, le malade demande que l'on ferme les volets de la fenêtre qui est en face; il ne peut distinguer de gros caractères à une distance de 15 centim. Enfin il se plaint lui-même du désordre intellectuel qui l'agite à certains moments; il a du délire et de l'agitation durant la nuit.

20. Glace et jaborandi, 4 grammes sont prescrits. Le jaborandi n'a pas exagéré les vomissements comme on pouvait le craindre; les sueurs sont très-abondantes, une diarrhée survient qui produit un effet salutaire en diminuant les maux de tête et les vomissements; la vision est plus nette. Le foie ne mesure plus que 16 centimètres. La pointe du cœur bat sous la 6e côte.

30. L'analyse des vomissements donne 0,089 milligrammes d'urée par litre.

31. Les vomissements ont reparu. Dyspnée excessive. Foie plus douloureux mesurant 20 centimètres. Rien de nouveau à la poitrine.

On ne trouve pas d'albumine dans les urines, sinon un léger nuage, dû au jaborandi sans doute, et que l'alcool fait disparaître. On supprime le jaborandi et 6 ventouses scarifiées sont appliquées à la région du foie. Le sang des ventouses donne 1 gr. 07 d'urée par litre.

Avril du 2 au 7. Etat stationnaire pendant quelques jours, l'œdème augmente lentement, la dyspnée est très-intense, hoquets, vomissements.

6. Ventouses scarifiées au côté gauche, le sang analysée donne 1,50 d'urée par litre.

10. Les vomissements sont très-abondants, l'œdème a beaucoup augmenté et le malade se plaint de douleurs très-vives dans les jambes; agité il demande qu'on le change de place, qu'on l'asseoit, puis qu'on le couche.

13. Nuage d'albumine très-peu appréciable.

14. L'examen ophthalmoscopique est difficilement pratiqué; aussi ne pouvons-nous rien affirmer. Tandis que l'un a vu des plaques laiteuses, l'autre constate une choroïdite avec suffusion péripapillaire. Le malade se plaint aussi de voir des mouches volantes.

16. Délire dans la nuit, mais plus de vomissements, dyspnée diminuée; le malade se trouve mieux tandis que l'œdème des jambes envahit les cuisses et le bas du tronc.

Les matières fécales contiennent 0,176 milligr. d'urée par kilog. L'albumine ne se retrouve plus.

18. Râles fins à la base des deux poumons, en arrière respiration moins nette à droite qu'à gauche. Pouls irrégulier, faible, filant. On ne peut prendre le tracé au sphygmographe; il y a en effet des pulsations qui avortent. Foie 12 à 14 centimètres.

22. L'agitation a diminué; plus de vomissements; moins de douleur, somnolence, foie 10 centimètres.

25. Somnolence plus prononcée, formant contraste avec l'agitation des jours précédents. Erythème des fesses. — Constipation que lève un lavement purgatif.

27. Le malade se trouve mieux, coma un peu moins prononcé mais l'agitation reparaît dans la nuit. La dyspnée présente toujours les mêmes caractères; l'auscultation des poumons est rendue difficile à cause des efforts qu'il faut faire pour remuer le malade qui, dans son trouble et au milieu de la plus vive agitation, demande à quitter les salles. — Il parle en effet de sa mère qu'il appelle à grands cris, de son frère, nomme ses parents, ses voisins de lit, réclame l'infirmier à grands cris et quand celui-ci est auprès de lui, il ne veut plus convenir qu'il l'a appelé ou bien lui demande ce qu'il vient faire. Cet état de délire et cette forme d'agitation délirante datent déjà de quelques jours. — Mort le 30, au matin, à 6 heures, sans que le coma et le délire aient augmenté. Anurie complète dans les vingt-quatre dernières heures. La température a peu varié 37°,2, à 37°,4; trois ou quatre fois seulement elle est descendue au-dessous de 36° le 18 avril, le 24 et le 27.

Le sang examiné à plusieurs reprises a donné 3 millions de globules rouges, par millimètres cubes sans variation notable des globules blancs. Quant à l'albumine des urines, elle n'a été trouvée qu'une fois (12, 13 et 14 avril) sous forme de nuage qu'on n'a pu doser et qui n'a plus reparu.

DATES.	URINE EN 24 HEURES.	URÉE PAR LITRE.	URÉE EN 24 HEURES.
23 février	1 litre 900	9 gr.	17,10
24 —	1 — 800	7,2	12,96
1er mars	1 — 500	7,7	10,60
3 mars	2 — 000	3,1	6,2
10 mars	2 — 000	6,9	13,8
11 —	2 — 000	6,3	12,6
12 —	1 — 500	7,5	11,25
13 —	1 — 500	8,2	12,3
14 —	1 — 000	9,5	9,5
16 —	1 — 000	10,6	10,6
17 —	0 — 600	11,6	6,90
21 —	0 — 100	7,7	0,77
23 —	1 — 000	12,3	12,3
24 —	1 — 000	9 8	9,8
30 —	1 — 000	9,	9,
3 avril	» — 200	12,	1,40
8 —	0 — 150	12,1	1,81
12 —	0 — 700	14,9	10,43
15 —	0 — 600	15,4	9,24
17 —	1 — 000	13,2	13,2
18 —	0 — 600	15,4	9,24
22 —	0 — 100	14,4	1,44
23 —	1 — 000	15,9	15,9
25 —	1 — 000	9,	9,
27 —	1 — 000	18,	18,
28 —	0 — 600	15,2	9,22
29 —	0 — 500	16,1	8,05
30 —	Anurie.		

AUTOPSIE le 1er mai. — L'incision des parois abdominales laisse écouler une certaine quantité de liquide qui distendait le tissu cellulaire sous-cutané. *Abdomen.* — Liquide jaunâtre dans la cavité abdominale. Pas de traces de péritonite. — *Poumons.* Adhérences de la plèvre droite en arrière, au sommet et sur le côté la plèvre diaphragmatique seule est intacte. Exsudat gélatineux assez épais et un peu d'épanchement entre les deux feuillets en bas. — Quelques adhérences à gauche, mais moins prononcées qu'à droite. — Adhérences des plèvres interlobaires des deux côtes. Bronchopneumonie à droite, poumon rouge hépatisé, ne surnageant pas. — Pas de tubercules. — *Cœur.* Ecchymoses sous-péricardiques.

Cœur hypertrophié, surtout au ventricule gauche dont les parois mesurent 2 centimètres 1/2 d'épaisseur. Orifices sains. *Rate.* — *Rate* petite. — *Foie* pesant 1130 grammes. Foie muscade rouge, un peu gras, nullement altéré dans sa forme, mais de volume plutôt amoindri, vésicule biliaire distendue. — *Reins.* Reins atrophiés. Rein droit pèse 70 grammes. Rein gauche 60, ils sont très-petits et ont conservé leur forme normale, toutefois leur consistance est dure. Les pyramides restent parfaitement distinctes et dans les tubes de ces pyramides on peut voir quelques traînées de cristaux d'acide urique. L'atrophie est surtout remarquable au niveau de la substance corticale qui a disparu à peu près complétement. — Si on décortique les reins on éprouve quelque résistance à détacher l'enveloppe, qui, très-adhérente, enlève çà et là quelques parcelles de substance corticale. Néanmoins, la surface des reins décortiqués est granuleuse, bosselée, et ces granulations sont blanc-jaunâtre sur un fond rouge; on dirait d'un semis de granulations miliaires un peu grosses. Sur la coupe des reins on note aussi une dégénérescence graisseuse des parties qui entourent les pyramides tranchant par leur aspect sain et violacé sur le fonds dégénéré, jaunâtre, granulo-graisseux.

Cerveau. Rien à noter dans le cerveau, sinon un peu d'œdème et d'épaississement des méninges à la convexité.

Vessie. Il n'y a pas d'urine dans la vessie.

RÉFLEXIONS. L'observation que nous venons de décrire présente plusieurs points intéressants. 1° Le diagnostic au début n'a pu être fait, il ne l'a été qu'au moment où l'œdème survint tardivement, enfin il a été rendu difficile par l'absence presque totale d'albumine dans les urines. — 2° Le foie a semblé s'hypertrophier derrière l'obstacle que formait le rein à la libre excrétion des matériaux de désassimilation que le foie produisait. — 3° L'observation est en outre utile à consulter à cause des analyses qui ont été faites journellement. Les urines ont été analysées tous les jours et la courbe que nous tenons à la disposition des lecteurs ne peut être inscrite ici, malheureusement, dans toute son étendue. Elle prouve d'ailleurs que le chiffre de l'urée a baissé, dès le début, pour se relever plus tard ce qui est un peu en contradiction avec les résultats jusqu'ici obtenus.

Les matières fécales, les vomissements et le sang ont été analysés et contenaient de l'urée en proportion anormale toutefois sans être excessive. Les matières extractives leucine et thyrosine sont en préparation dans le laboratoire de M. Brouardel, nous publierons le résultat de cette dernière analyse.

2. Angine couenneuse et croup chez un nouveau-né; par CHENET, interne des hôpitaux.

Ces pièces ont été recueillies à l'autopsie d'un enfant, mort dans le service de M. le docteur Siredey, à l'hôpital Lariboisière, et dont voici l'histoire à grands traits.

Cet enfant, né le 14 avril 1877, pesait à la naissance 3 kilog. 500. Le 20 avril, la fille de service qui le nettoye signale le début d'un érysipèle de l'ombilic. L'enfant tétait moins bien depuis un ou deux jours au dire de la mère; il pesait alors 3 kilog. 300, et offrait déjà un peu d'écoulement séreux par le nez. On le fit descendre à la crèche où l'inflammation sus-ombilicale fut lavée à l'eau légèrement phéniquée, 1/200 et recouverte de cataplasmes de fécules. Le 28 avril, l'érysipèle après s'être étendu pendant les premiers jours était bien circonscrit et paraissait même s'éteindre, mais le jetage par les narines était toujours assez abondant et comme l'enfant tétait de moins en moins, nous examinons la bouche et l'arrière-gorge, et nous constatons ce jour-là même l'existence de fausses membranes qui tapissaient l'isthme du gosier. Le cri était cependant vigoureux, l'enfant n'avait pas maigri sensiblement, il n'avait pas de diarrhée, et n'offrait pas de trouble appréciable de la respiration.

On nettoya la gorge avec une solution de borax. Quelques cuillerées de potion de Todd furent administrées à l'enfant, mais l'état de la gorge ne s'améliora pas.

L'alimentation devient de plus en plus difficile. L'enfant tenait sa langue constamment recourbée vers l'arrière-gorge et comme roulée et refusait de prendre le sein.

Une exsudation blanchâtre se fit sur les bords de la plaie ombilicale, mais elle fut enlevée avec un pinceau, et un lavage phéniqué plus énergique 1/4° fut pratiqué. La diphthérie ne reparut pas sur ce point.

Le 1er mai, l'asphyxie commence. La vue s'éteint et la mort a lieu le 2 mai.

A l'autopsie, nous trouvons une rougeur violacée de l'isthme du gosier, du voile, des piliers, de la base de la langue et de la paroi postérieure du pharynx, avec le dos du scalpel on râcle sur la muqueuse une matière blanchâtre liquide. A l'ouverture du larynx, nous trouvons une rougeur générale très-intense, et de chaque côté, sur les cordes vocales et descendant au devant des ventricules, des fausses membranes très-minces, comme réticulées, mais cependant cohérentes, peu adhérentes aux plans muqueux, se détachant sous un filet d'eau. A l'examen microscopique, M. Troisier, a reconnu dans ces fausses membranes une masse granuleuse dans laquelle se trouvaient englobés de nombreux éléments nucléaires. Pas d'autres fausses membranes dans le reste des voies aériennes. Le poumon droit présente plusieurs foyers apoplectiques sous-pleuraux et interstitiels dont l'on obtient le volume d'une grosse noisette. Congestion peu intense de l'autre poumon. Cœur. Végétations rougeâtres très-visibles à l'œil et sensibles au doigt, dures, sur les bords de la valvule mitrale.

Mêmes lésions sur les bords de la tricuspide avec caillots dans le testicule droit se prolongeant dans l'artère pulmonaire. Foie presque noir très-congestionné. Congestion intense des reins. Infiltration sous-arachnoïdienne avec suffusions sanguines, sans foyer hémorrhagique circonscrit.

Réflexions. Il s'agit là d'un cas de diphthérie très-net et bien qu'aucun âge ne soit à l'abri de cette maladie, il est fort rare de la rencontrer chez des nouveaux-nés. Un autre cas s'était offert déjà à notre observation quelques jours avant, chez un enfant plus jeune qui avait été atteint moins de 8 jours après sa naissance et qui succomba à son dixième jour. Nous ne croyons pas que dans ces deux cas, la diphthérie se soit déclarée spontanément. En effet, ces deux enfants qui ont été pris à deux ou trois jours d'intervalle ont séjourné dans des berceaux voisins, non pas ensemble, mais successivement. Le premier, celui qui fait le sujet de cette observation, fut changé de salle le 20 avril (matin) au moment où l'on s'aperçut de l'érysipèle de l'ombilic. Il avait été couché à la salle Sainte-Anne, lit 25.

Le second enfant atteint de diphthérie, né le 20 avril (soir) fut couché au n° 26. Entre ces deux enfants la contagion à distance nous semble donc parfaitement admissible. Quant à la première importation de la maladie dans la salle des nouvelles accouchées où elle n'a jamais été observée encore, elle nous paraît avoir été faite par les élèves du service, et voici comment :

Quelques jours auparavant, un enfant de 14 mois, entré à la Crèche pour une syphilis communiquée par sa nourrice, avait été atteint de croup et avait succombé après 12 jours de séjour à l'hôpital, et cet enfant avait couché dans le même berceau qu'un autre enfant d'un an amené à l'hôpital pour une angine diphthéritique Ce premier cas de diphthérie nous avait été apporté de la ville. L'état sanitaire de nos salles étant bon avant son entrée. C'est donc là, très-vraisemblablement, la source du mal.

Je n'ai pas à m'étendre ici sur les moyens prophylactiques à prendre en pareil cas et sur toutes les précautions hygiéniques qui ont été prises pour arrêter le développement du mal et l'extension de foyer. Aucune des mères n'a été atteinte, mais au moment où je transcris cette communication, nous avons à déplorer un troisième cas de diphthérie mortelle chez un nouveau-né. J'ai seulement voulu apporter un document de plus à la doctrine de la contagion de la diphthérie, la contagion ayant pu être suivie pour ainsi dire pas à pas, et le mal ayant frappé des sujets qui, jusque-là, paraissaient épargnés par ce redoutable fléau.

3. Ramollissement cortical ancien ayant causé l'atrophie des deux marginales. — Diminution de volume de l'hémisphère cérébral correspondant. — Monoplégie brachiale avec contracture secondaire permanente. Absence de paralysie faciale, absence de lésions corticales correspondantes; par H. de BOYER, interne des hôpitaux.

Le nommé G.... .Eugène, âgé de 58 ans, entre le 11 avril 1877, à l'infirmerie de Bicêtre (service de M. Bouchard): En 1872, ce malade a eu une attaque d'apoplexie; il se trouvait en omnibus quand il perdit peu à peu connaissance, il reprit bientôt ses sens et n'eut ni embarras de la parole, ni diminution de la sensibilité. — Une hémiplégie gauche complète se produisit à cette époque, sans être accompagnée de paralysie faciale. Au bout de quatre à cinq jours la motilité revint dans la jambe, mais le bras gauche fut toujours paralysé; la contracture tardive s'établit peu à peu, sans date précise; elle existait au commencement de 1877 quand le malade est entré à l'hospice.

Cet homme ayant subi une contusion du grand trochanter il y a quelques semaines, a été soigné dans le service de chirurgie du Dr Terrier où l'on a constaté le même état et, en plus une contracture passagère de la jambe gauche, paraissant sous l'influence directe de traumatisme.

Actuellement le malade est atteint de contracture du membre supérieur gauche, avec flexion de la main sur l'avant-bras;

poing fermé et atrophie des muscles de l'avant-bras. Quand on écarte le bras du corps ou que l'on cherche à en étendre les segments, on provoque un tremblement de ce membre. Il n'y a pas de diminution de la sensibilité.

Le 11 avril 1877 le malade prend de la diarrhée et une broncho-pneumonie dont il meurt le 20 : Il n'avait jamais présenté de paralysie faciale, ni de déviations oculaires, intelligence nette, parole facile.

AUTOPSIE. — Broncho-pneumonie double. Sclérose des reins qui sont kystiques. — Rien au foie, à la rate, aux organes génito-urinaires, catarrhe intestinal.

Cerveau. Les artères cérébrales sont saines, pas d'anévrysmes miliaires, les artères de la pie-mère sont oblitérées du côté droit, et cette membrane a pris un aspect gris sale et des épaississements fibreux par place; le cerveau est asymétrique, très-développé du côté gauche, atrophie au contraire à droite. Il n'y a pas d'asymétrie cérébelleuse ou pyramidale, la moelle paraît aussi symétrique. Le lobe gauche est sain, creusé de dépressions profondes, le lobe paracentral et l'avant coin sont très-élevés, très-découpés, toutes les scissures occipitales sont développées, la surface de ce lobe est évidemment beaucoup plus considérable que celle d'un cerveau normal, le champ cortical est beaucoup plus prononcé que du côté droit.

Le lobe droit est atrophié aux dépens de A et B en haut (marginales : frontale ascendante, pariétale ascendante), de T, Ts et de la base de F3 externe, le lobe paracentral est très-surbaissé et les deux marginales ont complétement disparu à ce niveau. Cette atrophie est causée par une plaque jaune ancienne, correspondant à la distribution vasculaire des deux branches ascendantes de la sylvienne droite. Quelques adhérences existent aussi sur le pli courbe au niveau du lobule pariétal inférieur, mais en un point différent de celui signalé par Grasset comme répondant aux mouvements des yeux. Les centres gris ne présentent pas d'altérations. La moelle réservée pour l'étude n'a pas présenté de lésions macroscopiques.

Nous avions là, en somme, un exemple intéressant de *monoplégie brachiale* accompagnée de *contracture persistante*, correspondant à un état de destruction de la *substance corticale* répondant aux points assignés comme *centres pour les mouvements volontaires des membres*.

4. Pneumonie caséeuse pseudo-lobaire du poumon droit ; diphthérie intercurrente ; par M. MAYGRIER, interne des hôpitaux.

Bédu Emile, 17 ans, employé de commerce, entre le 18 avril 1877, dans le service de M. Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine. Le malade n'accuse aucune maladie grave antérieure; pas d'antécédents héréditaires. Le samedi, 14 avril, il est pris d'un point de côté assez violent du côté droit, sans frisson notable. Il était, dit-il, un peu enrhumé depuis une quinzaine de jours. En même temps survient une fièvre assez intense; la toux augmente et est accompagnée d'expectoration.

Le 18 avril, jour de l'entrée. Face vultueuse, moite, dyspnée assez considérable. Langue blanche, pâteuse, anorexie complète.

Examen de la poitrine. A la percussion, matité absolue dans le quart inférieur du poumon droit. A l'auscultation, expiration soufflante commençant vers le milieu de la fosse sous-épineuse ; le souffle, qui est sec et vibrant augmente d'intensité jusqu'à la base; il est mélangé de quelques bulles humides. On constate très-nettement de la broncho-égophonie. Les vibrations thoraciques sont un peu diminuées. Les crachats sont visqueux, très-adhérents, finement aérés et un peu teintés en jaune, on conclut à une pleuro-pneumonie. Rien dans le poumon gauche. Prescription; large vésicatoire, potion kermétisée.

19 avril. Même état. Température : matin, 38°,5 ; soir, 40°,2.

20 avril. L'épanchement semble se résorber un peu, et la pneumonie prendre le dessus.

Température, matin : 39° 8 ; soir 40° 2.

21 *avril.* Rémission générale le matin. Dans les 2 tiers inférieurs du poumon droit matité, souffle et bulles humides après la toux ; bronchophonie. Prescription : potion au tartre stibié. Température matin : 38° 5 ; soir : 40° 6.

22 *avril.* La nuit a été bonne; l'état général est calme : mêmes symptômes physiques, avec quelques râles en plus. Température, matin : 38°, 5; soir : 40°, 4.

23 *avril.* Mêmes signes physiques : les râles sous-crépitants augmentent. Crachats moins visqueux, moins adhérents, peu teintés.

Etat général très-satisfaisant. Température, matin : 38°, 2 ; soir : 40°,2.

24. Etat général, très-satisfaisant. Température, matin : 39,4 ; soir : 40°.

25. Nuit agitée, sans sommeil : nouveau point de côté à droite : le malade est abattu, anxieux ; la langue est très-chargée.

On constate quelques stries sanguinolentes dans les crachats. Moins de râles de retour, souffle bronchique intense. On supprime l'émétique dont la tolérance s'est établie d'emblée et on redonne du kermès. Température, matin : 39°,4 ; soir : 40°.

26 *avril.* Nuit meilleure ; pas d'agitations ni de délire. Les crachats, jusqu'alors à peine pathognomoniques, ont maintenant une couleur chocolat, presque jus de pruneau, qui fait craindre l'hépatisation grise. Les bulles humides sont redevenues nombreuses et grosses — le souffle tubaire et la tronchophonie persistent. Température, matin : 38°2. — Soir : 40°.

27. Les crachats sont plus liquides, moins visqueux, tout à fait jus de pruneau, sans odeur. L'état général n'est cependant pas mauvais; mêmes signes à l'auscultation. Température, matin : 39°,1. — Soir : 40°,2.

28. Même état : vers midi, le malade se plaint de souffrir un peu de la gorge. Température, matin : 38°, 8. — Soir : 40°, 2.

29. Les crachats ont perdu presque entièrement leur teinte brune ; ils sont devenus spumeux, à peine visqueux ; la toux est très-fréquente. A l'examen de la gorge, on constate des exsudats blanchâtres, mal limités sur leurs bords, recouvrant chaque amygdale. Léger engorgement des ganglions sous-maxillaires; vive douleur à la déglutition; pas d'albumine dans les urines. Prescription ; collutoire avec miel rosat : 12 gram. et acide chlorhydrique : 4 gram.

Température : matin, 38°,8. — Soir : 40°,2.

30. Etat général mauvais : dyspnée intense, dysphagie considérable. — Le souffle est très-fort, très-vibrant : peu de râles. L'expectoration est mousseuse, très-abondante, d'un blanc jaunâtre. Les plaques pseudo-membraneuses se sont étendues aux piliers postérieurs et au pharynx.

Température, matin : 39°.— Soir : 40°,2. — La mort survient dans la nuit, pendant un effort de toux.

AUTOPSIE, le 2 mai. — *Poumons.* Le poumon gauche, qui avait été considéré comme sain pendant la vie, présente à l'union du lobe supérieur avec l'inférieur, un groupe de granulations caséeuses agglomérées, et dans le lobe inférieur des granulations disséminées et peu abondantes; rien du tout au sommet.

Poumon droit. — Adhérences pleurales assez solides ; pas d'épanchement dans la séreuse ; un peu de pleurésie interlobaire. Les lobes supérieur et moyen contiennent quelques granulations éparses de haut en bas et augmentant à mesure qu'on s'approche du lobe inférieur.

Le lobe inférieur tout entier est hépatisé non pas en masse, mais bien par îlots ; dans l'intervalle de ces îlots dont la largeur est assez variable, et qui présentent une coloration blanc-jaunâtre, sont des parties de tissu pulmonaire sain, [de couleur rouge plus ou moins foncée, tous les points malades sont exclusivement formés de matière caséeuse ; il n'existe nulle part des traces de ramollissement, ni de cavernes caséeuses. En somme, il s'agit d'une *pneumonie caséeuse lobulaire*, ayant simulé par sa marche et par ses symptômes une pneumonie lobaire, et ayant évolué rapidement (en quatorze jours) chez un sujet non tuberculeux antérieurement. La diphthérie intercurrente qui a enlevé le malade a permis de saisir les lésions dans le cours de leur production. Le pharynx, le larynx et les bronches sont recouverts de fausses membranes qu'on peut suivre dans les plus fins tuyaux bronchiques. Les

autres organes, cœur, foie, reins et cerveau sont sains et ne présentent aucune trace de granulations tuberculeuses.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 *avril* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, au nom de M. LAURE (de Lyon) un travail sur l'emploi de la *méthode de Brand* et du bain tiède dans le traitement de la fièvre typhoïde. Voici les principales conclusions de ce travail :

Notre expérience nous a donné la preuve certaine d'une innocuité de l'eau froide. La méthode de Brand n'est cependant pas exempte de tout danger. La pneumonie est un écueil.

Les indications ne sont pas encore connues d'une façon suffisamment précise, et on ne saurait l'appliquer à tous les cas. La méthode s'adresse spécialement aux accidents nerveux graves et aux températures extrêmes. Elle ne prévient aucune des complications habituelles de la fièvre typhoïde. Il est des cas où le sulfate de quinine et un purgatif léger, répondant à des indications spéciales, peuvent encore rendre de grands services.

La méthode de Brand comparée au traitement par l'expectation a paru abaisser la mortalité de la fièvre typhoïde et constitue, sans être un spécifique, un des moyens les plus rationnels et les plus efficaces employés dans le cours de certaines dothiénentéries. Les résultats ne diffèrent pas essentiellement de ceux obtenus par le bain tiède.

M. CADET DE GASSICOURT présente, au nom d'un de son interne, M. GUYARD, une thèse intitulée : *Etude sur la fièvre typhoïde à rechutes*. Ce travail tend à prouver que lorsqu'une rechute apparait dans la convalescence apparente de la fièvre typhoïde, ce n'est pas une maladie qui succède à la première, mais que c'est, au contraire, le même processus morbide qui n'a pas encore épuisé son action et qui manifeste sa présence par une évolution nouvelle de tous les symptômes de l'affection ; c'est en quelque sorte une fièvre typhoïde en deux actes et une forme particulière de la maladie.

M. FERRAND termine la lecture de son mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. Nous ne pouvons analyser avec les détails nécessaires cette longue communication qui s'est prolongée pendant trois séances. Nous reproduisons seulement les conclusions par lesquelles l'auteur se résume :

1° Sans vouloir mettre en doute ni considérer comme de nulle valeur les statistiques mortuaires relativement au traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, on ne saurait mettre trop de réserve dans l'appréciation du chiffre qu'elles fournissent.

2° L'hyperthermie n'est qu'un résultat de la maladie, tout au plus un des éléments de la fièvre. Elle est le signe de la chaleur mise en liberté par les actes morbides, et comme une foule de modifications physico-chimiques peuvent la conserver latente ou la restituer à la liberté, elle n'est qu'un effet dont l'accroissement ne saurait mesurer exactement l'intensité des phénomènes pathologiques, bien qu'elle leur paraisse proportionnée.

3° L'hyperthermie peut cependant atteindre l'importance que tout phénomène secondaire peut prendre dans une évolution pathologique déterminée et devenir la source d'une indication thérapeutique. La limite au-delà de laquelle cette indication se présente est d'autant mieux déterminée que la température du malade se rapproche davantage de celle où nous voyons se produire de graves accidents et la mort survenir. Elle oscille entre 40° et 42°.

4° Les bains froids ont pour effet physique d'enlever à la périphérie une somme considérable de chaleur (1000 calories environ en un quart d'heure, quand on suit la méthode de Brand) ; quant à leur effet physiologique, ils font passer le sujet qui est soumis à cette épreuve par des phases d'excitation et d'épuisement nerveux, par des oscillations brusques de la circulation dans les différents territoires, et très-certainement aussi par des alternatives de suractivité et d'inertie nutritives qui ne sont pas sans danger. L'absence d'une réaction que l'on s'efforce d'étouffer aussitôt qu'on l'a provoquée, constitue un danger plus redoutable encore. Un certain degré d'algidité en est la conséquence nécessaire.

Il en résulte que l'homme en santé en ressentirait un profond malaise, souvent même un accès de fièvre. Il en résulte pour le malade d'abord un grand risque d'épuisement nerveux, ensuite des congestions viscérales, enfin et nécessairement l'hypothermie.

5° Les bains tièdes, les lotions et les lavements frais, pourvu qu'on en répète l'usage, sont dans la grande majorité des cas des moyens réfrigérants suffisamment efficaces et qu'on peut toujours employer sans danger. Les bains froids ne doivent être mis en œuvre que dans les cas exceptionnels où ces moyens demeurent sans effet; encore faudra-t-il agir dans la mesure, difficile à apprécier, où le malade paraîtra capable de les supporter.

M. LIBERMANN lit un travail intitulé : *Etude comparative des complications de la fièvre typhoïde dans le traitement par les bains froids et les traitements ordinaires*. Ce travail, basé sur l'examen des statistiques réunies par M. Brand est entièrement favorable à la méthode des bains froids.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, négligeant pour le moment le fond du sujet, veut cependant de suite protester contre la valeur que l'on attribue trop facilement aux *statistiques*. Les chiffres donnés par Brand sont pris de côté et d'autre, et ne peuvent, malgré leur nombre colossal, entrer en ligne de compte dans une statistique sérieuse. Il faut des faits comparables ; aussi les statistiques de M. Peter et de M. Beaumetz ont-elles beaucoup plus de valeur pour juger les résultats donnés à Paris par la méthode des bains froids.

M. LIBERMANN fait remarquer que MM. Féréol et Raynaud n'ont soumis aux bains froids que les cas graves et que, par conséquent, leurs statistiques ne sont pas comparables à celles de MM. Peter et Beaumetz. Il faut aussi tenir compte des séries heureuses et malheureuses ; au Gros-Caillou, la mortalité est descendue, en 1864, à 4,5 0/0 ; en 1870, elle atteignit 60 0/0; il est vrai que c'était pendant la guerre. Plus près de nous, M. Alix a traité par les bains froids trois malades qui sont morts tous les trois, et M. Lacassagne a obtenu par la même méthode huit guérisons sur huit cas. Les conclusions que l'on tirerait d'aussi petits chiffres ne prouveraient rien ; il faut, au contraire, des statistiques portant sur un grand nombre de faits, et ces statistiques sont sérieuses lorsque, comme celles de Brand, elles sont faites avec des observations.

M. MOUTARD-MARTIN. Les petits détails permettent de juger la valeur des gros chiffres. Brand, sur 100 cas d'hémorrhagie intestinale dans la fièvre typhoïde, traitées par les méthodes ordinaires, 50 cas de mort. Cela seul suffit à juger la statistique, car l'hémorrhagie intestinale, ainsi que l'enseignaient Trousseau et Louis, est plutôt un signe favorable : c'est dans la grande majorité des cas, un signe de défervescence.

M. LIBERMANN. Les chiffres cités par M. Moutard-Martin ne reposent pas sur des observations personnelles à Brand, c'est une moyenne de chiffres empruntés à différents auteurs français et allemands.

M. LAVERAN. Il importe de remarquer que dans les statistiques allemandes, on range sous le nom de fièvre typhoïde tous les cas de typhus abortif, tandis qu'en France on y fait entrer seulement les cas qui se prolongent pendant trois septenaires au moins. Les Allemands ont probablement raison; car dernièrement encore j'ai fait l'autopsie d'un malade mort de syncope au huitième jour d'une fièvre typhoïde extrêmement légère et qui certainement aurait été écartée des statistiques françaises, et cependant l'intestin présentait des lésions extrêmement nettes. Quoi qu'il en soit, il faut savoir que les statistiques françaises et allemandes ne sont pas comparables. A. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE L'ÉLYSÉE

Anesthésie complète du trijumeau du côté droit. — Hémianesthésie de la face. — Observation par le Dr FIEUZAL.

M. D..., 34 ans, petit, tempérament lymphatique, obèse (poids 114 kilogr.), quoique doué d'une assez grande activité, tendance invincible au sommeil dès qu'il est assis; du reste, bonne santé habituelle avec conservation des facultés intellectuelles; se présente à notre consultation pour une taie de la cornée droite qui est sillonnée par quelques vaisseaux et aussi pour une rougeur conjonctivale depuis longtemps persistante, *mais sans chémosis*.

Quand on examine cet œil à l'éclairage latéral, on aperçoit à travers une faible opacité de la moitié inférieure de la cornée, des traces d'iritis ancienne, quelques dépôts d'uvée sur la capsule ; la pupille se montre un peu mobile et *n'est pas resserrée*; le champ visuel est conservé, l'acuité est nulle; le globe oculaire possède à peu près la consistance de celui du côté gauche qui *est normale*. En voulant explorer la sensibilité, je m'aperçois que toute la moitié droite de la face, desservie par les branches du trifacial, est absolument insensible

tant au point de vue de la sensibilité tactile que de la sensibilité spéciale, et j'apprends alors en questionnant le malade que cet état remonte à deux années déjà et, d'après ces réponses, je parviens aisément, en réunissant les symptômes dont il a souffert, à constituer la maladie décrite sous le nom de *kératite neuro-paralytique.*

Les cas de cette affection sont assez peu fréquents pour qu'il y ait intérêt à faire connaître cette observation dans tous ses détails ; d'autant plus que le malade dont il est question peut servir à élucider un point que les physiologistes n'interprètent pas tous de la même manière.

Notre malade est en effet, atteint d'anesthésie complète de la 5e paire dans sa grosse comme dans sa petite racine et la Kératite dont il a été atteint n'a pourtant pas amené la fonte purulente des membranes ainsi que le pensent bon nombre d'auteurs et que cela s'observe souvent. A quoi tient donc dans le cas actuel sinon l'absence du moins le peu d'intensité des troubles trophiques dans la région innervée par la 5e paire? Rappelons en quelques mots que le nerf trijumeau prend son origine apparente sur les limites du pédoncule cérébelleux moyen et de la protubérance par un gros cordon formé de deux racines bien distinctes, l'une sensitive beaucoup plus grosse s'enfonce dans le bulbe crânien, où elle s'anastomose avec le nerf auditif et se continue d'une part avec le faisceau antéro-latéral du bulle et d'autre part avec le corps restiforme ; c'est elle qui forme uniquement le ganglion de Gasser ; l'autre motrice, plus petite, émerge de la protubérance et se continue avec le cordon antéro-latéral de la moelle.

En présence des phénomènes éprouvés par le malade et dont nous avons déjà donné un léger aperçu, nous avons dû, pour arriver à un diagnostic rationnel, nous poser les questions suivantes :

Y a-t-il chez notre malade, une lésion organique de l'encéphale (tumeur au voisinage de la protubérance) ?

Y a-t-il défaut de continuité dans la propriété conductrice du trifacial? (tumeur comprimant le tronc ou les branches de ce nerf, dégénérescence, etc.), en d'autres termes l'anesthésie observée est-elle périphérique ou résulte-t-elle d'un défaut de perception sensorielle?

L'étendue bien circonscrite de l'anesthésie, la conservation des mouvements volontaires, nous font pencher pour l'origine périphérique, surtout si nous fesons entrer en ligne de compte l'abolition des mouvements réflexes. Dans le cas actuel, ce n'est pas seulement sur la grosse racine mais aussi sur la petite (racine motrice) que doit porter la dégénérescence atrophique ou autre, car les muscles masséters se trouvent un peu atteints ; la moitié droite de la face est plus flasque, la salive bave souvent par la commissure droite : le malade ne peut siffler que très-imparfaitement ; l'absence de paralysie portant sur d'autres nerfs sensitifs ou moteurs de la tête ou même du tronc nous semblent militer en faveur de la localisation périphérique de la lésion. Nous en dirons autant de la perte de la sensibilité olfactive et tactile de la narine droite, ainsi que de la perte de la sensibilité tactile et gustative de la moitié droite de la langue qui supporte une solution de strychnine sans manifester la moindre répugnance jusqu'à ce que la moitié gauche de cet organe se trouvant imprégnée par la salive, le malade accuse la sensation d'une saveur horriblement amère.

Si maintenant nous portons notre attention sur les phénomènes de nutrition, nous observons que la moitié droite de la face est moins chaude que la moitié gauche; la circulation y est plus ralentie, la muqueuse buccale est aussi insensible aux piqûres d'aiguilles que la face cutanée ; dans ces derniers jours, il est survenu une ulcération sur le bord antérieur de la langue, les gencives sont un peu ramollies, les dents paraissent allongées au malade qui voudrait les faire arracher : cependant à la percussion, avec un stylet métallique, aucune d'elles n'accuse de l'hyperesthésie. Quant au globe de l'œil, il est entièrement anesthésié : c'est ainsi qu'on peut promener le doigt ou mieux un morceau de papier ou le dos d'un crayon sur la cornée sans susciter le moindre clignotement ; les paupières ne clignent que sous l'influence de la lumière, ou même sans cause aucune et d'une manière pour ainsi dire instinctive et de temps en temps ; mais elles obéissent parfaitement à la volonté et c'est, à notre avis, dans l'intégrité de la 7e paire qui a permis la conservation des mouvements volontaires, qu'il faut chercher la raison de la conservation des membranes oculaires dans un état d'intégrité relative qu'elles n'auraient pas conservée depuis deux années que dure la paralysie trifaciale si l'œil exposé au contact des poussières n'avait eu pour se protéger que le clignotement que nous venons de signaler.

On sait, en effet, que toutes les fois qu'on rompt la continuité dans la propriété conductrice de ce nerf en faisant la section intra-crânienne du ganglion de Gasser, l'œil, outre les phénomènes constants qu'il éprouve immédiatement, tels que myosis, insensibilité, chémosis, exophthalmos, etc., ne tarde pas à perdre de sa consistance, et à présenter des opacités cornéennes qui aboutissent à la perforation et à la fonte purulente de l'organe.

Nous avons vu plusieurs cas de paralysie de l'orbiculaire sans anesthésie de la 5e paire être suivis d'ulcères de la cornée qui nous ont paru devoir être attribués à l'exposition permanente du globe oculaire aux injures des poussières extérieures, il en est de même des ectropions cicatriciels ou paralytiques et malgré l'observation si intéressante rapportée par Taylor nous pensons que l'exposition permanente de la conjonctive et de la cornée à l'action irritante des poussières est la cause directe des accidents que nous venons de mentionner; est-ce à dire que la paralysie de la 5e paire ne puisse par elle-même amener des troubles trophiques conduisant l'œil aux mêmes désastres; évidemment non, car il suffit de passer la pulpe du doigt sur un œil dont le trifacial est paralysé pour acquérir la conviction que l'état de sécheresse dans lequel se trouvent la cornée et la conjonctive ne soit une menace permanente pour l'intégrité de la cornée, mais il est hors de doute qu'il a suffi ici de la conservation des mouvements volontaires pour ralentir les phénomènes de dénutrition et mettre notre malade dans les conditions que réalise le professeur Snellen lorsqu'après avoir fait la section du ganglion de Gasser sur un lapin, il ramène l'oreille sur l'œil pour en opérer l'occlusion à l'aide de quelques sutures.

La cause de l'anesthésie du trifacial dans le cas qui nous occupe n'est pas facile à déterminer. Notre malade, et c'est peut-être pour lui un heureux événement, a contracté la syphilis il y a douze ans et bien qu'il n'ait aucune manifestation certaine de la diathèse syphilitique, nous l'avons soumis au traitement anti-syphilitique en lui faisant faire des onctions mercurielles que nous nous proposons de pousser jusqu'à la salivation.

Il faut dire qu'il a pris, à plusieurs reprises, un traitement anti-syphilitique sans en retirer de sérieux avantages. Il est vrai que jamais le traitement n'a été continué assez longtemps et peut-être obtiendrons-nous quelques résultats d'un traitement méthodique.

En même temps nous l'avons soumis à des injections locales de sulfate de strychnine à 1/100. Ces injections de 1/2 centigramme d'abord et au bout de quelques jours de 1 centigramme, ont amené au bout de douze jours une sensibilité incontestable dans les régions frontale, temporale et maxillaire, mais le globe oculaire est resté complètement insensible de même que les paupières ; quant à la sensibilité spéciale et tactile de la langue et de la muqueuse de Schneider, elles ont été momentanément réveillées.

Un essai de métallothérapie a été fait sans succès, mais seulement pour l'or. Y a-t-il quelque chose à espérer de l'emploi de la cure métallique, nous n'oserions l'affirmer ; mais les injections de strychnine devant être interrompues à cause de l'œdème sous-cutané qu'elles avaient occasionné, nous avons commencé l'emploi des courants continus faibles avec deux éléments de Remak que nous nous proposons d'expérimenter avec plus de confiance que les chaînes de M. Burq.

Nous dirons en terminant que notre malade a souffert, il y a deux ans d'une hyperesthésie de la branche maxillaire supérieure alors que déjà il y avait paralysie du sentiment dans toute la moitié de la face et au moment où a éclaté sa kératite neuro-paralytique.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur les mouvements du cerveau et sur le mécanisme de la circulation des centres; nerveux;
par A. SALATHÉ; th. doct. Paris 1877, chez G. Masson.

D'ingénieuses et persévérantes études expérimentales faites dans le laboratoire du professeur Marey, au Collége de France, ont permis à l'auteur de formuler les conclusions suivantes: Les modifications de calibre des vaisseaux encéphaliques sont la cause du phénomène auquel on a donné le nom de mouvements du cerveau. Ces variations du calibre vasculaire sont liées à l'influence cardiaque et respiratoire; elles entraînent des changements rhythmés du volume de l'encéphale, dont la turgescence augmente et diminue tour à tour.

Les mouvements du cerveau peuvent être directement observés dans le cas où la rigidité des parois crâniennes n'est pas absolue, c'est-à-dire chez le nouveau-né dont les fontanelles ne sont pas encore ossifiées; chez l'adulte, dans les cas de ramollissement ou de perte de substance de la voûte crânienne; enfin, à la suite de la trépanation pratiquée sur l'homme ou sur les animaux. La systole cardiaque traduit seule son influence sur les battements de la fontanelle antérieure de l'enfant pendant l'état de calme parfait et pendant le sommeil. Pendant le sommeil, les mouvements de la fontanelle liés à l'action du cœur offrent une excursion plus développée que pendant la veille, ce qui dénote une diminution de la tension intra-crânienne et par conséquent aussi de la turgescence de l'encéphale.

Lorsque la respiration est profondément modifiée par des actes tels que l'effort, les cris, la toux, le baillement, l'éternument, la succion, les battements de la fontanelle concordent avec les modifications respiratoires dont les effets sont parfois exagérés au point de dissimuler absolument l'influence cardiaque.

Dans les cas de perte de substance ou de ramollissement morbide des parois crâniennes permettant l'observation des mouvements du cerveau *chez l'adulte*, on constate que, de même que chez le nouveau-né, les mouvements du cerveau dépendent uniquement de l'influence cardiaque, quand la respiration est calme. Dans ces mêmes cas, ce n'est que lorsque la respiration est exagérée, ainsi qu'il arrive lors des efforts, qu'elle exerce son influence sur les mouvements cérébraux.

Quand, à la suite de la trépanation pratiquée sur les animaux, on adapte à l'ouverture crânienne un tube contenant un liquide, on voit celui-ci présenter des oscillations traduisant les mouvements d'expansion et de retrait de l'encéphale. Leur inscription montre qu'elles sont de nature double et qu'elles se rattachent les unes à la respiration qui détermine des modifications de réplétion artérielle et veineuse, les autres à l'augmentation du calibre artériel, liée à la systole cardiaque. Ces dernières donnent un tracé assimilable à celui du pouls. Les oscillations d'origine respiratoire, d'autant plus accusées que l'animal est moins calme, peuvent voiler les oscillations d'origine cardiaque qui paraissent, en général, d'autant mieux que les oscillations se rattachant à la respiration sont moins prononcées.

La ligature des artères amenant le sang à l'encéphale, détermine une diminution du volume et des mouvements du cerveau d'autant plus prononcés, que l'oblitération porte sur un plus grand nombre d'artères. Non seulement les mouvements d'origine cardiaque, mais encore ceux d'origine respiratoire s'affaiblissent à la suite des ligatures artérielles.

Les carotides et les vertébrales étant liées, les oscillations commandées par la respiration peuvent encore se produire à la suite de l'exagération des mouvements respiratoires. Ces oscillations ne peuvent dépendre alors que des modifications de replétion veineuse.

Les oscillations dépendant de la respiration peuvent s'éteindre complétement dans la période d'insensibilité amenée par les anesthésiques. La respiration artificielle renverse le mode de production des oscillations du liquide, qui, normalement, s'élève en expiration et s'abaisse en inspiration.

Les changements de niveau du liquide, sous l'influence des variations d'attitude, permettent de constater l'augmentation notable du volume encéphalique, quand on abaisse la tête de l'animal, sa diminution quand on l'élève. On observe en même temps, de même que chez le nouveau-né, la diminution très-manifeste de l'amplitude des oscillations dans le premier cas, leur augmentation dans le second.

En pratiquant une trépanation au rachis, on observe des oscillations de même ordre qu'au crâne. Les oscillations d'origine cardiaque et respiratoire observées simultanément au crâne et au rachis, sont synchrones.

La quantité des liquides contenus dans un *crâne complétement ossifié* est toujours la même; des variations inverses se produisent toutefois entre la quantité du sang et celle du liquide céphalo-rachidien. Ces variations sont possibles, grâce à la communication de l'espace sous-arachnoïdien avec les gaînes nerveuses, et surtout grâce à l'extensibilité partielle des parois de la cavité rachidienne, dans laquelle peut refluer le liquide cérébro-spinal, quand le volume encéphalique augmente, pour rentrer dans la boîte crânienne, quand il diminue. La rigidité de la boîte crânienne n'empêche pas la production des changements de volume de l'encéphale auquel s'appliquent, par conséquent aussi, les résultats observés dans le cas où les parois crâniennes sont en partie molles ou extensibles. L. LANDOUZY.

VARIA

Statistique des bibliothèques de Paris.

Le Ministère de l'instruction publique vient de dresser la statistique de toutes les bibliothèques de France. Voici les chiffres que nous y relevons: La Bibliothèque nationale qui n'a son égale nulle part, contient plus d'un demi-million de volumes. Outre la bibliothèque de la rue Richelieu, la ville de Paris possède encore d'importantes collections, que nous citons par ordre alphabétique.

Bibliothèque des Archives, fondée par Daunou en 1808, 20,000 volumes.— Bibliothèque de l'Arsenal, qui date du siècle dernier, fondée par Saulmy d'Argenson, 200,000 volumes et 8,000 manuscrits. Cette bibliothèque est surtout riche en documents relatifs au théâtre. — Bibliothèque des avocats, au Palais de Justice, 12,000 volumes. — Bibliothèque du Bureau des longitudes, 5,000 volumes. — Bibliothèque du Collége de France, 6,000 volumes. — Bibliothèque du Conservatoire des arts et métiers, 20,000 volumes. — Bibliothèque du Corps législatif, 50,000 volumes. — Bibliothèque de la Cour de cassation, 40,000 volumes. — Bibliothèque de la Faculté de droit, 9,000 volumes. — Bibliothèque de la Faculté de médecine, 33,000 volumes. — Bibliothèque de l'hôtel de la Monnaie, 2,000 volumes. — Bibliothèque de l'Imprimerie nationale, 3,000 volumes. — Bibliothèque de l'Institut, 100,000 volumes. — Bibliothèque des Invalides, 25,000 volumes. — Bibliothèque du Louvre, 100,000 volumes. — Bibliothèque du ministère des affaires étrangères, 14,000 volumes. — Bibliothèque Mazarine (*Bibliotheca fundatore Mazarinea*), fondée vers le milieu du dix-septième siècle, 160,000 volumes. — Bibliothèque du Muséum d'histoire naturelle, 35,000 volumes. — Bibliothèque Sainte-Geneviève, 170,000 volumes. — Bibliothèque de l'ancien Sénat (palais du Luxembourg), 20,000 volumes. — Bibliothèque de la Sorbonne, 125,000 volumes.

Hygiène publique: Laboratoire de chimie.

A Berlin fonctionne, depuis le 1er juillet de l'année courante, un laboratoire de chimie dépendant du bureau sanitaire de l'empire allemand. Ce laboratoire est sous la direction d'un professeur de chimie assisté d'un médecin détaché par l'administration. De toutes les parties de l'Allemagne on lui adresse, à ce que nous apprennent les journaux allemands, des envois d'articles suspects, aussi bien en fait de matières alimentaires qu'en fait d'étoffes entrant dans la confection des vêtements. Mais on n'y soumet à l'examen de l'analyse que les articles sur lesquels il paraît nécessaire de fournir des renseignements dans l'intérêt public, et surtout en vue de la législation générale qu'on est en train de préparer. (*Journal officiel*).

41. Électuaire antidiarrhéique.

Conserve de roses......	10 grammes.
Quinquina calisaya pulv. }	
Sous-phosphate de chaux pulv. } ãã	5 grammes.
Ecorce d'orange pulv....	2 —
Sirop de Cachou.......	q. s.

F. s. a. un électuaire, dont on donnera de 4 à 20 grammes, en deux ou trois fois, pour combattre la diarrhée. — Décoction blanche ou eau albumineuse pour boisson. (Jeannel. — *Formulaire*, etc.)

42. Boisson antidiarrhéique (*Piorry.*)

Semences de riz décortiquées......	30 grammes.
Blancs d'œufs................	n° 3.
Sirop de coings..............	100 grammes.
Eau........................	1.000 —

On fait bouillir le riz dans l'eau pendant une heure, on passe à travers un linge peu serré ; on laisse refroidir la décoction ainsi obtenue, et on y ajoute les œufs et le sirop. On donne, toutes les demi-heures, un quart de verre de cette préparation, aux personnes atteintes de diarrhée. Dès que cette dernière a cessé, on alimente les malades avec des jus de viande, des viandes tendres et peu cuites. (Gallois. — *Douze cents formules*, etc.).

Enseignement libre.

Cours d'accouchements. — MM. BUDIN et PINARD commenceront le 15 septembre un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° Anatomie, physiologie et grossesse ; 2° eutocie ; 3° dystocie ; 4° exercices pratiques. — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

MORTALITÉ A PARIS. — Population : 1,988,806 habitants. (Recensement de 1876). Pendant la semaine finissant le 6 septembre 1877, on a déclaré 896 décès, soit 23.4 décès par mille habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 34 ; — rougeole, 12 ; — scarlatine, 3 ; — variole, 1 ; — croup, 13 ; — angine couenneuse, 18 ; — bronchite aiguë, 29 ; — pneumonie, 42 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 27 ; — choléra nostras, » ; — dyssenterie, 3 ; — affections puerpérales, 1 ; — érysipèle, 3 ; — autres affections aiguës, 346 ; — affections

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ARMY MEDICAL MUSEUM. — List of skeleton and crania in the section of comparative anatomy of the united states army medical museum for using during the international exhibition of 1876.

BISTOWE, J. HARLEY, ETC. — Saint-Thomas's Hospital Reports, 1877. New series, vol. VII. London, impr. Churchill, New Burlington street.

FRANZ NAVE. — Die Ménière, sche Krankeit. Breslau. 1877.

HANTINGTON AND GEORGE A. OTIS. — Description of the U.-S. Army medical transfort cart, model of 1876. Philadelphia, 1876.

GEORGE A. OTIS. — Description of selected specimens from the surgical section of the army medical museum at Washington. Philadelphia, 1876.

WEIR MITCHEL. — Fat and blood : and how to make them. 1877, Philadelphia : J. B. Lippincott.

NATIONAL MEDICAL LIBRARY. — Specimen fasciculus of a catalogue, under the direction of the surgeon general, United States army at Washington, 1876, Washington government printed office.

E. ROSS AND W. OSLER. — Case of aneurism of the hepatic artery with multiple abcesses of the liver. Montreal, 1877. Printing of the Gazette, in-8° de 14 pages

SEGUIN (E.-C.). — Diagrams for the study of cerebral and spinal lesions. 1877, New-York, 182 fifth avenue Putnam sons publishers. — Prix : 10 c. Se vend aux bureaux du *Progrès médical*.

WILLIAM WHITE (J.). — On the diagnosis of urethral stricture by bulbougies et with illustrative cases. Philadelphia, 1877. Lippincott et C[e], in-32 de 25 pages.

WOODWARD (J.-J.). — The medical staff of the United States army and its scientific work. Philadelphia, 1876.

— Description of the models of Hospital Steam-Vessels. — Philadelphia, 1876.

— Description of the models of hospital Cars. Philadelphia, 1876.

— Description of the selected specimens from the medical section of the army medical museum at Washington. Philadelphia, 1876.

WOODWARD (J.-J). — Description of the models of Hospitals. Philadelphia, 1876.

WOODWARD (J.-J.). — Lest of microscopical preparations from the army medical museum Philadelphia.

WOODWARD (J.-J.). — Typho-malaria-Fever : is its special type of fever ? Being remarks introductory to the discussion of the question in the section of medicine, international medical congress. Philadelphia, 1876.

PONTE Y TORRALBAS. — Gaceta scientifica de Venezuela, 1877, Primer Anno. Caracas, imps Teodoro de Aldrey.

O PROGRESSO MEDICO. — D[r] D. de Almeida Martins Costa, revue bimensuelle, 1876, Brésil, Rio-de-Janeiro, typographie academica, rua de Sete, setembre 1873, n° 1, 5 de novembre 1876.

MORIZ BENEDIKT. — Die kranioscopie und kraniometrie in der pathologie der Gehirnkrankheiten. (Separat-abdruck aus der *Berlin. Klin. Wochenschrift*. Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin, in-8° de 11 pages.

chroniques, 314, dont 134 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 27 ;— causes accidentelles, 23.

L'Université d'Upsal commencera demain la célébration du 4e centenaire de sa fondation. C'est un anniversaire cher à toute la Scandinavie et particulièrement à la Suède. L'université d'Upsal se rattache par des liens bien étroits à l'université de Paris. — (*Journal officiel*).

Administration générale de l'assistance publique a Paris. — *Hôpital de Berck-sur-Mer.* — Avis aux étudiants en médecine : Les deux places d'interne de l'hôpital de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais), se trouveront vacantes à partir du 1er janvier 1878. L'administration croit devoir porter à la connaissance de MM. les étudiants en médecine que, dans le cas où ces deux places ne seraient pas demandées soit par des internes titulaires ou provisoires en fonctions, soit par des internes titulaires ou provisoires à nommer à la suite du prochain concours, elle ouvrira, dans les premiers jours de l'année prochaine, un concours spécial pour la nomination aux deux places d'interne de l'hôpital de Berck-sur-Mer. Seront admis à prendre part à ce concours : Les élèves externes des hôpitaux de Paris ; les élèves en médecine de 3e année au moins, qui auront fait six mois de stage régulier dans un des services de médecine ou de chirurgie des hôpitaux de Paris. Une affiche ultérieure fera connaître l'époque du concours, ainsi que les épreuves auxquelles seront soumis les candidats. — Nous espérons que ces places seront prises par deux internes titulaires si l'Administration est bien décidée à accorder deux places d'interne de plus à la condition d'aller à Berck-s.-Mer.

Choléra. — Le conseil de santé a décidé que le paquebot des Messageries maritimes, l'*Anadyr*, arrivant de Hong-Kong à Marseille serait soumis à la quarantaine de sept jours et non de quarante-huit heures comme on le croyait. La mesure est basée sur l'existence du choléra à Saïgon où l'*Anadyr* a fait escale.

Librairie V. A. DELAHAYE et Ce, libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Depasse (Edg.). — Essai sur quelques causes des calamités chirurgicales. Paris, gr. in-8 de 77 pages.

Léger (H.). — Etude sur l'aortite aiguë. Paris, 1877, in-8 de 115 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Legrand du Saulle. Etude médico-légale sur les épileptiques. Paris, 1877, 1 vol in-8. 4 fr. 50.

Martin (A.). Réflexions sur la question des rapports de l'urée avec le foie. Paris, 1877, in-8. 1 fr. 50.

Meunier (A.). Etude parallèle des globules rouges et blancs du sang et des principaux éléments de l'urine dans quelques maladies aiguës. Paris, 1877, in-8. 2 fr.

Montagard (E.). De la vaginite aiguë et chronique. Paris, 1877, in-8. 2 fr.

Nouveau guide de toutes les villes d'eaux de Belgique pour l'année 1877, 3e *année*. 1 fr. 50.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

Le Progrès Médical

MALADIES DES YEUX

École pratique. — Cours de M. le Dr **E. LANDOLT.**

Du diagnostic des maladies des yeux (1).

Leçon recueillie par A. CHARPENTIER.

XIIIe LEÇON. — **De la vision indirecte et du champ visuel** (*suite*).

Messieurs,

Maintenant que nous avons appris à explorer les fonctions et les limites de la vision indirecte, il nous reste à appliquer ces notions aux nombreux cas pathologiques où elle peut être troublée. Nous en parlerons brièvement, relevant seulement les faits importants, car il n'y a pas de lésion de l'intérieur de l'œil qui ne soit accompagnée de symptômes périmétriques. — De plus, toutes les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière qui se manifestent dans l'organe de la vue commencent par troubler la forme et les fonctions du champ visuel.

Parmi les maladies purement oculaires, nous citerons en premier lieu le glaucôme. Un de ses premiers symptômes est un rétrécissement de la partie interne et supérieure du champ visuel. Ce symptôme est si caractéristique, que c'est de lui surtout que dépend le diagnostic dans les cas douteux.

Les hémorrhagies dans le tissu de la rétine causent nécessairement l'abolition complète de la vision des parties qu'elles envahissent. Ce fait se manifeste par des scotomes fixes dans le champ visuel. Le périmètre devient dans ces cas un moyen précieux et plus délicat que l'ophthalmoscope pour suivre la marche de la maladie, qui est indiquée directement par l'accroissement ou la diminution des scotomes. Aussi longtemps que les limites des scotomes sont indécises et variables, le processus continue. La stabilité et la précision des limites indiquent la fin de la maladie.

Une autre maladie très-fréquente se révèle par des scotomes dans le champ visuel, c'est la choroïdite disséminée, qui passe rarement sans entraîner des altérations de la rétine. Elle se manifeste tout d'abord à la périphérie, où l'ophthalmoscope est souvent impuissant à la découvrir. Or, déjà à cette époque, l'exploration périmétrique accuse son existence par l'irrégularité des limites du champ visuel, ou la présence de scotomes périphériques.

Aucune affection de la rétine ne se produit du reste sans tracer sa marche dans le champ visuel. Le décollement de la rétine, par exemple, entraîne nécessairement la perte d'une partie au moins du champ visuel qui lui correspond. Ainsi vous voyez ici le champ visuel d'un décollement de la partie inférieure de la rétine. Il est rétréci surtout en haut. Celui-ci, qui est rétréci considérablement dans sa totalité, correspond à un décollement rétinien tout autour du nerf optique. Il a formé ainsi une espèce d'entonnoir au fond duquel se trouve le nerf optique. Dans ce cas, il était préférable de prendre la papille comme point de départ de la mensuration. Et, de même que dans l'image ophthalmoscopique, la papille forme le centre du décollement, de même sur le dessin la tache de Mariotte forme le centre du champ visuel rétréci.

L'importance de la périmétrie dans le décollement de la rétine du reste ne consiste pas seulement dans le diagnostic de celui-ci, qui se fait plus simplement avec l'ophthalmoscope : elle est surtout capitale pour le pronostic. Si le rétrécissement du champ visuel est plus grand que le décollement constaté à l'ophthalmoscope, cela nous prouve qu'une partie de la rétine située au-delà du décollement visible a déjà perdu sa sensibilité; par conséquent nous devons nous attendre à une marche rapidement progressive du décollement. Des cas contraires, où une partie de la rétine décollée est encore sensible, permettent par contre un pronostic plus favorable. Quelquefois sous l'influence d'un traitement approprié, repos absolu du malade, avec séjour dans l'obscurité, la rétine arrive à reprendre sa place et ses rapports normaux.

Ce qui caractérise le champ visuel de la rétine décollée, c'est que les diverses limites fonctionnelles sont interrompues au même niveau que les limites externes. Les champs visuels des couleurs, qui sont normalement à peu près parallèles aux limites extérieures du champ visuel général, sont comme coupées à l'endroit où ils entrent dans le domaine du décollement.

Un exemple frappant de la correspondance des symptômes ophthalmoscopiques et périmétriques a été pour moi le cas suivant, dont voici les champs visuels. Un corps étranger était entré dans l'intérieur du globe de l'œil, avait déchiré la rétine et la choroïde et s'était logé dans la sclérotique. Une large extravasation de sang couvrait la partie lésée et le corps étranger également. C'est à cette époque que j'ai trouvé ce premier champ visuel. Il présente une lacune semblable à l'extravasation, seulement dirigée en sens inverse. Quelques jours après, le sang commençait à se résorber : la délivrance de la rétine sous-jacente s'accuse tout de suite par une diminution du scotome.

Plus tard, la plus grande partie de l'extravasation s'était séparée de l'endroit de la lésion. Nous avons par conséquent un scotome circulaire qui lui correspond, détaché de la lacune périphérique causée par la déchirure. Enfin, quand tout le sang fut résorbé, ce scotome disparut et il ne resta plus que la lacune périphérique. Nous avons alors laissé le malade quitter la clinique, sûrs d'avoir atteint toute amélioration possible, car on ne pouvait évidemment pas espérer le rétablissement de la partie déchirée de la rétine.

Toutes les inflammations de la rétine trouvent leur expression dans le champ visuel, en affectant les formes, les limites, les fonctions du champ visuel, mais surtout les relations qui existent entre la vision centrale et la vision périphérique d'autre part, et, d'un autre côté, entre les champs visuels des couleurs et les limites générales. Ainsi, nous voyons la rétinite pigmentaire accompagnée d'un rétrécissement concentrique de toutes les fonctions de la rétine, et ce rétrécissement se resserre de plus en plus vers le centre, dont l'acuité visuelle reste longtemps assez bonne. Point de scotomes, point d'irrégularités des limites.

Une rétinite syphilitique ou brightique, par contre, attaque de bonne heure la vision directe tandis qu'elle laisse longtemps intactes les limites du champ visuel. La perception des couleurs est altérée en ce sens que les limites des différentes couleurs sont très-vagues, se croisent quelquefois et changent souvent de place.

Les scotomes sont la conséquence fréquente des apoplexies, des infiltrations et des dégénérescences de la rétine, qui ne manquent presque jamais dans ces maladies.

Quand le nerf optique prend part au processus morbide, on trouve un agrandissement de la tache de Mariotte provenant de l'exsudation qui s'est faite dans le tissu rétinien environnant la papille optique.

Nul doute que la périmétrie ne parvienne à jeter sur les amblyopies sans cause connue, un jour que l'ophthalmoscope n'a pu leur donner. Il en sera de même, je l'espère, des amblyopies toxiques et hystériques, des amblyopies par suite de pertes sanguines abondantes ou d'une nutrition insuffisante, maladies dont la nature est encore très-

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876; nos 6, 19, 21, 25, 26, 34 et 35 de 1877.

obscure. Dans ces cas, les phénomènes périmétriques ont à peu près la même signification que dans les atrophies du nerf optique.

Citons encore en passant le scotome central produit par l'altération de la macula avec l'extension de la tache aveugle, dans la choroïdite postérieure qui cause si souvent la myopie progressive ; le scotome central que produit l'embolie de l'artère centrale de la rétine par hypérémie, ou hémorrhagie de la macula ; le scotome particulier des amblyopies toxiques, scotome central, de petite étendue, *portant seulement sur la couleur rouge*.

Mais, indépendamment de son utilité pour le diagnostic des maladies oculaires proprement dites, la périmétrie a trouvé encore une application importante.

Vous savez, messieurs, quelles espérances a fait naître la découverte de l'ophthalmoscope pour le diagnostic des maladies cérébrales. Vous savez que ces espérances ne se sont pas réalisées aussi largement qu'on l'avait attendu. La cause en est facile à donner. Il n'y a guère plus de cinq états différents dans lesquels la papille du nerf optique et la rétine puissent se présenter à l'examen ophthalmoscopique, tandis qu'il aurait dû relever au moins dix espèces de maladies (en faisant abstraction des variétés infinies de siége et d'étendue). C'est la périmétrie qui vient ici en aide à l'ophthalmoscope, et ces deux méthodes d'exploration réunies ont déjà considérablement augmenté le nombre et la valeur des indications relatives aux maladies cérébrales.

Ainsi, un rétrécissement concentrique des fonctions de la vision indirecte accompagné d'une diminution de l'acuité visuelle, indique souvent la névrite de la partie extra-bulbaire du nerf optique alors que l'ophthalmoscope n'en montre encore aucune trace. Une atrophie du nerf peut même s'en suivre sans que l'on ait jamais observé au fond de l'œil les caractères de la névrite optique. L'autopsie fournit alors les preuves du diagnostic en montrant la destruction des fibres nerveuses extra-oculaires, l'hypertrophie du tissu conjonctif, et, comme cause principale, l'existence d'une tumeur de l'encéphale.

Le symptôme le plus fréquent que nous montre l'ophthalmoscope dans les cas de maladies cérébrales, c'est l'atrophie de la papille. Cette papille blanche, plate, à vaisseaux amincis, est en effet le résultat des maladies les plus variées du système nerveux et de l'encéphale, sans que l'examen ophthalmoscopique puisse, pour sa part, nous renseigner sur la cause. Dans les cas fréquents où la vision n'est pas complètement perdue, on fait bien de consulter la périmétrie.

L'atrophie du nerf optique par cause périphérique, c'est-à-dire par suite d'altération de la partie située en deçà du chiasma, cette atrophie, dis-je, attaque les différentes parties et les différentes fonctions de la rétine de manières très-variées. Le champ visuel peut conserver une étendue relativement grande, malgré l'abolition presque complète de la vision centrale. Les limites sont généralement irrégulières, présentent des sinuosités. Quelquefois il manque un secteur du champ visuel. Or, dans tous ces cas, le pronostic dépend uniquement de la perception des couleurs. Si le champ visuel de toutes les couleurs est peu altéré, surtout si les limites ne suivent pas parallèlement les irrégularités des limites extérieures, le pronostic est favorable, c'est-à-dire qu'on peut attendre quelque amélioration, ou tout au moins l'arrêt du processus morbide. Si, par contre, la perception des couleurs a très-peu d'étendue dans le champ visuel, si elle suit toutes les sinuosités des limites externes, si certaines couleurs manquent complètement à la périphérie, le pronostic est très-mauvais, on a affaire à une atrophie progressive.

Dans ces cas, le champ visuel des couleurs se rétrécit graduellement ; en dernier lieu le violet et le vert ne sont plus reconnus qu'au point de fixation, puis ils disparaissent complètement ; le violet paraît encore un certain temps bleuâtre, mais bientôt seulement gris foncé ; le vert clair fait l'impression de blanc ou de gris clair, le vert foncé semble gris foncé. Bientôt le rouge suit les deux autres couleurs ; il passe par un stade où le malade le prend pour brun, enfin, il paraît noir. Ce sont le jaune et le bleu qui persistent le plus longtemps. Mais peu à peu le jaune devient blanc, et le bleu est la seule couleur que le malade distingue jusque dans un stade plus avancé, où l'achromatopsie complète envahit l'œil et rend le pronostic le plus funeste possible.

Cette diminution du champ visuel des couleurs et cette disparition de certaines d'entre elles (comme le vert et le rouge), se retrouvent dans l'alcoolisme, où elles accompagnent l'effrayante diminution de l'acuité visuelle. Dans ces cas, les limites extérieures du champ visuel peuvent rester assez étendues, mais l'altération de la perception des couleurs rend malgré cela le pronostic très-mauvais. On peut au contraire attendre de bons effets du traitement général, quand les courbes des couleurs sont conservées proportionnellement à l'étendue générale du champ visuel.

Les altérations du champ visuel dans l'ataxie et dans certaines maladies de la moelle épinière, ne sont pas moins importantes. Un champ visuel très-irrégulier dans ses limites générales comme dans les limites des couleurs, qui se croisent d'une manière confuse, l'existence de scotomes absolus ou de scotomes pour certaines couleurs, affermissent le diagnostic et rendent le pronostic plus ou moins grave suivant le degré de leur développement.

En dehors de cette série de maladies variées, la périmétrie nous fournit les indices les plus certains sur la localisation de certaines maladies cérébrales. L'hémiopie qui consiste dans le manque d'une partie semblable des champs visuels des deux yeux, indique une lésion de la bandelette optique opposée à la partie insensible.

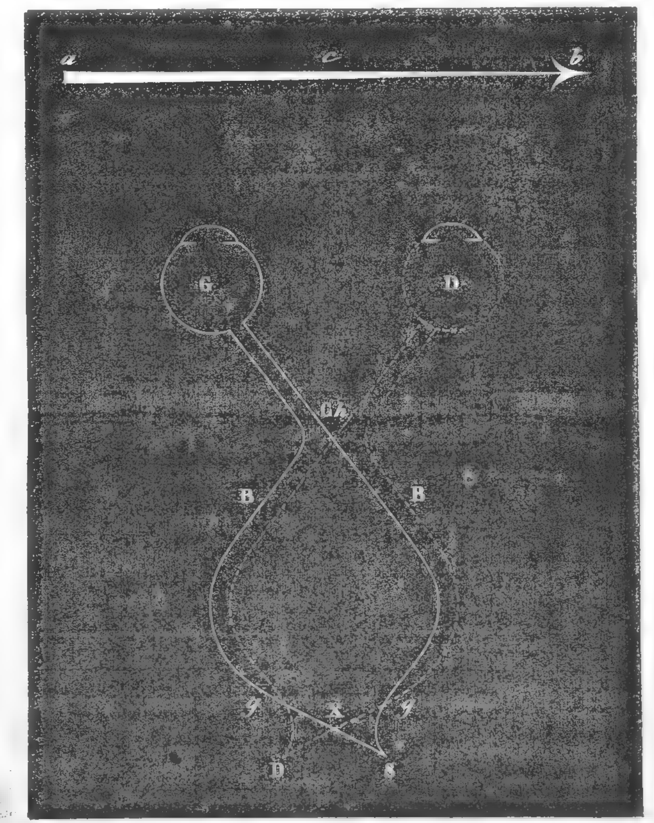


Fig. 75. — G et D, œil gauche, œil droit. — *ch.* chiasma. — BB, bandelettes optiques. — *gg*, corps genouillés. — X, second chiasma. — DS, terminaison des fibres optiques de l'œil gauche S, de l'œil droit D.

Ce fait s'explique facilement par la décussation des nerfs optiques dans le chiasma (*Fig. 75*). Parmi les fibres nerveuses de chaque bandelette optique, une partie se dirige, selon la théorie, vers l'œil du côté opposé, en se croisant dans le chiasma pour aller innerver la moitié interne de chaque

rétine ; une autre partie entre, sans se croiser, dans la moitié externe de l'œil du même côté. Or, une lésion de la bandelette optique droite détruit évidemment la sensibilité de la moitié droite de chaque rétine, par conséquent de la moitié gauche du champ visuel de chaque œil ou du champ visuel commun. Chaque œil en fixant l'objet *ab*, n'en verra que la partie *cb*, dont les rayons tombent sur la partie sensible de sa rétine. Ainsi les individus affectés d'hémiopie ne voient que la moitié des objets qu'ils fixent. Il y a du reste des cas où la perte de la sensibilité n'a pas envahi toute une moitié de la rétine. La défectuosité du champ visuel ne comprend qu'une partie semblable pour les deux yeux, comme dans le cas que je vous montre. On appelle encore cela de l'hémiopie, et on l'attribue à la lésion de la bandelette optique du côté opposé. Seulement dans ce cas elle est incomplète.

Ce qu'il y a de caractéristique dans l'hémiopie, c'est que l'abolition de la perception des couleurs est aussi nette que celle de la perception de la lumière en général. Les limites des champs visuels des couleurs ne suivent les limites extérieures que dans le domaine des parties sensibles de la rétine. Arrivées aux limites de l'hémiopie, elles sont coupées nettement et s'arrêtent court. Cela s'explique facilement et distingue l'hémiopie des autres défectuosités du champ visuel.

Enfin, il nous reste encore à vous citer certaines particularités du champ visuel que nous avons pu étudier tout récemment dans le service de M. le professeur Charcot, à la Salpétrière. Elles vous sont peut-être connues par le travail que j'ai publié à ce sujet dans les *Archives de physiologie* de 1875, où nous les avons mentionnées. Dans certains cas d'hémianesthésie, d'hémiplégie, d'hémichorée hystériques, on trouve, outre l'amblyopie de l'œil du côté paralysé, un rétrécissement concentrique du champ visuel, avec rétrécissement pour les couleurs, et cela sans phénomène opthalmoscopique. Ces symptômes ne sont point passagers, ils persistent des années et s'aggravent avec la maladie. L'œil du côté opposé peut rester tout à fait intact.

Ces faits sont extrêmement importants. Les altérations semblables de la sensibilité générale, de l'ouïe et de l'odorat, parlent fortement en faveur de l'existence d'un foyer central encéphalique. Et de fait, des autopsies de différents cas semblables survenus par suite d'apoplexie, ont montré régulièrement une lésion de la partie postérieure de la couche optique et des parties avoisinantees. M. Charcot admet d'après cela une lésion siégeant au même endroit, pour les cas absolument semblables d'hémianesthésie et d'hémiplégie hystériques.

On avait cru cependant jusqu'à présent que toute lésion au-delà du chiasma, toute lésion centrale ne pouvait produire que de l'hémiopie, fait qui serait la conséquence du croisement incomplet des nerfs optiques dans le chiasma. L'amblyopie d'un seul œil ne semblait pouvoir être produite que par une névrite unilatérale. Or, dans les cas dont nous parlons, il n'y a pas trace de névrite ou d'atrophie papillaire. Il faut donc que la semi-décussation des nerfs optiques ne soit pas telle qu'on l'a admise jusqu'à présent, ou que les fibres qui paraissent se rendre directement dans l'œil du même côté, se croisent réellement plus haut, peut-être au niveau des corps quadrijumeaux antérieurs. Cela est d'autant plus vraisemblable, qu'avec le croisement incomplet, une partie des fibres du nerf optique auraient été les seules à faire exception à la règle que suivent tous les nerfs crâniens, qui se croisent avant d'arriver à leur distribution respective.

Enfin, laissant à l'anatomie et à la physiologie expérimentale l'explication du phénomène, il nous suffit pour le moment d'avoir signalé un nouveau symptôme oculaire utile et la localisation d'une maladie cérébrale : c'est-à-dire l'amblyopie unilatérale avec rétrécissement concentrique et proportionnel du champ visuel sans phénomènes ophthalmoscopiques, ce qui indique une lésion non loin des corps quadrijumeaux et de la partie postérieure de la couche optique du côté opposé.

DERMATOLOGIE

Hopital Saint-Louis. — M. VIDAL.

Du Pityriasis (1).

Leçon recueillie et rédigée par M. de Beurmann, interne des hôpitaux.

Pityriasis de cause interne. — Les différents auteurs ont admis des variétés très-nombreuses de pityriasis de cause interne ; mais toutes peuvent être ramenées aux quatre formes suivantes adoptées par M. Hardy :

Pityriasis alba ou simplex (pityriasis capitis de Cazenave).

Pityriasis rubra et rosea.

Pityriasis nigra dont je n'aurai pas à vous entretenir, car il n'a pas d'existence réelle et n'est qu'une forme ou du pityriasis versicolor ou du lupus érythémateux desquamatif ou de l'icthyose.

Enfin le pityriasis pilaris que je laisserai également de côté. Cette affection singulière, réclamée par M. Bazin, pour le lichen, est en effet bien différente de celles que nous avons à étudier. Elle consiste en productions épidermiques abondantes qui, dans certaines régions et en particulier sur la face cubitale des avant-bras, à la face dorsale des doigts, autour du cou, s'accumulent à l'entrée des orifices des follicules pileux où elles forment de petites saillies acuminées. Elle est surtout intéressante parce qu'elle accompagne presque toujours un épaississement particulier de l'épiderme de la paume des mains et de la plante des pieds, étudié par M. Devergie sous le nom de pityriasis plantaire et palmaire. Ces productions cornées ressemblent un peu à celles du psoriasis ; au-dessous d'elles, on trouve la peau rouge, irritée, lisse ou fissurée. Erasmus Wilson a décrit ces lésions sous le nom de Xérodermie ; je leur donne provisoirement celui de Kératodermie, mais leur véritable nature est encore inconnue. Aussi je n'insiste pas et je ne réserve pour cette étude que le pityriasis alba et le pityriasis rubra.

Pityriasis alba ou simplex. — Je vous ai déjà parlé du pityriasis alba parasitaire lié à la tricophytie ; vous savez aussi que le pityriasis simple et le pityriasis capitis ont été rattachés par M. Malassez à la présence d'un parasite qui ne joue pour moi aucun rôle dans le développement de l'affection. Le pityriasis simplex se rencontre assez souvent sur le tronc et surtout sur le devant de la poitrine; il est caractérisé par une rougeur diffuse du derme avec exfoliation épidermique furfuracée J'ai eu maintes fois occasion de vous montrer ces lésions sur des malades. Je vous ai fait remarquer qu'elles existent souvent chez des sujets arthritiques ayant en d'autres points du corps des poussées d'eczéma franchement vésiculeux. Vous avez pu voir, au lit des malades, qu'entre celui-ci et ce prétendu pityriasis il existe en réalité une foule de degrés intermédiaires. L'eczéma sec, l'eczéma fendillé et toutes leurs variétés établissent une continuité, une transition complète, entre la forme franchement vésiculeuse de l'eczéma et ses formes pityriasiques. Du reste, en y regardant de près, on découvre dans bien des cas au milieu des plaques desquamatives des traces de fines vésicules rompues ou affaissées, de petites croûtelles; de plus, on retrouve là ces petites circinations qui existent si souvent pour l'eczéma des arthritiques et sur lesquelles j'ai appelé bien des fois votre attention.

L'observation attentive des faits me conduit donc à penser que le pityriasis simplex n'est qu'une forme d'eczéma atténuée, avortée, fruste si l'on veut, mais cependant très-reconnaissable.

L'anatomie pathologique vient à l'appui de cette opinion ; les lésions du pityriasis simplex n'ont rien de spécial. On y trouve la même congestion du derme, la même prolifération des éléments superficiels, les mêmes altérations des cellules épidermiques que dans l'eczéma, mais on ne constate aucune altération particulière des éléments ou des tissus.

J'arrive au pityriasis capitis. Je ne vous dissimule pas, Messieurs, que c'est là le point le plus solide et pour ainsi

(1) Voir le n° 36.

dire la citadelle de la théorie du pityriasis. Cependant, fort de l'analogie que j'ai constamment trouvée entre cette affection et le pityriasis simple, je n'hésiterai pas à l'attaquer. Que voit-on en effet, dans le pityriasis de la tête? Une desquamation furfuracée plus ou moins abondante sur le cuir chevelu, précédant ou accompagnant le plus souvent la chute des cheveux. Mais ces lésions s'accompagnent de picotements et de démangeaisons comme dans l'eczéma. En cherchant avec soin, on trouve sur la peau des plaques rougeâtres congestives; il n'est pas rare de constater les mêmes apparences de circination que dans l'eczéma avorté; enfin, il existe presque toujours en quelques points de petites croûtelles entourant la base du poil; le microscope permet de constater là, mêlés aux cellules épidermiques, un certain nombre de globules pyoïdes. A tous ces caractères joignez la coexistence fréquente du pityriasis capitis avec l'eczéma; tenez compte aussi de la constitution arthritique des sujets qui en sont atteints, et dites-moi s'il vous paraît nécessaire de considérer cette affection comme une espèce morbide, distincte et isolée.

Les auteurs allemands n'admettent pas l'existence du pityriasis simple comme affection spéciale. Pour Moritz Kohn et pour Hebra, c'est un symptôme de l'alopécie furfuracée; pour Pincus, dont vous connaissez les beaux travaux sur l'anatomie normale et sur les altérations des cheveux, c'est l'alopécie pityrode.

Il me semble évident que le pityriasis capitis comme le pityriasis simple doit être rattaché à l'eczéma des arthritiques dont il est une forme atténuée. Son développement est probablement lié à l'excitation de la peau déterminée par l'exagération de la sécrétion sudorale et la diminution de la sécrétion sébacée qu'on observe habituellement chez les individus de cette constitution.

Pityriasis rubra et rosea. — La dernière forme que nous ayons à étudier est le pityriasis rubra. Gibert y a distingué avec raison deux variétés, ou plutôt deux espèces distinctes. L'une, le pityriasis rosea, est une affection bénigne durant de six semaines à deux mois et considérée, avec raison par M. Bazin comme un pseudo-exanthème. L'autre, le pityriasis rubra proprement dit, est une maladie grave et tenace, caractérisée par une rougeur intense de la peau sur laquelle se produit une desquamation foliacée et lamelleuse, accompagnée souvent de la chute des cheveux et des ongles. Les lambeaux épidermiques restent d'abord adhérents par un de leurs bords, puis se détachent par frottement. Y a-t-il la moindre ressemblance entre les squames furfuracées des affections pityriasiques et les larges plaques épidermiques, mesurant 10, 15, 20 centimètres carrés, dont vous pouvez voir entre mes mains des échantillons provenant d'un malade que j'ai soigné dans mes salles. L'observation est publiée dans les Bulletins de la Société médicale des hôpitaux et dans la thèse d'un de mes anciens internes, le docteur Percheron. Du reste, le pityriasis rubra dont M. Bazin fait une herpétide exfoliatrice grave, est considéré avec raison, par Devergie et Hebra comme une affection généralisée; le docteur Wilks (1) y voit une inflammation générale de la peau et Erasmus Wilson l'étudie comme une forme anomale d'eczéma, en adoptant la dénomination de *Dermatitis exfoliativa ou eczema exfoliativum.* Quant à moi, sans en discuter la nature, je me contenterai de vous dire qu'à l'exemple de ces auteurs, je le considère comme une dermatite exfoliatrice, sorte de maladie générale n'ayant aucun rapport avec le pityriasis.

Le *Pityriasis rosea* a été parfaitement décrit par Gibert : « Il est, dit-il, caractérisé par de petites taches
» furfuracées, très-légèrement colorées, irrégulières, d'une
» étendue qui ne dépasse guère celle de l'ongle, nombreu-
» ses et rapprochées, quoique séparées toujours par quel-
» que intervalle de peau saine ; prurigineuses, qui se ré-
» pandent sur les parties supérieures du corps, de préfé-
» rence sur le cou, le haut de la poitrine, le haut des bras,
» mais peuvent successivement se propager de haut en bas,
» jusque sur les cuisses, en sorte que la durée totale de
» l'éruption, qui s'efface peu à peu dans les parties qu'elle
» avait occupées en premier lieu, à mesure qu'elle descend
» plus bas, se prolonge assez ordinairement pendant six
» semaines à deux mois. »

» Cette éruption, plus commune chez la femme que
» chez l'homme, s'observe assez fréquemment durant la
» saison chaude de l'année. Elle ne se montre guère
» que dans la jeunesse et sur les individus dont la peau est
» blanche, fine et délicate. »

Cette description très-exacte, quoique je n'aie cependant guère vu la durée du pityriasis rosea dépasser cinq à six semaines, s'applique à la période d'état de l'affection. A ce moment, en effet, on ne trouve autre chose que des taches rosées recouvertes de petites squames qu'on enlève sous forme de poudre farineuse, en frottant la surface de la peau. Depuis longtemps j'ai recherché la cause de cette desquamation, j'ai cru à un moment avoir trouvé un parasite, et, en effet, on rencontre, au milieu de ces débris épidermiques, ces spores banales qui existent dans toutes les altérations de la peau; toutefois là, comme dans l'eczéma pityriasique, elles ne jouent aucun rôle actif.

Mais, Messieurs, lorsque j'ai eu l'occasion de voir des malades dès le début de leur éruption, je me suis aperçu qu'ils présentaient des lésions qu'on ne trouve décrites dans aucun auteur et qui m'ont singulièrement éclairé sur la nature du pityriasis rosea. J'ai vu que ces plaques desquamatives, considérées comme primitives dans les ouvrages classiques, sont en réalité précédées par des plaques saillantes, congestives, érythémateuses. Si ce premier stade de l'affection n'a pas jusqu'ici attiré l'attention comme il le mérite, c'est qu'il est d'une durée très-courte et que les malades n'éprouvant aucune douleur, ni même aucune gêne, à peine de cuisson ou de démangeaison, ne viennent un peu consulter le médecin ou ne le font qu'au bout de quelques jours. Cependant, si fugace que soit cet érythème, il est assez souvent possible de le retrouver quand on est prévenu de son existence. J'ai pu, depuis le commencement de l'année, vous montrer ces élevures papuleuses parfaitement nettes sur deux malades, dont l'éruption déjà pityriasique sur le haut de la poitrine et des bras était encore congestive sur la partie inférieure du dos et sur les cuisses. Mais vous ne les avez vues qu'un seul jour, le lendemain elles avaient disparu et l'on ne trouvait plus dans les points qu'elles occupaient que des plaques desquamatives, de sorte que si vous étiez arrivés à ce moment seulement, vous auriez forcément méconnu la nature primitive de l'affection.

J'ajouterai, Messieurs, que la desquamation du pityriasis rosea n'a pas toujours des caractères aussi nets que ceux qu'on lui assigne d'habitude. A côté de plaques recouvertes de squames extrêmement fines, vous en trouverez d'autres qui portent des écailles épidermiques plus épaisses se détachant en masse et laissant une petite collerette adhérente à la périphérie. Quelquefois même on trouve au-dessous d'elles une surface un peu humide; plus rarement de petites croûtes.

Tous ces caractères et surtout le mode de début par des papules congestives, me permettent d'affirmer que le pityriasis rosea n'est qu'un érythème desquamatif pseudo-exanthématique, trop longtemps méconnu parce que l'on n'a prêté attention qu'à sa dernière période. C'est, si l'on veut, un érythème pityriasique, mais ce n'est nullement une affection spéciale caractérisée par son mode de desquamation furfuracé.

J'ai laissé de côté tout ce qui a rapport au traitement. Est-ce parce qu'il pouvait fournir des armes contre moi? Non, Messieurs, car sa diversité même est au contraire un dernier argument à opposer à la théorie du pityriasis. Quels sont, en effet, les moyens employés contre le pityriasis? Dans certaines formes, ce sont des agents parasiticides, dans d'autres, ce sont les moyens habituellement

(1) Dr Wilks. Dermatitis ou général inflamation of the skin, in Guy's Hospital Reports 1861.

employés contre l'eczéma; c'est ce que nous voyons pour le pityriasis simple. Certaines variétés enfin, comme le pityriasis rosea, guérissent spontanément en vertu de leur évolution et presque sans le secours de l'art.

Je ne vous dirai qu'un mot en terminant à propos du traitement du pityriasis capitis. Cette forme d'eczéma sec du cuir chevelu se rattachant à la prédominance du système sudoripare sur le système sébacé, la première condition de la guérison est de suppléer à l'insuffisance de ce dernier. Dans ce but on emploiera des pommades composées, non pas de substances animales dont le contact est assez souvent irritant et mal toléré, mais de graisses uniquement végétales.

J'emploie habituellement la formule suivante :

Beurre de cacao..........	10 gr.
Huile de ricin............	50

Le mélange de ces deux substances donne une pommade, ayant la consistance voulue, que l'on peut parfumer avec quelques gouttes d'une essence quelconque et qui me donne les meilleurs résultats.

Arrivé au terme de cette étude, je me résume en quelques mots. J'ai examiné successivement devant vous toutes les formes de pityriasis et je les ai toutes éliminées. Je n'ai trouvé nulle part les caractères d'une affection générique de la peau, mais seulement une forme de desquamation pouvant survenir dans les circonstances les plus diverses et les plus opposées. J'ai pu rattacher toutes les variétés décrites par les auteurs à des genres morbides dont on les avait injustement séparées ; pour moi, le pityriasis, considéré comme entité morbide, doit donc être rayé du cadre nosologique. Si l'on conserve son nom, il ne devra plus servir qu'à désigner un mode de desquamation par fines écailles, furfuracée, et nullement une espèce pathologique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Congrès médical international de Genève.

La 5e session du Congrès médical international, s'est ouverte aujourd'hui, 9 septembre, à Genève, dans la grande salle de l'Université, sous la présidence de M. le professeur Charles Vogt. Depuis plusieurs jours déjà, un grand nombre de médecins étrangers étaient arrivés à Genève, répondant à l'appel fait par le Conseil fédéral suisse aux médecins de tous les pays. Presque toutes les nationalités de l'Europe étaient représentées par des délégués officiels, ainsi que les Etats-Unis d'Amérique et le Mexique.

Au dernier Congrès médical international, qui eut lieu en 1875 à Bruxelles, on décida, sur la proposition de M. le professeur Verneuil, de se réunir en 1877 à Genève. Genève, en effet, est placée dans des circonstances particulièrement favorables pour une réunion de ce genre. De beaucoup la ville la plus importante de la Suisse française, Genève possède une réputation scientifique incontestable et incontestée; peu de villes, en effet, à population égale, ont produit autant d'hommes distingués, dans toutes les branches de la science ; enfin, Genève possède depuis une année une Faculté de médecine dotée de magnifiques laboratoires, et le Congrès, en se réunissant dans cette ville, consacrait pour ainsi dire désormais la nouvelle Faculté, qui, placée entre la France et l'Allemagne, remplira un jour le rôle qu'a longtemps rempli chez nous l'ancienne Faculté de Strasbourg.

La séance d'ouverture était fort nombreuse, 300 médecins, nationaux et étrangers, ces derniers, pour le plus grand nombre, venus de France, étaient présents. Le président, après avoir ouvert la séance en souhaitant, par quelques mots chaleureux, la bienvenue à tous les médecins venus sur une « terre républicaine » se réunir, pour discuter sur des questions intéressant l'humanité tout entière, a cédé ensuite la parole aux représentants des pouvoirs fédéraux et cantonaux dont les discours, empreints de la plus cordiale hospitalité, ont provoqué de nombreux applaudissements.

Mais la partie de beaucoup la plus importante de la séance, a été le discours d'ouverture du Congrès, prononcé par son président. M. le professeur Charles Vogt est assez connu en France, pour que nous n'ayons pas besoin d'insister ici, les lecteurs de la *Revue scientifique* et les membres de l'Association française pour l'avancement des sciences, savent que l'éminent naturaliste est aussi un orateur remarquable et un écrivain distingué. La thèse choisie par M. Vogt, et développée par lui dans son discours, était la suivante : la médecine doit tendre toujours davantage à se rapprocher des sciences exactes et sortir de plus en plus des langes de l'empirisme, là est la seule voie qu'elle doive suivre. Mais, comme l'a très-bien fait remarquer l'orateur, la médecine ne pourra jamais être une science exacte au même titre que la physique ou la chimie, par exemple, car l'expérimentation, qui seule crée une science, est interdite à la médecine, l'observation seule lui est permise, et en science, dans l'acception la plus rigoureuse de ce mot, il ne suffit pas d'observer un phénomène, il faut pouvoir le reproduire à volonté. La physiologie, au contraire, possède l'observation et l'expérience, datant à peine du commencement du siècle, ses conquêtes sont déjà innombrables, et l'on peut entrevoir avec Cl. Bernard, « notre maître à tous » a ajouté l'orateur, le moment où tous les phénomènes de la physiologie seront expliqués par les lois de la physique et de la chimie.

Après un très-intéressant rapport de M. le professeur Prévost, secrétaire général du Congrès, sur l'organisation du congrès actuel, la séance a été levée; les travaux devant commencer le lendemain dans les différentes sections.

G. Dejérine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 septembre. — Présidence de M. Bouley.

M. Laborde demande à entretenir l'Académie sur l'action physiologique de l'acide salicylique et du salicylate de soude. Les expériences ont été faites sur des chiens dont l'organisation élevée se rapproche beaucoup de celle de l'homme. Injecté lentement, à la dose de 4 à 5 grammes, en solution dans de l'eau distillée tiède, le médicament produit les effets qui suivent. Pendant l'injection, on note l'accélération des battements artériels, quelques efforts de vomissements. Plus tard, si l'on recherche, en excitant la région scrotale, ce qu'est devenue la sensibilité réflexe, on trouve qu'elle est conservée. Par contre, des excitations très-douloureuses ne provoquent pas la moindre réaction volontaire. La motilité est cependant conservée; mais l'animal parait engourdi; il est sourd, titubant, comme ataxique et porté au sommeil. Chez le cobaye, l'action est la même ; une dose du médicament bien plus faible suffit à la produire.

Il résulte donc de ces expériences que le salicylate de soude respecte la sensibilité réflexe ; atteint peu la motilité ; mais atténue beaucoup la sensibilité douloureuse, volontaire et consciente. Son action est stupéfiante et analgésique. D'après M. Laborde, elle porterait sur le centre nerveux encéphalique,

et laisserait intacte la conductibilité nerveuse, soit dans la moelle, soit dans les nerfs périphériques.

Il a été récemment établi que la quinine avait des effets analogues, à une dose quatre ou cinq fois moindre. Son action est donc bien supérieure à celle du salicylate; bien supérieure aussi est l'action de la morphine et de l'aconitine.

M. Laborde a trouvé également que le salicylate ne modifiait pas sensiblement la chaleur animale; qu'il produisait comme unique effet, sur le système vaso-moteur, un abaissement de la pression sanguine. Là encore, le médicament est bien inférieur à l'aconitine.

De ses expériences sur l'acide salicylique, M. Laborde, croit pouvoir tirer cette dernière conclusion : lorsqu'un médicament agit sur un organe sain, il agit également sur cet organe malade ; et de son action physiologique, on peut déduire ses effets médicamenteux.

M. Jules Guérin revient sur l'action du ferment typhique, et appuie ses précédentes conclusions par la présentation d'une pièce fraiche, de pièces sèches et de photographies.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 4 *mai* 1877. — Présidence de M. Charcot.

5. Gros rein blanc; Néphrite conjonctive; par Charles Rémy.

Foul.., Jules, 33 ans, chauffeur aux bains de l'hôpital Temporaire, est reçu le 29 mars dans cet hôpital, salle Sainte-Anne, pour y être soigné d'attaques convulsives.

Voici les renseignements que la famille nous donne sur cet homme. Aucune maladie jusqu'en 1875. A la fin de l'année, il fut atteint d'une maladie qualifiée de mal de Bright, avec albuminurie et anasarque (l'infiltration œdémateuse ayant commencé par la face et les jambes). Il eut alors une ascite assez considérable, pour qu'on dût pratiquer la ponction, en février 1876.

Après six mois de séjour à l'hôpital Temporaire, il sortit sans œdème et put reprendre son travail.

Ces symptômes d'une première maladie rénale semblent pouvoir être rattachés à une lésion parenchymateuse du rein. Depuis lors, il entretenait, à l'aide de purgatifs, une diarrhée continuelle. En 1877, 5 jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, l'action des purgatifs ne se produit plus. Le malade ressent du malaise. Il sent ses mains comme paralysées, il a quelques petites secousses dans les membres Enfin, dans la matinée du 29 mars, il est pris d'une attaque convulsive. Il a dans la journée trois attaques semblables.

A la visite du soir, nous constatons l'état suivant : La figure est bouffie et sans expression, les lèvres, écartées, laissent sortir la langue, tuméfiée par des morsures successives qui ont produit de nombreuses plaies. Cette glossite traumatique empêche le malade, qui nous comprend, de fournir des renseignements. Aucun œdème des membres inférieurs. Une notable quantité de liquide dans la poitrine. De nombreux râles sous-crépitants dans le thorax à la base des deux poumons. Le pouls est fort et l'artère tendue; les veines superficielles gonflées. Le cœur, hypertrophié, bat dans le sixième espace intercostal. Forte impulsion, pas de souffle appréciable. Pendant que nous pratiquions cette auscultation, le malade est pris d'un nouvel accès de convulsions. Il perd connaissance, tourne convulsivement la face à droite, des saccades se produisent dans les zygomatiques et les globes oculaires, les membres sont agités de secousses rhythmées comme dans l'empoisonnement par la strychnine. L'inspiration est suspendue, la face et les conjonctives bleuissent, la langue, bleue, est comprimée convulsivement par les arcades dentaires. L'accès dure une minute, et l'inspiration recommence irrégulièrement, une écume sanglante vient aux lèvres et le malade tombe dans un coma stertoreux. Pendant l'accès convulsif les poings sont fermés, mais les pouces en dehors.

L'urine du malade est claire et blanche, très-abondante, elle contient une albumine *peu abondante* qui se précipite en fins flocons. — *Traitement*. Huit purgatifs répétés. Saignée 500 grammes. La saignée semble avoir supprimé les accès convulsifs pendant le jour suivant, 30 mars. Mais le malade reste dans un état comateux et il succombe le 31, dans une dernière attaque convulsive.

L'accord avait été unanime pour diagnostiquer : *néphrite interstitielle ou conjonctive*.

L'autopsie faite le 2 avril nous réservait une surprise.

Cœur volumineux, plein de caillots fibrineux. Paroi du ventricule gauche hypertrophiée. Valvule mitrale sclérosée. Cœur droit agrandi, mais à parois molles et flasques. Aorte libre, large, sygmoïdes intactes. Foie très-volumineux, présentant sur sa face supérieure un épaississement de la capsule de Glisson qui mesure un millimètre. Cet épaississement est formée de fibres de tissus fibreux (microscope). Rate avec un peu de périsplénite. Les deux reins sont volumineux; le droit plus que le gauche. Le droit se décortique facilement ; l'extérieur est uni, non granuleux ; il offre tout à fait à la coupe l'aspect d'un gros rein blanc. Cependant, près du hile, à la périphérie, s'observe un petit kyste de la grosseur d'un pois.

Le rein gauche est moins volumineux. Il est aussi blanc, mais son intérieur est rugueux et chagriné, et présente en certains points de petites brides fibreuses. Le péritoine est dépoli et d'aspect noirâtre, il renferme un peu d'ascite.

Si nous n'avions dû nous en rapporter qu'à l'œil nu, c'étaient là les lésions de la néphrite parenchymateuse. Mais, par l'étude microscopique, nous avons pu juger en dernier ressort, et mettre la clinique d'accord avec l'anatomie pathologique. Dans la région corticale, comme dans les pyramides, s'observait entre les tubuli une prolifération abondante de cellules fusiformes de tissu conjonctif. Autour des glomérules existaient des amas de jeunes cellules rondes. Un grand nombre de glomérules étaient atteints de dégénérescence cireuse albuminoïde ou amyloïde. Dans quelques pyramides, on pouvait trouver un petit nombre de tubes droits en dégénérescence graisseuse. Un certain nombre de tubes dilatés contenaient des masses amyloïdes. En un mot, néphrite conjonctive.

Séance du 11 *mai* 1877. — Présidence de M. Charcot.

7. Syphilome ano-rectal; par Eugène Marot, interne.

Cette pièce provient du service de M. le professeur Trélat à la Charité. Elle a été recueillie à l'autopsie d'une femme de 29 ans, opérée huit jours auparavant pour un rétrécissement syphilitique du rectum et morte d'un érysipèle intercurrent de la face.

Cette malade avait déjà fait dans le même service un premier séjour de cinq mois, vers la fin de l'année 1873 et avait subi l'extraction de condylômes de la marge de l'anus. Au moment de son entrée, en février 1877, elle portait des traces manifestes d'éruptions syphilitiques diverses et tous les renseignements commémoratifs concordaient pour affirmer chez elle la diathèse syphilitique. L'époque précise de l'infection initiale n'a pu être déterminée d'une façon rigoureuse, mais il est probable que l'accident initial remonte à une dizaine d'années.

Ce n'est qu'à la fin de l'année dernière que cette femme eut à constater les premiers troubles fonctionnels dont l'aggravation la conduisait à l'hôpital au mois de février. Elle s'en inquiétait peu, lorsqu'il y a cinq mois elle s'aperçut que des matières fécales s'échappaient par une fistule à la partie inférieure et postérieure de la vulve, au-devant de la fourchette. En plaçant la malade dans les conditions cliniques d'un examen méthodique de la région anale et vulvaire, on put constater que de part et d'autre de l'orifice anal étaient disséminées des saillies largement pédiculées ; au pied de la principale de ces saillies débouchait une fistule conduisant le stylet jusqu'à l'ouverture anale par un trajet très-court, large et net. Outre celui-ci, il existait encore un trajet ano-vulvaire, déjà mentionné et d'autres trajets plus courts encore. M. le professeur Trélat prit soin, à cette époque, de faire remarquer deux points essentiels et qu'il a le premier dégagés dans la question du syphilome ano-rectal.

1° Les fistules et leur trajet ont ceci de spécial, de particulier dans les cas de syphilome, que tout y est sec, cicatrisé nettement, comme sont les trous percés à l'emporte-pièce dans le lobule de l'oreille par les bijoutiers : le seul aspect de

ces fistules permet à première vue d'affirmer la présence d'un syphilome rectal.

2° Ces fistules ne ressemblent en rien à celles qui, dans les rétrécissements d'autre origine, contournent le point sténosé pour établir une sorte de circulation collatérale des matières : elles sont au contraire purement anales et sans aucuns prolongements au-dessus du lieu rétréci.

Le toucher rectal permettait de constater qu'au-dessus du sphincter anal la paroi antérieure de l'anus offrait une surface profondément déprimée, mollasse; en arrière, le doigt déprimait aussi une semblable surface anfractueuse et s'engageait dans des tissus ramollis et ulcérés. Plus haut, le doigt s'engageait dans le canal rétréci de l'intestin en dépassant un bourrelet circulaire, situé à cinq centimètres environ de l'anus : plus haut, on sentait manifestement que l'épaississement des tuniques intestinales remontait aussi haut que le doigt pouvait atteindre.

On institua un traitement général spécifique et un traitement local approprié; mais, au bout d'un mois et demi, on dut songer à l'intervention chirurgicale. M. Trélat fit construire pour cette opération des instruments spéciaux, afin d'obtenir une rectotomie régulière, perte suffisante, sans délabrements ni hémorrhagies. Une longue tige d'acier, coiffée à sa pointe d'une sorte de navette fixée à frottement, pointue et munie d'un choc chargé d'un fil, fut enfoncée parallèlement au rectum et derrière lui jusqu'à 8 centimètres au-dessus de l'anus, à un centimètre plus haut que le rétrécissement. A ce moment, un léger mouvement de bascule imprimé au manche de l'instrument permit de perforer de dehors en dedans la paroi rectale, la navette et le fil se trouvaient dans le rectum : au même moment une seconde tige introduite dans le rectum un peu plus haut venait offrir à la navette un cadre muni d'une lamelle de caoutchouc : ce second instrument a la forme d'un laryngoscope dans lequel la glace est remplacée par un diaphragme de caoutchouc. On conçoit que la navette pointue, perforant ce caoutchouc, y reste fichée : la tige extra-rectale fut retirée, dépouillée de sa navette, tandis que la tige rectale ramena avec elle cette navette et le fil. De cette façon un fil avait pu marcher en arrière du rectum, contre lui et parallèlement à lui, perforer l'intestin juste au-dessus du point rétréci, et revenir à l'anus par la cavité naturelle. Il fut bien facile de remplacer le fil végétal par l'anse de platine d'un galvano-cautère : la section se fit nette, limitée, sans écoulement de sang. La malade mourut d'érysipèle, lorsque la plaie était presque cicatrisée.

Autopsie le 9 mai. — Au-dessus du point rétréci et jusqu'à l'anus autour des fistules vulvaires principalement, on reconnaît une cicatrice récente qui remplace les ulcérations constatées au premier jour : *il importe de remarquer que le rétrécissement nécessitait déjà des soins à une époque où n'existaient pas ces cicatrices, mais seulement des ulcérations.*

Un examen minutieux du point rétréci, haut de 1 centimètre au plus et situé à 5 ou 6 centimètres de l'anus, permet d'affirmer que s'il y avait traces de cicatrice au-dessous, il n'y avait au niveau même qu'une muqueuse intacte, mais considérablement épaissie, de même que les tuniques sous-jacentes. Il ne s'agit pas ici de rétrécissement cicatriciel, mais de sténose par infiltration et épaississement plastique des tuniques rectales. Jusqu'à 15 centimètres de l'anus, l'intestin a une épaisseur uniforme de 4 millimètres au niveau du point de coarctation, l'épaisseur est de 5 à 6 millim. Au-dessus de ce point, il existe sur la muqueuse des ulcérations superficielles, serpigineuses, nullement cicatrisées. La pièce a été remise à M. Fournier qui n'hésite pas à y reconnaître un exemple incontestable de l'affection qu'il a le premier décrite et interprétée.

8. Tumeurs symétriques des corps striés; par Rondot, interne des hôpitaux.

X..., 30 ans, n'a passé que quatre jours dans le service de M. Fauvel, salle Sainte-Jeanne, n° 65, à l'Hôtel-Dieu. On le trouva mort dans son lit au moment où l'on venait le chercher pour l'emmener à l'asile de Sainte-Anne. C'est un lypémaniaque dont on ne peut tirer que des renseignements fort incomplets : il se plaint uniquement d'une violente céphalalgie et d'une douleur à la nuque dont il ne sait préciser le début ; il prétend être plus faible des jambes que d'habitude et cependant il est venu à pied. La face est pâle, les pupilles égales ne sont ni resserrées ni dilatées ; pas de tremblement des lèvres ; les traits réguliers sont empreints d'une profonde indifférence. Les mouvements des quatre membres sont normaux ; pas de contracture. Sensibilité cutanée partout intacte.

Absence de mouvement fébrile, peau fraîche, pouls régulier, 46. Rien de particulier du côté de la respiration. Battements du cœur faibles, aucun bruit anormal. Les fonctions digestives, sans être profondément troublées, sont languissantes depuis quelque temps : pas de vomissements; ventre souple. Constipation opiniâtre. Le foie est augmenté de volume et déborde de 3 travers de doigt le rebord des fausses côtes. Miction facile ; les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. Eau-de-vie allemande 15 grammes.

Le lendemain, on lui fait avouer qu'il a eu la syphilis : il a subi le traitement pour deux éruptions cutanées dont nous ne trouvons pas de traces. Pas d'engorgement ganglionnaire au cou ni aux aines.

Le soir, il se promène en chemise dans la salle ; il veut boire son urine ; on est forcé de lui mettre la camisole de force. Comme il trouble le repos des malades, on décide de le faire transporter à Sainte-Anne, et c'est au moment de son départ, quand on vient pour l'éveiller, qu'on le trouve mort, sans qu'il ait proféré aucune plainte.

Autopsie.— La dure-mère est saine sur ses deux faces ; les veines de la moitié postérieure sont très-injectées. Les circonvolutions sont aplaties uniformément sur la convexité comme à la base du cerveau ; pas de lacunes dans leurs intervalles. La pie-mère n'est pas adhérente, mais sa finesse empêche de l'enlever facilement ; elle est normale sur toute son étendue. Rien à noter dans les vaisseaux de la base. Une notable quantité de liquide séreux s'écoule des ventricules latéraux. Les corps striés sont très-volumineux ; ils présentent chacun une tumeur du volume d'une grosse noisette qui affecte les rapports suivants : sur une coupe transversale et verticale, on voit qu'elle occupe la place du noyau lenticulaire, refoulant en dedans la capsule interne fortement comprimée ; en dehors la substance cérébrale est ramollie sur une épaisseur de 3 à 4 millimètres. Ces tumeurs sont dures, de couleur blanchâtre, et présentent à la périphérie une zone vasculaire injectée — plus marquée dans la tumeur du côté gauche. La même disposition se retrouve pour ainsi dire calquée des deux côtés. Aucune autre altération n'a été rencontrée dans le reste du cerveau. La protubérance, le bulbe n'offrent rien de particulier à signaler, ainsi que le cervelet. Les poumons crépitent bien et ne présentent aucune trace de tubercules ; congestion intense de la base droite. La face antérieure du cœur est recouverte par un large pannicule graisseux épais de 5 millimètres : le cœur ne dépasse pas son volume normal. Aucune altération d'orifices. Tissu sain. Le foie, notablement hypertrophié et congestionné. Les reins sont aussi volumineux ; les deux substances hyperémiées.

M. Laurent présente des pièces relatives à un cas d'hydronéphrose.

9. Ramollissement par embolie observé dès le début, destruction des communications de la troisième frontale gauche et des centres blancs par un foyer central étendu ; aphasie, hémiplégie droite flasque, hémianesthésie, hémiplégie faciale, eschares précoces du côté paralysé ; par Henry C. de Boyer, interne des hôpitaux.

D..... (Louis), 74 ans, entre, au 15 Saint-André, à l'infirmerie de Bicêtre (service de M. Bouchard), le 27 mars 1877.

Antécédents. — Pas de maladies antérieures ; entré à l'hospice à cause de son âge avancé et à l'infirmerie pour une bronchite intense ; rien au cœur, rien aux reins. — La face est un peu vultueuse, un peu de céphalalgie et de constipation.

Attaque. — Le 28 mars, à 4 heures du soir, le malade est pris devant moi d'une attaque de paralysie, il sent sa jambe droite faiblir, puis le bras ; il cherche alors à crier, mais ne

pousse que des cris inarticulés, bientôt ceux-ci cessent et la jambe et le bras tombent flasques, la figure est tirée vers la gauche, pas de déviation des yeux ni de la face, intelligence absolument conservée. Tendance à à la fermeture du poing du côté droit. Diminution des mouvements réflexes, anesthésie prononcée à droite, langue deviée à gauche ; le soir le malade gâte. T. R. 37°, 4 au moment de l'attaque, 37°, 6 à 6 heures du soir.

Les jours suivants, la température suit une marche régulièrement ascendante, puis elle s'abaisse : 28 mars 37°,4, 37°6 ; 29 mars 38°,2, 39°,8 ; 30 mars 40°,2, 40°3, 39°,5 ; 31 mars 38°,2 matin et soir; 1er avril 38°, 38°,4 ; 2 avril 38° matin et soir; 3 avril : 37°,6 matin et soir.— 29 mars. Même état que la veille, paralysie prononcée du membre droit, légère déviation conjuguée de la face et des yeux du côté gauche, déviation de la langue à droite; le malade comprend bien mais ne peut répondre, il ne dit aucun mot pour un autre, ne jure pas. Pas de convulsions. 30 mars : perte absolue de connaissance atrésie pupillaire à gauche, contracture du st. cl. m. à droite ; râles sibilants dans la poitrine. 1er avril: la parole commence à revenir ; début de l'eschare de la fesse droite ; le malade a mangé, il tousse moins en avalant (diminution de la paralysie du voile du palais). Pas de convulsions, pas de contractures. 5 avril: cyanose du bras paralysé. 6 avril: début de l'eschare du mollet. 12 avril: début de l'eschare du trochanter.— 13 avril: eschare à la malléole externe.

Le malade était bien amélioré, il continuait à gâter, ses eschares s'agrandissaient, mais la motilité revenait dans la jambe et la parole était en partie retrouvée, quand, le 25 avril, il est repris d'une attaque convulsive avec aphasie, stertor; au bout de quelques heures, sueurs profuses et rougeur de la face dont la température locale s'élève à 37°,8; le 26 avril, retour de la paralysie faciale ; le coma continue et le malade meurt le 28 avril.

Autopsie. — Quelques adhérences corticales — *intégrité parfaite de la troisième frontale gauche et de l'insula.* Artères de la base athéromateuses, obstructions des branches perforantes de la sylvienne gauche. Vaste foyer de ramollissement récent s'étendant de la corne frontale à la corne occipitale et ayant causé une perte de substance comprenant la capsule externe, le haut de la capsule interne et la 3e partie du corps strié à gauche. Ce foyer s'étend assez en arrière pour occuper la région de l'hémianesthésie et assez en avant pour séparer la 3e circonvolution frontale gauche de ses connexions avec les centres blancs; le foyer est étendu en haut et en bas et occupe les régions où l'on trouve ordinairement les cicatrices d'hémorrhagie.

Rien aux autres parties de l'encéphale. Sclérose pulmonaire et sclérose rénale au début. — Quelques végétations au cœur et athérome prononcé de l'aorte.—Il n'y a pas d'infarctus dans les autres organes.

10. Cancer latent de l'estomac. — Cancer de la colonne vertébrale ; par Brun, interne des hôpitaux.

Carayon, Victor, âgé de 61 ans, exerçant la profession de marchand de vins, entre le 17 avril 1877, dans le service de M. Després, à l'hôpital Cochin, baraque II, lit n° 12.

Son père est mort à 86 ans, à la suite d'un accident ; sa mère semble avoir succombé à un cancer de l'estomac à l'âge de 55 ans. Elle vomissait tous ses aliments et avait vomi du sang à plusieurs reprises.

Antécédents personnels. Dans l'enfance, maux d'yeux et d'oreilles. Rougeole à 17 ans.

Pendant les derniers mois de l'année 1876, C..., éprouva des douleurs de rein qui disparaissaient par intervalles, mais qui, au mois de février 1877, devinrent persistantes et prirent un tel caractère de gravité qu'elles rendaient tout travail absolument impossible.

Le 18 février, notre malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guérin. Il se plaint de violentes douleurs dans la région dorsale de la colonne vertébrale, douleurs qui s'irradient de chaque côté du thorax et l'étreignent comme dans un étau. On lui fait alors remarquer qu'il porte à la partie supérieure du dos et du côté gauche une tumeur au niveau de laquelle on fait successivement appliquer des ventouses scarifiées et un vésicatoire.

Ce traitement ayant amené une légère amélioration, C..., sort de l'Hôtel-Dieu, le 2 avril et entre le 17 du même mois à Cochin. Au moment de son entrée, son teint est jaunâtre, cachectique, sa maigreur très-prononcée.

Bien qu'il puisse encore se soutenir sur ses jambes, assez facilement, il ne marche qu'avec une grande difficulté et courbé pour ainsi dire en deux. Au repos, il éprouve à la partie supérieure de la région dorsale, des douleurs spontanées lancinantes, s'accompagnant par intervalles de douleurs en ceinture et d'élancements dans les cuisses, principalement à la partie antérieure. Il n'existe du reste du côté des membres inférieurs aucune diminution de la sensibilité soit au contact, soit à la piqûre.

En examinant le dos de ce malade, on trouve en un point qui correspond à peu près à la troisième ou à la quatrième vertèbre dorsale, une légère gibbosité au niveau de laquelle on perçoit même de temps à autre une sensation de craquements. Au niveau de la sixième vertèbre dorsale et à gauche de la ligne médiane, entre le bord spinal de l'omoplate et la série des apophyses épineuses, il existe une tumeur du volume d'un œuf de poule environ, tumeur qui n'est pas douloureuse à la pression, au niveau de laquelle la peau est absolument saine et qui donne au palper une sensation assez nette de fluctuation. Quant à l'état général, il est assez mauvais. L'appétit est à peu près nul, mais jamais il n'y a de vomissements. L'examen par la palpation et la percussion du foie et de l'estomac n'y révèle aucune altération. Du côté des poumons, on trouve tous les signes d'une bronchite chronique.

Le diagnostic que M. Després porta à cette époque fut : *Cancer de la colonne vertébrale probablement primitif.*

Le 16 mai, le malade succomba aux progrès de la cachexie, sans avoir présenté aucun symptôme nouveau, sans avoir eu à aucune époque de vomissements soit alimentaires, soit sanguins.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, le premier organe qui se présente est le foie augmenté de volume et graisseux. En arrière de lui et séparée complètement de la paroi antérieure de l'abdomen, se trouve une masse énorme de ganglions agglomérés, occupant la petite courbure de l'estomac. Dans la cavité de ce dernier organe, existe un champignon cancéreux présentant à peu près le volume du poing, situé sur la petite courbure et laissant absolument libres les orifices cardiaques et pyloriques. L'œsophage était absolument sain. Les poumons présentaient les altérations caractéristiques de la bronchite chronique. Rien au cœur.

Du côté de la paroi thoracique postérieure, on trouve en arrière, au-dessous des plans musculaires de la région, un certain nombre de masses cancéreuses (7 ou 8) dont trois sont remarquables par leur volume et leur situation. Une première occupe la ligne médiane et englobe les cinquième, sixième et septième apophyses épineuses dorsales. Elle se prolonge dans les espaces intercostaux correspondants au niveau desquels les nerfs se trouvent fortement comprimés. Une seconde masse est située du côté droit et est appendue à la tubérosité de la septième côte; une troisième enfin, reliée à la sixième côte gauche, est plus volumineuse que la précédente et très-ramollie, c'est celle qu'il était possible de sentir pendant la vie. En examinant la paroi postérieure de la cage thoracique du côté de sa face médiastine, on constate que les corps vertébraux des cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales sont considérablement ramollis et tassés, ce qui rend compte de la gibbosité appréciable pendant la vie.

En résumé, l'autopsie nous a révélé l'existence d'un cancer latent de l'estomac et d'un cancer de la colonne vertébrale.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. Elle nous offre d'abord un nouvel exemple de cancer de la petite courbure de l'estomac ne se révélant pendant la vie par aucun symptôme ; elle nous enseigne encore combien doit être toujours réservé le diagnostic de cancer primitif de la colonne vertébrale.

Au point de vue clinique, le diagnostic de l'affection dont était atteint notre malade présentait de sérieuses difficultés.

Si l'on considérait seulement l'état local, on pouvait croire à un abcès par congestion consécutif à une altération vertébrale et cette erreur n'a été évitée qu'en tenant compte de l'âge du malade, de son état général et principalement de son apparence profondément cachectique.

CORRESPONDANCE

De l'acide salicylique dans le traitement des affections catarrhales des voies urinaires.

Monsieur le rédacteur en chef,

La discussion ouverte récemment à l'Académie de médecine, en faisant connaître les propriétés thérapeutiques de l'acide salicylique dans les cas de rhumatisme aigu, propriétés déjà énoncées par nos voisins d'outre-Rhin, est venu jeter un jour nouveau sur un certain nombre d'effets curatifs que les médecins allemands n'avaient pas signalés. En lisant le résumé de cette discussion dans le dernier numéro du *Progrès médical,* il m'est revenu à la mémoire un article publié, il y a deux ans, dans le n° 19 du *Berliner klinische Wochenschrift* (1875), par M. le Dr Paul Furbringer, assistant du prof. Friedreich, et ayant pour sujet l'emploi interne de l'acide salicylique dans le traitement des affections catarrhales des voies urinaires. Le mode d'emploi du médicament n'ayant pas été indiqué par d'autres auteurs, il nous a semblé intéressant de résumer pour les lecteurs du *Progrès médical,* le travail de l'auteur allemand en attendant que l'occasion nous donne, ainsi qu'à nos confrères, les moyens de contrôler la valeur des faits énoncés.

Après avoir rappelé les idées du professeur Kolb, touchant l'action de l'acide salicylique sur les bactéries contenues dans les urines alcalines, le Dr Furbringer cite quatre cas d'affections des voies urinaires dans lesquels ce médicament lui a donné un résultat avantageux au point de vue des phénomènes chimiques produits dans les urines.

Dans le premier cas, le malade atteint de tuberculose et de paralysie spinale, présentait des urines fortement ammoniacales donnant par le refroidissement un dépôt abondant de phosphates tribasiques, de corpuscules purulents, de sels ammoniacaux, de bâtonnets. 3 gr. d'acide salicylique dans une potion de 180 gr. à la dose de 1 gr. par jour, suffirent pour diminuer l'alcalinité et l'odeur ammoniacale de l'urine. Après une quatrième dose de 2 gr., le dépôt diminua d'abondance, les bactéries et les phosphates tribasiques étaient en moins grande quantité. La mort du malade vint empêcher malheureusement de continuer cette observation.

Le deuxième cas a rapport à un homme de 68 ans, atteint de néphrite chronique avec hydropisie et dyspnée urémique. Les urines étaient fortement troublées, très-alcalines et laissaient déposer un sédiment abondant de débris muqueux et de corpuscules purulents, de phosphates tribasiques et de bactéries. L'urine filtrée donnait un précipité notable d'albumine. Six jours après l'admission du malade, les urines étant toujours restées identiques, on donna l'acide salicylique à la dose de 1 gr. par jour. Au bout du quatrième jour, diminution de l'odeur et de l'alcalinité de l'urine et du dépôt sédimenteux. Pas d'action sur l'albumine ni sur la densité. Une dose de 3 gr. ayant été prise, l'urine devient acide, sans odeur, avec un sédiment très-léger. Pas d'action sur l'albumine ni sur la quantité émise. Le médicament fut encore continué pendant deux jours et amena la disparition des bactéries, finalement toute trace de catarrhe disparut, tandis qu'aucun changement ne vint indiquer une amélioration dans la maladie rénale.

Le troisième cas est celui d'un homme atteint de cystite chronique depuis plusieurs années, nécessitant l'emploi du cathéter. L'acide salicylique fut donné à l'intérieur pendant six jours à la dose de 1 à 2 gr., sans amener de changement notable dans l'alcalinité et les dépôts sédimenteux de l'urine. Pensant que l'état de la muqueuse et son incrustation par les sels calcaires entravaient l'action du médicament, le Dr Furbringer ajouta à l'emploi interne du médicament, des injections faites avec une sonde à double courant d'une solution de 0 gr. 50 d'acide pour 100 gr. d'eau. Au bout de trois jours de ce traitement combiné, les lavages amenèrent un dépôt volumineux de cellules épithéliales, de débris muqueux, de sels cristallisés, de bactéries. Les urines, même après un repos de 12 heures, restèrent sans odeur, sans alcalinité, sans bactéries, ne donnant qu'un dépôt peu abondant de corpuscules purulents et de cellules épithéliales.

Le quatrième cas se rapporte à un malade qui, dans le cours d'une affection médullaire, fut atteint de cystite. Six semaines après le début de l'affection, les urines étaient légèrement alcalines, laissant déposer un sédiment composé de bactéries et de corpuscules purulents. C'est à ce moment que l'acide salicylique fut employé à la dose de 1 gr. à 1 gr. 5 par jour. Au bout du troisième jour, amélioration de tous les phénomènes, à l'exception du dépôt de pus.

On peut donc, suivant l'auteur, conclure de ces faits que l'acide salicylique à l'intérieur agit efficacement sur la production des urines ammoniacales. A vrai dire, l'effet produit sur la maladie elle-même, c'est-à-dire sur l'inflammation de la muqueuse, est à peu près nul, puisque dans toutes ces observations, le dépôt de pus n'a pas diminué. Mais si l'on considère que la présence des produits ammoniacaux dans l'urine, que le fait de la fermentation de ce liquide dans la vessie est d'une grande importance par suite de l'irritation qu'elle entretient dans la vessie et de l'aggravation qu'elle entraîne dans la marche de l'affection, on pourra admettre que l'emploi de l'acide salicylique, en permettant de combattre ce nouveau facteur morbide, peut amener un résultat heureux au point de vue du traitement. Faut-il reconnaître aussi avec l'auteur que cette action antifermentescible de l'acide salicylique peut donner des résultats heureux dans les fièvres d'intoxication putride ? La dose de 3 gr. n'ayant pas été dépassée, il serait difficile de tirer de ces observations une preuve contre le danger ou l'innocuité du médicament dans les cas d'affection rénale. Quoi qu'il en soit, les faits précédents ont encore besoin d'une expérimentation plus complète.

Veuillez, etc. Dr Demmler,
Médecin-major au 48e d'infanterie.

BIBLIOGRAPHIE

De la dysphagie dans la péricardite, et, en particulier de la péricardite à forme hydrophobique; par P. Bourceret, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique. Doin, éditeur.

Nous venons de lire avec intérêt la thèse soutenue devant la Faculté de Paris par M. Bourceret. La maladie qu'il décrit est bien rare, mais il est bon d'être mis en garde contre ces affections qu'un médecin peut n'observer qu'une ou deux fois dans sa vie, et qu'il est difficile de diagnostiquer si l'attention n'est appelée sur leurs symptômes. C'est ainsi qu'on peut confondre la péricardite *à forme hydrophobique* avec la rage, si l'on n'a soin d'ausculter la poitrine. En présence d'un épanchement dans la plèvre et dans le péricarde, on devra attribuer à la péricardite des symptômes qui, tout d'abord, faisaient penser à la rage.

M. Bourceret publie, sur cette rare affection, une observation qu'il a recueillie dans le service de M. Bernutz. Le malade avait de la dysphagie et de l'hydrophobie; mais, de plus, il avait des crises de dyspnée auxquelles il a fini par succomber. L'autopsie a fait découvrir des adhérences de la plèvre médiastine et du péricarde et une inflammation de la gaine du nerf phrénique gauche. Après une discussion anatomo-pathologique ; après l'exposé d'expériences que l'auteur a faites sur des chiens, dans le laboratoire de M. Vulpian, expériences dans lesquelles il a pu, en produisant une inflammation du péricarde, de la plèvre médiastine et du nerf phrénique gauche, déterminer les symptômes de la péricardite à forme hydrophobique, il y a lieu d'admettre ses conclusions qui attribuent cette maladie à l'action du phrénique et du pneumo-gastrique.

La mort peut survenir quatre jours après les accidents; mais, si, par un examen attentif, on peut diagnostiquer l'affection dès le début, il est possible de la combattre avec succès par des révulsifs énergiques et des injections morphinées.

Dr G. Bouteillier.

Medical thermometry and human temperatures; by E. Seguin, M. D., New-York, 10, Wood and Co, 1876, in-8°.

L'auteur de ce travail n'est pas un étranger pour nous; on se souvient qu'avant d'exercer à New-York, le Dr Seguin avait commencé ses recherches médicales en France et publié en 1846, un livre très-remarquable intitulé : *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des enfants arriérés.* Exerçant depuis aux Etats-Unis, le Dr Seguin s'est surtout occupé des recherches thermométriques mises à l'ordre du jour par les études d'Andral, de Roger, de Wunderlich, de M. Charcot, etc. Une première édition de l'ouvrage que nous analysons fut publiée en 1867 et épuisée en peu de temps; l'édition actuelle, plus riche en documents annexés, est l'expression la plus récente des progrès accomplis par la thermographie dans ces dernières années : l'auteur a joint à une partie originale un résumé habilement présenté des travaux étrangers et français, et fait de larges emprunts aux auteurs spéciaux qui ont écrit sur la matière.

La première partie de l'ouvrage traite de la *température humaine;* elle est tirée essentiellement de Wunderlich, comme division du sujet, mais non pas comme forme; on voit que le Dr Seguin a suivi pas à pas et contrôlé à chaque instant l'auteur allemand; certaines questions ont ainsi gagné en clarté, et quoique écrit en langue anglaise, le livre de Seguin

a une allure vive et toute française, qui repose des aphorismes pontificaux de Wunderlich : citons successivement, dans cette première partie, un historique fort bien fait, et un intéressant chapitre indiquant les modifications de la température humaine à l'état physiologique, mais selon les conditions d'âge et de sexe. Nous attirerons aussi l'attention du lecteur sur le chapitre des fièvres continues; on trouvera là, en peu de pages, un résumé très-clair des recherches de Wunderlich, Labbée, Bourneville, etc. L'étude de la température dans le cours des affections nerveuses, et chez le vieillard, occupe les derniers pages de cette première partie; les travaux les plus récents de l'Ecole de la Salpêtrière y sont exposés avec soin et une large part est faite aux recherches de MM. Charcot, Bourneville et Lépine.

Dans la seconde partie, intitulée *Thermométrie humaine*, l'auteur étudie surtout les moyens de prendre, d'enregistrer et de comparer les températures des corps; cette partie, entièrement originale, comprend un grand nombre de documents valables, mais nous aurons le regret de nous séparer de l'auteur sur quelques points particuliers.

M. Seguin propose encore une nouvelle échelle thermométrique, tout en reconnaissant lui-même que la plus grande confusion règne dans les esprits de par la multiplicité des échelles employées; ce n'est pas sans peine qu'on se reconnaît dans les degrés Fahrenheit, et l'auteur l'a si bien senti lui-même, qu'au cours de son ouvrage il a soin de traduire entre crochets les degrés américains en centigrades. M. Seguin a construit un thermomètre auquel il donne le nom de *Physiologique*, et dans lequel le zéro correspond à la température normale. Nous reproduisons le tableau de ses degrés :

Degrés de la fièvre (au-dessus du point normal).	$\underline{7}$	On ne connaît que deux cas de guérison.
	$\underline{6}$	Mort le plus souvent.
	$\underline{5}$	Souvent fatal.
	$\underline{4}$	Fièvre excessive.
	$\underline{3}$	Fièvre considérable.
	$\underline{2}$	Fièvre modérée.
	$\underline{1,5}$	Fièvre très-légère.
Axe des ondulations compatibles avec la santé.	0	= Etat normal.
Degrés de dépression (au-dessous de la normale).	$\overline{0.5}$	Etat subnormal.
	$\overline{1}$	Dépression.
	$\overline{2}$	Collapsus.
	$\overline{3-4}$	Collapsus algide.
	$\overline{4-5}$	On ne connaît pas de guérison, sauf dans le cas de sclérème et de choléra.

Le point zéro correspond au 37° C., 98°,6 F., 29°,60 R. et 77 Walferdin, la division est par dixièmes. M. Seguin croit avoir de grands avantages à se servir d'un tel thermomètre, nous avouons ne pas les comprendre; si c'est un centigrade, autant employer le thermomètre de tout le monde, sinon, il vaut mieux employer un centigrade. Le point normal fixé irrévocablement à 37° C. est variable, puisque la température normale l'est elle-même, selon les conditions d'âge, de sexe, de nourriture; le point de départ de l'échelle du thermomètre n'est donc pas immuable, comme il convient à toute origine d'une série numérique, et avec un tel instrument on a un déplacement physiologique du zéro : c'est créer inutilement un instrument nouveau. M. Seguin trouve que les garde-malades, les nourrices, etc., s'effraieront, appelleront le médecin quand elles verront son instrument descendre au-dessous du zéro ou monter au-dessus; nous avons déjà un moyen plus simple,, c'est la petite ligne rouge qui correspond à 37°,5 sur le thermomètre médical et qui indique la température normale. On pourrait aussi, croyons-nous, teinter en couleurs différentes l'échelle de papier des thermomètres au-dessus et au-dessous du point normal. Mais en dehors de ces moyens, bons pour attirer l'attention du vulgaire, le médecin a-t-il avantage à avoir un thermomètre à graduation médicale? nous ne le croyons pas, il n'y a nul avantage à dire degré physiologique $\underline{3}$ au lieu de 40° C, et il y aurait désavantage au contraire à confondre le degré $\underline{3}$ avec $\overline{3}$, puisque le premier correspond à 40° C, temp. fébrile, et le second à 34° C, véritable collapsus.

Ces critiques ne s'adressent du reste qu'à la graduation nouvelle du Dr Seguin et non pas au corps de son livre; on y trouvera la description de deux instruments inusités à tort en France, le thermomètre de surface et le thermoscope; nous sommes pour l'étude des températures locales bien en retard sur les Américains, quand nous prenons d'une façon fatalement inexacte la température d'un membre avec un thermomètre à boule qui ne touche la partie explorée que par un point.

M. Seguin propose aussi d'inscrire les chiffres de son thermomètre physiologique sous forme de tableau, nous ne saurions approuver cette habitude; une colonne de température parle moins aux yeux qu'une courbe, surtout pour une maladie un peu longue, on finit avec les dates et l'indication des jours de la maladie par avoir une page de chiffres dont l'aspect rappelle celui d'une table de logarithmes.

Ces réserves faites, nous ne saurions trop savoir gré à l'auteur des efforts qu'il fait pour répandre la thermométrie clinique; l'ouvrage de M. Seguin renferme un nombre considérable de tableaux, rangés dans un volumineux appendice, et un index bibliographique extrêmement complet; la lecture du Manuel de thermométrie de M. Seguin doit donc être recommandée à tous ceux qu'intéressent les progrès de la médecine physiologique. H. DE BOYER.

VARIA

Le choléra sur LA CORRÈZE.

Aux renseignements que nous avons donnés dans notre dernier numéro, nous ajouterons les suivants, empruntés au *Courrier médical :*

LA CORRÈZE, *a quitté Saïgon le 20 juillet*, ayant à bord 220 hommes d'équipage et 720 passagers militaires ou civils. Parmi les militaires se trouvent des soldats d'infanterie de marine revenant du Tonkin, où très-probablement règne en ce moment une épidémie cholérique. Toutefois, au moment de leur embarquement, on n'avait observé chez ces hommes aucun symptôme caractéristique de cette maladie. Quoi qu'il en soit, le choléra ne tarda pas à se montrer à bord et, à son arrivée à Aden, *la Corrèze* avait déjà perdu 33 hommes. A Aden, il n'y eut qu'un seul décès, soit au total 34 décès cholériques. A partir de ce moment et surtout depuis l'arrivée du bâtiment à Tor, dans la mer Rouge, où ils ont été mis en quarantaine, c'est-à-dire depuis quatorze jours, l'état sanitaire du navire s'est tellement amélioré qu'il est presque permis de considérer l'épidémie comme éteinte. Du reste, *la Corrèze* ne sera autorisée à traverser le canal de Suez que lorsque pourra lui être délivrée une sorte de patente nette. Les craintes de ceux qui voient déjà le choléra envahir Toulon et Marseille sont exagérées, si elles ne sont pas ridicules. Le danger a été prévu, les précautions les plus minutieuses ont été ou seront prises; il n'y a rien à craindre.

Exposition des corps.

En Allemagne vient d'avoir lieu, à Eisenach, la réunion annuelle des médecins de la Thuringe. L'Assemblée s'est prononcée en faveur de l'exposition des corps (*Leichenschau*), rendue obligatoire et elle a fait rédiger en ce sens, par une commission, un projet de loi, qu'elle a chargé son délégué de présenter au congrès des médecins allemands de Nuremberg. (*Journal officiel.*)

L'insecte de la pomme de terre.

En Prusse, le ministère de l'agriculture a chargé un professeur de l'université de Greifswald de recueillir les matériaux d'un travail concernant l'insecte qui menace la pomme de terre. Ce travail qui paraîtra très-prochainement sous forme de brochure, avec ce titre: « Le coléoptère du Colorado et son apparition en Allemagne » (Der Colorado Kæfer und sein Auftreten in Deutschland), contiendra des dessins de l'animal, de ses larves, etc., avec une carte sur son extension aux Etats-Unis. (*Journal officiel.*)

Enseignement libre.

Clinique chirurgicale. — M. POZZI, chirurgien du bureau central, fait tous les vendredis, à 10 heures, des conférences cliniques à l'hôpital de la Pitié.

Préparation aux 3e et 4e examens de doctorat et 1er de fin d'année. — M. le Dr MARTIN-DAMOURETTE commencera ses cours de chimie et de thérapeutique pour la préparation aux 3e et 4e examens du doctorat en médecine et au 1er examen de fin d'année, le jeudi 20 septembre, à 1 heure, rue de Seine, 70.

Mortalité a Paris. — Population : 1,988 806 habitants. (Recensement de 1876). Pendant la semaine finissant le 13 septembre 1877, on a déclaré 807 décès, soit 23.4 décès par mille habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 24 ; — rougeole, 9 ; — scarlatine, » ; — variole, 1 ; — croup, 15 ; — angine couenneuse, 21 ; — bronchite aiguë, 37 ; — pneumonie, 44 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 14 ; — choléra nostras, » ; — dyssenterie, 1 ; — affections puerpérales, 5 ; — érysipèle, 3 ; — autres affections aiguës, 230 ; — affections chroniques, 353, dont 146 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 32 ; causes accidentelles, 18.

Académie de médecine. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Paris est autorisé à accepter, aux clauses et conditions imposées par la donation faite à ladite Académie, par la dame Louise-Marie-Thérèse-Amélie *Haillays*, veuve du sieur Jean-Louis-Henri *Buignet*, et consistant en un titre de rente 3 0/0 sur l'Etat de quinze cents francs (1,500 fr.), pour la fondation d'un prix annuel de pareille somme, qui portera le nom de *prix Henri Buignet*. Le titre de rente sera immatriculé au nom de ladite Académie, avec mention sur l'inscription, de la destination des arrérages.

Faculté de médecine de Paris. — M. Bouchard, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est prorogé dans ses fonctions, à dater du 1er novembre 1877, en remplacement de M. Lépine, appelé à d'autres fonctions.

Ecole pratique. — Les exercices de dissection commenceront à l'Ecole pratique, le lundi 22 octobre. M. Sée, chef des travaux anatomiques, ouvrira son cours le 6 novembre. Il traitera des questions suivantes : abdomen et membres (suite du cours d'Anatomie appliquée.

L'ancien hôtel-dieu : le pont au double. — Une enquête est ouverte du 3 au 22 septembre inclusivement à la Préfecture de la Seine sur l'avant-projet de reconstruction du Pont au double et des quais aux abords.

Hôpital ménilmontant. — Un grand nombre de journaux, même l'*Officiel*, ont annoncé que l'hôpital Ménilmontant serait inauguré le 4 octobre. C'est une erreur ; l'administration pense que cet établissement ne pourra pas recevoir de malades avant le mois de février, et, comme il n'y a aux environs ni pont, ni quai à construire, il est à espérer qu'on ne l'obligera pas à installer des malades dans le nouvel hôpital avant son entier achèvement.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Sicard, docteur ès sciences, est chargé de cours de zoologie et physiologie animale, en remplacement de M. Hortel, démissionnaire.

Faculté de médecine de Lyon. — MM. Laroyenne et Perroud, chargés

de cours cliniques complémentaires, est fixée à dix années. — La durée des fonctions de MM. Raymond Tripier, Fochier, Delore et Dron, chargés de cours cliniques complémentaires, est fixée à trois années.

Le corps de santé de la marine, en France, comprend 600 médecins ou pharmaciens, assimilés aux grades des officiers de l'état-major de l'armée navale, y compris celui de chef de bataillon, savoir : 6 médecins directeurs dont 1 inspecteur général; 1 médecin et 1 pharmacien, inspecteurs adjoints; 16 médecins et 4 pharmaciens en chef; 9 médecins et 6 pharmaciens professeurs; 31 médecins et 4 pharmaciens professeurs; 161 médecins et 12 pharmaciens de 1re classe; 163 médecins et 16 pharmaciens de 2e classe; 150 médecins et 19 pharmaciens aides. Les aides-médecins et les aides-pharmaciens sont pris parmi les auxiliaires, dont le nombre varie selon les besoins du service et parmi les élèves des trois écoles de médecine navale établies à Brest, à Rochefort et à Toulon. L'entretien du corps coûte 1,677,100 fr. (*Le Scalpel.*)

Nécrologie. — Le *Lyon médical* nous apprend la mort d'un confrère distingué, le dr Chiara, auteur de piquants articles sur les *Sociétés de secours mutuels* et d'une monographie sur les *Diables de Morzine.* — L'*Union* annonce la mort de M. le dr A. Titon, ancien interne des hôpitaux de Paris.—La *Gazette hebdomadaire* nous apprend la mort du docteur Pigeaux, né à Senlis en 1807, mort à Paris le 14 juillet dernier. Pigeaux était connu par ses travaux sur les *Maladies du cœur.* Sa thèse soutenue en 1832 était intitulée : *Diverses propositions relatives à la physiologie et à la pathologie du système circulatoire.* En 1839, il publia son *Traité pratique des maladies du cœur*, et en 1843 un *Traité pratique des maladies des vaisseaux.* Enfin, nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort de l'un des principaux éditeurs de livres de médecine, M. Asselin.

Librairie G. MASSON, place de l'École-de-Médecine.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales : Directeur, A. Dechambre. Le tome 20e (coq-cor) vient de paraître et contient comme principaux articles : Corail, par P. Gervais; — Cordon ombilical, par Campana; — Chorée, par Al. Layet; — Cornée, par Gayet; — Cornets acoustiques, par Spillmann; — Corps étrangers, par Ch. Monod; — Corps opto-strié, par P. Berger; — Corps vitré, par Giraud-Teulon; — Corse, par L. Laveran; — Corset, par Bouvier et P. Bouland, etc., etc. — Prix : du volume, 10 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille.

Gœtz (E.). — Etude sur le spina ventosa, accompagnée d'observations recueillies à l'hôpital Sainte-Eugénie et à l'hôpital des Enfants assistés. — Paris, 1877, in-8° de 119 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Librairie V. A. DELAHAYE et Ce, libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Ocounkoff Zénaïde (Mlle). Du rôle physiologique de l'éther sulfurique, de son emploi en injections sous-cutanées comme médicament excitant et stimulant. Paris, 1877, in-8, 2 fr.

Piéchaud (A.). Essai sur les cataractes traumatiques. Paris, 1877, in-8. 2 fr.

Poinsot (G.). De l'intervention chirurgicale dans les luxations compliquées du cou-de-pied. Paris, 1877, 1 vol in-8. 7 fr.

Rochas (F.). De la suture des tendons. Paris, 1877, in-8. 3 fr.

Valtat (E.). De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations. Paris, 1877, grand in-8 de 156 pages. — Prix : 3 fr.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 38. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 22 SEPTEMBRE 1877

Le Progrès Médical

MALADIE DES ENFANTS

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. ARCHAMBAULT.

Paralysie complète du nerf moteur oculaire commun du côté droit. — Hémiplégie incomplète à gauche.

Leçons recueillies par M. E. DECAUDIN, interne du service.

Messieurs,

Nous avons, au n° 11 de la salle Saint-Louis, un enfant de trois ans, qui présente un ensemble de symptômes intéressants et de nature à vous montrer comment l'anatomie et la physiologie du système nerveux étant bien connues, il est possible de localiser la cause des troubles qu'on a sous les yeux. Mais avant de nous livrer à la courte discussion de physiologie pathologique qui résume le véritable intérêt du cas actuel, il est bon de vous exposer les faits pour que vous en contrôliez vous-même l'exactitude. Et vous en aurez le loisir, l'enfant devant, suivant toute probabilité, séjourner un certain temps dans les salles.

Ce petit garçon n'a eu encore, à proprement parler, aucune maladie ; il aurait eu seulement un peu de gourme et des glandes que l'on peut rattacher à la diathèse scrofuleuse, dont on ne trouve, d'ailleurs, aucune trace actuelle chez lui. Son développement physique est tout à fait en rapport avec son âge ; il ne paraît pas avoir souffert ; ses frères, plus âgés que lui, sont bien portants; son père a une bonne santé, et sa mère n'est souffrante que depuis une dernière couche. Il ne paraît y avoir aucune affection héréditaire dans la famille.

Il y a huit mois, cet enfant a fait une chute violente sur le front, et c'est à elle que sa mère attribue l'existence d'une bosse, très-apparente, qui existe au milieu de la région frontale. Il y a trois mois, cinq mois par conséquent après la chute, il a commencé à se servir moins bien de la main gauche, et des mouvements saccadés se sont établis dans le bras et dans la jambe gauche de ce côté. — Deux mois et demi après, par conséquent il y a quinze jours l'œil droit a commencé à se fermer. — Depuis trois mois, l'enfant ne peut se tenir debout et garde le lit.

Quand on s'approche de lui on est frappé de deux faits saillants : 1° la chute de la paupière supérieure droite, qui couvre complétement le globe oculaire ; 2° l'existence d'une sorte d'exostose très-apparente au milieu du front ; puis, continuant l'examen, on découvre qu'il existe une paralysie faciale très-légère à gauche, et de ce même côté, une paralysie incomplète, avec contracture et tremblement du bras et de la jambe.

Etudiant ce qui existe du côté de l'œil, nous voyons que la paupière se laisse relever avec la plus grande facilité. L'œil, mis à découvert, apparaît dans la situation du strabisme externe, et est absolument incapable de se mouvoir pour se porter soit en haut, soit en bas, soit en dedans. — La pupille est dilatée à ce point qu'il n'y a pour ainsi dire plus d'œil. En outre, la cornée transparente tournée vers l'angle externe de l'œil est un peu portée en bas. Si l'on place une lumière devant l'œil, il n'y a pas le moindre mouvement de resserrement de la pupille, et, si en même temps, à l'aide d'un écran, on empêche les rayons lumineux de la bougie de tomber sur la pupille du côté gauche, on n'en voit pas moins celle-ci se contracter sous l'influence de l'impression produite sur la rétine du côté droit. — L'enfant voit, ou ne voit pas, un objet avec son œil droit, suivant la position qu'occupe cet objet par rapport à l'œil. — Les recherches de cette nature sont un peu difficiles en raison de l'âge ; mais nous avons pu nous convaincre des faits suivants : si, fermant l'œil gauche, on place un sou à droite de l'enfant, celui-ci cherche tout aussitôt à le saisir et porte la main droite sur lui; et cela sans hésitation. Si, au contraire, on place le sou assez à gauche de la face, l'enfant ne fait aucun mouvement pour le saisir et sa physionomie n'exprime pas la satisfaction que provoque invariablement cet objet de sa convoitise dès qu'il l'aperçoit. Mais si, tenant toujours l'œil gauche fermé, on avance graduellement le sou de gauche à droite, il arrive un moment où l'œil droit l'aperçoit, la physionomie exprime le contentement et la petite main droite, restée libre, cherche à le saisir; seulement elle n'y parvient qu'en tâtonnant comme si la perception n'était pas bien nette ; ce qui se produit quand on place l'objet fortement à droite dans l'axe de l'œil dévié. Il doit y avoir diplopie et images obliquement croisées, mais il est impossible de rien en savoir par l'enfant. Voilà pour l'œil.

La bosse qui existe au milieu du front est résistante, dure et donne tout à fait la sensation d'une ostéopériostite ; elle ne paraît en aucune façon douloureuse. Nous diagnostiquons une exostose ; et, recherchant bien dans les antécédents, nous ne pouvons rien apprendre de la mère qui indique que l'enfant ait eu des manifestations syphilitiques ou qu'il en ait existé chez ses parents. La chute serait la cause de ce gonflement.

La paralysie faciale gauche ne se voit guère, au repos des muscles de la face, que par un peu d'effacement du pli naso-labial, mais si l'on vient à faire rire le petit malade, ou s'il pleure, ce qui est plus fréquent, la déviation de la commissure labiale à droite devient très-manifeste, il y a distorsion de la face.

A gauche, les divers segments de la jambe et du bras surtout, sont dans la demi-flexion, l'avant-bras étant fléchi sur le bras, le poignet également sur l'avant-bras et les doigts dans la paume de la main ; toutes ces parties sont agitées, surtout la main, de petites secousses, d'une sorte de tremblement très-peu marqué pendant que le membre est au repos, mais bien plus accentué, si on imprime un mouvement au membre, ou si l'enfant cherche à s'en servir, ce qu'il peut faire dans une certaine mesure, à la manière des vieux paralytiques. Il y a un peu de roideur. Ces symptômes, qui sont les mêmes à la jambe, s'y montrent pourtant à un bien moindre degré ; et si l'on met l'enfant dans la station verticale, [illegible] sa jambe pour marcher. La sensibilité est partout conservée.

L'intelligence est un peu moindre, peut-être, que chez les autres enfants de trois ans.

Tous ces troubles fonctionnels sont certainement symptômatiques d'une lésion dont nous devons chercher à déterminer le siége, et, si nous le pouvons, la nature.

Ce qui existe du côté de l'œil indique l'existence d'une paralysie du nerf moteur oculaire commun survenue postérieurement à l'hémiplégie, et suivant toute probabilité, liée à la même cause que cette dernière. Nous pouvons, en effet, affirmer que la paralysie de la troisième paire est complète puisque tous les muscles animés par ce nerf ont perdu leur contractilité d'une manière absolue. Il suffit pour vous convaincre de vous rappeler sommairement les principales données anatomiques et physiologiques qui concernent cette paire nerveuse et de les rapprocher des symptômes observés.

Arrivé dans l'orbite, le nerf de la troisième paire se partage, comme vous le savez, en deux branches, une supérieure, qui fournit un rameau pour le releveur de la paupière, et un second pour le muscle droit supérieur. Une inférieure qui, par trois rameaux, anime le droit interne, le

(1) Voir le *Progrès médical*, nos 1, 5, 8, 18 et 21.

droit inférieur, et le petit oblique. Ce rameau du petit oblique fournit la racine courte des ganglions ophthalmiques.

Vous savez aussi que les expériences des physiologistes ont prouvé que les filets fournis par cette branche courte, après avoir traversé le ganglion, vont animer les muscles iriens qui président à la constriction de la pupille ; et sont antagonistes des rameaux fournis par le grand sympathique, lesquels animent les muscles dilatateurs de la pupille.

Or, que voyons-nous ici ? c'est que pas un seul de ces muscles animés par la troisième paire n'a échappé à l'action de la cause paralysante.

Le rameau du releveur de la paupière ne s'anime plus, la blépharoptose l'indique assez.

Le rameau du droit supérieur n'anime plus ce muscle, et la preuve c'est que si l'on place, comme nous l'avons fait maintes fois chez cet enfant, un objet au-dessus de l'axe visuel, le droit supérieur du côté gauche se contracte et la pupille se porte en haut pour suivre l'objet, tandis que du côté droit l'œil reste immobile ; la pupille ne fait pas un mouvement en haut.

Le droit interne est paralysé comme le prouve assez le strabisme externe; mais de plus, si l'on place un objet fortement à gauche de l'enfant, le muscle droit externe de ce côté se contracte, et l'œil roule à gauche autour de son axe vertical.

Pendant ce temps, le droit interne du côté droit, congénère du droit externe gauche, et qui devrait se contracter en même temps que ce dernier, ne fait aucun mouvement et l'œil reste immobile.

Le droit inférieur est également paralysé et nous nous en sommes assurés en amenant l'enfant à regarder un objet placé en bas au-dessous de l'axe visuel; par la contraction du muscle droit inférieur du côté gauche l'œil roulant autour de l'axe transversal, la pupille se porte en bas tandis qu'elle ne change pas de place à droite où le droit inférieur est inerte.

On a indiqué le moyen de constater la paralysie des obliques, mais ces recherches sont impossibles chez un enfant; pourtant, nous pouvons admettre que le petit oblique est paralysé et que l'œil a subi une rotation sur son axe antéro-postérieur, par la contraction du grand oblique; lequel a, en même temps, et en raison de ses modes d'insertion abaissé la pupille et la cornée dans l'angle externe de l'œil de façon à ce qu'un segment de la cornée soit caché derrière la paupière inférieure. D'ailleurs cet abaissement est manifeste quand on regarde les deux yeux par comparaison.

Quant à la paralysie des constricteurs de la pupille, ce que nous avons dit aux symptômes ne peut laisser de doute. jours avant [illegible] vons donc admettre qu'il s'est produit depuis 15 [illegible] pendu le fonctionnement du nerf de la 3e paire. Cette paralysie survenant dans les conditions indiquées ne peut guère être fonctionnelle et doit tenir à une lésion du nerf — où est située cette lésion ? — S'il n'y avait pas une hémiplégie à gauche qui a précédé, nous dirions que la lésion est en un point quelconque du nerf moteur oculaire commun; sans pouvoir d'ailleurs préciser ce point, mais en face de l'hémiplégie qui a précédé de deux mois la paralysie oculaire, nous devons admettre que l'une et l'autre sont dues à la même cause, bien qu'à la rigueur le contraire se comprenne; et que, par conséquent, la lésion doit siéger en un point tel qu'il en résulte à la fois et l'hémiplégie à gauche et la paralysie du moteur oculaire commun à droite. — Pour produire ce double résultat il faut que la lésion quelle qu'elle soit intéresse le pédoncule cérébral droit au voisinage du pont de Varole de façon à détruire le nerf moteur oculaire commun ou à le comprimer. Vous savez tous que l'origine apparente de ce nerf a lieu entre le pédoncule cérébral, le pont de Varole et le tubercule mamillaire; c'est donc à ce point que doit se trouver la lésion. Il est vrai qu'elle peut agir sur les origines réelles; mais puisque la paralysie est complète il faudrait dans ce cas que la lésion fût assez étendue pour les comprendre toutes, et d'ailleurs dans ce cas les troubles ne devraient-ils pas porter sur les deux yeux ? M. le professeur Vulpian a déterminé ainsi qu'il suit ces origines réelles du moteur oculaire commun. Quelques fibres d'origine s'entrecroisent à la surface de l'espace perforé moyen — d'autres, cheminant d'arrière en avant, viennent se perdre dans les couches optiques. Le plus grand nombre, se portant d'avant en arrière, pénètrent au milieu des faisceaux intermédiaires du bulbe, les traversent et viennent s'entrecroiser au-dessous de l'aqueduc de Sylvius, puis se perdent. La lésion doit être placée à droite dans le point indiqué et agir sur les fibres après leur entrecroisement ; c'est tout ce que l'on peut dire de plus précis en se fondant sur les diverses paralysies existantes.

Maintenant quelle est la nature de cette lésion ? Voilà, où nous ne pouvons établir que des probabilités. Il n'est pas probable qu'il se soit produit une hémorrhagie, la marche graduelle des symptômes doit faire repousser l'existence d'une pareille cause qui se manifeste par ces paralysies survenant soudainement. Il y a lieu d'admettre l'existence d'une lésion qui, allant progressivement croissant, a d'abord agi sur le pédoncule cérébral droit ou sur ses origines, couches optiques, etc., et qui, cheminant d'avant en arrière, a gagné le point où elle peut agir sur le nerf de la troisième paire.

Que peut bien être une pareille lésion ? J'avoue que malgré l'origine traumatique attribuée à l'exostose frontale, je suis tenté de m'appuyer sur cette dernière et de rapporter les symptômes de paralysie à la syphilis ; je sais bien qu'il n'en a pas existé de manifestation réelle chez l'enfant ni chez ses parents.

Autant que nous pouvons l'établir; mais il y avait eu là quelque fait passé inaperçu. S'il ne s'agit pas d'une affection syphilitique, je ne vois plus de probable que l'existence d'un tubercule cérébral. Mais cet enfant n'a jamais eu ni convulsions, ni vomissements, etc., ce serait donc un cas, où un tubercule volumineux se serait développé d'une manière pour ainsi dire latente, et dans une région où il devrait produire promptement des désordres. Il y a des faits analogues. En dehors de ces hypothèses, je ne vois plus rien de probable.

L'enfant a été mis au traitement par le sirop de Gibert, dont nous suivrons l'action. Il nous paraît que l'hémiplégie aurait un peu diminué, que l'œil serait moins immobile, mais c'est peut-être une illusion provenant du désir que nous avons d'être utile à ce pauvre enfant qui n'a quelque chance de guérir, que si la lésion est de nature à pouvoir être atteinte par un agent spécifique. Nous verrons.

P.-S. — Depuis que cette leçon a été faite, voici sommairement ce qui s'est passé : L'amélioration que nous croyions entrevoir n'avait rien de réel, l'enfant est resté dans le même état pendant un certain nombre de jours, puis comme il y avait des diphthéries dans la salle, il a contracté une angine couenneuse qui l'a enlevé en deux jours. L'autopsie fut faite 24 heures après la mort, et voici ce qu'elle présente d'intéressant au point de vue où nous nous étions placé.

« On constate, par la dissection, que la bosse frontale est surtout constituée par un épaississement de la peau. Le tissu cellulaire est plus dense, et a une coloration jaunâtre due à une ancienne ecchymose; il adhère fortement au périoste ; le frontal présente au même point un léger épaississement. Il ne s'agissait donc pas là de lésions spécifiques. »

Encéphale. Rien d'anormal à la périphérie. On constate du côté droit l'existence d'une tumeur rouge-grisâtre, du volume d'une noisette, dure, et siégeant dans le pédoncule cérébral même; un peu en avant de l'origine du nerf de la troisième paire, qu'elle touche par son extrémité postérieure; une couche de fibres du pédoncule cérébral passe au-dessous de cette tumeur et est ramollie, et tout autour la substance du pédoncule est également ramollie, de sorte que la tumeur s'énuclée très-facilement. En avant la couche optique est saine, en arrière la protubérance l'est éga-

lement, les parois du quatrième ventricule sont saines, il n'y a d'altération de la substance cérébrale que dans la portion du pédoncule cérébral qui enveloppe la tumeur. Il y avait évidemment altération et destruction d'une portion notable des fibres du pédoncule, mais il en restait un certain nombre d'intactes ou seulement en voie d'altération, surtout dans les parties supérieures du pédoncule placées au-dessus de la tumeur, ce qui permet de se rendre compte de l'état incomplet de la paralysie à gauche, des tremblements et de la contracture. Quant à l'action de la tumeur sur le nerf de la troisième paire, il faut admettre, ou bien qu'elle aura détruit les fibres nerveuses à leur réunion au niveau de l'origine apparente, ou bien qu'elle les aura étouffées par compression.

La tumeur rougeâtre au pourtour, n'était autre chose qu'un de ces gros tubercules comme on en trouve chez les enfants, et pour s'en convaincre il a suffi de la fendre. Le centre n'était autre chose que de la matière tuberculeuse jaune et déjà en voie de ramollissement. Un autre tubercule, moins volumineux, existe dans l'hémisphère droit du cervelet, enveloppé par la substance cérébrale, mais très près de la surface.

Adhérences pleurales légères à droite, tubercules sur les plèvres, costale et diaphragmatique du même côté. Rien à gauche.

Une seule masse tuberculeuse au sommet du poumon (non diagnostiquable). Ganglions bronchiques tuméfiés et tuberculeux.

Ainsi, malgré l'embonpoint de l'enfant, l'absence de toute manifestation tuberculeuse chez lui ou chez ses proches parents, toutes les lésions étaient de nature tuberculeuse.

MALADIES DES PAYS CHAUDS

Insolation ;

Par le D[r] **VIGUIER**, ancien interne des hôpitaux.

Dans les endroits très-chauds, comme la mer Rouge, l'Océan Indien et les mers de Chine, il suffit souvent d'une exposition au soleil de quelques minutes, pour déterminer les accidents les plus graves. Bien que l'alcoolisme soit une condition qui augmente la gravité de l'insolation, son rôle a peut-être été exagéré et j'ai eu à soigner aussi souvent des gens parfaitement sobres que des buveurs.

L'action nocive du soleil ne se traduit pas toujours de la même manière ; tantôt il détermine une congestion foudroyante et rapidement mortelle, comme j'en ai observé un cas dans la mer Rouge ; le malade étant monté tête nue sur le pont, tomba presque aussitôt et mourut au bout d'une demi-heure; les pupilles étaient contractées, le pouls dur et lent, la respiration stertoreuse, la perte de connaissance absolue.

Le plus souvent l'insolation se traduit simplement par une congestion temporaire ; le début peut être brusque et accompagné de perte de connaissance, mais il est bien plus souvent insidieux. Après quelques instants, parfois deux ou trois minutes seulement passées au soleil, la tête découverte, ou après un temps plus long, pendant lequel le crâne était insuffisamment protégé, le malade se sent pris de céphalalgie parfois très-intense, bientôt accompagnée d'inappétence, d'insomnie et de fièvre; il y a alors assez souvent quelques vomissements et presque toujours de la constipation. Dans les cas les plus graves, la fièvre est accompagnée de délire. Souvent le début a passé entièrement inaperçu du malade, qui nie absolument s'être exposé au soleil. Les accidents se dissipent dès le lendemain ou le surlendemain, mais ils peuvent aussi continuer pendant plusieurs jours, surtout si l'on n'a fait aucun traitement. Du reste, un purgatif et un jour de repos suffisent dans tous les cas légers.

L'insolation peut aussi déterminer une véritable méningite. J'ai fait, au Japon, l'autopsie d'un homme qui, naviguant sur les côtes à bord d'un bateau du pays, fut, après une chaude journée de juillet, pris de douleurs de tête intolérables, puis perdit connaissance et mourut le troisième jour. Le corps ayant été ramené à Yokohama, je fus chargé de l'autopsie et trouvai les méninges très-épaissies et infiltrées.

A la suite d'un bain de mer à Hong-Kong, un matelot du *Tibre* fut pris de douleurs de tête qui augmentèrent dans la journée et le lendemain, et s'accompagnèrent de photophobie et de vomissements, ainsi que d'une grande excitation cérébrale et d'une fièvre vive. Je fis appliquer un grand vésicatoire sur la nuque préalablement rasée, et j'administrai plusieurs purgatifs, les accidents cessèrent au bout de quelques jours et le malade guérit assez rapidement.

Le danger des insolations est si bien connu que, dans l'Inde, Européens et indigènes prennent le plus grand soin de se couvrir le crâne quand ils s'exposent au soleil; le casque en moelle de sureau, généralement adopté par les Anglais, remplit parfaitement ce but, et il est bien plus commode et moins lourd que le salaco employé par les Français en Cochinchine. Il est vrai que le salaco protége mieux le visage, mais c'est là une chose absolument inutile, et pourvu que le crâne soit protégé, il n'y a nul danger à laisser la face exposée au soleil.

Le turban des indigènes remplit exactement le même but que le casque; il est même peut-être encore plus commode, et comme il peut se dérouler et s'employer comme vêtement, les natifs ont toujours sous la main le moyen de se faire une coiffure qui leur permet d'affronter sans danger les rayons du soleil.

Les bateliers de la côte de Coromandel ne s'en servent pourtant pas, et leur tête entièrement rasée est toujours exposée au soleil ; ces hommes ont du reste un crâne qui doit être plus à l'abri des influences extérieures que celui des autres. Je leur ai vu faire des choses qui eussent suffi à briser la tête à des gens de toute autre race. J'ai vu à Pondichéry des jongleurs jeter en l'air des noix de coco encore fraîches et les recevoir sur le sommet de la tête ; les noix se brisaient et ces Indous, dont la tête, ainsi que je l'ai dit, était rasée, n'étaient pas même blessés.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Gastro-élytrotomie et ablation de l'utérus.

L'opération la plus grave que les accoucheurs aient à pratiquer est, sans contredit, l'opération césarienne. Si, dans un certain nombre de cas, les malades placées dans des conditions favorables ont guéri, il ne faut pas oublier que depuis le 26 février 1787, pas une opération césarienne faite à Paris n'a été, en ce qui concerne la mère, suivie de succès.

Les causes qui peuvent amener la mort sont nombreuses. Pour réussir à extraire le fœtus, il faut d'abord inciser la paroi abdominale, le péritoine pariétal et le péritoine viscéral; la section porte ensuite sur l'utérus, or, cet organe s'est considérablement développé pendant la grossesse, et dans l'épaisseur de ses parois se trouvent un grand nombre de vaisseaux volumineux. Pendant l'opération, ces vaisseaux ouverts peuvent être la source d'une hémorrhagie grave ; si, après l'extraction de l'enfant, l'utérus reste inerte, si ses parois ne se rétractent pas et ne se contractent pas, l'hémorrhagie pourra continuer et devenir mortelle. Ce n'est pas tout, à l'hémorrhagie survenue pendant l'accouchement, peut s'ajouter une hémorrhagie consécutive arrivant plusieurs heures et plusieurs jours après la délivrance, hémorrhagie due au relâchement des parois de l'utérus, qu'on ait réuni ou non par une suture les deux lèvres de la plaie. Enfin, les femmes sont exposées à des accidents plus éloignés encore ; dans des grossesses con-

sécutives, l'œuf peut pénétrer dans la cavité abdominale à travers un orifice qui a persisté sur la paroi antérieure de l'utérus; ou bien, sous l'influence du travail de l'accouchement, cette paroi peut se rompre au niveau de la cicatrice qui résultait de l'opération.

On le voit, les dangers existent pour la femme, non-seulement au moment de l'opération, mais encore, quelques jours plus tard, et même lorsque survient une nouvelle grossesse. Aussi a-t-on cherché, de diverses manières, à remédier à ces dangers. Le Dr Edouard Porro (de Pavie) (1) a proposé un moyen radical. Après une opération césarienne, bien que les parois utérines fussent revenues sur elles-mêmes, les bords de l'incision laissant écouler une certaine quantité de sang, il résolut de pratiquer l'ablation de l'utérus. Un fil de fer fut passé autour du col et monté sur un serre-nœud ; la constriction fut faite rapidement et l'utérus excisé. La malade guérit. Cette manière d'agir, qui peut cependant soulever quelques objections, tend à se propager. Déjà en 1876, M. Rein avait publié sous ce titre « Extirpation de l'utérus gravide comme opération équivalente à l'opération césarienne » (2); le résultat d'expériences faites sur des chattes et des lapines et il réclamait pour cette opération les avantages suivants : 1° L'hémorrhagie pendant l'opération ne saurait être qu'insignifiante ; 2° il ne reste dans la cavité abdominale aucun organe important qui soit lésé ou qui doive subir une involution complète ; 3° enfin, une nouvelle grossesse est impossible.

Ce n'est pas tout ; il y a quelques mois, pendant notre séjour à Vienne, le professeur Spæth pratiquait l'opération césarienne chez une femme ostéomalacique : une hémorrhagie grave étant survenue, il répéta l'opération de Porro et fit l'ablation de l'utérus. La femme guérit rapidement.

A côté de cette méthode opératoire qui a pour but de supprimer quelques-uns des accidents consécutifs à l'opération césarienne en supprimant l'utérus lui-même, il faut placer la gastro-élytrotomie qui a été autrefois conseillée en Europe, et qui, dans ces derniers temps, a été pratiquée avec succès en Amérique. Sans rappeler les autres accidents qui ont été observés à la suite de l'opération césarienne, l'hémorrhagie et la péritonite semblent être les plus fréquents et les plus graves. Ces accidents sont dus aux incisions qui portent sur la séreuse péritonéale d'une part, et d'autre part, à la section du tissu utérin traversé par une grande quantité de vaisseaux. Quelques auteurs, Ritgen d'abord (1821), puis Baudelocque neveu, se sont donc demandé s'il ne serait pas possible d'extraire un fœtus à travers les parois abdominales tout en évitant de porter l'instrument tranchant sur le péritoine et sur le tissu utérin. De ce double désir, est née la gastro-élytrotomie. La voici telle que l'a décrite Ritgen. On commence par faire une incision semi-lunaire qui part de l'épine iliaque antérieure et supérieure et s'étend jusqu'à l'épine du pubis. On divise ensuite les muscles, les aponévroses et le tissu cellulaire jusqu'au péritoine; mais au lieu d'inciser ce dernier, on le décolle avec le manche du bistouri, on pénètre jusqu'au vagin dont on sectionne la paroi latérale et on fait l'extraction à travers la plaie.

Cette opération, par laquelle on évite l'incision du péritoine et celle du tissu utérin, fut essayée par Ritgen, mais, après l'avoir commencée, il dut recourir à la méthode habituelle pour terminer l'accouchement. Baudelocque neveu la compromit lui-même gravement par la suite ; en la pratiquant, il avait piqué avec le bistouri l'artère iliaque externe, ce qui le conduisit, pour éviter à l'avenir les conséquences d'un semblable accident, à conseiller la ligature *préalable* de l'artère iliaque primitive. Aussi ne faut-il pas s'étonner si cette opération fut jugée sévèrement par presque tous les accoucheurs.

Elle semblait définitivement condamnée et même complétement oubliée, lorsqu'en 1870, Gaillard Thomas (de New-York) tenta de la remettre en honneur dans un travail fort intéressant qu'il lut devant la « Yorker's medical Association ». Il rapporta qu'il avait pratiqué la gastro-élytrotomie chez une femme enceinte, parvenue au septième mois de la grossesse et qui succombait atteinte de pneumonie; il était parvenu à extraire, sans aucune difficulté, un fœtus à peine viable; mais ce fœtus avait un bec-de-lièvre, il avait souffert de l'asphyxie maternelle et il mourut au bout d'une heure. Quelque temps après, le docteur Skene fit de nouveau cette opération dans un cas de rétrécissement du bassin ; la mère et l'enfant, qui était très-volumineux (4,530 grammes), furent sauvés.

Voici, en quelques mots, le manuel opératoire de la gastro-élytrotomie. Pour que cette opération puisse être pratiquée, une condition préalable est absolument nécessaire : la dilatation complète ou la dilatabilité du col utérin. Si la femme est en travail, on attendra donc le moment où l'orifice sera suffisamment dilaté pour permettre à la tête fœtale de le franchir ; si, au contraire, il n'y a pas de travail, et qu'il faille délivrer la femme rapidement, on dilatera le col artificiellement, soit avec les doigts, soit avec l'appareil de Barnes.

Les conditions qui permettent l'introduction de la main dans la cavité utérine existant alors, on devra, avant de commencer l'opération elle-même : 1° préparer les instruments nécessaires et placer les aides ; 2° mettre sur une table voisine tout ce qu'il faut pour ranimer l'enfant au cas où il naîtrait en état d'asphyxie ou de mort apparente; 3° placer la femme sur un lit tel que le chirurgien puisse opérer librement ; elle sera, du reste, mise dans la situation qu'on lui donne lorsqu'on veut faire l'opération césarienne ; 4° vider la vessie et le rectum.

Les préparatifs étant terminés, on pratique l'opération qu'on peut diviser en quatre temps :

1er temps. — Le chirurgien fait avec le bistouri une incision qui, partant de l'épine du pubis, se dirige parallèlement à l'arcade de Fallope, jusqu'aux environs de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il nous semble que cette incision, sur la longueur de laquelle on a beaucoup discuté, doit mesurer de 15 à 17 centimètres. En effet, cette plaie doit laisser passer la tête du fœtus qui, au niveau de son plus petit diamètre antéro-postérieur, c'est-à-dire du sous-occipito-bregmatique, offre une circonférence de 30 à 34 centimètres. Les deux lèvres d'une incision de 15 à 17 centimètres de longueur pourront, en s'écartant, laisser passer la tête suivant cette circonférence minimum et même, en raison de l'élasticité des tissus, suivant la circonférence sous-occipito-frontale (M. Duncan) qui est un peu plus considérable. On devra, dans ce pre-

(1) *Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo*, pel dottor Edoardo Porro. Voyez aussi *Archives de Tocologie*, juin 1877.
(2) Rein. Analyse in *Centralblatt für Gynækologie*, n° 6, 1877.

mier temps, inciser la paroi abdominale en laissant le péritoine intact ; des pinces hémostatiques seront placées sur les deux bouts de l'artère épigastrique sectionnée et sur les autres vaisseaux.

2e temps. — On décolle le péritoine en se dirigeant vers l'insertion du vagin au col de l'utérus.

3e temps. — On introduit une sonde dans le vagin, sonde qui peut servir de guide pour pratiquer sur ce canal une section latérale suffisamment étendue. Au lieu d'employer une sonde, il est plus facile et plus sûr d'introduire l'index et le médius dans la cavité vaginale (Thévenot), de les écarter et de faire l'incision entre les extrémités de ces deux doigts.

4e temps. — Tandis qu'un aide incline fortement l'utérus du côté opposé à celui où se trouve l'opérateur, de manière à amener l'orifice utérin au niveau de la plaie, on introduit la main par cette plaie jusque dans la cavité utérine, on fait la version si le fœtus présente l'extrémité céphalique ou une épaule, et simplement l'extraction s'il présente le siége ; on pratique ensuite la délivrance.

Le pansement sera simple ; on nettoiera avec soin, et, à l'aide de quelques points de suture, on réunira les lèvres de la plaie abdominale. Pendant les jours qui suivront, l'écoulement des lochies se fera par les voies naturelles.

L'occasion s'est présentée à nous d'essayer cette opération sur le cadavre d'une femme enceinte de 8 mois 1/2 et morte à la suite d'une hémorrhagie survenue pendant le travail. Nous l'avons pratiquée le 12 avril avec le concours de nos amis et distingués confrères MM. Thévenot, Darolles, Maunoury et de Sinéty. Voici ce que je trouve sur ce sujet, à la fin de mes notes prises aussitôt l'expérience faite : « L'impression de tous fut la suivante : d'abord la longueur de l'incision et le décollement du péritoine nous effrayèrent un peu, et il semblait difficile qu'on pût pratiquer l'opération. Nous fûmes très-surpris au contraire de voir, ces deux premiers temps terminés, combien l'extraction était simple et facile. »

La gastro-élytrotomie est-elle réellement supérieure à l'opération césarienne? C'est ce que nous nous garderons bien d'affirmer, la pratique seule permettra de résoudre la question. Le succès obtenu par le docteur Skene pourra peut-être faire revenir les accoucheurs sur le jugement sévère qu'ils ont porté contre elle, surtout au moment où, pour éviter les accidents de l'opération césarienne, on n'a trouvé que l'ablation totale de l'utérus. P. BUDIN.

Le Congrès de l'Association médicale de la Grande-Bretagne. — Discours de Spencer Wells.

L'*Association médicale britannique* a tenu cette année son 45e Congrès dans la grande et belle cité de Manchester où un accueil des plus bienveillants lui a été fait par les autorités municipales et par les habitants. Le nombre des médecins présents au Congrès était de quinze cents. Les réunions générales avaient lieu dans la magnifique salle des concerts et dans les salles d'*Owen's Collège*, où tout avait été disposé pour la plus grande commodité des membres du Congrès : salles de réception, salles de lecture, postes, télégraphe, voitures, etc., etc.

L'Association britannique qui comprend plus d'un tiers des membres de notre profession et toutes les illustrations du Royaume-Uni, a un objet d'étude moins vaste que celui de notre grande *Association pour l'avancement des sciences* (1) : elle s'occupe exclusivement des sciences médicales. Chaque année le Congrès a lieu dans une région, différente de la Grande-Bretagne : Birmingham en 1872, Londres en 1873, Norwich en 1874, Edimbourg en 1875, etc. Il existe des assemblées générales et des réunions par sections. Celles-ci sont au nombre de sept : les sections de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de physiologie, de psychologie et de médecine publique.

Un discours du président, le docteur Eason Wilkinson, médecin en chef de l'Infirmerie Royale de Manchester, a ouvert la séance. Puis, suivant l'usage, des discours généraux, des *adress* sur la médecine, sur la chirurgie, l'obstétrique et la physiologie ont été prononcés par d'illustres représentants de chacune des branches de notre art : Williams Roberts pour la médecine (The doctrine of contagium vivum and its applications to medecine), Spencer Wells pour la chirurgie (The Past, Present, and Future of scientific surgery) ; et Robert Barnes pour les accouchements (The scientific and political position of Obstetrics)...

Parmi les savants étrangers présents à cette grande réunion médicale, le *British medical* cite les noms du professeur Charcot, de Paris, du docteur Lewis Sayre, de New-York, du professeur Ludwig, de Leipzig et du docteur Proust, de Paris. Les démonstrations du Dr Charcot faites dans un anglais, assure-t-on, très-correct, ont présenté, ajoute le *British*, un si grand intérêt que, sur la prière d'un grand nombre de médecins qui n'avaient pu l'entendre la première fois, il a dû les répéter à deux ou trois reprises, les jours suivants. » Des remerciements ont été votés en assemblée générale à notre savant maître et de chaleureux applaudissements ne lui ont pas été épargnés. M. Charcot n'était pas d'ailleurs, tant s'en faut, tout à fait un étranger pour des médecins anglais ; son nom est depuis longtemps populaire parmi eux ; ses ouvrages ont reçu, en Angleterre comme dans d'autres pays, les honneurs de la traduction et depuis plusieurs années, il porte le titre de membre honoraire de la Société clinique de Londres. L'accueil plus que sympathique qui vient de lui être fait à *Owen's Collège*, montre assez en quelle estime on tient de l'autre côté du détroit les *leaders* scientifiques de notre pays. En ces matières, le jugement des étrangers, nécessairement dégagés des préoccupations étroites tenant au terroir, ne peut guère manquer d'être impartial, et on en comprend aisément tout le prix.

La haute situation de Spencer Wells, les nombreux succès qu'il a obtenus dans les opérations des kystes de l'ovaire, succès dus autant à sa science chirurgicale qu'à son dévouement pour ses opérées et aux soins étudiés qu'il leur prodigue, lui permettaient de parler avec autorité des progrès de la chirurgie scientifique et de son rôle dans l'avenir. C'est à lui, qui a tant fait pour rendre une des plus grandes opérations de la chirurgie praticable, et qui, pour cela, a dû lutter contre l'opposition des premiers chirurgiens de l'Angleterre du moment, contre Liston, Lawrence,

(1) La Société pour l'avancement des sciences existe aussi en Angleterre. Elle a tenu, cette année, sa réunion générale à Plymouth, sous la présidence d'Allen Thomson.

Robert Lee, etc,.., et qui, cependant, d'après la statistique si sévère de lord Selborne, par ses opérations a pu prolonger de 18,000 années la vie des femmes en Europe, c'est à lui qu'appartenait assurément de constater les progrès de la chirurgie et d'indiquer aux plus jeunes la voie à suivre pour continuer les développements de cette science. Cependant, comme notre collègue de *The Lancet*, nous regrettons, qu'il n'ait pas, sans doute par modestie, saisi cette occasion solennelle pour faire un exposé magistral des indications, des dangers et des conditions de réussite de cette grave opération. A peine a-t-il cru devoir signaler, chemin faisant, le total des succès obtenus.

En suivant l'ordre historique des discours prononcés à l'association générale depuis quarante ans, le grand chirurgien anglais nous montre, dans le passé, faisant leur entrée et se développant en Angleterre les grandes opérations de la chirurgie de ce siècle ; la lithotritie introduite par Costell en 1835, l'opération césarienne faite pour la première fois par Knowles de Birmingham, la ténotomie de Dieffenbach et Liston (1849), le traitement des anévrysmes par la compression (1845), les anesthésiques, l'anesthésie locale, le traitement de la fistule vésico-vaginale par les procédés de Baker-Brown 1858, l'ophthalmoscope, l'otoscope, le larynxscope, etc... Dans le présent, il fait l'éloge des travaux de Simpson et de Sims, auxquels sont dus de si grands progrès dans la chirurgie utérine, de Fergusson, etc. Il expose ensuite les heureux effets de l'emploi des anesthésiques et il attribue une grande importance au choix que l'on fait de ces agents ; pour lui, il emploie le bichlorure de méthylène et il le préfère à tous les anesthésiques dans l'opération de l'ovariotomie. L'opération de Wood pour la cure radicale des hernies réductibles, le rôle de l'électricité comme agent de thérapeutique chirurgicale, les moyens hémostatiques, employés pendant les opérations, en particulier la bande d'Esmarch et enfin les progrès accomplis dans l'éducation médicale en Angleterre, tels sont les points principaux sur lesquels il appelle successivement l'attention de son auditoire. Dans l'avenir, dit-il enfin, la chirurgie doit être avant tout conservatrice. La belle maxime de la société de chirurgie de Paris doit être commune à tous : *Vérité dans la science, moralité dans l'art.*

Malgré notre sincère admiration pour le talent avec lequel Spencer Wells a exposé l'histoire de la chirurgie en Angleterre depuis cinquante ans, nous devons reconnaître qu'il existe de nombreuses lacunes dans son discours. Le rôle important de la dernière génération chirurgicale de la France nous paraît avoir été trop oublié. Dans le présent, nous regrettons qu'il ait presqu'uniquement cité la compression élastique d'Esmarch et qu'il n'ait pas mentionné, parmi les progrès, les récentes doctrines sur l'infection des plaies et les nouveaux pansements. C'est une révolution immense par ses résultats.

Qu'il nous soit permis maintenant de former un vœu ! C'est qu'au prochain Congrès médical, pendant l'Exposition de 1878, à Paris, il se trouve un savant assez indépendant par sa situation, à l'esprit élevé et aux connaissances historiques étendues, qui montre en cette circonstance solennelle, la part de la France dans les progrès de la chirurgie contemporaine. Parmi nos maîtres un tel choix ne sera pas difficile. Il serait même à désirer que, suivant l'exemple de la Société médicale de la Grande-Bretagne, plusieurs discours soient prononcés en assemblée générale sur les progrès dans notre pays, de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique et des différentes branches des sciences médicales. Chaque président de section pourrait ensuite traiter dans son ensemble une des questions les plus importantes et les plus actuelles de la partie de la médecine dont il s'occupe particulièrement. Ces larges revues rétrospectives élèvent toujours les esprits et encouragent les efforts par les exemples du passé : c'est à l'histoire qu'appartient surtout le pouvoir de moraliser le présent et de pousser les générations nouvelles dans la voie du progrès.

H. Duret.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE GENÈVE (1)

Section de chirurgie.

1re Séance (10 septembre). — Présidence de M. Mayor.

M. le professeur Verneuil lit, en les accompagnant de quelques réflexions, les conclusions du travail qu'il a publié dans la *Revue mensuelle* (nos de juillet et août).

M. Pamard. Dans un cas rapporté dans le travail de M. Verneuil, j'avais cru pouvoir opérer en considérant que j'étais mieux armé que les chirurgiens anciens, le chloroforme me permettant d'abolir la douleur, qui doit être une cause importante de l'avortement. Dans un second cas plus récent, j'ai pu enlever par l'écraseur des végétations de la grande lèvre sans amener l'avortement.

M. Ollier et M. Dupont rapportent quelques opérations qu'ils ont pratiquées pendant la grossesse et qui ont été suivies de succès. Chez une malade de M. Ollier, où une amputation de bras détermina l'avortement, celui-ci sembla provoqué plutôt par l'invasion d'un érysipèle que par l'opération elle-même.

M. de Valcour rappelle qu'à Londres Spencer-Wells a obtenu huit succès sur neuf cas d'ovariotomie pratiqués pendant la grossesse. Quelques-uns de ses collègues qui n'avaient eu recours qu'à de simples ponctions ou qui n'avaient opéré que trois ou quatre mois après l'accouchement, avaient vu survenir chez leurs malades des accidents plus ou moins graves.

M. Verneuil. Avec les armes nouvelles qu'acquiert chaque jour la chirurgie, on pourra un jour opérer les sujets atteints de diverses diathèses, avec presque autant de chances de succès que les sujets qui en sont exempts. Pour la question actuellement discutée, les causes d'avortement ont déjà beaucoup diminué : le chloroforme annule l'élément douleur ; l'écraseur, le galvanocautère ou le thermocautère permettent d'éviter la perte de sang. Avec les pansements nouveaux, la température pourra ne pas s'élever au-dessus de 38° et il semble que ce soient surtout les complications fébriles des opérations que l'on ait à craindre.

M. le professeur Ollier. Les résultats définitifs des *résections* articulaires pratiquées par la méthode souspériostée pendant la guerre de 1870 n'ont pas été brillants. Avant d'examiner les causes de ces insuccès, M. Ollier désire dire quelques mots sur les suites des résections dans la pratique civile. Pour ce qui est des fonctions du membre, et lorsqu'il s'agit des grandes articulations du membre supérieur, elles peuvent être suffisamment conservées pour permettre un travail, même fatigant (les travaux de la campagne par exemple). S'il s'agit du poignet ou du cou-de-pied, les petits os voisins de l'articulation sont trop souvent envahis par la maladie pour qu'on n'ait pas à craindre des récidives. Pour le genou et pour la hanche, on doit éviter l'opération chez de jeunes enfants, car elle détermine un ralentissement considérable dans l'accroissement du membre. A cet âge, il ne faut reséquer que dans certaines formes d'ostéoarthrites suppurées à marche rapide. Pour ce qui est de l'influence de l'opération sur la diathèse tuberculeuse, les manifestations de celle-ci paraissent enrayées dans leur marche si l'intervention a lieu à temps.

(1) L'étendue de ce compte-rendu analytique nous a forcé de le répartir entre plusieurs de nos numéros.

Quant aux résultats défectueux obtenus par les chirurgiens allemands pendant la dernière guerre, M. Ollier les explique avec M. Langenbeck par l'insuffisance des soins consécutifs et par une mauvaise méthode opératoire. A ce sujet, M. Ollier rappelle qu'il faut détacher le périoste avec une rugine plate et tranchante et que dans les cas où il y a des esquilles, on peut laisser celles qui doivent conserver leur vitalité, à condition qu'elles ne puissent pas empêcher l'écoulement du pus. Enfin, les pansements nouveaux, en diminuant les chances de septicémie et de pyohémie permettront d'attendre quelque temps et de tenter des résections secondaires dont les résultats paraissent plus favorables.

M. le professeur LETIÉVANT présente d'abord quelques observations sur la *névrotomie*. Cette opération n'est pas toujours facile; mais il ne paraît pas à M. Letiévant qu'elle soit aussi dangereuse qu'on l'a dit. Il suffit de ne pas opérer sans avoir examiné attentivement le malade, de ne pas sectionner le nerf sans l'avoir séparé des tissus environnants afin d'éviter l'ouverture d'une artère; enfin de ne pas tirailler le cordon nerveux. D'autre part, bien qu'il semble qu'on ne doive agir que sur les névralgies des causes périphériques, les principales indications de l'opération sont avant tout l'intensité des douleurs et leur résistance à toute médication. La statistique personnelle de M. Letiévant vient à l'appui de cette conclusion. Il a pratiqué la névrotomie sur douze personnes; les névralgies étaient de causes diverses. Dix des opérés ont obtenu une guérison qui peut être considérée comme définitive.

M. Letiévant présente ensuite à la section un malade auquel il a pratiqué la rescision du maxillaire supérieur : la forme, les mouvements, la sensibilité de la joue sont conservés. Ce succès est dû à la conservation du nerf sous-orbitaire d'une part, et d'autre part à ce qu'on a laissé trois colonnes osseuses : deux forment le rebord de l'orbite, la troisième est constituée par l'os incisif.

2ᵉ Séance (11 septembre). — PRÉSIDENCE DE M. JULLIARD.

M. PAMARD lit une communication de M. le docteur DUPLAY sur les abcès *suspériostiques*. A côté des abcès souspériostiques, seuls bien décrits jusqu'à présent, M. Duplay admet une espèce de collection purulente, accolée aux os, formée aux dépens des couches externes du périoste et du tissu cellulaire voisin. Ce sont les abcès qu'il nomme suspériostiques. L'os n'est donc pas dénudé. Ces collections purulentes ont des causes multiples dont les plus constantes sont les mauvaises conditions hygiéniques, les scrofules. L'affection peut être aiguë ou chronique. Aiguë, elle se distingue de l'abcès souspériostique par un rebord moins net, des phénomènes généraux moins marqués ; chronique, elle diffère de la périostite chronique commune par l'absence d'épaississement de l'os autour du foyer. Après l'ouverture, la cicatrisation est lente.

M. le professeur REVERDIN lit, au nom de M. le professeur ESMARCH, un rapport sur l'*ischémie artificielle*. Après avoir indiqué les procédés qu'il suit pour appliquer la bande ou le lien élastique sur diverses parties du corps, M. Esmarch examine les avantages et les inconvénients de la méthode. Quant à ces derniers, plusieurs sont le résultat d'une mauvaise application de l'appareil; tels sont : la compression trop forte des nerfs, la gangrène, le refoulement du pus vers la racine du membre. Dans les cas où on a à craindre ce dernier accident, on n'appliquera point la bande; on se [illegible] maintenir le membre élevé, puis d'appliquer le lien. L'hémorrhagie artérielle proprement dite ne doit pas avoir lieu si on a lié aussitôt après l'opération les principaux troncs intéressés. L'hémorrhagie parenchymateuse est constante. Mais elle s'arrête sous l'influence d'une douche d'eau phéniquée glacée, de l'application d'un courant indirect sur la plaie, ou enfin de la compression digitale pratiquée sur le tronc artériel principal du membre. Quant aux avantages : on épargne le sang, on peut opérer avec la même facilité que sur le cadavre; la recherche des corps étrangers dans les tissus devient ainsi bien plus facile ; le nombre des aides est réduit. Enfin, en refoulant temporairement le sang des extrémités, la bande élastique permettra dans certains cas d'hémorrhagie menaçante de retenir la vie prête à s'échapper

M. le docteur TH. ANGER présente à la section quelques instruments qui permettent *d'appliquer le thermo-cautère à l'opération de la taille*. Les premiers temps de l'opération se font avec le couteau habituel du thermo-cautère. On incise l'urèthre avec cet instrument, mais en se guidant sur une sonde cannelée appuyée sur le cathéter. Une fois l'urèthre incisé, on introduit un dilatateur à trois branches qui sert de guide au cystocautère. Celui-ci présente la forme du lithotome du père Come. Sa branche supérieure appuie sur le dilatateur, sa branche inférieure, chauffée par le procédé de M. Paquelin, coupe les tissus. La taille se termine comme habituellement. Par ce procédé, on évite la perte du sang et on obtient un trajet où ne peut se faire la résorption de l'urine. Aussi convient-il, surtout si l'on a affaire à des individus faibles ou dont les urines sont ammoniacales.

En réponse à quelques objections présentées par MM. BRUCH et MALLET, M. ANGER reconnaît que le cystocautère est inutile chez l'enfant. Mais il ne produit que des escharres insignifiantes, à condition qu'on ne laisse pas longtemps l'instrument en contact avec les tissus. L'opéré de M. Anger a guéri en vingt-huit jours.

M. PAQUELIN appuie ce que vient de dire M. Anger quant aux escharres produites par le thermo-cautère. Il cite à l'appui de cette opinion les opérations faites sur les animaux au laboratoire de M. A. Bernard.

M. ANGER présente ensuite un appareil destiné à corriger les flexions, avec adduction et rotation en dedans, qui surviennent fréquemment dans la convalescence des coxalgies. Les points d'appui sont pris sur toute l'étendue du tronc. La traction continue est obtenue par un tube en caoutchouc agissant sur un levier et cessant de mouvoir aussitôt que l'enfant est assis. L'extension résulte de ce que l'articulation de l'appareil est située plus bas que celle de la hanche. L'abduction et la rotation en dehors se font en même temps, parce que cette même articulation n'est point disposée directement, mais se fait par des surfaces obliques.

M. le docteur LE DENTU présente quelques observations sur les perfectionnements qu'il a apportés à la suture des tendons. Pour rechercher les bouts sectionnés, il emploie l'appareil d'Esmarch et débride. Pour obtenir un affrontement parfait, lorsqu'il s'agit de tendons forts et cylindriques, il fait une double suture. L'une, qu'il appelle suture d'appui, est une sorte de cadre constitué par un fil métallique passant successivement et horizontalement à travers les deux bouts tendineux à une certaine distance de leur extrémité. On arrête en plaçant deux tubes de Galli. La seconde suture, dite d'affrontement, est pratiquée suivant la méthode qui sert dans les opérations de fistule vésico-vaginale. Un tendon de grand palmaire suturé ainsi a supporté un poids de 500 gr. Quand les surfaces des sections étaient obliques, il supportait 1,200 gr. Quand le tendon est grêle, on ne place pas de suture de soutien et on a quelquefois avantage à réunir au tendon voisin. Quand il s'agit de tendons plats, il faut superposer les deux bouts et faire quelques points de suture transversaux et peu étendus.

3ᵉ Séance. — PRÉSIDENCE DU Dʳ MAYOR.

Le Dʳ RONGE (Lausanne) lit un mémoire sur l'*ozène et son traitement* dont voici les conclusions.

1. L'ozène, fétidité spéciale de l'air expiré par le nez, résulte d'une suppuration des fosses nasales ou de leurs annexes, qui sont : les sinus frontaux les cellules ethmoïdales, les sinus sphénoïdaux, les sinus maxillaires.

2. Cette suppuration paraît avoir toujours pour point de départ une altération du squelette des fosses nasales ou de leurs annexes.

3. Le degré de fétidité de l'haleine nasale est déterminé par l'étendue de la lésion osseuse : plus celle-ci est considérable, plus aussi l'ozène est accentué.

4. Abstraction faite de la lésion osseuse, la stagnation du [illegible] [illegible] de l'ozène.

5. Lorsqu'on ne trouve pas la cause de l'ozène dans une altération des parois de la cavité nasale, il faut la chercher dans les sinus et dans les cellules de l'ethmoïde.

6. Le traitement local de l'ozène est le suivant :

a) Lavage des fosses nasales au moyen de douches et d'irrigations souvent répétées. Le liquide employé varie suivant les indications.

b) Insufflation de poudres astringentes, caustiques ou désinfectantes.

c) Cautérisation avec les caustiques chimiques solides, liquides, pulvérulents. Emploi du galvano-cautère.

d) Rugination des ulcérations, extraction des séquestres, drainage des sinus. Pour remplir cette indication, il faut détacher le nez par le procédé sous-labial, qui permet l'exploration directe des fosses nasales, l'extirpation des parties nécrosées et l'ouverture des sinus. Ce procédé ne laisse aucune cicatrice apparente, aucune difformité.

7. Le traitement général est basé sur l'état constitutionnel du sujet malade.

Le Pʳ VERNEUIL n'a pas encore eu l'occasion de pratiquer l'opération suivant le procédé du docteur Ronge, mais se propose de l'essayer à la prochaine occasion ; il rappelle que M. Trélat a employé ce procédé et a eu de bons résultats.

Le Dʳ OLLIER adopte également ce procédé dans certains cas. Il estime que lorsque l'on ne peut connaître facilement les limites de l'ozène, comme

dans les cas de tumeurs profondes ou de polypes naso-pharyngiens, il serait préférable d'ouvrir la partie supérieure du nez pour reconnaître l'implantation du polype et ses limites exactes; de cette façon on peut laisser la plaie ouverte pendant 2 ou 3 jours et surveiller les suites de l'opération.

Le Dr RONGE. L'ozène est pour lui le plus souvent lié à une altération des sinus, et, plus fréquemment, à une carie des cellules ethmoïdales; la rhinoscopie postérieure est peu utile, parce que la muqueuse est tellement gonflée qu'on ne peut éclairer convenablement les points malades. Il a pu, par son procédé, pénétrer jusque dans l'orbite et enlever l'os planum de la région.

Le Dr OLLIER a remarqué que, dans certains cas favorables, on pouvait se borner à des douches nasales et injections ou cautérisations au nitrate d'argent ou à la teinture d'iode pour entraver les séquestres.

Le Dr ROTTENSTEIN observe qu'il y a une dégénérescence graisseuse de la langue, des amydales et des glandes buccales, avec production de lepthotrix buccalis qui produit l'ozène et que les agents désinfectants combattent cet élément.

Le Dr MALLEZ (Paris) lit une communication *sur les altérations de formes et de capacité de la vessie.*

Le Dr WILT (secrétaire) lit une note du docteur BESSIÈRE (d'Égreville) sur un nouvel *appareil contentif pour les fractures du maxillaire inférieur*, avec présentation de l'appareil.

Le Dr RONGE dans ces fractures, perfore l'os en deux points au moyen d'une vrille, pratique la suture osseuse et place deux plaques de gutta-percha, l'une en avant, l'autre en arrière de la fracture. Il cite une observation dans laquelle l'esquille était si considérable que le blessé ne pouvait parler : une fois l'appareil appliqué, la parole devint possible et le malade guérit en quelques semaines.

Le Dr DE ROUBAIX (Bruxelles) lit un volumineux mémoire sur quelques perfectionnements apportés à certaines *sutures*, et spécialement *à la suture vésico-vaginale* ; description d'une nouvelle suture, dite suture à points en fils d'attente. Occlusions vaginales pariétales.

Le Dr MOLLIÈRE, chirurgien en chef, délégué de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et professeur agrégé, lit une *note sur une nouvelle variété de hernies*, la *hernie de la ligne demi-circulaire*, avec photographies à l'appui.

4e Séance (14 septembre). — PRÉSIDENCE DU Dr MAYER.

Le Pr TRÉLAT fait une longue communication sur les indications relatives de la *prothèse et de l'opération plastique dans les divisions de la voûte et du voile du palais.*

Le Dr EHRMANN (Mulhouse), n'opère plus depuis longtemps sur des sujets adultes, mais les résultats de M. Trélat l'encouragent à tenter de nouveau l'opération ; avec MM. Trélat et Smith il considère comme l'âge d'élection pour l'intervention opératoire, l'âge de 2 à 3 ans. En résumé, on doit, suivant lui, réserver l'opération pour les sujets présentant des fissures courtes et postérieures de préférence : la prothèse lui semble favorable dans les cas de fissures complètes et profondes.

M. TRÉLAT déclare qu'on ne doit pas pratiquer l'opération avant six mois.

Le Dr ROTTENSTEIN appuie cette opinion.

Le Pr JULLIARD présente un cas de *fracture du petit trochanter* et un cas de guérison d'*ulcère tuberculeux de la langue;* il lit ensuite son travail sur le *galvano-caustique* (voir les conclusions).

Le Pr MAZZINI (Rome), déclare qu'avec l'anse galvanique on ne coupe pas toujours sans hémorrhagie.

Le Pr VERNEUIL emploie le galvano-cautère et le thermo-cautère et annonce que le Dr Paquelin a imaginé des instruments très-fins qui peuvent remplacer ceux du thermo-cautère. Pour la cautérisation des masses profondes et volumineuses, ni l'un ni l'autre ne peut remplacer le fer rouge.

Le Pr TRÉLAT. La supériorité du galvano-cautère réside dans l'anse galvanique, et la haute température de beaucoup supérieure à celle du thermo-cautère.

Le Dr PAQUELIN. Avec le thermo-cautère on peut arriver à la fusion du platine, c'est-à-dire 2500°.

Le Pr GALLI DE LUCQUES a opéré un varicocèle avec l'anse galvanique, et dit qu'il n'aurait pu le faire avec le thermo-cautère.

Le Pr VOLTOLINI présente une *paire de ciseaux spéciaux* pour morceler les *polypes du pharynx* ; il présente aussi un deuxième instrument pour enlever les polypes du larynx ; c'est un fil recourbé muni d'une éponge à son extrémité.

Le Dr ROUSSEL (Genève) présente 1° *un index artificiel* pour la réduction des hernies étranglées par le taxis rectal, comme il l'appelle ; 2° *son transfuseur.*

Le Dr MILLIOT (d'Hyères) présente un *électro-aimant pour l'extraction des projectiles* et des corps étrangers en fonte de fer, situés profondément.

Le Pr GALLI (Lucques) présente : 1° un instrument pour extraire *les corps étrangers* (épingles à cheveux introduites dans *la vessie chez la femme*) ; 2° une série de nouveaux instruments pour *l'opération de la fistule vésico-vaginale.*

Le Dr J. L. BEAUDIN fait une communication sur les fistules péniennes; mais, l'heure étant trop avancée, l'auteur ne peut que poser quelques conclusions.

La séance est levée à midi un quart.

Section des sciences biologiques.

1re séance (10 septembre 1877). — PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR MORITZ SCHIFF.

A l'ouverture de la séance, MM. Broadbent, Mary, Sonsino, sont nommés présidents honoraires.

M. FRANCK fait une communication sur les *changements de volume et de débit du cœur chez les animaux et chez l'homme.*

M. CARVILLE demande à l'auteur, comment il peut, dans ses recherches, faire abstraction de la respiration.

M. FRANCK suspend un moment la respiration en opérant sur les animaux, et ajoute que ses expériences faites sur les animaux sont intéressantes en elles-mêmes, mais qu'il ne prétend pas les appliquer à l'homme.

M. SCHIFF se demande si on ne pourrait pas renverser la proposition émise, à savoir que la pression augmente parce qu'il y a plus grand débit du cœur et dire au contraire que l'augmentation de la pression produit le débit plus grand du cœur.

M. MIERJEZEVSKY, professeur à St-Pétersbourg, fait une communication sur les *cerveaux d'idiots* dont il présente un spécimen. Les altérations que présente ce cerveau sont, pour l'auteur, les conséquences d'un arrêt de développement, ce cerveau est celui d'un enfant de trois ans, il pèse 222 gr. Les cellules des circonvolutions n'offrent pas leurs dispositions normales, les éléments, au lieu d'être disposés en couches parallèles et distinctes, sont disposés dans toutes les directions, il croit que ces altérations sont la conséquence d'un arrêt de développement embryonnaire.

M. BEAUNIS. Les caractères de ce cerveau ne me paraissent pas pouvoir être la conséquence d'un arrêt de développement.

M. CARVILLE. Il s'agit ici probablement d'une hémorrhagie ancienne, ayant amené des déformations consécutives.

M. BROADBERT. Je ne puis partager cet avis, je ne crois pas qu'il puisse s'agir ici de lésions consécutives à un foyer hémorrhagique, les lésions que l'on observe cadrent au contraire assez bien avec l'hypothèse d'un arrêt de développement et je me range à l'avis de M. Mierjezevski.

M. SEGUIN, délégué des Etats-Unis, voudrait que l'on s'occupât de *l'étiologie de l'idiotisme* et que l'on eût des *établissements hospitaliers où l'on élevât les enfants idiots*, cela se pratique en Angleterre, et il serait à désirer, dit-il, que l'on fît de même sur le continent; il engage ses collègues à propager cette idée.

M. SONSINO, présente 2 hématozoaires du genre *Bitharyea Haematobia.* Il a observé ces parasites en Egypte. Appuyé sur plusieurs autopsies, il est persuadé que leur présence est constante chez tous les individus du pays qui ne se servent pas d'eau filtrée. L'auteur a observé aussi plusieurs cas de filaires, *filaria sanguinis hominis* ; il l'a observée sur 3 individus, mais il ne croit pas que ce soit la cause de la chylurie ou lacturie, comme l'ont avancé certains auteurs.

2e séance (11 septembre).

M. ZAHN, professeur d'anatomie pathologique à Genève, fait une communication sur le *sort des tissus implantés dans l'organisme* et spécialement du *sort des tissus implantés dans d'autres tissus vivants.*

Les travaux d'Ollier, de Bert, de Langenbeck, ont montré qu'un tissu pouvait vivre au sein d'un tissu de la même espèce, l'auteur a réussi à reproduire sur le lapin l'enchondrôme, le tissu osseux fœtal peut vivre transplanté dans un autre tissu ; l'auteur montre des reins dans lesquels se trouvent des fragments d'os pourvus de vaisseaux et ayant séjourné très-longtemps dans ces reins : mais, ajoute l'auteur, il faut opérer avec des tissus embryonnaires comme l'ont constaté d'autres auteurs, et ce fait vient confirmer l'opinion de Virchow sur la genèse des tumeurs.

M. FOL (Genève), demande à l'auteur comment il explique la formation de vaisseaux nouveaux reliant l'os au tissu rénal.

M. ZAHN pense que ces vaisseaux viennent du parenchyme rénal et ont pénétré dans la substance osseuse.

M. SCHIFF raconte qu'en 1780, Fontana avait déjà fait des expériences semblables et était arrivé à des résultats d'interprétation surprenants, étant donnée l'imperfection des instruments dont il se servait.

M. Dejerine, interne des hôpitaux de Paris, fait une communication sur les *lésions du système nerveux dans la paralysie diphthérique*. Dans 5 autopsies de paralysie diphthérique généralisée, la moelle épinière et ses racines ont été examinées avec les méthodes actuelles de l'histologie. Les racines traitées par l'acide osmique, et examinées les unes après les autres, présentaient des signes évidents d'altération, atrophie de plusieurs tubes nerveux dans chaque préparation avec disparition du cylindre axe et multiplication des noyaux, lésions analogues à celles que l'on observe dans le bout périphérique d'un nerf sectionné.

Les moelles n'ont pu être encore examinées que dans deux cas, les autres n'ayant pas encore séjourné assez longtemps dans l'acide chromique. Dans les 2 cas, l'auteur a observé des lésions évidentes de la substance grise, les cellules des cornes antérieures en particulier présentent des altérations manifestes ; à côté de cellules absolument saines en on voit d'autres, dont les prolongements ont disparu et qui sont arrondies, globuleuses, d'autres sont dans un état encore plus avancé d'atrophie, et ne sont plus représentées que par un noyau entouré d'une mince lame de protoplasma. Ces altérations cellulaires ne présentent pas de lieu d'élection, elles s'observent dans les cornes antérieures et dans toute la hauteur de la moelle dans un des cas où la paralysie occupait les 4 membres et le tronc, dans l'autre cas où les bras seuls étaient pris, la lésion ne dépasse pas le renflement cervical. La névroglie est manifestement altérée, ses noyaux sont plus nombreux qu'à l'état normal et elle se colore vivement par le carmin. L'auteur conclut en disant, que l'on peut actuellement, avec les faits qu'il vient de présenter et qui n'ont pas été décrits avant lui, regarder la paralysie diphthérique comme relevant d'une cause centrale ; *c'est une affection d'origine médullaire.*

M. Tripier (*Raymond*), a vu un malade ayant une *lésion au niveau du gyrus sigmoïde gauche*. Comme l'a montré l'autopsie, ce malade eut une série de nouvelles attaques interrompues par des améliorations presque complètes. M. Tripier a cherché à reproduire expérimentalement le même phénomène chez des animaux par une lésion du gyrus sigmoïde. Sur 8 chiens, un seul a survécu aux expériences, M. Tripier présente ce chien et affirme qu'il n'y a pas là une véritable paralysie, mais bien perte du sens musculaire.

M. Beaunis partage cette opinion.

M. Schiff. Cet animal n'a pas perdu le sens musculaire, mais il est anesthésié de ce côté, c'est ce qui explique les phénomènes parétiques, l'auteur parlant des localisations cérébrales dit que pour lui les points moteurs ne le sont nullement, rien ne le prouve, ce sont plutôt des points sensibles, déterminant des mouvements à distance.

3e *Séance* (12 *septembre*).

Le dr Boéchat (de Fribourg), communique un curieux *cas d'anomalie de la main*. L'auteur a observé plusieurs enfants d'une même famille présentant tous le même vice de conformation des doigts. L'annulaire de chaque main était plus long que le médius; en faisant des recherches, il a vu que les parents présentaient la même anomalie et des recherches dans le pays lui ont montré que l'on pouvait remonter jusqu'à la troisième génération et trouver dans cette famille le même vice de conformation. L'auteur insiste sur la rareté de ce fait anatomique dont il n'a pas pu trouver un autre exemple dans la littérature scientifique et présente des moulages en plâtre de la difformité en question.

M. et Mme Hoggan, tous deux docteurs en médecine, communiquent un très-intéressant travail sur *les lymphatiques de la peau et des muscles striés*. Ils concluent que :

1° Les lymphatiques de la peau peuvent être divisés en trois catégories, dont la plus superficielle est pourvue de nerfs.

2° Les lymphatiques des muscles striés sont divisés en vaisseaux efférents à valvules et en réservoirs sans valvules. Les deux ordres de vaisseaux occupent en général des surfaces opposées de mêmes muscles. (Les présentateurs montrent à l'appui de ce qu'ils avancent des dessins et des préparations microscopiques très-intéressantes).

M. Fronep (Leipzig), cite un travail du laboratoire de cette Université dans lequel l'auteur mentionne la communication des lymphatiques de la peau avec le tissu élastique, ce qui expliquerait jusqu'à un certain point la circulation de la lymphe.

M. Franck communique un cas d'*ectopie congénitale du cœur, avec tracés cardiographiques*.

M. Franck présente au nom de M. d'Arsonval un mémoire sur la *marche des températures constantes* et un deuxième mémoire du même auteur sur les *appareils à température constante*.

M. Vertheimer présente au nom de M. Sergueyeff une brochure relative à la *nature du sommeil*.

4e *et dernière séance* (14 *septembre*).

M. J. L. Prévost, professeur à la Faculté de médecine, lit un rapport remarquable sur l'*antagonisme en thérapeutique*, rapport contenant un grand nombre d'expériences originales, ayant conduit l'auteur à trouver que l'antagonisme entre la muscarine et l'atropine est réciproque, ce qui n'avait pas encore été nettement constaté. Voici les conclusions de cet important travail :

Le mémoire que je présente est surtout une étude critique des nombreux travaux parus sur ce sujet depuis quelques années. L'antagonisme physiologique est un sujet très-vaste qui groupe des faits à plusieurs égards disparates; mais qu'il est utile de résumer, de rapprocher les uns des autres pour chercher à en tirer des conclusions générales.

1. L'antagonisme physiologique ou dynamique des substances toxiques et médicamenteuses, malgré les nombreux travaux auxquels il a donné lieu dans ces dernières années, est un point de la physiologie sur lequel les auteurs ne sont pas d'accord, et qui demande de nouvelles recherches.

2. L'antagonisme physiologique ou dynamique des substances toxiques et médicamenteuses entre elles doit être rapproché de l'antagonisme que certaines substances médicamenteuses présentent avec les troubles fonctionnels dus à l'altération morbide des organes.

Cette question est, par conséquent, une base très-importante pour la thérapeutique rationnelle et pour la toxicologie.

3. L'antagonisme physiologique ou dynamique n'offre que des analogies et non une similitude avec l'antagonisme chimique. Deux substances toxiques, qui possèdent des actions antagonistes, ne peuvent pas être impunément introduites à dose quelconque dans l'économie et neutraliser à coup sûr leur action, comme le feraient deux substances chimiquement antagonistes l'une de l'autre.

Les causes de l'antagonisme dans ces deux cas sont très-différentes ; les procédés d'observation et les déductions qu'on en peut tirer ne sont pas identiques.

4. Doit-on considérer comme antagonistes certaines substances qui, agissant sur des éléments anatomiques différents (strychnine et curare par exemple), dissimulent simplement leur action sans la combattre? Nous ne le croyons pas. L'analyse physiologique faite sur les batraciens permet, en effet, d'observer simultanément l'action des deux poisons. C'est là un *faux antagonisme*.

5. Certaines substances semblent jouir de propriétés antagonistes réelles en agissant en sens contraire (propriétés paralysantes et excitantes par exemple) sur un même organe ou sur un même élément anatomique et neutralisent ainsi leur action. Mais les substances qui offrent des propriétés paralysantes prédominent généralement celles qui possèdent des propriétés excitantes.

6. L'antagonisme physiologique peut conduire à l'antidotisme physiologique, c'est-à-dire que certaines substances, grâce à leur action physiologique, sont capables d'empêcher la mort d'être produite par l'administration d'une autre substance toxique donnée à dose mortelle.

Mais l'antidotisme physiologique est très-souvent, si ce n'est toujours, indirect.

La substance antagoniste agit souvent en s'adressant à un organe important secondairement atteint et empêche ainsi les chances de mort.

C'est ainsi que semblent agir le chloral et les anesthésiques relativement à la strychnine; ces agents empêchant les convulsions de se produire, permettent aux fonctions [illegible] et s'opposent ainsi à l'asphyxie, cause principale de la mort des animaux à sang chaud dans l'empoisonnement par la strychnine.

L'antagonisme ou l'*antidotisme indirect* groupe un grand nombre de faits d'antagonisme.

7. Il est douteux que l'antagonisme, soit *direct* soit *indirect*, soit jamais mutuel. Certaines précautions expérimentales semblent cependant prouver dans certains cas l'antagonisme mutuel qui paraissait douteux au premier abord.

8. La fixation stricte des doses a une grande importance dans l'étude de l'antagonisme et de l'antidotisme physiologiques.

C'est très-probablement cette circonstance qui a été la cause des divergences d'opinions sur cette question.

Le Dr Valentin (Berne), confirme l'exactitude des faits avancés par M. Prévost.

Le Dr Schiff. La physostigmine et l'atropine agissent sur les centres, car la section de la troisième paire abolit leur effet physiologique. De même pour les mouvements de l'intestin, la muscarine les augmente d'une manière très-nette, l'atropine les arrête, cependant l'orateur ne croit pas à un antagonisme véritable au point de vue thérapeutique, il a toujours vu les effets toxiques succédant à l'ingestion des champignons, être aggravés par l'atropine.

M. Long présente un cas de *ramollissement des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes*.

M. SONSINO présente une nouvelle méthode pour *examiner au microscope la circulation de la paupière.*

M. FRANCK expose plusieurs ingénieux *instruments de manométrie* et une double canule pour la *respiration artificielle.*

M. FOLL, de Genève, communique un travail sur la fécondation dont voici les conclusions :

La fécondation chez les animaux consiste en une pénétration du corps du zoosperme dans l'intérieur du vitellus de l'œuf. Il se combine avec un peu de substance vitelline pour former un noyau, le pronucléus mâle.

L'œuf mur à point possède un autre noyau constitué indépendamment de la fécondation, le pronucléus femelle. Ces deux pronucléus se soudent pour former le noyau de l'œuf fécondé et prêt à commencer son évolution embryogénique.

Dans le cas normal, chez les animaux inférieurs tout au moins, il ne pénètre qu'un zoosperme dans chaque vitellus. S'il en pénètre plus d'un, c'est un signe que l'œuf se trouve dans un état pathologique et qu'il donnera naissance à un embryon monstrueux.

1re *Assemblée générale, à 3 heures.*— PRÉSIDENCE DE M. C. VOGT.

Sont nommés présidents d'honneur :
MM. le Pr Bouillaud (Applaudissements).
Verneuil.
Ollier.
Letiévant.
Lebert.

M. le Dr BROADBENT de Londres a la parole pour la lecture de son rapport sur les localisations cérébrales, en voici les conclusions :

I. *Zone motrice de l'écorce cérébrale.*

1. Les expériences physiologiques basées soit sur l'excitation électrique, soit sur la destruction ou l'ablation, pratiquées par Hitzig, Ferrier, Carville et Duret, Nothnagel et d'autres, ont établi qu'il existe une certaine zone de la partie corticale des hémisphères cérébraux, qui est en rapport intime avec les noyaux des nerfs moteurs, du bulbe et de la moelle épinière.

Cette zone est située chez le singe et chez l'homme autour du sillon de Rolando et principalement dans les deux circonvolutions ascendantes, ou marginales, qui limitent ce sillon.

Il existe à ce niveau des régions plus ou moins définies et circonscrites, spécialement affectées, à la jambe, au bras, à la face, etc.

2. La pathologie de cette zone s'accorde d'une manière remarquable avec les résultats de l'expérimentation physiologique.

Les lésions partielles et irritantes peuvent produire l'épilepsie partielle avec ou sans hémiplégie fugitive ou permanente.

Les lésions plus étendues avec destruction plus ou moins complète de la substance grise corticale peuvent causer une monoplégie ou une hémiplégie.

3. Tout en admettant la localisation d'une zone motrice et de centres moteurs à la surface de l'hémisphère, il faut ajouter que la communication entre les cellules de cette région et les cellules des cornes grises antérieures de la moelle ne peut être directe.

Le caractère coordonné et la suite ou succession des mouvements qui sont provoqués par l'excitation électrique; le caractère de la paralysie produite par l'ablation d'un centre cortical, son intermittence, sa courte durée ; la tendance qu'a l'épilepsie partielle symptomatique de commencer par la main, quoique la situation de la lésion ne soit pas la même ; la perte de temps dans la transmission d'une excitation électrique sont autant de raisons pour admettre l'intervention d'un ganglion entre l'écorce cérébrale et les racines des nerfs moteurs.

Les centres cortico-moteurs sont les points de départ des impulsions descendantes volontaires, les points de sortie des actions idéo-motrices. Les cellules de la zone motrice (qui ressemblent à celles des cornes antérieures de la moelle) sont l'appareil par lequel les dictées de l'intelligence sont formulées pour l'expression ou pour la transmission au dehors.

Le meilleur exemple du fonctionnement d'un centre cortico-moteur est celui du centre de la parole, qui est la première et la plus importante des localisations cérébrales. L'aphasie sans paralysie des lèvres et de la langue est un exemple de ce qu'on a appelé suppléance ou substitution fonctionnelle, quoique la suppléance soit incomplète.

4. D'après les expériences de Ferrier et de Hitzig, il existe dans la couche corticale une région ou zone de perception.

Cette zone s'étend *du pli courbe*, qui est le centre perceptif de la vue, le long de la circonvolution sous-sylvienne du lobe temporo-sphénoïdal (dans laquelle se trouve le centre auditif) jusqu'à la pointe de ce lobe.

De là cette zone retourne, par l'intermédiaire du lobule et du pli unciforme dont elle occupe le bord interne, vers le lobe occipital dans lequel elle occupe probablement le gyrus calcarinus.

La pathologie n'a pas encore fourni d'indication précise sur cette question. On sait cependant que la destruction complète du lobe occipital n'a pas d'effet sur la sensibilité.

5. Les circonvolutions des lobes frontal et occipital, celles de l'insula, celles de la face interne des hémisphères, celles du lobule sus-orbitaire, ne répondent pas à l'excitation électrique. Les lésions de ces parties de la substance corticale n'ont pas de suite constantes et sont pour la plupart sans effet.

L'ablation des deux lobes frontaux paraît diminuer la spontanéité et l'activité de l'intelligence ; celle des extrémités occipitale des deux hémisphères semble abolir l'appétit, mais ces effets ne donnent pas une idée satisfaisante de la fonction de ces lobes.

6. Il ne paraît pas y avoir un centre vasomoteur cérébral spécial; l'appareil vasomoteur est en relation avec le système moteur général, et comme lui, il a des centres dans la moelle, dans les ganglions centraux et dans les circonvolutions ; ces centres sont subordonnés les uns aux autres.

II. *Corps opto-striés.*

1. Le corps strié exerce certainement une fonction motrice. Une grande partie des fibres motrices du pied du pédoncule cérébral se termine dans ce ganglion. L'excitation farad que du corps strié provoque la contraction générale de tous les muscles du côté opposé ; sa destruction expérimentale ou pathologique détermine l'hémiplégie.

Il serait, d'après le rapporteur, l'intermédiaire entre l'hémisphère et la moelle. Ses cellules groupées et combinées par l'éducation sensorio-motrice seraient l'appareil dont les centres cortico-moteurs se serviraient pour transmettre leurs ordres aux muscles (1).

2 La *couche optique* serait un ganglion intermédiaire pour la transmission des impressions sensitives depuis les noyaux des nerfs sensibles jusqu'aux centres perceptifs de l'écorce cérébrale. Malgré de nombreuses objections qu'elle peut soulever, cette interprétation a en sa faveur les données de l'expérimentation et de l'anatomie pathologique. Si la localisation des centres perceptifs est vraie, il est anatomiquement impossible, suivant les recherches du rapporteur, qu'il y ait entre les faisceaux hémisphériques une autre voie de communication que par l'intermédiaire de la couche optique. Les faits d'hémianesthésie sont parfaitement d'accord avec cette hypothèse

Les corps opto-striés seraient donc simultanément un instrument de l'hémisphère et un appareil automatique.

Comme interprétation générale de symptômes, fournie par cette manière de voir, on peut dire que :

a) La *paralysie* est une rupture, soit de fibres, soit de cellules, servant au mécanisme de l'appareil nerveux moteur.

b) L'*anesthésie*, une rupture dans le mécanisme sensitif.

c) Le *tremblement* l'effet d'une gêne dans la conductibilité des fibres blanches.

d) La *convulsion* (y compris la convulsion choréique), le résultat d'une irritation de la substance grise.

e) La *contracture précoce* et *fugitive*, un effet de pression sur un ganglion.

Puisque le système nerveux entier est un vaste mécanisme de cellules et de fibres, son action fonctionnelle devrait pouvoir être décrite en termes de cellules et de fibres, on éviterait ainsi les ambiguïtés qui nuisent tant au progrès et l'on aurait une vraie localisation physiologique.

Le rapporteur n'a pu, dans l'état actuel de la science, qu'esquisser imparfaitement le mécanisme cérébral.

M. le Pr. SCHIFF prend la parole à propos de cette communication.

La question des localisations cérébrales est une des plus belles conquêtes que la pathologie doit à la physiologie, malheureusement jusqu'ici la physiologie à qui l'on s'est adressé pour avoir des arguments ou des démonstrations, ne les a pas fournis. Les physiologistes qui se sont le plus occupés du cerveau, Brown-Sequard, Goltz, Hermann, sont opposés aux localisations cérébrales. Les médecins, au contraire, en sont enthousiastes. Dans son travail, M. Broadbent s'est appuyé sur des expériences physiologiques, mais les expériences de Hitzig, Ferrier, ne disent point en réalité ce qu'on a voulu leur faire dire. Je ne crois pas qu'il y ait dans le cerveau des points moteurs dans le sens du mot, ces points irritables ne le sont ni par les actions chimiques ou électriques, mais seulement par les actions réflexes, comme la substance grise de la moelle. L'auteur ne dit pas qu'il n'y ait de véritables centres dans le cerveau, mais jusqu'à présent ils sont encore à trouver.

Les expérimentations faites jusqu'à présent ne sont point rigoureusement applicables à l'homme. Mais faut-il pour cela rejeter l'existence des centres chez ce dernier. L'auteur ne le croit pas. Honneur à Charcot, dit-il, qui, par ses travaux a démontré leur existence. Il se peut fort bien que chez l'homme grâce à la supériorité de son organisation, il y eut des centres moteurs à la surface du cerveau.

Mais c'est seulement à l'observation clinique et non aux expériences physiologiques qu'il faut s'adresser pour en démontrer l'existence.

(1) Il est vrai que Charcot rapporte un cas dans lequel la destruction du noyau lenticulaire sans implication de la capsule interne n'était pas accompagnée d'hémiplégie, et qu'il attribue l'hémiplégie à la lésion de la capsule interne seule. Il cite aussi des observations de sclérose descendante consécutive aux lésions corticales sans altération de ces ganglions. Ce sont là des objections sérieuses à l'opinion émise ci-dessus.

Quant au rôle que M. Broadbent et la doctrine de Todd attribuent au corps strié et à la couche optique, il ne peut l'admettre prouvé par l'observation clinique qui démontre au contraire que la couche optique, c'est-à-dire sa partie grise, ne peut être regardée ni comme un centre ni comme un lieu de passage de la sensibilité.

Après une communication de M. le Dr Lombard sur la distribution géographique de la malaria, la séance est levée à 6 h. 3/4.

2e Assemblée générale du 11 septembre. — PRÉSIDENCE DU Dr VOGT.

M. le Dr SCHIFF fait un rapport sur les fonctions de la rate, et montre à l'assemblée un chien chez lequel depuis quelques mois la rate se trouve sous la peau, dans le tissu cellulaire, et peut être facilement étudiée au point de vue des changements de volume pendant la digestion.

Voici les conclusions de ce travail :

1° L'*extirpation de la rate* n'a aucune influence durable sur la quantité absolue ou relative des *globules blancs ou rouges* du sang.

2° Dans les premiers temps après l'opération, on voit une augmentation considérable des globules blancs avec ou sans diminution des globules rouges. Ces altérations ne dépendent pas de l'absence de la rate, mais seulement des actes opératoires que nécessite l'ablation de l'organe, et ces phénomènes restent à peu près les mêmes si les actes préparatoires ne sont pas suivis de l'ablation de la rate.

3° Après l'ablation de la rate, il ne se forme qu'exceptionnellement des gonflements dans les glandes lymphatiques, ou des augmentations de volume d'autres glandes. Les soi-disantes rates supplémentaires manquent même si on a laissé vivre les animaux plus d'un an et-demi et même si l'opération a été faite dans les premières semaines après la naissance.

4° Le gonflement des glandes mésentériques qu'on rencontre très-exceptionnellement chez les animaux dératés paraît dû à une péritonite partielle prolongée qui, quelquefois, est la suite de l'opération.

5° La rate paraît augmenter de volume depuis la quatrième jusque vers la septième heure d'un digestion stomacale suffisante.

6° La rate pendant la digestion, ou plutôt pendant l'absorption stomacale, prépare le ferment qui, entrant avec le sang dans le tissu du pancreas, transforme dans cette glande une substance spéciale (probablement albuminoïde) en *pancreatopepsiné* ou trypsine, c'est-à-dire en une substance apte à digérer les corps albuminoïdes.

7° Après l'extirpation de la rate, le suc pancreatique perd son influence digestive sur les corps albuminoïdes, tout en conservant ses autres propriétés digestives. La digestion duodénale des albuminoïdes ne se distingue plus par son énergie et sa rapidité : elle est alors faible comme dans les autres parties de l'intestin grêle.

8° Après l'ablation de la rate, la substance destinée à former la pancreatopepsine s'accumule en grande partie dans le pancreas et peut encore être transformée en pancreatopepsine par les influences chimiques qui, après la mort, accompagnent le commencement de la putréfaction.

9° Après la destruction de ses nerfs, la rate reste flasque ; elle ne se gonfle plus et devient atrophique comme en général les tissus érectiles dont les nerfs vasculaires sont paralysés.

M. LE Dr HARDY lit un travail intitulé : *Quelques considérations sur l'étiologie, la nature et le traitement des maladies contagieuses du système pileux.*

Dans ce travail, l'auteur s'occupe exclusivement des affections parasitaires du système pileux, favus, trichophylie et pelade. Pour lui, ces trois affections sont toutes de nature parasitaire, et ce n'est guère pour la pelade que la question ait été discutée ; elles sont en outre éminemment contagieuses, la clinique et l'expérimentation le démontrent, mais tout le monde n'offre pas la même susceptibilité pour la contagion, et la dépression physique ou morale joue un grand rôle dans la réceptivité.

3e Assemblée générale du 12 septembre.

M. BERNHARD (Paris) lit un rapport sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, en voici les conclusions :

1° A défaut de faits démontrant la contagion directe de l'homme à l'homme, telle qu'on la pourrait concevoir résultant du contact, de l'inoculation, de l'ingestion, ou de l'inspiration de matières fournies immédiatement par l'individu atteint actuellement de fièvre typhoïde, le rapporteur sollicite la production de faits nouveaux tendant à établir la nocuité médiate de ces matières et plus particulièrement des déjections du typhus abdominal, l'époque où elles commencent à être nuisibles, l'époque où elles cessent de l'être, les conditions qui paraissent favoriser le développement et la propagation de ces qualités nocives.

2° Quelle que soit la solution donnée à cette question de l'origine du poison morbide, le rapporteur fait appel aux documents qui pourraient jeter quelque jour sur les voies de transport et de dissémination de ce poison, sur les matières (air, eau, etc.) qui pourraient lui servir d'agent intermédiaire, sur son mode d'introduction dans l'organisme humain.

3° Relativement à l'intoxication par l'air, il serait désirable qu'on pût discuter les faits tendant à incriminer l'influence nocive des émanations des fosses, des égouts, des fumiers, et que des statistiques permissent d'apprécier l'action exercée sur la santé des ouvriers par les émanations de ces foyers, soit en dehors des épidémies, soit pendant ou après les épidémies.

4° Relativement à l'intoxication par l'eau, il y aurait avantage à rassembler de nouveaux faits tendant à prouver que certaines épidémies partielles se localisent autour de puits qui servent à l'alimentation du quartier affecté ou suivent la distribution de conduites d'eau. Ne peut-on pas suivre également la marche de l'épidémie d'un village à l'autre le long du cours descendant d'un ruisseau qui sert à l'alimentation des riverains et reçoit leurs déjections. Enfin, quelle influence convient-il d'accorder aux eaux souterraines, aux infiltrations qu'elles reçoivent et aux fluctuations de leur niveau ?

M. LEBERT a eu l'occasion de s'assurer que l'épidémie d'Andelfingen, mentionnée par M. Bernhard, n'était point une épidémie de fièvre typhoïde. Les malades qui ont succombé ne présentaient aucune lésion de l'intestin, et ils ont succombé à l'empoisonnement produit par les viandes gâtées dont ils s'étaient munis.

M. le Dr MOUAT (Londres) n'est pas d'accord sur deux points avec M. Bernhard ; d'abord il croit à la *spontanéité* de la fièvre typhoïde, une épidémie observée à Calcutta lui en fournit les preuves, enfin il ne croit point à la contagion.

M. le Dr COLONI-PACHA (Alexandrie) n'a jamais vu un cas de contagion.

M. le Dr BERNHARD dit qu'il existe dans la science des exemples de développement de la fièvre typhoïde sous l'influence d'autres agents que les matières fécales; quant à la contagion, il reconnaît qu'elle est exceptionnelle.

Séance du 14 septembre. — PRÉSIDENCE DE M. LE Dr VOGT.

M. Marey est nommé vice-président d'honneur.

M. LEBERT lit un travail sur l'ulcère chronique de l'estomac; en voici les conclusions.

Le présent travail est fait d'après l'analyse de 252 cas personnels, observés dans la clinique et la policlinique, dont 104 avec observations détaillées et 33 avec autopsie; les autres utilisés pour la statistique.

Il se rapporte principalement à l'ulcère gastrique consécutif à une infiltration sanguine locale, avec interruption circonscrite de la circulation et formation d'une eschare. Cependant, il est également question des ulcérations superficielles, des érosions dites hémorrhagiques de la muqueuse par simple ecchymose érodée, des ulcères folliculaires aphtheux et des ulcérations inflammatoires, plus profondes, plus irrégulières, plus étendues que les érosions.

La fréquence de l'ulcère gastrique varie beaucoup suivant les divers pays, et les diverses localités du même pays. En moyenne, elle ne dépasse pas le 4 0/0 des autopsies. A Breslau, elle a été de 2 0/0 des autopsies et n'a pas atteint 1 0/0 pour les cas appartenant à la clinique et à la policlinique : ainsi 2 0/0 de *mortalité* totale et de 1 0/0 de *morbidité* hospitalière.

L'ulcère simple de l'estomac survient tantôt sans cause appréciable, tantôt sous l'influence d'un état général anémique et névropathique, peut-être vaso-moteur ; de là la fréquence de cette lésion dans la chlorose qui en est assez souvent plutôt le masque et l'effet que la cause.

Les principales formes cliniques de l'ulcère simple sont : 1° *la forme aiguë* avec perforation de l'estomac et péritonite diffuse mortelle ; 2° *la forme hémorrhagique*, avec forte hématémèse ; 3° *la forme scorbutique* qui en est une variété ; 4° *la forme dyspeptique*, qui ressemble au catarrhe gastrique, mais est plus douloureuse ; 5° *la forme gastralgique* avec prédominance de paroxysme douloureux ; 6° *la forme vomitive*, avec prédominance des vomissements ; 7° *la forme cachectique*, pouvant simuler le cancer ; le rétrécissement pylorique avec dilatation de l'estomac en constitue une variété, qui ressemble souvent au cancer du pylore.

Dans mon travail les principaux groupes de symptômes sont analysés et exposés avec soin. En voici quelques fragments :

Les vomissements de sang pur ou à l'état de melæna, y compris les vomissements noirs, la mélanémèse, ont existé dans les 4/5 des cas; ils ont été la cause de la mort dans 3 0/0 des observations cliniques. La statistique mortuaire, basée sur les documents les plus divers, donne une mortalité bien plus forte, mais elle n'a qu'une valeur très-restreinte, n'étant l'expression d'aucune proportion quelconque entre la morbidité et la mortalité.

Il en est de même de la *perforation de l'estomac* qui a été la terminaison dans 3 1/2 0/0 des cas cliniques, chez la femme surtout entre la puberté et trente ans, chez l'homme surtout après trente ans. La diathèse chloro anémique chez les jeunes personnes prédispose à la perforation qui peut survenir au milieu d'une santé en apparence bonne.

La maladie, même dans les cas favorables, a en moyenne une durée de trois à cinq ans au moins, avec des alternatives d'amélioration et d'exacerbation. Elle peut être latente, la guérison et la cicatrisation survenant à peu près sans symptômes. La durée peut être beaucoup plus courte dans des cas qui guérissent aussi bien que dans ceux qui se terminent par la mort.

Elle peut être de bien des années; c'est alors souvent l'histoire morbide de plusieurs ulcères, formés à diverses époques de la vie.

La terminaison par la mort a eu lieu dans 8 p. 100 des cas cliniques. Rare pendant la première année, elle devient plus fréquente dans la seconde et surtout la troisième année; elle augmente avec la durée de la maladie, surtout si la marche a été continue.

Ce que nous avons déjà dit à l'occasion de l'hémorrhagie et de la perforation, s'applique à toute la pathologie de l'ulcère simple, c'est que la fréquence de la terminaison fatale a été singulièrement exagérée par les auteurs qui n'ont fait que de la statistique mortuaire.

Les récidives ne sont pas rares; un nouvel ulcère survenant après une longue époque de santé, comporte un bon pronostic; il se cicatrise, en général, comme le premier.

La fistule stomacale extérieure n'est pas grave, tandis que les fistules gastro-pulmonaires et gastro-coliques sont le plus souvent, sinon toujours, mortelles.

Les rapports entre l'ulcère simple et le cancer ont été peu étudiés. La coexistence des deux affections a été démontrée dans huit cas personnels, savoir dans 5,5 p. 100 des cas de cancer de l'estomac. Quant à l'ulcère, cette coexistence a été dans 9 p. 100 de ces cas. Le cancer peut infiltrer l'ulcère entier, ou une partie de sa périphérie, ou sa cicatrice, ou se localiser dans le voisinage. Il y a évidemment là plus qu'une simple coïncidence.

Le traitement de l'ulcère gastrique doit être avant tout hygiénique, la diète lactée est le traitement dont le professeur Lebert a obtenu les meilleurs effets. Il insiste sur la nécessité de ne passer que très graduellement à un régime alimentaire varié et substantiel. Même longtemps après la guérison, la diète doit encore être bien réglée et rigoureusement surveillée.

La constipation est à combattre par les apéritifs, l'aloès surtout. Si les douleurs ne cèdent pas au régime, les calmants, surtout l'opium ou les injections de morphine sont nécessaires. Parmi les altérants le sous-nitrate de bismuth et l'azotate d'argent sont utiles. Il faut éviter, toutefois, l'emploi des médicaments qui ne sont pas de rigueur. La glace et les astringents combattront l'hématémèse. En un mot, le traitement symptomatique, exposé au long dans le travail, est d'autant plus nécessaire qu'il n'existe aucune méthode spécifique de traitement.

M. Marey fait une leçon remarquable sur les décharges électriques de la torpille qui se terminent au milieu de nombreux applaudissements. Le professeur conclut ainsi qu'il suit :

1. La décharge se compose de flux successifs d'électricité, de même qu'une contraction musculaire se compose d'une série de secousses successives.

2. Chacun des flux dure environ 1/14 de seconde.

3. Le retour d'un flux électrique de torpille sur l'excitation des centres nerveux de l'animal est environ 1/75 de seconde.

4. La fréquence du flux d'une décharge varie de 60 à 140 par seconde; il y a des décharges brèves, qui se composent seulement de 2 ou 3 flux, d'autres fort longues peuvent durer 7 ou 8 secondes et se composent de 800 ou 1000 flux successifs.

5. Les flux de la torpille sont de même sens et s'ajoutent partiellement les uns aux autres, comme s'ajoutent les raccourcissement s successifs d'un muscle que l'on tétanise.

6. Les influences physiques ou physiologiques qui augmentent ou diminuent l'intensité de la contraction musculaire, qui modifient la fréquence ou le rhythme des secousses d'un muscle, semblent produire une action semblable sur la décharge électrique de la torpille.

7. Ces études sur la décharge électrique de la torpille ont été faites au moyen du myographe, du signal électro-magnétique de Marcel Deprès et de l'électromètre de Lippmann.

A la suite d'une longue discussion, soulevée par M. Gellé (Bruxelles) et M. Séguin (New-York) le premier sur la nécessité d'une pharmacopée universelle, le second sur une méthode clinique uniforme dans tous les pays, le Congrès adopte la motion suivante :

Une Commission sera nommée et chargée de rapporter pour le prochain congrès, sur la question de la pharmacopée universelle.

5e *Assemblée générale*. — 9 h. matin.

Sur la proposition de la Commission nommée dans la séance du 14 septembre pour présenter au Congrès une liste de personnes pour la Commission relative à la Pharmacopée universelle, le Congrès adopte les noms présentés. La Commission qui sera chargée de rapporter au 6e Congrès sur la Pharmacopée universelle, est ainsi constituée :

Dr Pacchiolli (Turin), Président,

Dr Seguin (New-York), délégué de la Société des médecins américains.

Dr Wilkenson (Manchester), Vice-Président du *British médical Association*.

Dr Marion Sims,

Pr Gellé (Bruxelles),

Pr H. P. Madsen,

Pr Gubler, Vice-Président de la Société pharmaceutique de Paris.

Pr Brun, Président de la Société de pharmacie de Genève.

M. le Pr Vogt cède le fauteuil de la présidence à M. Warlemont et fait son rapport sur les entozoaires de l'homme.

6e *Assemblée générale*. — 3 h. après midi.

La discussion est ouverte sur le siege du prochain congrès. Le Congrès émet le vœu que la prochaine réunion ait lieu en Hollande.

M. le Pr Vogt prononce le discours d'adieu et déclare la session close, M. le Dr Pacchiolli (Turin) et M. le Dr Bouchard, médecin des Hôpitaux de Paris, remercient les organisateurs du congrès et M. Bouchard, en quelques mots chaleureusement applaudis, remercie les pouvoirs fédéraux et cantonaux de leur cordiale hospitalité.

Section de médecine

1re *séance du* 10 *septembre* 1877.— Présidence du Dr Shoehlin.

Le professeur Banelli, de Rome, fait une communication (en latin) sur un nouveau mode de traitement des anévrysmes de l'aorte. Cette méthode qui ne s'applique du reste qu'aux anévrysmes par dilatation latérale est la suivante, sur le point où la paroi du sac est la plus mince, l'auteur fait une ponction avec un trocart capillaire et par le moyen introduit dans l'anévrysme un ressort de montre, ce ressort de montre devient un centre formateur de caillots, et suivant M. Banelli se rompt bientôt en un grand nombre de petits fragments lesquels deviennent à leur tour autant de centres de formation de nouveaux caillots qui ferment la porte. M. Banelli compte plusieurs cas de succès avec cette méthode.

M. Dujardin-Beaumetz qui a pratiqué pour la première fois en France, l'opération de Cimoelli, c'est-à-dire l'électropuncture des anévrysmes, obtint une amélioration dans l'état du malade ce qui ne l'empêcha nullement de succomber à l'insuffisance aortique qui est constante dans les anévrysmes de la crosse de l'aorte. Aussi, dit-il, quelle que soit la méthode de traitement de l'anévrysme de la crosse, la maladie du cœur n'en existe pas moins. Du reste, M. Banelli ne se sert de sa méthode que pour l'anévrysme saniforme, mais comment peut-il le distinguer de l'autre?

M. Banelli. Par l'absence de l'hypertrophie du cœur, qui est constante dans les autres formes d'anévrysme.

M. Zavalhal lit un mémoire sur le même sujet et se déclare hautement partisan de la méthode de Banelli.

M. le Dr Proust fait, en son nom et en celui du Dr Jeoffroy, une communication sur un cas de myélite aiguë, avec ses caractères ordinaires, troubles trophiques, etc., mais intéressante par son mode de début, qui aurait été une chute ; à cet égard, une longue discussion s'élève entre MM. Hayem, Hardy, Bouchard et Maingault au sujet de ce mode de début ; les uns y voyant le premier symptôme de l'affection, les autres regardant la chute comme le premier symptôme de la myélite déjà existante.

M. le Dr Proust présente les conclusions d'un mémoire du Dr Grancher sur la phthisie. M. Grancher, s'appuyant sur la clinique et sur l'anatomie pathologique, reconnait trois formes : la phthisie commune ordinaire, la pneumonie caséeuse pseudo-lombaire et la phthisie aiguë ulcéreuse; pour cet auteur, la pneumonie caséeuse et la granulation n'existent pas sans la tuberculose.

MM. Banelli (de Rome) et Bouchut (de Paris), sont nommés présidents honoraires.

La séance est levée à 11 h. 50.

2e *Séance* (12 septembre).

M. Revilliod, professeur de clinique à la Faculté de Genève, lit un long mémoire sur la diphthérie, dont voici les conclusions :

1° La diphthérie est une maladie générale, aiguë, spécifique, caractérisée anatomiquement par la production de fausses membranes dans les voies respiratoires, se manifestant par des symptômes et des lésions variables, affectant tantôt une forme bénigne dans laquelle les symptômes apparents dépendent uniquement de la lésion locale, tantôt une forme maligne qui témoigne d'une intoxication générale.

2° La distinction nosologique des affections croupales et diphthériques, basée sur l'anatomie pathologique, n'est pas conforme aux données de la clinique.

Ces deux formes relèvent d'un seul et même principe, parce que : *a*) Entre elles s'observent tous les degrés intermédiaires, tant sous le rapport des lésions locales que des phénomènes généraux ; *b*) Elles se développent dans

la même épidémie, sous l'influence du même contagium et se succèdent souvent immédiatement sur le même individu.

3° Comme toute maladie infectieuse, la diphthérie endémique dans les villes est épidémique dans les campagnes.

La mortalité par infection diphthérique est plus forte dans les villes que dans les campagnes, dans les hôpitaux que dans les villes, dans les grands hôpitaux que dans les petits. Elle varie, ainsi que la force de contagion, selon les époques et le pays.

La diphthérie se distingue des autres maladies virulentes et miasmatiques par la réceptivité spéciale qu'offrent certaines familles, en vertu de laquelle frères et sœurs sont souvent atteints successivement dans des conditions de lieu et de temps qui ne permettent pas d'invoquer la contagion.

4° Il n'y a pas de spécifique contre la diphthérie.

Les médications les plus opposées peuvent être réclamées selon les formes et les diverses manifestations morbides. Le croup en troisième période ne peut guérir que par la trachéotomie. L'opération est alors indiquée, et doit être faite, quelles que soient d'ailleurs les conditions d'âge, de constitution, de complications et quel que soit le degré d'asphyxie.

Elle doit donner les $^2/_5$ de guérison.

La chloroformisation est inutile et peut être nuisible.

Les procédés de trachéotomie très-lents ou très-rapides étant plus dangereux que le procédé mixte (trachéotomie supérieure en quatre temps), celui-ci demeure le préférable.

Les conditions de succès dépendent : *a*) Des soins consécutifs ; *b*) Du plus ou moins d'intensité des symptômes d'intoxication diphthérique.

5° Une des causes de mort les plus fréquentes chez les trachéotomisés est un trouble d'innervation de l'appareil pulmonaire, trouble qui n'est que l'extension des paralysies qui s'observent dans d'autres régions, et se traduit par la dyspnée expiratrice, l'anesthésie de la trachée et des désordres nutritifs des poumons.

M. le Dr Duval (Genève) donne un relevé de 48 trachéotomies faites par lui dans un hôpital d'enfants de Genève (Asile Balini) sur lesquels il a eu 25 guérisons.

Il s'engage sur les conclusions du rapport de M. Revilliod une discussion qui remplit une grande partie la séance. Cette discussion s'engage entre MM. Shoehlin, Bouchut, Hayem et d'Espine.

Pour M. Bouchut la diphthérie est une maladie purement locale qui se généraliserait ensuite par un processus analogue à celui de l'embolie, pour MM. Revilliod et d'Espine, c'est une maladie générale d'emblée ; M. Hayem partage la même opinion, pour lui la diphthérie est une maladie spécifique, générale, contagieuse. L'opinion contraire se base sur ce fait qu'on trouve dans la diphthérie des processus analogues à ceux des maladies infectieuses, pyémie, septicémie. Mais ces processus peuvent se rencontrer toutes les fois qu'il y a une plaie, et ce n'est qu'une complication de l'affection primitive. En terminant M. Hayem combat l'opinion de M. Bouchut pour qui les lésions valvulaires seraient le point de départ de l'infection.

M. Bouchut réclame contre cette assertion ; il n'a jamais prétendu que la lésion valvulaire fût le point de départ de l'affection, elle n'en est qu'une conséquence, l'infection part de la plaie.

M. le Pr Halla admet que la diphthérie est due à l'introduction d'un microsphyte, mais qu'il faut un terrain spécial pour que ce proto-organisme se développe, il croit que la diphthérie est primitivement locale.

La 1re et la 2e conclusion du mémoire, mises aux voix sont adoptées.

La 3e et la 4e également après une discussion sur la chloroformisation dans la trachéotomie, cette opinion défendue par le Dr Miran (canton de Vaud) est combattue par la plupart des précédents orateurs, et en particulier par le Dr Millaud, médecin de Beaujon. La chloroformisation est repoussée.

M. Hayem, professeur agrégé de la Faculté de Paris, fait une communication très-longue sur les altérations du sang dans les anémies. Cette communication, véritable leçon didactique, a été sans contredit une des plus remarquables de ce Congrès et s'est terminée par des applaudissements enthousiastes. Le nombre des globules, leur forme, leur volume, leur richesse en hémoglobine, cette dernière propriété étant le véritable critérium de la richesse du sang et non pas le nombre de ces éléments, comme on le croit, ont été successivement passés en revue par l'auteur, qui exposait le résultat de patientes et laborieuses recherches. La deuxième partie, qui a été traitée à la séance du lendemain, a été consacrée au traitement de l'anémie. Pour M. Hayem, le fer est la condition presque *sine qua non* de la guérison de l'anémie, le grand air, le soleil, la bonne nourriture, sont insuffisants si on ne leur ajoute les préparations ferrugineuses; les observations cliniques et histologiques qu'il a présentées étaient d'une précision qui éloignait toute idée de discussion. Cependant l'enthousiasme pour la médication ferrugineuse quand même, n'était pas partagé par tous les membres assistant à la séance. M. Dujardin-Beaumetz a cité plusieurs cas dans lesquels la chlorose avait cédé à la bonne nourriture, à l'exercice, à l'hydrothérapie: mais, comme l'a fait remarquer M. le Dr Sebert, qui a clos la discussion, les faits que l'on opposait à ceux de M. Hayem n'avaient pas une précision assez grande pour pouvoir servir de base à une discussion.

3e *séance* (12 *septembre*). — Présidence de M. Schochler.

M. Schnetzler (Vienne) présente un travail sur l'emploi de l'air comprimé et raréfié dans le traitement des maladies des poumons et du cœur. M. Schnetzler fait la démonstration de son appareil.

M. Carville croit que M. Schnetzler n'a pas assez spécifié les indications et les contre-indications de la méthode. Il ne croit pas que l'emploi de l'air comprimé soit sans danger, il en admet l'application mais en restreint les limites. L'altération des parois bronchiques et du parenchyme pulmonaire est une contre-indication formelle à son emploi dans la phthisie et doit être rejetée absolument. Dans l'asthme et l'emphysème il y a aussi des distinctions à faire.

M. Schnetzler répond qu'il fait aussi les mêmes réserves que M. Carville.

M. Zahillenne admet qu'il existe un appareil supérieur à celui de M. Schnetzler, c'est celui de Gehl et Mayer qu'il a vu fonctionner à Würzbourg. Son avantage est de pouvoir graduer à volonté et avec la plus grande facilité la pression atmosphérique.

M. Hardy s'oppose aux réserves de M. Carville. L'emploi de l'air comprimé peut être particulièrement utile quand domine l'élément nerveux, dans l'asthme, la coqueluche, etc.

M. Schnetzler croit que certains orateurs ont le tort de confondre sa méthode, *la médication pneumatique locale*, avec le bain d'air comprimé.

M. Gimbert (de Cannes). Traitement de la phthisie par la créosote vraie. M. Carville, après la lecture de ce mémoire, croit qu'il faudrait en changer le titre et dire : *Traitement de l'expectation dans la phthisie.* La médication balsamique peut amener la même amélioration, et, ajoute M. Carville, M. Bouchard, employant la créosote dans son service, a obtenu le même résultat que tout médecin qui pourra alimenter ses malades; du reste, il ne faut pas oublier que M. Gimbert exerce dans le midi où exerce un grand médecin, le soleil, dont il serait absolument injuste d'oublier la part dans les résultats obtenus.

4e *séance* (14 *septembre*). — Présidence de M. Duval.

A propos d'une communication de M. le Dr Paquelin sur le traitement de l'anémie par les ferrugineux, il s'élève une discussion dont nous avons rendu compte dans la séance du 11, à propos d'une communication de M. Hayem sur les anémies. MM. d'Espine et Revilliod appuient les conclusions M. Hayem.

M. de Valcourt rapporte deux cas de mort par asphyxie à la suite de la compression de la trachée par adénopathie péri-bronchique. En confirmation des faits rapportés par M. de Valcourt, M. le Dr Zahn présente deux pièces anatomiques, dont l'une est un bel exemple de péricardite purulente, causé par la pénétration dans le péricarde du contenu d'un [illegible]

M. Dulat lit un mémoire sur les fièvres intermittentes et leur traitement par l'acide phénique.

M. le Dr Portefaix présente un nouvel appareil à pulvériser, qu'il nomme thermo-pulvérisateur. Les avantages de cet appareil sont ainsi résumés dans le prospectus que M. le Dr Portefaix dépose sur le bureau, chaleur tempérée, etc., etc.

M. le Dr de Lérenville (Lausanne) lit un travail sur les effets de la médication antipyrétique, en particulier de la médication salicylique, sur quelques complications de la fièvre typhoïde.

M. Dulat appuie sur ce fait que dans la fièvre typhoïde, la gravité de la maladie provient de l'élévation de la température qui altère les globules, désoxygène le sang et en amène la plasticité.

M. de Lérenville admet que les hautes températures sont nuisibles par elles-mêmes, mais il ne croit pas qu'elles soient la cause des dégénérescences parenchymateuses; ces dernières sont dues à une altération du sang, causée peut-être par une fermentation comme le croit M. Dulat.

M. Revilliod partage les idées de M. de Lérenville; il croit aussi que toutes perturbations brusques dans le courant de la fièvre typhoïde est dangereuse parce qu'elles produisent facilement le collapsus.

M. Valenzveler constate que les opinions de M. de Léreville sur la médication salicylique sont en désaccord avec celles de M. Sée.

Séance supplémentaire du 15 septembre. — Présidence de M. le Dr Duval.

M. Dejerine lit au nom de M. le *Dr Vidal*, médecin de l'hôpital Saint-Louis, les conclusions d'un travail sur l'inoculabilité de certaines affections cutanées.

L'athyma est inoculable à l'homme sain et aussi auto-inoculable jusqu'à la 4e et même 5e génération de pustules.

L'herpès commun est exceptionnellement inoculable au porteur, l'herpès zoster ne l'est jamais; quant à l'herpès préputialis, l'auteur ne l'a jamais vu s'inoculer.

L'empetigo, mentagre, est auto-inoculable.

Le pemphigus des nouveau-nés est inoculable au porteur et à l'individu jusqu'à la 2e et 3e génération (cette forme de pemphigus, qui n'a aucun des caractères du pemphigus syphilitique, est endémique à la maternité de Saint-Louis).

L'eczema, le pemphigus diutinus et le molluscum contagiosum (acné varioliforme) ne sont jamais inoculables.

M. le Dr Debout d'Estrées fait la communication suivante sur la gravelle pileuse qu'il fait suivre des conclusions suivantes :

« Il existe une gravelle pileuse caractérisée par l'émission de poils avec les urines. Ces poils sont quelquefois accompagnés de tissus cartilagineux et osseux et peuvent être dus à un kyste fœtal en communication avec les voies urinaires ;

D'autres fois ils sont simplement accompagnés d'acide urique et proviennent d'une production pileuse anormale développée sur la muqueuse des voies urinaires. »

M. d'Espine lit au nom du Dr Sangalli, une note sur un cas de perforation de l'intestin produite par les axarides lombrioïdes.

M. le Dr Revilliod revient sur la discussion de la trachéotomie dans le croup; il montre les fausses membranes provenant de la trachée d'un enfant qu'il vient d'opérer, répondant ainsi à quelques-uns des membres qui lui avaient dit que croup et diphthérie n'étaient pas la même chose à Genève.

La discussion s'ouvre sur l'application du thermo-cautère à la trachéotomie entre MM. Venezuela et Revilliod, M. Paquelin croit qu'avec des précautions on peut se servir de son appareil pour la trachéotomie.

La séance est levée.

Section de médecine publique.

Séance du 10 septembre. — *Président :* M. le docteur Lombard

M. le docteur Manouvriers de Valenciennes, expose le résumé sur les recherches *sur l'anémie des mineurs dite d'Anzin.*

I. Depuis la célèbre épidémie de 1803, signalée par Hallé, l'anémie des mineurs a constamment régné aux mines d'Anzin, au moins sporadiquement, et parfois à l'état endémique et même épidémique, devenant de moins en moins grave jusqu'en 1876, époque à laquelle des cas sporadiques s'y observaient encore dans une seule fosse. L'anémie des mineurs a également sévi sur un assez grand nombre de houillères en France, en Belgique et en Suède ; elle persiste encore dans quelques-unes d'entre elles.

Ne s'étant jamais manifestée que chez les ouvriers des mines de houille et non des mines de métaux ou d'autres substances, elle doit être plus justement nommée *anémie des houilleurs.*

II. Cette maladie résulte d'une intoxication par les vapeurs de divers dérivés de la houille (amylène, hexylène, benzine, phénol, aniline, etc.) produits de distillation et de combustion lentes de la houille exposée au contact de l'air, qui se dégagent dans l'atmosphère confinée des mines pendant l'extraction.

III. Les variétés cliniques de cette intoxication houillère sont, sans parler des formes incomplètes, *les formes abdominale, aiguë et chronique,* la forme *cachectique* essentiellement chronique, avec peu ou pas de troubles digestifs, la seule actuellement observée ; cette dernière variété est caractérisée par les divers symptômes de l'anémie la plus accentuée, avec un certain degré d'ictère hématique, hypesthésie, amblyopie (œdème et anémie papillaires), urines vert-pré remarquable, hypertrophie et plus tard atrophie du foie.

Signalons de plus des *éruptions cutanées* (eczéma et urticaire tubéreuse) spéciales aux fosses à anémie par action cutanée locale et directe des dérivés de la houille, fréquemment augmentées de bronchite catarrhale.

IV. *Les artères anatomo-pathologiques* sont une anémie absolue et générale avec lésions atrophiques de presque tous les viscères et une dégénérescence graisseuse du foie.

V. A faibles doses, les vapeurs des dérivés de la houille modifient profondément la constitution du houilleur et impriment à la pathologie un cachet tout particulier ; cette influence peut même se transmettre à ses enfants.

VI. La *prophylaxie* la seule efficace, consiste à établir dans les fosses infectées d'anémie une ventilation par aspiration au moyen de ventilateurs (système Guibal) assez énergiques pour pouvoir remonter au jour par un puits d'appel, spécialement réservé à cet usage, la totalité des vapeurs des dérivés houillers qui, beaucoup plus lourdes que l'air, tendent, contrairement au grisou, à s'accumuler et à stagner dans les bas-fonds.

VII. *Traitement :* Interdire pour toujours au malade le travail du fond dans les fosses à anémie. — Fer, alcool, huile de morue et alcalin.

Applications et résultats aux mines d'Anzin. — L'application des mesures hygiéniques prophylactiques proposées a été faite à la fosse Bonnepart, la dernière fosse encore infectée à la Compagnie d'Anzin : agrandissement des galeries dont la section a été quadruplée sur une longueur de plus de 2 kil.; et amélioration de la ventilation qui a été doublée et sera prochainement triplée. Comme conséquence, il ne s'est plus produit de cas d'anémie depuis le 1er janvier 1877.

Dr A. M. (de V.)

11 Septembre.

M. le docteur Dunant (Genève) lit un travail sur l'influence de l'immigration de la population des campagnes dans les villes et termine par les conclusions suivantes :

1. L'immigration de la population des campagnes dans les villes produit, directement ou indirectement, des changements dans la vitalité et dans la santé : des immigrants eux-mêmes, des populations urbaines envahies, et des populations rurales abandonnées.

2. L'influence sur la santé des immigrants est complexe et dépend des conditions nouvelles, hygiéniques ou morbides, dans lesquelles ils se trouvent placés. Quelques-unes de ces conditions sont favorables, un grand nombre d'autres sont pernicieuses.

3. La vitalité et la morbidité des populations urbaines se ressentent des conditions physiques intellectuelles et morales des immigrants. Dans beaucoup de villes le chiffre de la population s'abaisserait plus ou moins rapidement sans l'arrivée incessante de nouveaux habitants.

4. La santé des populations rurales peut être affaiblie par suite de l'émigration vers les villes.

5. Les faits relatifs à l'influence de cette migration doivent être étudiés avec soin par les médecins et les démographes, dans l'intérêt de l'hygiène publique.

6. Il est désirable pour cette étude que les statistiques médicales et hospitalières, ainsi que les registres d'état-civil, fournissent des indications sur les immigrants.

M. Seguin (New-York) fait remarquer que le canton de Genève a donné l'initiative des écoles de village, où les enfants n'apprennent pas à désirer d'émigrer dans les villes, mais au contraire à aimer et à comprendre les travaux de la campagne.

M. Seguin dépose sur le bureau le rapport imprimé qu'il fit l'an dernier au Congrès de Philadelphie sur *l'uniformité médicale internationale* et lit un rapport manuscrit tendant au même objet.

M. Seguin appuie sa proposition d'autorités anciennes et modernes, de l'avancement de la médecine par l'usage des instruments, non-seulement d'observation physique mais positive; de critiques sur les dangers de la diversité de composition des médicaments, des nomenclatures, des instruments, des échelles métriques et thermométriques, de la nécessité de recueillir les observations de la pratique privée sur un plan uniforme à celles des hôpitaux et de faire entrer les résultats de cette même pratique privée dans les statistiques médicales, etc.

Après la lecture du rapport de M. Gille sur l'uniformité en médecine et dont les conclusions sont ainsi conçues :

1° Dans sa quatrième session, tenue à Bruxelles, en 1875, le Congrès périodique international des sciences médicales, a admis l'utilité d'une pharmacopée universelle officielle, et il a été décidé d'attendre communication du projet déposé au Congrès pharmaceutique qui a siégé, au mois d'août 1874, à St-Pétersbourg, pour s'occuper de cette question.

2° D'après les décisions prises à St-Pétersbourg, le projet de pharmacopée universelle, élaboré par la Société de pharmacie de Paris, et déposé par M. Méhu, a été renvoyé à un comité qui devait l'examiner avant le 1er décembre suivant, pour pouvoir l'envoyer ensuite, s'il le jugeait convenable, à l'avis des sociétés représentées à ce Congrès. Les délégués de celui-ci devaient ensuite engager le gouvernement russe à adresser ce projet par voie diplomatique à tous les Etats intéressés, en les priant de vouloir bien désigner une commission d'enquête pour l'examiner promptement, afin qu'il puisse être modifié ou publié sans changement.

3° Ces décisions n'ayant pas reçu, jusqu'ici, leur exécution complète, il y a lieu de délibérer à la cinquième session, qui aura lieu à Genève, sur les mesures à prendre pour activer les travaux en retard, s'ils ne sont pas terminés à l'époque de l'ouverture de ce Congrès.

4° Dans le cas où ces travaux ne seraient point terminés, au moment de la réunion du Congrès, il conviendra d'examiner, dans cette assemblée, s'il ne serait pas utile de mettre immédiatement en discussion quelques-unes des conclusions qui terminaient le rapport présenté à la quatrième session, afin de profiter des lumières des membres, réunis à cette occasion, pour faire faire un pas à la question.

Ces conclusions étaient ainsi conçues :

A) Emettre le vœu que ce dispensaire soit limité, pour le moment, aux médicaments énergiques, en laissant à chaque pays la liberté de le compléter d'après ses besoins particuliers ;

B) Associer ses efforts pour l'obtenir, à ceux du Congrès pharmaceutique international, tenu au mois d'août 1874, à St-Pétersbourg ;

C) Engager le gouvernement russe à prendre l'initiative, conformément à la demande dudit Congrès, afin d'amener les autres puissances à faire ce qui dépend d'elles, pour obtenir la pharmacopée internationale ;

D) Exprimer le désir qu'un certain nombre de médecins et même de vétérinaires fassent partie avec les pharmaciens, de la commission internationale qui sera chargée d'arrêter le travail définitifde cette œuvre importante ;

E) Joindre ses vœux à ceux exprimés, à peu près dans les termes suivants, par le Congrès de St-Pétersbourg :

a) Le texte de la pharmacopée internationale, devra être en latin ;

b) Le système décimal des poids et mesures sera de rigueur ;

c) Toutes les températures seront prises à l'échelle centigrade ;

d) La nomenclature chimique sera établie suivant un plan uniforme (celle de Berzelius a paru rallier la majorité des membres du Congrès de Saint-Pétersbourg) ;

e) Les noms, pour la désignation des drogues, devront être bien exacts et aussi simples que possible ;

f) Les drogues importantes seront l'objet d'une description concise et la quantité minima du principe actif, qu'elles devront contenir, sera rigoureusement établie chaque fois que la chose sera possible ;

g) Les préparations galéniques seront aussi simples que possible et décrites suivant un même plan ;

h) On indiquera le maximum des impuretés que pourront renfermer les produits chimiques.

Le principe de l'uniformité en médecine est adopté et une commission composée de MM. Séguin, Gille, Massin et Brun est chargée de rédiger les conclusions communes à ces deux rapports et à les présenter à la séance générale du 15.

M. GARNIER lit un travail sur l'utilité de la création d'instituts galopédiques.

14 Septembre.

Présidence du Dr Lombard. — M. MAGNAN lit un travail intitulé, *de l'influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales*, et présente comme résumé les conclusions suivantes :

1. L'alcoolisme présente des caractères différents selon la nature des boissons dont on abuse.

2. L'alcool par lui-même ne produit pas l'épilepsie ; quand celle-ci intervient, elle dépend d'une prédisposition du sujet, ou d'une substance autre que l'alcool.

Les attaques épileptiformes de l'alcoolisme chronique reconnaissent pour cause, non la boisson ingérée, mais les lésions organiques déjà produites dans les centres nerveux.

3. Des caractères particuliers permettent de distinguer trois formes de *delirium tremens* ; l'une, symptômatique d'un traumatisme ou d'une affection intercurrente, l'autre, spontanée, apyrétique et bénigne, la troisième spontanée, fébrile et grave.

4. L'alcoolisme peut conduire directement à la paralysie générale, certaines lésions terminales de l'alcoolisme chronique ne différant pas des lésions de la paralysie générale.

5. La folie alcoolique est distincte de toutes les autres formes de la folie, mais elle peut les compliquer, les masquer, hâter leur éclosion, accélérer leur marche ; elle peut enfin être le point de départ d'un délire partiel avec tendance à la systématisation et à la chronicité.

M. Perrin (Paris) croit la 2e proposition du travail si intéressant du Dr Magnan, trop absolue, s'il est vrai que l'alcool de vin, soit incomparablement moins nuisible que les autres alcools, il est moins difficile d'admettre qu'il ne puisse en aucun cas produire par son abus, chez l'homme, de véritables accès d'épilepsie. Les troubles nerveux si variés et si profonds que les boissons alcooliques en général déterminent dans l'organisme, autorisent à admettre que dans certains cas, ces troubles peuvent revêtir la forme épileptique véritable ; en ce qui le concerne, M. Perrin, croit avoir observé dans une pratique déjà ancienne, deux ou trois de ces faits.

LE Dr FETCHERIN a vu peu d'épilepsies, mais des cas épileptiformes, il fait une restriction sur le fait que l'alcoolisme puisse conduire à la paralysie générale.

M. VAN CAPPELLE lit une note sur les effets des boissons alcooliques en rapport avec les maladies mentales ; il ressort de son travail que les alcooliques peuplent les asiles d'aliénés, ce qu'il prouve facilement par la statistique; il fait remarquer qu'à Java, on observe très-peu, ou point de paralysie générale chez les alcooliques.

M. MAGNAN répond à M. Perrin que le tremblement est un fait à peu près propre à l'alcoolisme, les attaques épileptiformes se produisent chez ceux qui boivent depuis un certain temps et qui présentent des symptômes d'engourdissement, faiblesse, bourdonnements, qui souvent passent inaperçus. M. Magnan fait remarquer qu'au point de vue médico-légal, l'épileptique n'est pas responsable et soutient que l'alcool ne produit pas l'épilepsie.

M. MAGNAN répond à M. Fetcherin (Berne) qu'il lui semble que l'alcoolisme ne conduit pas à la paralysie générale.

M. MAGNAN répond à M. Van Cappelle, que la statistique en France est plus forte qu'en Hollande, la paralysie générale étant beaucoup moins fréquente dans les pays chauds que dans les pays tempérés.

M. le docteur CHAM (Nice) *lit un travail sur la tuberculose traitée sur les montagnes et sur la plage méditerranéenne*, avec les conclusions suivantes.

Un bon climat hivernal : Préserve de la phthisie les gens prédisposés par hérédité ou par débilité constitutionnelle ; Prolonge l'existence des phthisiques ; Guérit les phthisiques.

L'efficacité de la cure sur les plages méditerranéennes est fondée sur des épreuves séculaires, renouvelées tous les hivers.

Le succès des climats alpestres dans la phthisie, né d'hier, est déjà considérable, mais il n'est pas étayé sur des statistiques suffisantes.

Les indications et contr'indications de ces deux ordres de climats si différents peuvent se résumer ainsi :

1. Les climats méditerranéens sont prophylactiques dans tous les cas ; les climats alpestres ne le sont que chez les sujets atteints d'atonie générale, de rétrécissement des diamètres thoraciques, de catarrhes torpides de la muqueuse respiratoire.

2. Les climats méditerranéens guérissent les phthisiques ou prolongent leur vie, même lorsque la maladie est au troisième degré ; ils en arrêtent quelquefois la marche aiguë. Ils conviennent à toutes les constitutions et à tous les tempéraments, à l'exception des sujets trop excitables ; ils s'adaptent aux malades venus de toutes les contrées, des zones tempérées, très-chaudes et très-froides.

Les climats alpestres réussissent également dans la phthisie à tous les degrés ; mais il faut en éloigner les malades originaires des régions très-chaudes, telles que l'Amérique du Sud ; ils ont moins d'action que l'air marin sur les projets essentiellement scrofuleux ; ils sont nuisibles aux phthisiques rhumatisants ; ils sont dangereux pour les poitrinaires, atteints de laryngites, de diarrhée, de maladies des reins. — Les indications des climats alpestres sont donc beaucoup plus restreintes.

3. Les deux sortes de climats peuvent être appliquées avec succès à un même malade, en ayant soin d'alterner les hivers passés sur les côtes de la Riviera avec ceux passés sur la montagne.

4. La méthode la plus rationnelle consiste à envoyer en été les malades respirer l'air vivifiant des montagnes, après qu'ils ont joui pendant l'hiver de l'atmosphère tonique de la mer.

M. le docteur GUIRAUD de Montauban lit un travail sur le même sujet traitant particulièrement de la station de Menton.

Le docteur NIEPCE fait une communication sur un sujet analogue.

Une intéressante discussion s'est engagée sur les climats d'hiver recommandés aux phthisiques. M. Thaon, de Nice, a comparé les climats méditerranéens aux climats de montagnes, et il a essayé de prouver que les stations de montagnes ne s'appliquaient qu'aux formes torpides de la phthisie accompagnées de déformation de la poitrine, tandis que les stations méditerranéennes s'appliquent à toutes les formes de phthisie. M. Guiraud, de Menton, pense que les formes aiguës ou accompagnées de phénomènes laryngiens se trouvent mal de ces climats et cite plusieurs faits à cet appui. M. Niepce, de Nice, prétend que l'air marin est spécifique parce qu'il contient de l'iode, du brome et du chlorure de sodium. M. Daremberg, de Menton, déclare que l'air marin n'est aucunement spécifique, et que s'il contenait tant d'iode et de brome qu'on veut bien le dire, il serait tout le premier à le quitter, car les vapeurs de ces métalloïdes sont souvent dangereuses. M. Daremberg compare ensuite les climats des côtes française et africaine de la Méditerranée. Il démontre que la côte africaine et spécialement Alger qu'il a habité, est exposé directement au nord ; qu'il y souffle des vents d'ouest fort humides qui, malgré l'élévation du thermomètre, font éprouver un froid glacial ; que les variations de température, d'humidité, de tension atmosphérique subissent des variations énormes, absolument inconnues sur les côtes françaises. Sur ces côtes, les fonctions digestives sont ralenties, on a souvent de la fièvre, de la dyspnée surtout par les jours de siroco, qui produit ainsi très-fréquemment des hémoptysies, et l'humidité ne sèche pas les bronches. M. Daremberg montre ainsi que la station d'Alger est absolument contre-indiquée pour les malades éréthiques, par les rhumatisants, ceux qui sont prédisposés aux hémoptysies, ceux qui ont une expectoration abondante, et enfin ceux qui ont les organes digestifs en mauvais état. Quant aux torpides beaucoup de stations leur sont plus favorables. Aussi, demande-t-il à quelle indication répond Alger. M. Texier, d'Alger, répond que l'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas de donner des renseignements absolus à ce sujet, mais il est certain qu'un nombre sensible de phthisiques se trouvent bien de ce climat.

(*A suivre*). DÉJERINE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 septembre. 1877 — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. le Dr LAGNEAU, candidat dans la section d'hygiène, lit un mémoire sur les progrès faits par la phthisie dans ces vingt dernières années, et cherche les moyens propres à les enrayer. La phthisie est de tous les pays, évolue sous toutes les températures; on la trouve dans les pays froids du nord dans les contrées méridionales. Partout la vie sédentaire est la condition la plus favorable à son développement. Pour la prévenir il faut que l'homme respire un air pur fréquemment renouvelé, et qu'il le respire amplement. Dans ce but, M. Lagneau voudrait que l'on s'efforçât d'empêcher, l'immigration de l'habitant des campagnes vers la ville; que le goût des exercices physiques, fût donné aux enfants, dans les écoles et au lycée; que des gymnases publics permissent, à l'homme fait, de continuer ces exercices auxquels il serait habitué dès l'enfance; qu'on établît à proximité des villes des stations agricoles pour les sujets menacés; enfin que le temps du service obligatoire fût abrégé.

M. ROCHARD rend compte d'un travail de M. Talérac, médecin attaché à la station du levant. L'auteur y établit que la variété de tœnia, rencontrée en Syrie est le médio-canellata; que la maladie est communiquée à l'homme par la viande du bœuf. Le scolex du cestoïde est renfermé dans de petits kystes que l'on trouve, à la surface des muscles, surtout du psoas, dans l'épaisseur des faisceaux musculaires, mais non du tissu conjonctif interstitiel, on rencontrerait ce tœnia non-seulement en Syrie, mais en Afrique, dans l'Inde, dans tous les pays musulmans, partout où les habitants font usage de la viande de bœuf non suffisamment cuite.

M. BRIQUET, lit un rapport sur des travaux relatifs au choléra asiatique. M. le rapporteur s'étend surtout sur les ouvrages de MM. Cunningham, médecin de l'Inde anglaise et Pettenkofer. M. Briquet reproche au premier de ces auteurs, partisan du développement spontané de la maladie, d'avoir émis des théories permettant d'expliquer les solutions de continuité, que présente la route suivie par le fléau. Le second reconnaît bien que le choléra asiatique prend son origine dans l'Inde, qu'il se propage par contagion; mais il admet aussi que la maladie s'étend de préférence sur certains terrains: sur les terrains d'alluvions, légers, poreux, susceptibles de mieux conserver les germes morbides que les terres compactes. En outre, sur ces terrains particuliers, le choléra peut se développer spontanément dans la suite. Son apparition est en rapport avec le niveau des eaux souterraines. M. Briquet combat la théorie tellurique en s'appuyant sur les faits observés lors de l'épidémie de 1849.

M. le rapporteur mettant en regard les communes envahies à cette époque et le terrain sur lequel elles sont bâties, montre que la nature du terrain, n'a point influencé la puissance d'extension de l'épidémie. Paris et Lyon sont élevées sur des terrains d'alluvion. La première de ces villes a été très-éprouvée, la seconde ménagée. Les régions marécageuses des départements méridionaux où le sol est léger, poreux, perméable ont été épargnées. En outre, d'après les théories telluriques, les diverses épidémies devraient toujours suivre la même route, toujours atteindre les mêmes pays et s'y montrer avec la même intensité. La statistique prouve le contraire. Des observations faites à Paris et à Lyon annihilent l'influence du niveau des eaux. A Paris lors des épidémies le niveau des eaux a toujours été élevé. A Lyon il était abaissé. M. Briquet dans ses nombreuses recherches n'a trouvé en France que deux cas de choléra spontané; encore leur valeur lui paraît bien affaiblie par ce fait que l'une des observations est très-incomplète, et que l'autre malade habitait sur les bords de la mer en face des côtes d'Angleterre où régnait la maladie. Il est donc contagionniste; dans les lieux où il paraît, le choléra constitué, est précédé par le passage des diarrhéiques déjà contaminés, qui s'en vont semant les germes de la maladie, comme des varioleux convalescents. Mais le choléra peut se montrer dans tous les lieux, dans toutes les saisons, à toutes les altitudes, au milieu de la sécheresse et de l'humidité. Les influences telluriques sont bien légères, sur la marche d'une affection, qui a pu rayonner sur une étendue de 10,000 lieues à la surface du globe.

M. GUBLER est aussi contagionniste, mais il trouve que M. Briquet a manqué de précision dans son énumération des différents terrains, et qu'il n'a pas suffisamment indiqué que la fréquence du choléra sur un terrain est en rapport avec le chiffre de la population qui l'habite; d'où son développement sur les terrains d'alluvions, qui, vu leur fertilité, sont couverts de nombreuses villes, au contraire les terrains compactes ont une population très-clair-semée condition défavorable à l'extension d'une maladie contagieuse.

M. Jules GUÉRIN rappelle que, bien que contagionniste, il est aussi partisan du développement spontané du choléra. Dans toutes les épidémies il s'est trouvé des cas spontanés, dans toutes, il y a eu des cas de choléra nostras au milieu des cas de choléra indien. M. BRIQUET lui paraît trop sévère pour l'ouvrage de M. Cunringham qui contient un nombre considérable de faits, et établit d'une manière indiscutable la spontanéité de la maladie dans toutes les parties de l'Inde.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 18 Mai 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

11. Kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches et dans la plèvre; par M. MAYOR.

R... Antoine, âgé de 43 ans, entre le 7 mai dans le service de M. Bernutz. — Ses parents sont tous fort bien portants, très-vigoureux. Il jouissait lui-même d'une assez bonne santé jusqu'à il y a dix ans, époque à laquelle, pendant qu'il suivait le régime Bentink, il fut atteint d'un accident qu'il désigne sous le nom de congestion sans pouvoir en spécifier les symptômes. — On lui appliqua alors 72 sangsues qui paraissent avoir toutes mordu sous la région de l'hypochondre droit. — Pendant la guerre, il a eu des revers de fortune, malgré lesquels son régime est resté assez bon et n'a rien présenté qui puisse expliquer son affection actuelle. Il n'a jamais eu de chien dans sa maison.

Sa santé s'était conservée bonne jusqu'à cet hiver. — En octobre, il commença à tousser; ses crachats étaient alors ceux de la bronchite. — Pas d'hémoptysie, pas d'amaigrissement, pas de symptômes abdominaux, jamais d'ictère. — La toux ne persista pas longtemps. — Mais il y a six semaines, il recommença à tousser. Pendant quelque temps, ses crachats semblent avoir été simplement ceux de la bronchite. — Mais au bout de quinze jours ils devinrent beaucoup plus abondants; il continuait à remplir ses fonctions d'employé de bureau. Son appétit qui avait faibli au début de la maladie, redevenait bon, et malgré cela il maigrissait.

Il y a trois semaines, l'expectoration prend l'apparence de gelée de fruits. Le malade ne se rappelle pas au juste quelle était sa couleur. — Il est plus explicite sur ce fait qu'il n'a *jamais* craché de sang et qu'il n'a jamais vu dans ses crachats de petites membranes. — Jusque là, il n'avait jamais eu de dyspnée très-marquée. A cette époque, il fut pris d'une diarrhée très-abondante qui a persisté jusqu'à la veille de son entrée. Les matières n'ont rien présenté de spécial si ce n'est qu'elles ont été quelquefois noirâtres.

Il y a quinze jours, les crachats prennent la couleur rouge brique qu'ils présentent actuellement. — Puis, il y a 8 ou 10 jours, il est saisi tout-à-coup d'une oppression extrême, avec menaces de syncope. — Un point de côté qu'il avait eu quelques jours auparavant et qui avait disparu, se réveille; l'expectoration n'augmente pas. Depuis ce temps ce qui domine, c'est l'anhélation, l'affaiblissement. — Aujourd'hui 8 mai, le malade est très-oppressé, maigre, affaibli à ce point qu'il est difficile d'obtenir de lui des réponses catégoriques et difficiles.

En examinant la poitrine, on la trouve couverte d'acné provenant peut-être de la malpropreté évidente du malade. — A la partie postérieure de la poitrine, la *percussion* donne les résultats suivants: Sonorité paraissant normale, à gauche. — A droite, sonorité exagérée dans les fosses sus et sous épineuses.—Matité à la base au-dessous de l'angle de l'omoplate.

A l'auscultation. Rien d'anormal, à gauche si ce n'est un peu d'expiration prolongée dans la fosse sus-épineuse. — A droite, au sommet, souffle amphorique et surtout toux à timbre amphorique ainsi que la voix. — Ce phénomène présente son maximum dans la fosse sous-épineuse à sa partie externe. C'est aussi en ce point qu'on entend bien le tintement métallique. — A la base, on n'entend plus la respiration, et les vibrations thoraciques sont abolies. Il est impossible d'obtenir le bruit de flot par la succussion hippocratique. — Sur la partie antérieure de la poitrine, la sonorité exagérée se retrouve à droite, et elle descend jusqu'à quatre ou cinq travers de doigt au-dessous du mamelon. Ce n'est qu'à ce niveau qu'apparaît la matité du foie dont le bord inférieur descend du reste à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes. — L'auscultation de cette région antérieure ne donne rien d'anormal à gauche; mais à droite, on perçoit une sorte de râle caverneux très-prononcé, simulant une caverne très-superficielle et très-vaste. Il y a aussi plutôt pectoriloquie que voix amphorique. — Les pupilles sont normales et égales. Malgré cette affection thoracique, le cœur paraît sain.

Abdomen. — Rien d'anormal, sauf le déplacement du foie. Pas d'œdème des membres inférieurs; — urines normales.

Ce qui attire surtout l'attention en dehors des signes de percussion et d'auscultation, c'est l'expectoration. — Les crachats sont rouges ou plutôt couleur brique, mais n'adhérant pas au fond du vase. Ils exhalent une mauvaise odeur, et ils contiennent quelques débris membraneux, jaune abricot, demi-transparents qui, mis dans l'eau, paraissent être très-évidemment des hydatides. — L'une de ces membranes offre nettement l'aspect d'une vésicule, mais elle est aplatie, froissée comme le sont les hydatides de certaines tumeurs anciennes. — Au microscope, ces membranes sont anhistes ; on ne trouve pas de crachats dans le liquide expectoré, mais on y voit une notable quantité de pus, des cristaux de cholestérine et de petits amas pigmentaires jaune verdâtre. Le liquide filtré, puis examiné pendant qu'il s'évapore, ne dépose pas une quantité bien considérable des cristaux de chlorure de sodium. On en trouve cependant quelques-uns. Enfin, ce liquide ne contient pas de sucre ; mais on y reconnaît la présence d'une certaine quantité de mucus, d'une assez forte proportion d'*albumine* et de la matière colorante de la bile.

L'existence des membranes contenues dans ces crachats démontre que la cause du pneumothorax est un kyste hydatique ouvert à la fois dans la plèvre et les bronches. D'autre part, l'existence même de ce pneumothorax, l'absence de dyspnée marquée avant l'époque probable de la perforation pulmonaire, et aussi l'absence d'hémoptysie éloignent de l'idée que le kyste peut avoir siégé primitivement dans les poumons, tandis que la couleur des crachats et des membranes d'hydatides indiquent, malgré l'absence de symptômes abdominaux dans les antécédents des dernières années, que le siége du kyste doit être le foie.

9 mai. Un peu d'amélioration de l'état général ; rien de changé quant aux signes physiques.—*Soir*. faiblesse extrême; l'expectoration devient plus verdâtre. Le malade meurt le 10 mai, à huit heures du matin, après avoir présenté les symptômes de l'asphyxie.

Autopsie. — En enlevant la paroi antérieure de la poitrine, on remarque que le sommet du poumon droit est aplati, séparé des parois thoraciques par un espace de 11 c. de hauteur sur 10 de largeur, mais descendant plus bas en dehors où il atteint la quatrième côte jusqu'au dedans. — Cet espace se continue en avant par un prolongement qui atteint le diaphragme, qui est limité en dedans par la plèvre médiastine, en dehors, par des adhérences solides du poumon avec la plèvre pariétale. — En arrière, dans la gouttière costo-vertébrale et même un peu en dedans d'elle, le poumon est encore très-adhérent ; mais en dehors de ces adhérences existe entre la face externe du poumon et la plèvre costale un nouvel espace rempli d'un liquide visqueux jaunâtre, dans lequel nagent des membranes d'hydatides semblables à celles qui ont été rejetées par les crachats. — Cette nouvelle cavité communique en haut avec la vaste cavité pleine d'air du sommet de la cage thoracique ; en bas, on y voit s'ouvrir par un large orifice une caverne pulmonaire de la grosseur d'un œuf. — Les parois de cette caverne sont lisses, rougeâtres, non recouvertes d'une membrane spéciale ; à leurs surfaces, s'ouvrent quatre ou cinq bronches de troisième ordre et plusieurs petites bronches. — Quant aux cavités limitées par la plèvre, elles sont tapissées d'une néo-membrane épaisse et vasculaire, et de fausses membranes imbibées de pus verdâtre. — A la partie inférieure de la caverne pulmonaire, s'ouvre un canal qui admet facilement le petit doigt, et qui est entièrement creusé à travers le parenchyme pulmonaire. Les parois de ce conduit qui se dirige verticalement vers le diaphragme sont entièrement semblables à celles de la caverne. — En le suivant, on le voit traverser le diaphragme qui adhère, du reste, à la base du poumon, d'une part, et au lobe droit du foie, d'autre part. Le canal s'abouche alors dans un kyste à parois épaisses, de consistance presque cartilagineuse, revenues sur elles-mêmes, au point que cette excavation, creusée dans le foie, n'offre plus guère aujourd'hui que le volume d'un très-gros œuf. Elle contient quelques membranes semblables à celles qui ont été retrouvées dans la plèvre. Le sommet du poumon droit est affaissé, atelectesié : les lobes inférieurs sont œdématiés. Dans le poumon gauche, il y a au sommet une petite caverne entourée de quelques tubercules jaunes.

Le foie est non-seulement fortement adhérent au diaphragme par son lobe droit, mais encore il est abaissé de telle façon que sa limite supérieure correspond à la huitième côte (en avant). De plus, il a subi un mouvement de bascule tel que sa face inférieure regarde beaucoup plus directement en arrière que d'habitude et que la partie qui répond directement à la paroi abdominale antérieure offre une hauteur de 22 c. Sur le *péricarde* pariétal, dans sa partie droite, se voient quelques petites fausses membranes récentes. Rien sur le péricarde viscéral, ni au cœur. *Reins* congestionnés, bleuâtres. — *Rate* saine. — *Intestins et péritoine* sains.

Cerveau. Un peu de liquide sous l'arachnoïde : un peu de congestion passive des méninges. Rien dans la substance même de l'encéphale.

En comparant les résultats de l'autopsie à l'histoire du malade, il est évident qu'il s'agit dans ce cas d'un kyste hydatique du foie qui a dû s'ouvrir dans le poumon droit un mois avant la mort. — Puis l'excavation pulmonaire résultant du passage des hydatides dans les bronches, s'est rompue et a déversé son contenu dans la plèvre. De là les phénomènes du début d'un pneumothorax qui est paru huit ou dix jours avant l'entrée du malade dans le service.

M. Brissaud présente un kyste hydatique du poumon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 avril 1877. — Présidence de M. Empis.

M. Féréol répondant à l'argumentation de M. Peter sur le *traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids*, déclare tout d'abord qu'il n'a point prétendu faire des bains froids une méthode applicable à tous les cas, pas plus qu'il ne fait de l'hyperthermie la condition unique de leur application ; il pense au contraire que les accidents nerveux, ataxiques, les symptômes spinaux, sont plus heureusement influencés par le froid que les hautes températures elles-mêmes.

Il n'en est pas moins vrai que l'on ne saurait nier l'influence fâcheuse de ces hautes températures ; elle est suffisamment démontrée par les recherches de Vallin, de Cl. Bernard.

Sans doute, on doit reconnaître avec M. Peter que « si une maladie est grave, cela ne tient pas à ce que le malade a une température élevée, et que c'est au contraire, *parce que* la maladie est grave, que la température s'élève ; » mais il ne faut pas oublier non plus que cette température élevée, qui est d'abord un effet, devient elle-même une cause qui s'ajoute à la cause première. En supprimant les effets secondaires de l'hyperthermie, on réduit la maladie à sa plus simple expression, et l'on a d'autant plus de chances d'obtenir la guérison.

Quelle que soit la théorie qu'on donne de cette action, il est certain que souvent en même temps que la température s'abaisse, on voit tomber du même coup tous les symptômes inquiétants, le délire, la carphologie, la sécheresse de la langue.

Quelquefois, dit M. Peter, on refroidit trop le malade, qui ne peut se réchauffer. Mais c'est là un fait bien rare, et dont il ne faut pas toujours s'inquiéter, ainsi que le prouve un cas de guérison, dans lequel la température était tombée à 34°. Les dangers de la balnéation ont d'ailleurs été singulièrement exagérés, et il semble que l'on ait négligé toutes les causes de mort qui sont inhérentes à la maladie elle-même et à sa complication pour mettre toujours sur le compte de la méthode de traitement les résultats malheureux. Ainsi la syncope et la mort subite peuvent être observées même à une période peu avancée de la maladie et en dehors même de toute administration de bains froids. Dans quelques cas, il y a eu des syncopes pendant le bain, mais il est permis de se demander si l'on avait, dans ces cas, pris toutes les précautions nécessaires.

Il est parfois très-difficile de faire la part de la maladie et celle du traitement dans un insuccès, et cette observation s'applique non-seulement à la syncope, mais encore aux épistaxis, aux hémorrhagies intestinales, aux hémorrhagies pulmonaires, à l'albuminurie.

Le danger du bain froid, dit M. Féréol, paraît être bien plutôt dans la broncho-pneumonie que dans les hémorrhagies, et c'est même là l'argument le plus sérieux contre la médication. Pourtant, il semble que les typhiques qui succombent dans ces circonstances soient de ceux qui ne pouvaient pas guérir, sans que la méthode de traitement elle-même puisse être incriminée. Ainsi, M. Proust, traitant trois typhiques par les bains froids, en a vu mourir deux de pneumonie ; peut-être, s'il n'eût pas eu recours aux bains froids, aurait-il ou trois décès à enregistrer au lieu de deux.

Arrivant à l'examen des statistiques, M. Féréol avoue qu'il a été désagréablement impressionné en voyant que les résultats donnés par le traitement ordinaire, sont sensiblement égaux à ceux obtenus avec les bains froids. A quoi bon alors se donner tant de mal ? — Cependant il faut y regarder à deux fois. Quelles que soient les apparences, les statistiques ne sont pas toujours comparables, et il est reconnu de tous que la mortalité est généralement plus forte à la Maison municipale de santé, que dans les autres hôpitaux. En prenant seu-

lement les statistiques personnelles dans cet établissement, M. Féréol constate que la première année, n'employant pas les bains froids, il a eu une mortalité de 27 0/0, tandis que dans les trois années suivantes, où il eut recours aux bains froids, le chiffre de la mortalité tomba à 19 0/0. — De plus examinant une à une toutes ses observations, il n'en trouve pas une seule dans laquelle la mort soit directement imputable au traitement, et au contraire, plusieurs malades ont guéri par les bains froids, qui auraient probablement succombé sans eux.

« Somme toute, et pour me résumer, dit M. Féréol, je ne suis pas un partisan refroidi de la balnéation, parce que je n'ai jamais été pour elle d'un enthousiasme brûlant. Il m'a semblé que pour en bien juger, il fallait l'expérimenter. Les résultats que j'ai obtenus ne sont pas aussi excellents que je l'aurais désiré ; aussi ai-je mis beaucoup de réserve dans les conclusions que j'ai formulées. Cependant j'ai été très vivement impressionné par certains effets très-puissants, par plusieurs succès qui m'ont paru manifestes et très-beaux ; d'un autre côté il ne m'est nullement démontré que les insuccès soient le fait de la méthode. Dans cette situation, je ne saurais me résoudre à me priver d'une ressource qui n'est peut-être pas toujours sans péril, mais qui offre des chances de succès fort sérieuses... »

M. Vallin communique à la Société une observation de *langue noire*. On sait que, dans un cas de ce genre, M. Raynaud constata au milieu des cellules buccales imbriquées une grande quantité de spores tout à fait semblables à celles du *trichophyton tonsurant*, et qu'il n'était pas éloigné de voir dans cette affection une sorte de *teigne des muqueuses*.

Le malade de M. Vallin avait contracté depuis une quinzaine d'années une affection rebelle de la peau de la face, pour laquelle M. Bazin, après avoir reconnu un herpès tonsurant, avait conseillé l'épilation. Ce traitement n'avait pas été appliqué. Il semblait que ce cas dût être très-favorable à l'opinion de M. Raynaud. Or, un examen très-attentif des filaments de la langue, filaments que l'on pouvait tondre comme du gazon, montra qu'il n'y avait aucune espèce de spores, et que ces productions piliformes étaient seulement l'exagération de ce qui constitue l'état normal des papilles filiformes de la langue.

M. Féréol a aussi cherché vainement dans un cas de même genre, l'existence de spores. A. S.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

I. Diapédèse des leucocytes chez l'homme; par le Dr Léon Collin, professeur au Val-de-Grâce ; Asselin, 1875. — **II. Étude générale sur les variations physiologiques des gaz du sang;** par le Dr G. Noel, Delahaye et Cie 1876. — **III. Mémoire sur les veines de la face et du cou;** par Louis Chabbert ; Masson, Paris, 1876. — **IV. Travaux du laboratoire de M. Marey,** professeur au collége de France. Un fort volume de 420 pages, avec figures, Masson, éditeur, année 1876. — **V. Le cerveau et ses fonctions;** par J. Luys, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, avec figures dans le texte. Germer-Baillière éditeur, 1876.

I. Dans un court mais fort intéressant mémoire M. le Dr Collin, professeur au Val-de-Grâce, étudie la migration des leucocytes chez l'homme. Il nous montre que l'Anatomie pathologique et la Clinique viennent confirmer les recherches de la physiologie expérimentale. Depuis longtemps on savait que lorsqu'on injecte des poussières fines et colorées, du vermillon, par exemple, dans le système vasculaire des animaux, les leucocytes s'en emparent, les incarcèrent dans leur protoplasma et circulent en entraînant avec eux ces granulations d'un rouge vif. On peut alors suivre leur trace et rien n'est plus facile que de constater leur passage au travers des parois des vaisseaux, et leur extravasation dans le tissu cellulaire ambiant. Revenant sur un fait qu'il avait déjà avancé devant l'Académie de Médecine, M. Collin confirme ses anciennes observations : dans l'intoxication palustre et dans la mélanémie qui en est la conséquence, il existe des dépôts pigmentaires dans différents tissus, spécialement dans ceux qui sont au contact le plus intime du sang, dans les parois vasculaires. Les dépôts proviennent des globules rouges qui se sont détruits dans le pulpe splénique. Les leucocytes s'emparent de ces granulations, ce que l'on peut observer par l'examen au microscope du sang des fébricitants. Or, ce sont les globules blancs, chargés de ces débris de globules rouges qui vont former les dépôts pigmentaires dans les parois des vaisseaux et dans l'épaisseur des différents tissus. D'après M. Collin, cette migration des globules chargés de corpuscules pigmentaires est très-active et dans les pays où règne la malaria, après deux ou trois accès de fièvre seulement, apparaît parfois la teinte jaune terreuse due à la pigmentation générale des tissus et consécutive à la diapédèse des globules blancs chargés de granulations de pigments. M. Collin du reste a vu son opinion partagée par la plupart des observateurs et depuis sa communication à l'Académie des sciences les travaux de Kelschs, de Cornil et Ranvier et de Rouget viennent prêter l'appui de leur autorité à la démonstration du savant professeur du Val-de-Grâce.

II. Le travail de M. G. Noël, préparateur du cours de M. Cl. Bernard, ne pouvait manquer d'être au courant de la science, étant sorti d'un tel laboratoire. Avant d'en arriver à parler des recherches qui lui sont propres et qui portent spécialement sur la quantité d'azote contenue dans le sang et sur les variations physiologiques qui peuvent survenir dans cette quantité, M. Noël nous donne un résumé succinct fort intéressant et fort bien fait des diverses phases qu'a parcourue la question. Il nous montre cette étude naissant vers 1834 avec les travaux de Magnus. Certes, les résultats ne furent que bien approximatifs et les chiffres étaient inexacts; néanmoins ils suffirent pour ruiner l'hypothèse de Lavoisier d'après laquelle l'acide carbonique se formait dans le poumon par suite du conflit de l'oxygène de l'air avec les substances hydrocarburées du sang. Si la combustion de ces substances avait lieu dans le poumon d'où pouvait provenir l'acide carbonique surabondant du sang veineux. Plus tard la magnifique découverte de Cl. Bernard sur la propriété qu'a l'oxyde de carbone de chasser l'oxygène absorbé par les globules rouges, devait donner une certaine précision aux recherches hématologiques, et l'on sait tout ce que l'éminent physiologiste a su tirer de sa méthode. Enfin une troisième étape commence avec les appareils de Ludwig si ingénieusement modifiés par Gréhant. Le procédé de M. Bernard ne donnait de résultats certains que pour le dosage de l'oxygène ; celui de Ludwig et Gréhant, qui consiste à déplacer les gaz du sang par le vide de la pompe à mercure aidée de la chaleur, présente l'avantage incontestable sur les méthodes antérieures de donner à la fois la teneur du sang en oxygène, en azote et en acide carbonique.

Employé par un grand nombre d'expérimentateurs, parmi lesquels nous devons citer M. Paul Bert, ce procédé a permis de fixer avec exactitude la quantité de gaz que renferme le sang dans les diverses parties du système circulatoire et dans les différentes conditions physiologiques. L'auteur du mémoire que nous analysons, a pu simplifier encore ce procédé et contrôler les faits avancés par les physiologistes : voici, d'une façon sommaire les résultats auxquels on est arrivé : le *sang artériel* contient de 18 à 25 centimètres cubes d'oxygène pour 100. Cet oxygène est fixé sur les globules rouges, et le plasma n'en dissout guère que 2 à 3 centimètres cubes pour cent. Du reste, la quantité d'oxygène contenue dans le sang varie suivant le rhythme respiratoire, la température atmosphérique, la température propre, l'état de digestion, le régime, etc. Le *sang veineux* possède de 8 à 12 centimètres cubes d'oxygène pour 100 volumes de sang. Cette quantité, d'ailleurs, oscille suivant des conditions analogues à celles qui influent sur le sang artériel. L'acide carbonique est dissous dans le plasma : le sang artériel en contient de 25 à 35 centimètres cubes pour 100 et le sang veineux de 35 à 45 centimètres cubes. C'est entre ces limites que se font les variations physiologiques, car la plus légère cause d'asphyxie peut, dans les expériences, les changer en proportions. Les recherches originales de M. G. Noël portent principalement sur l'azote. Le sang en renferme au plus 3 centimètres cubes qu'il emprunte à l'air, malgré ce que peuvent dire les auteurs sur sa formation aux dépens des matières azotées. Le sang veineux en contiendrait deux à trois dixièmes de moins que le sang artériel. Peut-être est-il absorbé par le foie et par les intestins. Quoi qu'il en soit, d'après M. Noël, le volume de l'azote du sang est à peu près rigoureusement constant, quelles que soient d'ailleurs les variations de volume des autres gaz. Tel est le résumé bien rapide du travail de M. Noël ; mais nous en conseillons vivement la lecture à ceux que ces questions intéressent.

III. Nous sommes trop habitués à laisser de côté l'étude des veines et, par une généralisation fâcheuse, à considérer les vaisseaux à sang noir, comme un système parallèle à celui des vaisseaux à sang rouge. Mais on se trompe le plus souvent et qui connaît les artères, ne connaît pas toujours les veines correspondantes. Heureusement qu'une révision générale vient d'être commencée; et chaque travail sur les veines se signale par quelque découverte, ne pourrions-nous pas citer, comme exemple, la thèse de Le Dentu sur les veines des membres inférieurs, les études de Gosselin, puis de Duret, sur les veines hémorrhoïdaires ; de Giliette, sur les plexus de la vessie ; en-

fin, le mémoire de M. Chabbert sur les veines de la face et du cou !

Sa description générale de ces vaisseaux est fort précise, mais nous ne voulons insister avec lui que sur un plexus dont il a signalé l'existence dans l'épaisseur de la lèvre supérieure. Il est formé « de mailles excessivement serrées, occupant tout le pourtour de l'orifice buccal constitué par la lèvre supérieure. Il est surtout accusé au niveau du lobule médian et des deux courbures qui font suite à ce lobule. Les veines en sont situées dans l'épaisseur du muscle orbiculaire et reconnaissent trois origines : 1° les veines qui proviennent du derme de la lèvre et du tissu lamineux, réunissant la peau au muscle orbiculaire; elles sont très-nombreuses, très-serrées et présentent un calibre assez considérable; 2° les veines contenues dans l'épaisseur du muscle lui-même, elles sont très-grêles; 3° enfin, les veines qui naissent de la muqueuse labiale et qui sont de deux ordres; les unes commissurales, qui établissent une communication entre le plexus labial supérieur et le plexus labial inférieur; les autres alvéolaires et qui, partant de la muqueuse qui tapisse le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, viennent se jeter dans le plexus labial. Le sang contenu dans ce plexus va dans la veine faciale et de là suivrait un trajet direct, car au lieu de descendre vers la glande sous-maxillaire, il gagnerait la veine ophthalmique et le sinus caverneux. On pressent toutes les déductions pathologiques importantes que l'on peut tirer de ce fait. Nous savons d'ailleurs que M. Chabbert prépare sa thèse inaugurale sur les anthrax de la lèvre supérieure et nous y trouverons un chapitre anatomique des plus intéressants.

IV. M. le professeur Marey vient de réunir en un volume les divers travaux qui ont été faits dans son laboratoire soit par lui, soit par ses élèves. Le nouveau volume, — car déjà, l'année précédente, une semblable publication avait eu lieu, — renferme neuf mémoires importants, qui, « malgré la diversité des sujets traités, présente, grâce à l'emploi d'une même méthode (méthode graphique), une unité que l'on trouverait difficilement dans les recueils analogues. » Parmi les travaux que nous y rencontrons, nous signalerons le mémoire de M. François Franck, sur « le volume des organes dans ses rapports avec la circulation du sang. » M. F. Franck reprenant les idées du docteur Piégu, a réussi à inscrire les plus petites variations qui se produisent dans la circulation d'un organe, d'après les changements de volume que cet organe présente. Son procédé consiste à plonger dans un vase plein d'eau et bien fermé, un pied ou une main. Suivant que l'organe immergé reçoit plus ou moins de sang dans ses vaisseaux, il augmente plus ou moins de volume, et déplaçant ainsi des quantités d'eau variables, traduit, par des courbes analogues à celles du pouls, les changements que produisent, dans son état circulatoire, des influences mécaniques et des actions vaso-motrices.

A côté de ce mémoire, nous pourrions signaler un remarquable travail du même auteur, publié dans le Journal de Robin, sur les mouvements de l'encéphale. Il y résume avec une extrême clarté les travaux accumulés sur cette question obscurcie comme à plaisir par Bourgougnon et Longet, mais élucidée à nouveau par les expériences de Richet et plus récemment par celle de Mosso et de Salathé. Or, de ces études, il résulte que « dans le cerveau, les battements isochrones à ceux du pouls proviennent des changements rhythmiques de volume du tissu vasculaire. Ce qui se passe dans le cerveau est absolument analogue à ce que l'on observe dans tous les tissus vasculaires. » Piégu avait bien démontré ce fait.

Nous signalerons encore dans le Recueil des travaux du laboratoire, les mémoires de M. Marey, « *sur les excitations artificielles du cœur* »; de M. Tatin, « *sur le vol mécanique* » ; de M. Rosapelly, « *sur un essai d'inscription des mouvements phonétiques* » ; de M. Tarchanoff, « *sur l'inervation de l'appareil modérateur du cœur chez la grenouille* » ; enfin le remarquable travail de M. Salathé « *sur le mécanisme de la circulation dans la cavité céphalo-rachidienne.* »

V. Evidemment nous arriverions trop tard pour parler à nos lecteurs du livre déjà célèbre de M. Luys, « *sur le cerveau et ses fonctions* ». Les philosophes s'en sont emparés bien avant les anatomistes, et il est peu de grands journaux politiques qui n'aient, sous la signature de quelque psychologue connu, résumé, critiqué, loué et discuté ce travail important. Nous ne pouvons donc que le signaler pour mémoire dans cette rapide et modeste revue d'anatomie et de physiologie.

Paul Reclus.

NOUVELLES

Médecins militaires. — Par décision du 4 juillet 1877, M. Yvert, médecin aide-major de 1re classe au 6e régiment de cuirassiers, est appelé aux fonctions de surveillant à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires. — Par décision du 9 juillet 1877, M. Bérit, médecin aide-major de 1re classe au 1er régiment de spahis, passe au 8e régiment d'infanterie ; M. Petitpoisson, médecin aide-major de 1re classe au 8e régiment d'infanterie, passe au 1er régiment de spahis. — Par décision du 13 juillet 1877 sont appelés dans les services spéciaux du ressort du gouvernement de Paris : M. Foussart, médecin aide-major de 1re classe du 16e d'infanterie ; M. Michaud, médecin aide-major de 1re classe du 11e d'infanterie ; M. Pons, médecin aide-major de 1re classe du 10e hussards. — Par décision du 20 juillet 1877, M. Audet, médecin aide-major de 1re classe du 2e régiment de spahis, passe au 4e régiment de zouaves.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, place de l'École-de-Médecine.

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveaux-nés, par J. H. Depaul.; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Le numéro d'*août* vient de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Parinaud (H.). — Etude sur la névrite optique dans la méningite aiguë de l'enfance. Paris, 1877, in-8 de 64 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro d'*août* vient de paraître. Un an : Paris 18 fr. ; Départements, 20 fr.

Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de Lille, 1875. Paris, au secrétariat de l'association, 76, rue de Rennes.

Brochard. — L'art d'élever les enfants. Paris, 1877, chez l'auteur, 47, rue Bonaparte, et chez tous les libraires. — Prix : 25 c.

Méhu (C.). — Annuaire de la pharmacie française et étrangère pour 1875. Paris, 1876, au *Moniteur scientifique*, Quesneville, rue de Buci, 12. — Prix : 2 fr. 50, *franco*.

Vigneaux (J.-C.). — De l'ophthalmie lymphatique et spécialement de son traitement par l'énucléation. Résultats immédiats et éloignés de 90 cas observés et traités par cette méthode dans les hôpitaux de Lyon. Paris 1877, 1 vol. in-8 de 203 pages. — Prix : 4 fr.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 39. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 29 SEPTEMBRE 1877

Le Progrès Médical

MALADIES DE LA PEAU

Hopital Saint-Louis. — **M. HILLAIRET.**

De la lèpre.

Leçon recueillie par M. Bimsenstein, externe du service.

Messieurs,

Je viens vous entretenir aujourd'hui d'une maladie que vous avez rarement occasion d'observer, et dont l'étude vous offrira un grand intérêt. Je veux parler de la lèpre. L'idée de cette leçon m'a été suggérée par l'observation du malade que nous avons ici sous les yeux. Tout d'abord, avant de vous relater son histoire, il me paraît nécessaire de vous donner une idée générale de cette affection, afin que vous puissiez mieux apprécier les particularités inhérentes à ce fait.

Je me propose, du reste, en terminant cette conférence, de vous donner sur l'histoire de la lèpre un résumé succinct, au moyen duquel vous pourrez étudier ensuite avec plus de profit les travaux publiés sur ce sujet. Je n'insisterai pas sur l'historique de la lèpre. C'est, vous le savez, une maladie très-ancienne, plus ou moins bien connue, plus ou moins bien comprise suivant les temps.

On a admis plusieurs espèces de lèpre, mais à tort. Qu'elle sévisse en Amérique ou en Europe, la lèpre, comme entité morbide, est toujours la même. Les formes seules diffèrent. On en distingue quatre. J'en admets cinq : la *forme tuberculeuse*, la *forme maculeuse*, *anesthésique*, *atrophique*, et la *forme mutilante* ou *ulcéreuse*. Cette division ne repose que sur des variétés se rapportant ou à l'ordre d'apparition, ou à la marche ou à la durée des phénomènes morbides. Mais l'essence de la maladie est toujours la même. Son évolution s'opère toujours autour des termes suivants : hyperesthésie, anesthésie, tubercules, ulcérations, atrophie. L'histoire de notre malade, que je vais vous rapporter, jointe aux nombreuses observations que j'ai recueillies sur la lèpre m'en ont du reste fourni l'évidence absolue.

Il s'agit d'un homme de 45 ans, exerçant la profession de chapelier. Né à Narbonne, de parents Français il a habité la France jusqu'à l'âge de 33 ans. A ce moment, il partit en Portugal où il resta 9 mois, puis s'embarqua pour Rio-Janeiro, d'où, après un séjour de 7 mois, il se rendit à Rio-Grande (Brésil) pour s'établir définitivement dans cette ville.

Comme antécédents morbides, rien à noter jusqu'à l'âge de 40 ans. Pas de gourmes, ni affection cutanée, ni rhumatisme, ni syphilis. Pendant les quatre premières années de son séjour au Brésil, il ne ressentit rien. Il eut alors une chaudepisse qui dura un mois. Sa nourriture habituelle se composait de viandes de boucherie, de volailles, de poisson, jamais de charcuterie. Ce dernier fait est important à noter, car le malade nous apprend qu'il existe dans le Brésil certaines contrées où la lèpre ulcéreuse sévit d'une manière horrible, et, au dire des médecins, elle serait occasionnée par la viande de porc.

Il y a 4 ans, le malade fit le voyage de Rio-Janeiro. La traversée dura 5 jours, et il resta 15 à 20 jours à Rio. A son départ, il n'avait rien encore. A son retour, il s'aperçut de l'existence de larges taches, grandes comme une pièce de 5 francs, au niveau de la face interne de la cuisse droite. Ces taches présentaient une coloration café au lait, et n'étaient le siége d'aucune démangeaison. Elles disparurent peu à peu, en se terminant par desquamation, mais revinrent, en d'autres endroits, particulièrement sur la face antérieure de la poitrine. Quelque temps après, il s'aperçut que sa figure prenait une teinte plus foncée. Des tubercules apparurent sur les sourcils, les joues, le nez, accompagnés d'une sensation de picotement, de cuisson. En même temps, des croûtes se montrèrent sous les narines, croûtes qu'il enlevait et qui devenaient le point de départ d'ulcérations peu douloureuses. Légères épistaxis de temps en temps. Il y a cinq mois environ, le malade n'avait rien ressenti du côté de l'organe de la phonation lorsque, en se levant, il s'aperçut que sa voix était enrouée. Depuis, l'enrouement a toujours persisté, sans aggravation.

L'état du malade s'est peu empiré dans ces derniers temps. Il a consulté plusieurs médecins qui lui ont donné le même traitement : Bains sulfureux, iodure de potassium, arsenic.

Aujourd'hui l'état du malade est le suivant : Face. Aspect tout à fait caractéristique ; teinte rouge un peu foncée. Peau épaissie, sillons du front, sillons naso-labiaux plus prononcés. Cet épaississement de la peau se présente à peu près d'une manière uniforme, excepté en de rares endroits où nous trouvons des tubercules sur les joues et le menton. Le nez est large, aplati, surtout près de son extrémité, où il est pour ainsi dire trilobé. Au niveau des orifices, nous trouvons deux ulcérations tout à fait symétriques, et limitées aux bords. Elles n'envahissent pas la muqueuse. Les oreilles sont également très-épaissies. Au niveau du lobule on sent des tubercules qui ont le volume d'une petite noisette. Quelques petits tubercules sur le pourtour des lèvres très-peu saillants qu'on découvre par la palpation. Les poils de la région sourcilière sont tombés dès le début de la maladie, ainsi que sous le menton et une partie de la lèvre supérieure. Ni cuisson ni démangeaison à la face. Pas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Tronc. Sur la face antérieure de la poitrine, nous trouvons des taches qui semblent se concentrer vers l'ombilic et l'épigastre. Ces taches se présentent sous forme de larges plaques irrégulières de coloration plus ou moins foncée. Sur la partie inférieure du tronc, elles sont moins petites, moins brunes et d'autant plus apparentes qu'elles laissent entre elles des intervalles de peau saine. Le malade ignore l'époque de l'apparition de ces taches, car elles ne lui ont causé ni cuisson, ni démangeaison. A la région dorsale, la peau présente également une coloration foncée. Pas de tubercules, mais épaississement de la peau en nappe, surtout au niveau de l'angle inférieur des omoplates.

Membres supérieurs. Sur les bras, coloration bistrée de la peau. Çà et là, taches d'un blanc grisâtre, siéges d'anciens tubercules. Les coudes et la face antérieure des avant-bras sont indemnes. Sur la face dorsale de la main gauche quelques tubercules disséminés, surtout du côté du bord cubital. La peau des phalangettes est tendue, luisante. A la main droite, mêmes lésions, mais moins avancées.

Membres inférieurs. Aucune lésion sur les cuisses. Sur la jambe gauche, épaississement œdémateux de la peau avec coloration violacée au niveau de la crête du tibia et à la partie moyenne.

Sur la face dorsale des pieds, épaississement et coloration bistrée au niveau de la partie moyenne. Sur les orteils, nous trouvons, au niveau de la 3e phalange, deux ulcérations symétriques en voie de cicatrisation.

Sur la jambe et les pieds, la peau est le siége d'une desquamation furfuracée. Au niveau du bord externe du pied gauche, elle s'enlève en larges plaques.

Les ganglions cruraux et inguinaux sont assez développés.

Organes génitaux. Le gland est épaissi, induré, aplati. Le méat urinaire rétréci. Pas de tubercules sur la peau de la verge. Induration de la tête de l'épididyme du côté droit. Le testicule présente, çà et là, quelques points indurés, traces de l'infiltration du tissu cellulaire. Le testicule est doublé de vo-

lume. L'épididyme et le testicule semblent faire corps ensemble; il n'y a plus de sillon de séparation. Pas de douleurs spontanées. La peau du scrotum présente deux larges plaques rouges avec épaississement du tissu cellulaire à la partie inférieure. Sur l'une de ces plaques, existe une petite ulcération en voie de cicatrisation.

Telle est l'histoire de ce malade, tel est l'aspect sous lequel il se présente. Quelle va être désormais la marche de cette affection, quelles en seront la durée, la terminaison? C'est ici le lieu, Messieurs, de revenir sur l'histoire de la lèpre. Ainsi que je vous l'ai déjà dit, la lèpre est un sujet d'étude difficile et long. Aussi le temps ne me permet-il pas d'entrer dans les longs développements que comporte le sujet. Mais j'aurai atteint mon but, si je puis, par les considérations suivantes, vous donner une idée générale de la lèpre.

Il y a-t-il des prodromes? Le cas actuel ne nous en fournit pas, il est vrai, mais nous pouvons le considérer comme une exception. Et, en effet, sur plus de soixante cas de lèpre que j'ai pu rencontrer, et dont quelques observations sont consignées dans l'excellente thèse de l'un de mes anciens internes, M. Lambnin, les prodromes ont existé dans la plupart des cas. Leur durée a été en général de 6 à 8 mois, et ils ont consisté tantôt en des accès de fièvre intermittente, tantôt en douleurs rhumatoïdes, vagues. Quelquefois, il y avait une tristesse insolite, ou bien encore un affaiblissement considérable.

Quoi qu'il en soit, au bout d'un temps variant de 2 à 5 mois, la maladie se manifeste par des taches qui envahissent le bras, le visage, puis le tronc, et enfin les membres inférieurs. Dès lors la sensibilité commence à être altérée. Les taches sont tout d'abord le siége ou de démangeaison ou de cuisson. Quelquefois même les espaces sains de la peau sont douloureux au toucher ou à la pression. Mais bientôt la scène change et à cette hyperesthésie des premiers jours succède un affaiblissement de la sensibilité, caractérisée par de l'analgésie plus ou moins complète. La plupart conservent la sensation du tact. Mais les sensations douloureuses sont plus ou moins entièrement abolies. Comme pour l'hyperesthésie, les taches ne sont pas le seul point où l'analgésie soit manifeste.

Les taches de coloration plus ou moins rouge, puis fauve se résorbent et à leur place succède une desquamation furfuracée, blanchâtre, désignée sous le nom de *Morphea alba*. Plus tard sur ces taches apparaissent des élevures plates plus ou moins volumineuses. Ces élevures ou papules en s'étendant, finissent par se confondre et former des tubercules, dernier terme de la lésion caractéristique de la lèpre. Ces tubercules au bout d'un certain temps s'exfolient, se desquament, et à leur centre apparaît une dépression. C'est alors la période de résorption qui s'annonce. La période d'ulcération est proche. Les ulcérations sont blafardes, saignantes, et plus tard fongueuses. Elles donnent lieu à une sécrétion visqueuse épaisse, de coloration noirâtre plus ou moins foncée, qui en se desséchant produit des croûtes épaisses, dures et stratifiées, à la manière des écailles de certains coquillages. Ces ulcérations, suivant l'âge de la maladie tendent plus ou moins à la cicatrisation, qui s'opère suivant les lois qui président à la guérison des plaies. Notons enfin que l'évolution des tubercules ne s'effectue pas simultanément sur tout le corps. A côté de tubercules ulcérés ou en voie de cicatrisation, on en observe d'autres à la période de formation. C'est ce qui résulte de l'histoire de notre malade.

Cette description sommaire, suffira, je l'espère, pour vous figurer l'habitus extérieur du malade. L'examen des pièces de notre Musée étalées ici à vos yeux, vous aidera encore mieux à saisir cette physionomie si caractéristique de la lèpre. Pour ne parler que du visage, remarquez-en la coloration bistre, la peau fortement épaissie, les sillons normaux, très-prononcés, les yeux enfoncés paraissant plus petits, les lèvres épaissies, plus proéminentes, les oreilles agrandies dans tous leurs diamètres, et enfin le nez siége de désordres si profonds. Et, en effet, le développement des tubercules ne s'effectue pas seulement dans l'épaisseur de la peau. Les muqueuses elles-mêmes ne tardent pas à être envahies. Des ulcérations semblables se forment dans le nez ; les os eux-mêmes sont atteints, ils se nécrosent, et on observe alors la destruction de la cloison des fosses nasales, ou la perforation de la voûte palatine.

Sur la langue, les productions tuberculeuses siégent au niveau des papilles caliciformes. Le larynx est également envahi, ce qui amène des troubles de phonation, et des désordres si profonds dans la respiration que la trachéotomie a été souvent pratiquée.

Les organes génitaux ne sont point indemnes de l'affection. Le prépuce, le gland, les testicules sont envahis. Les désirs vénériens sont presque toujours abolis à cette période.

Voyons maintenant quelle est la marche de cette affection. Elle est assez régulière, mais tendant toujours à la chronicité. Elle présente, en outre, cela de particulier qu'elle procède par des poussées aiguës, semblant coïncider avec les saisons extrêmes.

La seule terminaison de cette maladie est la mort après une durée variable de 10 à 20 ans. Elle survient dans des circonstances différentes; tantôt, mais rarement, par dépérissement progressif. Le plus souvent les malades sont emportés par quelque complication, pneumonie, pleurésie ou bien encore la phthisie. Dans quelques cas, les tubercules de la lèpre envahissent le système nerveux central et la mort arrive soit par hémorrhagie, soit par ramollissement. Nous avons cité l'asphyxie par lésions laryngiennes, notons aussi l'érysipèle, l'infection putride.

Si nous abordons l'étude anatomo-pathologique, nous verrons à une coupe que les tubercules se présentent sous forme d'une matière grise, lardacée, très-vasculaire. Au microscope, cette matière est constituée par un semis de petites granulations de formes diverses, arrondies, étoilées, ovalaires. Cette infiltration granuleuse est surtout abondante le long des vaisseaux, qui sont plus apparents, plus épais. Des parties superficielles, l'invasion se fait par colonnes irrégulières vers les parties profondes. Des papilles nerveuses, l'infiltration gagne le tronc nerveux lui-même, et c'est ainsi que s'explique le gonflement qu'on aperçoit quelquefois sur le trajet des nerfs, par exemple les nerfs médian, cubital, radial. L'invasion des vaisseaux rend compte de leur atonie, d'où la congestion permanente et l'état variqueux de la peau. Les glandes sébacées atrophiées ou détruites ne sécrètent plus et de là, sécheresse de la peau et chute des poils. La sécrétion sudorale est aussi progressivement supprimée.

Quelles sont les *causes* de la lèpre? Doit-on la rapporter au climat? — Elle sévit sous des latitudes essentiellement différentes. Elle a disparu, il est vrai, de la France où elle a régné jusqu'au xe siècle, mais on la voit au Japon, en Chine, où le climat est le même qu'en France. Aucun pays presque n'en est à l'abri. On la rencontre dans l'Archipel grec, en Asie, en Syrie, dans les Indes, l'Amérique du Sud, les Antilles, le Brésil, le Mexique, dans toute l'Afrique méridionale. Elle n'existe point en Algérie, mais elle apparaît au Sénégal. En Norwége, elle n'existe que sur le littoral, mais elle est fréquente en Islande, en Laponie. Comme vous pouvez le voir, on ne saurait tirer de la question climatérique une donnée étiologique bien fondée. Il en est de même de l'âge et du sexe. Quant à l'alimentation, il paraîtrait que l'usage des viandes salées ou fumées aurait une certaine influence sur le développement de cette maladie. Reste enfin la question de l'hérédité. C'est une des causes les mieux définies, et à l'appui de laquelle je pourrais citer des faits intéressants.

Enfin, pour terminer cette conférence, pouvons-nous demander, Messieurs, quelle est la *nature* de cette affection? Un fait important ressort des diverses autopsies de lépreux. C'est une altération profonde du système nerveux ganglionnaire caractérisée par une congestion, puis un épaississement, et enfin un ramollissement des ganglions du

grand sympathique. Le début de l'affection serait donc consécutif à des troubles nerveux ?

Quant au *traitement*, il n'y en a pas à proprement parler de spécifique. La mort a toujours été le terme fatal de la lèpre, en dépit des nombreux agents pharmaceutiques que leurs inventeurs ont prônés si haut, l'ergot de seigle, l'arsenic, le mercure, l'iodure de potassium, et dans ces derniers temps l'huile de Chaumougra, l'Hoang-Nan et le baume de gurjum.

La médication ne peut être que palliative. Elle devra consister en une bonne alimentation, un régime doux. Les malades devront éviter les températures extrêmes. Ils se soumettront ensuite aux reconstituants, aux bains sulfureux et arsenicaux.

TECHNIQUE MICROSCOPIQUE

Sur les moyens de durcir et de colorer les tissus des centres nerveux;

Par **A. ERLITZKY.**

Pendant mes recherches sur l'anatomie et la pathologie de la moelle épinière, je me suis servi non-seulement des agents connus qui durcissent et colorent les tissus des centres nerveux, mais j'ai été conduit encore à employer des moyens entièrement nouveaux. Les détails de ces recherches seront exposés dans un travail spécial qui est loin d'être fini. Ici je ne ferai que décrire succinctement les procédés que j'ai employés pour l'étude des centres nerveux afin qu'ils soient vérifiés par d'autres observateurs et que leur valeur soit définitivement établie, dans les recherches histologiques.

Des liquides qui servent à durcir les tissus des centres nerveux, trois sont presque exclusivement employés, ce sont : l'alcool, les acides et les sels acides des métaux alcalins. L'action durcissante de l'*alcool* provient principalement de l'absorption de l'eau et de la coagulation de l'albumine. Les *acides* et les *sels acides* agissent en absorbant aussi l'eau, et en même temps ils produisent certaines réactions chimiques plus profondes dans les éléments mêmes des tissus (1).

Le meilleur agent de durcissement est sans contredit l'alcool, mais en même temps il faut dire que plus que tout autre, il détruit les délicates relations des éléments entre eux et les détails de leur structure. Il reste ainsi les acides et les sels acides des alcalis qu'on emploie généralement, donnant la préférence tantôt à l'une, tantôt à l'autre de ces combinaisons. Il n'y a rien d'important à ajouter à ce qu'a dit un observateur aussi consciencieux que Deiters (2) sur les défauts des deux principaux agents de ce genre : l'acide chromique et le bichromate de potasse. C'est avec raison qu'il trouve que ce dernier sel a les deux inconvénients suivants : 1° Il faut un temps trop considérable pour arriver à un durcissement convenable. 2° Le liquide est également absorbé par tous les éléments du tissu, de sorte que pendant l'opération subséquente de coloration, ces éléments absorbent également le carmin. De mon côté, je dois ajouter également que ces inconvénients se rencontrent aussi en employant le bichromate d'ammoniaque ou un mélange de bichromate de potasse et de sulfate de soude ou de potasse. (Liquide de Müller.)

Quant à l'acide chromique, quoique Deiters le préfère comme permettant ensuite une meilleure coloration, il lui trouve cependant le défaut de durcir trop rapidement les couches superficielles de la pièce, ce qui empêche le liquide de pénétrer les parties profondes. En un mot, le durcissement se fait vite, il est vrai mais irrégulièrement. On peut en dire autant de l'acide picrique, proposé par Ranvier (3) et probablement de tous les autres acides. Des morceaux de cerveau et de moelle épinière placés d'abord dans une solution de bichromate de potasse et ensuite transportés dans l'acide chromique se sont mieux préparés, mais il n'a pas fallu moins de quatre à six semaines pour obtenir un bon résultat.

(1) Ranvier. — *Traité technique d'Histologie.* Paris 1875, p. 89.
(2) Otto Deiters. — *Untersuchungen über Gehirn und Ruckenmärck des Menschen under Saugethiere*, Braunschweig 1865, p. 19-22.
(3) *Loco cit.*, p. 89.

Ayant surtout en vue la question de temps, je me suis appliqué à trouver un liquide qui n'eût pas les défauts cités ci-dessus. Avant d'avoir trouvé que le sulfate de cuivre donne de bons résultats, j'ai essayé beaucoup de moyens, que je trouve inutile de citer ici.

Un morceau de cerveau frais d'un chien mis dans une simple solution de sulfate de cuivre 5 p. 100, fut ramolli et putréfié après dix jours, quoiqu'on ait changé le liquide tous les jours. Ce n'est que les premiers jours qu'il paraissait un peu durci. J'ai donc préparé une solution d'un et demi p. 100 de bichromate de potasse et d'un demi p. 100 de sulfate de cuivre en poudre. J'ai mis dans une quantité suffisante de ce liquide, après avoir fait de coupes profondes, le cerveau, la bulbe, et toute la moelle épinière, enlevés sur un chien de quarante jours, une heure après la mort.

En changeant le liquide tous les jours, on est arrivé le huitième à un tel point de durcissement qu'il fut possible de faire des préparations microscopiques parfaitement suffisantes. J'ai obtenu le même résultat après douze jours, en ayant procédé de la même manière avec le cerveau et la moelle épinière tout frais d'un chien de trois ans.

Le cerveau de l'homme enlevé vingt-quatre heures après la mort et mis dans la même solution, en y augmentant la quantité de bichromate de potasse (savoir : bichromate de potasse 2 1/2 p. 100, sulfate de cuivre 1/2 p. 100) et changeant tous les jours le liquide durant la première semaine, et une fois tous les deux jours la seconde semaine, le quinzième jour on put en faire des coupes.

J'ai durci de la même manière plusieurs cerveaux, en arrivant continuellement aux mêmes résultats. Or, j'ai remarqué que le cerveau mis dans le liquide plus de vingt-quatre heures après la mort de l'individu durcissait plus lentement les premiers jours, donnant toujours le même résultat, avec une durée plus longue d'un ou deux jours.

Le mode de préparation du liquide est simple, j'ai mêlé de la poudre fine de bichromate de potasse avec celle de sulfate de cuivre dans les proportions indiquées en dissolvant le mélange dans l'eau pure, ou bien j'ai ajouté à la solution de bichromate de potasse la quantité voulue de poudre de sulfate de cuivre. La dissolution est complète, et liquide, à la vue, ne diffère d'une solution de bichromate de potasse que par sa couleur plus pâle et un peu verdâtre.

On ne saurait encore affirmer ce qui précisément accélère le durcissement dans ce mélange. Le processus chimique, qui se fait pendant que la couperose agit sur un tissu nerveux mort, paraît aussi obscur que l'action des autres liquides durcissants. Mais ayant en vue l'incontestable absorption du sel de cuivre par les tissus en général, prouvée dernièrement sur des chiens par MM. Burq et Ducom (1), on peut supposer avec quelque probabilité que le même processus se passe ici, — autant qu'un tissu frais mort reste analogue au vivant.

Quand on pratique les coupes microscopiques, l'avantage de ce liquide est incontestable, si on a rempli toutes les conditions indiquées plus haut. On fait facilement les coupes, même assez grandes et d'une grande finesse aussi bien dans les tissus du cerveau que dans ceux de la moelle, et cela dans toutes les directions. Les détails histologiques de structure, avec ces préparations, examinées même sans coloration, ne perdent rien de leur clarté. Tous les éléments paraissent bien conservés et parfaitement limités. La striation des cellules ganglionnaires de toutes les formes ainsi que leurs prolongements protoplasmatiques se voient très-bien, surtout dans la moelle épinière. La nuance verdâtre de la moelle nerveuse permet de distinguer les cylindres de l'axe laissés décolorés sur de pareilles coupes, mieux que sur tous les autres. Les globules de sang rouge et blanc se pré-

(1) Burq et Ducom. — *Recherches sur l'action physiologique du cuivre et de ses composés. Archives de Physiologie*, 2° série, tome IV, 1877, p. 204.

sentent avec le même aspect que sur des préparations durcies avec la solution de bichromate de potasse.

On doit ajouter beaucoup moins de sulfate de cuivre pour les tissus jeunes, autrement le durcissement se fait trop vite les cellules ganglionnaires se présentent alors rétractées, et leurs détails microscopiques sont moins évidents.

Je fais maintenant des expériences sur l'action du sulfate de cuivre, uni à d'autres liquides durcissants.

Les matières colorantes jouent dans la technique microscopique un rôle non moins important que les substances durcissantes, c'est pourquoi outre un grand nombre de matières citées par Ranvier (1) dans son *Manuel de technique microscopique*, on en propose continuellement de nouvelles. Dans ces derniers temps, Ehrlich (2) a proposé pour colorer les différents tissus la couleur nommée Dahlia Monophenilrosalinine. La suivante est l'Eosine, introduite par Fischer (3) et dont l'action sur l'hémoglobine fut décrite par Wysotzky (4), et celle sur le tissu conjonctif par Renaut (5); la *Picroéosine* fut préparée par Lawdowsky (6), qui l'employait pour faire des recherches sur les glandes lacrymales et salivaires. Enfin le noir d'aniline proposé par Sanguey (*The Lancet*, 1875) est recommandé par Lewis (7) pour les recherches sur le tissu du cervelet. En laissant de côté l'analyse critique des principales qualités ou défauts de ces substances colorantes, j'ai porté mon attention sur une nouvelle couleur, vert de méthylaniline, qui n'était pas encore employée en histologie. Cette couleur est spécialement utile, pour étudier certaines particularités histologiques du tissu du cerveau. Le *vert-méthylaniline* appartient à la série des couleurs d'aniline, c'est une poudre fine, presque noire, ayant une faible nuance verte. On le dissout facilement dans l'eau froide ou dans l'alcool, mais dans l'éther il est très-peu soluble. Les solutions faibles paraissent vert bleuâtre; cette couleur est surtout évidente dans les solutions alcooliques. Les solutions concentrées paraissent bleu foncé.

Les solutions aqueuses colorent mieux que les solutions alcooliques. La solution préparée de deux à cinq jours à l'avance colore mieux. J'ai trouvé que la solution de 2 et demi à un et demi p. 100 est la plus pratique ; celles qui sont plus concentrées laissent des sédiments, même quand elles sont soigneusement filtrées. J'ai examiné le vert-méthylaniline sur des préparations du cerveau et principalement de la moelle épinière des chiens. J'ai laissé les préparations de douze à vingt-quatre heures dans des solutions colorantes. L'action du vert-méthylaniline est la suivante :

1° La moelle nerveuse est colorée d'une teinte verte très-pâle, tandis que les cylindres d'axe restent entièrement décolorés ; — de cette manière on peut suivre assez bien les fibres longitudinales. Les noyaux des cellules à protoplasma mou que l'on rencontre en grand nombre dans la substance gélatineuse centrale et dans la substance gélatineuse de Rolando, se colorent comme la moelle nerveuse.

2° Les noyaux de névroglie se colorent d'un vert plus intense. Les noyaux des vaisseaux sanguins se colorent comme les précédents. Les globules blancs du sang prennent par l'action de cette teinture la même couleur verte, les rouges apparaissent très-jaunes.

3° Le vert-méthylaniline colore le plus fortement les cellules cylindriques d'épithélium du canal central, surtout leurs noyaux. La grande intensité de coloration dépend probablement de ce que ces cellules sont serrées très-étroitement l'une contre l'autre. Si on leur fait subir une coloration plus forte, elles apparaissent d'une nuance bleu foncé. Les cellules ganglionnaires de tous les genres et de toutes les formes, ainsi que leurs noyaux, ne se colorent point. Les fibres du tissu conjonctif ne se colorent pas non plus.

Ayant en vue ces particularités du vert-méthylaniline, je l'ai employé avec du carmin, mais seulement sur les coupes de la moelle épinière des chiens.

Les préparations laissées d'abord de douze à vingt-quatre heures dans la solution aqueuse du vert-méthylaniline furent mises ensuite douze heures dans des solutions de carmin, de différentes concentrations. La coloration, par les solutions concentrées de carmin, masqua presque complètement la teinte du vert-méthylaniline, et ce n'est que grâce au carmin, qui n'agit point sur la myéline, que les coupes transversales des fibres nerveuses devinrent parfaitement apparentes. Les cylindres d'axe apparaissent comme des points rouges et se distinguent ainsi de la moelle verdâtre qui les entoure.

Mais les solutions faibles de carmin donnent sur des préparations déjà colorées avec du méthyle vert, une couleur de plusieurs nuances. Les noyaux et les nucléoles des cellules ganglionnaires sont rouges. Le protoplasma de ces cellules avec les prolongements et les cylindres d'axe prennent une couleur clair rouge. Les fibres de tissu conjonctif sont encore plus claires. La moelle nerveuse reste verdâtre. Les noyaux du tissu conjonctif (névroglie), les cellules d'épithélium cylindrique et les noyaux des vaisseaux ont une coloration violette. Les grands noyaux des cellules avec le protoplasma mou, que l'on a mentionné plus haut, se colorent en rouge avec une faible nuance violette.

Les préparations colorées d'abord pendant douze heures avec une solution faible de carmin, et mises ensuite durant le même espace de temps dans un faible vert-méthylaniline se distinguent par la couleur des cellules ganglionnaires qui se présentent avec une légère nuance violette.

Les noyaux de la névroglie et les cellules épithéliales du canal central, ainsi que les noyaux des vaisseaux, apparaissent violet foncé, presque bleu foncé. Les fibres du tissu conjonctif prennent aussi la même nuance. Les coupes longitudinales et transversales des fibres nerveuses, ne se présentent pas aussi distinctement que dans les cas où les préparations sont mises dans du carmin, après avoir été d'abord colorées par du vert-méthylaniline.

Pour obtenir la coloration à l'aide du méthyle vert, peu importe le liquide dans lequel le cerveau aura été durci. Quant à moi, j'ai obtenu les mêmes résultats, dans les cas où j'employais pour le durcissement, soit la solution de bichromate de potasse, soit le mélange de bichromate de potasse et de sulfate de cuivre.

Si les préparations sont examinées dans la glycérine, celle-ci doit être alors chimiquement pure, autrement la teinte disparaît. Je considère comme condition importante, de laisser pendant quelque temps, la préparation dans l'eau distillée, avant de la placer dans un liquide colorant et de laver soigneusement avant de la transporter d'un liquide colorant dans un autre.

Je trouve que la qualité principale du vert-méthylaniline est de rendre plus apparents les noyaux de la névroglie, et de les faire parfaitement distinguer des petites cellules ganglionnaires. De cette manière, il satisfait aux conditions que Gerlach (1) trouve impossibles à réaliser et dont Deiters (2) lui-même croit qu'il est inutile de se soucier, après les essais sur l'indigo et le carmin.

(1) *Loco cit.*, pp. 96-112.

(2) Ehrlich. — *Beiträge zur Kenntniss der Anilin Färbungen und ihrer Verwendung in der mikroskopischen Technick. Archiv fur mikroskopische Anatomie.* La Valette Saint-George in Bonn und Waldeyer in Strasburg. B. Band. 2. Helft, 1876.

(3) Fischer. — *Eosin als Tinctionmittel für microskopische Präparate. Archiv für mikroskopische Anatomie*, 12. B. 2 H.

(4) Wysotzki. — *Über das Eosin als Reagens auf Hämoglobin, Archiv fur mikrosp. anat :* B. B. 1876, p. 479.

(5) Renaut. — *Application des propriétés électives de l'éosine soluble dans l'eau à l'étude du tissu conjonctif. Archives de physiologie*, 1877, p. 211.

(6) Lawdowski. — *Zur feineren Anatomie und Physiologie der Speicheldrüsen, insbesondere der Orbitaldrüse. — Archive für mikrosk. Anatomie*; B. B. 2. H. 1876. p. 361.

(7) Lewis. — *Preparation of section of cerebral and cerebellar Cortex. — Quart. Journ. micr. Sc.* New Ser., vol. XII, p. 69.

(1) Gerlach. — *Von dem Rückenmark. Handbuch der Lehre von den Geweben des Menschen und der Thiere.* Stricker, Leipzig, 1872. — 2. B. p. 630.

(2) *Loc. cit.*, p. 26.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les hôpitaux-baraques en Allemagne.

La question de l'encombrement des hôpitaux n'est pas une question nouvelle; depuis un siècle, on a souvent parlé du danger qu'il y a d'accumuler dans un même lieu des malades et des blessés; mais, à part quelques réformes introduites dans les hôpitaux de Paris pendant la Révolution, à la suite des importants mémoires de Ténon, on peut dire que, jusque dans ces dernières années, la discussion était restée sur un terrain purement spéculatif. Malgré les réclamations des médecins et des hygiénistes, on continuait à entasser dans de vastes hôpitaux les blessés qui, de leur côté continuaient à mourir, et l'on se consolait en disant qu'il y avait épidémie. Là, comme partout « la nécessité imposa sa loi et provoqua le progrès (1). »

On sait comment fut amenée cette réforme de l'hospitalisation. En 1854, les hôpitaux faisant défaut pour les nombreux malades et blessés de la guerre d'Orient, Michel Lévy eut l'idée de créer des hôpitaux-tentes ; il obtint ainsi des résultats excellents qu'il communiqua plus tard à l'Académie de médecine. Malheureusement, la guerre finie, cette tentative fut oubliée, ou du moins on ne chercha point à l'utiliser. Lors de la guerre de la sécession, les Américains reprennent cette idée, mais là comme les hôpitaux doivent servir un certain temps, on remplace la tente par la baraque. Les statistiques recueillies avec grand soin (2) ne ressemblaient guère à celles qu'on avait l'habitude d'observer dans la chirurgie de guerre, aussi, lorsque ces magnifiques résultats arrivèrent en Europe, ils frappèrent de suite l'attention des chirurgiens.

On peut dire que c'est à partir de cette époque que fut définitivement gagnée, dans l'esprit des chirurgiens, la cause de la dissémination des blessés. Jusqu'ici les tentes et les baraques n'avaient servi que comme hôpitaux provisoires, mais la dernière expérience montrait qu'elles pouvaient durer plusieurs années, et qu'elles étaient capables de remplacer les hôpitaux permanents. On commence alors à faire le procès aux grands hôpitaux dont on compare les statistiques déplorables à celles que l'on obtient dans la pratique privée ou à la campagne ; on les accuse d'être la cause des accidents graves qui surviennent chez les blessés, et, de toutes parts, on se met à réclamer une prompte transformation du système hospitalier. Ces réformes étaient trop conformes aux idées théoriques qui régnaient alors pour ne pas être acceptées de suite par la plupart des chirurgiens.

C'est, en effet, à cette époque que la théorie septicémique, longuement élaborée depuis un demi-siècle dans les laboratoires, allait faire sentir son influence dans la pratique chirurgicale. On commençait à enseigner que les accidents graves qui surviennent chez les opérés et les blessés étaient dus à un véritable empoisonnement. Mais quelle était la nature de cet empoisonnement ? dans quelles conditions se développait le principe toxique, et par quelles voies pénétrait-il dans l'économie ? provenait-il de l'individu ou du milieu ambiant ? Toutes ces questions qui ont été singulièrement éclaircies dans ces dix dernières années étaient alors fort obscures; *et si* le problème était posé, on ne savait pas encore quelle voie il fallait suivre pour arriver à sa solution.

Les moyens prophylactiques qui s'adressaient à l'individu lui-même (méthodes opératoires, pansements nouveaux, etc.,) étaient relativement faciles à essayer, car il suffisait pour cela de la volonté du chirurgien. Il n'en était plus de même lorsqu'on s'adressait au milieu, car pour modifier l'hygiène générale des blessés, il fallait bouleverser tout le système hospitalier en vigueur, et l'on se heurtait là à des difficultés matérielles considérables. D'autre part, on n'était pas absolument sûr du résultat, et l'on hésitait à entreprendre des expériences fort coûteuses que l'on risquait de trouver plus tard inutiles.

Ce fut en Allemagne que l'on appliqua tout d'abord le système des tentes et des baraques aux hôpitaux permanents, et les essais que l'on a faits dans ce pays, pendant ces douze dernières années sont, je crois, de nature à nous renseigner sur la valeur réelle de ce nouveau système. Malheureusement, on n'a publié que fort peu de chose tant en Allemagne qu'en France sur ces nouveaux hôpitaux, notamment sur les deux plus importants, celui de Leipzig et celui de Friedrichs Hain à Berlin, et encore n'a-t-on parlé que de leur construction, et nullement de leur hygiène et des résultats qu'on y a obtenus jusqu'ici. Je ne puis donc parler ici que d'après ce que j'ai vu et d'après les renseignements que les chirurgiens de ces hôpitaux ont eu l'obligeance de me donner.

C'est à l'hôpital Bethanien de Berlin que le Dr Wilms fit le premier essai de la tente dans un hôpital permanent. Cette tente est située dans le jardin de l'hôpital, elle a la forme et la disposition de la tente d'ambulance prussienne réglementaire, mais elle ne contient que dix lits. C'est là que l'on place les grands opérés et les grands blessés, et on y obtient les meilleurs résultats. Malheureusement, comme toutes les tentes, elle ne peut servir qu'en été, et on est obligé de l'enlever à la fin de septembre. C'est là, on le sait, le grand inconvénient des tentes, et c'est ce qui fait que leur emploi ne peut se généraliser ; je n'en ai vu qu'à Béthanien ; partout ailleurs j'ai trouvé des baraques.

Ici même, on a construit dans le jardin, non loin de la tente, une baraque divisée par une cloison en deux parties: l'une destinée aux femmes, l'autre aux hommes; chacune de ces parties renferme douze lits. C'est là que, pendant l'hiver, on met les grands traumatismes, et pendant l'été, on peut, grâce à l'évacuation des blessés dans la tente, procéder au nettoyage et à l'assainissement de cette baraque.

L'hôpital de Leipzig peut être regardé comme un hôpital-baraque modèle ; il a été bâti de 1868 à 1871 sur les données des professeurs de clinique chirurgicale et médicale, MM. Thiersch et Wunderlich. Dans un grand jardin, situé entre le vieil hôpital et le magnifique Institut pathologique de Wagner, se trouvent douze baraques construites en bois et en briques. Le plancher de chacune d'elles est situé à une certaine hauteur au-dessus du sol ; de cette manière, l'air peut circuler tout autour de la baraque, et, de plus, on n'a pas à craindre l'humidité. La ventilation et le chauffage se font à l'aide de deux énormes poêles se trouvant dans chaque baraque; l'air pur vient de l'espace vide situé sous le plancher et sort par des ouvertures pratiquées sur l'arête

(1) Lefort. — *La chirurgie militaire et les sociétés de secours en France et à l'étranger*. 1872.

(2) *The medical and surgical history of the war of the rebellion.* — Washington.

de la toiture. Chacune de ces baraques contient deux rangées de douze lits, chaque lit étant séparé du lit voisin par une fenêtre. Sur le devant de la baraque est une véranda où les malades peuvent venir s'asseoir et fumer, et où, à la rigueur, on peut traîner quelques lits ; au fond de la salle se trouvent les lavabos et les lieux d'aisance.

Six de ces baraques sont reliées les unes aux autres par un petit corridor ; quatre sont complétement isolées. Quant aux deux dernières, bâties beaucoup plus légèrement, elles servent pendant l'été de baraques d'évacuation permettant le nettoyage des autres. Quant à la lingerie, cuisine, etc., elles se trouvent dans l'ancien hôpital, et l'on doit faire à chaque repas la distribution des aliments dans chaque baraque, ce qui complique notablement le service.

Enfin, en dehors du jardin où se trouvent les baraques dont nous venons de parler, se trouvent trois autres grandes baraques isolées, construites aussi simplement que possible et contenant chacune quarante-huit lits. Chacune de ces baraques a coûté environ 10,000 fr. de construction. Destinées d'abord à des varioleux, elles sont habitées actuellement par des malades atteints d'affections chroniques, médicales et chirurgicales, et par des syphilitiques. En raison de leur grande légèreté, le chauffage y est extrêmement défectueux quoi qu'on fasse, et les malades se plaignent beaucoup du froid pendant l'hiver.

Le *Stædtisches Allgemeines Krankenhaus* de Berlin, construit dans le Friedrichs Hain, grand parc qui se trouve en dehors de la ville, près du cimetière Saint-George, est un vaste hôpital terminé depuis trois ans à peine. Ce n'est plus à proprement parler un hôpital-baraque, car les baraques sont de jolies constructions en briques, la plupart à un étage, fort bien bâties et admirablement aménagées ; c'est plutôt un type d'hôpital à pavillons séparés dans lequel ce système a été rigoureusement appliqué. Outre les bâtiments destinés aux bureaux de l'administration, logement du directeur, etc., il y a douze pavillons fort espacés l'un de l'autre. A l'une des extrémités de l'hôpital se trouvent deux pavillons d'isolement pour les maladies contagieuses et où se trouvent actuellement de nombreux cas de fièvre typhoïde et de dysenterie ; à l'autre extrémité, se trouvent quatre pavillons n'ayant qu'un rez-de-chaussée, destinés à la chirurgie. Au milieu de l'hôpital, six pavillons dont l'un est occupé par les enfants, l'un réservé à la gynécologie, et les quatre autres destinés à la pathologie interne.

Chacun de ces pavillons possède un rez-de-chaussée et un étage ; chaque grande salle renferme deux rangées de quatorze lits ; il y a en outre de petites chambres d'isolement, des chambres pour le médecin, les surveillantes. Chaque pavillon à étage contient environ soixante-quatre lits ; l'hôpital peut loger 620 malades, mais le plus souvent le nombre des lits occupés est de 550 à 560. Chaque pavillon a un sous-sol avec une machine à vapeur pour le chauffage et la ventilation qui se font à l'aide d'un système assez compliqué de bouches d'air et de tuyaux de calorifère.

Les cuisines et la lingerie, situées dans un grand bâtiment isolé, sont reliées à tous les pavillons par un étroit chemin pavé sur lequel on peut faire rouler des petits chariots pour la distribution du linge et des aliments. Les bains et la salle d'autopsie sont également dans deux petits pavillons séparés.

Tels sont les principaux types des nouveaux hôpitaux élevés en Allemagne d'après le principe de la dissémination des malades et des blessés. Il est évident pour tous que ce système offre de grands avantages, surtout au point de vue médical, car il permet d'isoler les malades atteints d'affections contagieuses; et, de plus, les malades et les convalescents sont infiniment mieux dans ces constructions saines et bien aérées que dans de grands hôpitaux. Mais quels furent les résultats au point de vue chirurgical pur, ou plutôt quelle influence eut ce nouveau système hospitalier sur la guérison des opérés et des blessés ?

L'hygiène s'améliora sensiblement, paraît-il ; on vit diminuer le nombre des cas de pyémie, pourriture d'hôpital, érysipèle ; mais ces complications ne disparurent point complétement. D'autre part, ce système de baraques ou de pavillons séparés occasionne des frais considérables, le service se fait beaucoup plus difficilement et exige un personnel plus nombreux ; mais la principale difficulté est le chauffage qui, devant être fait séparément pour chaque baraque ou chaque pavillon, est beaucoup plus coûteux, et presque toujours insuffisant pendant l'hiver.

En résumé, amélioration sensible de l'hygiène et frais plus considérables qu'avec l'ancien système, telles sont les deux conclusions les plus importantes que l'on peut tirer de la grandiose expérience tentée à Leipzig et à Berlin. Si les choses en étaient restées là, il y aurait eu lieu de recommander le nouveau système qui constituait un progrès réel sur l'ancien, mais la chirurgie des plaies allait entrer dans une voie bien autrement féconde que celle dont nous venons de parler. Les nouveaux hôpitaux étaient à peine bâtis que les pansements antiseptiques allaient modifier du tout au tout le pronostic des opérations et des traumatismes. Le pansement Lister fut bientôt vulgarisé en Allemagne où on lui fit subir de nombreuses modifications plus ou moins heureuses sur lesquelles nous reviendrons dans un prochain article. Qu'il nous suffise de dire qu'aujourd'hui, avec les nouvelles méthodes de pansement et surtout avec le pansement Lister, la statistique est absolument la même dans les baraques et dans les vieilles salles d'hôpital, et il est bien probable que si la chirurgie antiseptique avait été connue dix ans plus tôt, nous ne pourrions pas admirer aujourd'hui les hôpitaux de Leipzig et de Friedrichs Hain. Tel est du moins l'avis d'un des chirurgiens qui ont le plus contribué à la création des hôpitaux-baraques en Allemagne (1).

G. MAUNOURY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE GENÈVE

Nous allons terminer dans ce numéro la publication du compte-rendu des séances du Congrès de Genève. Nos lecteurs ont pu apprécier l'intérêt des communications qui y ont été faites, grâce à l'analyse claire et précise que M. Déjérine nous a envoyée. Malheureusement, par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, il s'est glissé dans le dernier numéro un certain nombre d'erreurs qu'il importe de rectifier. On devra donc lire :

Pages 723, 724, Dr *Rouge* au lieu de Dr Ronge.
724, Dr *Reverdin* au lieu de Dr Beaudin.

(1) Tout en partageant, d'une manière générale, les idées émises par notre cher collaborateur, nous tenons à faire des réserves sur quelques points. (B.).

Pages 725, Dr *Froriep* au lieu de Dr Fronep.
727, Dr *Bouchard* au lieu de Dr Bernhard.
728, Dr *Bacelli* au lieu de Dr Banelli.
728, Dr *Schochlin* au lieu de Dr Shochlin.
728, Dr *Zaverthal* au lieu de Dr Zavalhal.
729, Dr *Moran* au lieu de Dr Miran.
729, Dr *Millard* au lieu de Dr Millaud.
731, Dr *Thaon* au lieu de Dr Cham.

Section d'ophthalmoscopie, otologie, laryngoscopie.

Séance du 10 *septembre* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. WARLOMONT.

M. HALTENHOFF (Genève) lit un mémoire sur la *prophylaxie* et l'*étiologie de la myopie*, en voici les conclusions :

1. Les causes ordinaires de la myopie sont le travail oculaire et l'hérédité, dont l'action peut être isolée ou combinée. La première de ces causes est prédominante.

2. L'hypermétropie, état normal d'une grande partie sinon de la plupart des yeux sains au repos, peut se transformer en myopie axile sous l'influence du travail oculaire, en passant par l'emmétropie et la myopie de courbure.

3. Les progrès de la civilisation et surtout de l'instruction tendent à augmenter l'extension de la myopie.

4. La prédisposition à la myopie acquise est souvent, mais non toujours héréditaire. L'influence de la race sur cette prédisposition est une question encore ouverte.

5. Dans le travail oculaire, trois facteurs principaux concourent chez les individus prédisposés à produire les lésions anatomiques de la myopie progressive, ce sont, dans l'ordre de leur importance, l'accommodation, la convergence des axes visuels et la congestion oculo-céphalique.

6. Les conditions d'âge, de tenue, d'éclairage, de durée, dans lesquelles s'effectue le travail oculaire, ainsi que la nature des objets fixés et l'état de l'appareil visuel lui-même, influent puissamment sur le développement de la myopie.

7. La prophylaxie de la myopie comporte un ensemble de mesures d'hygiène individuelle, scolaire et domestique, en grande partie réalisables par le concours des médecins du corps enseignant et des autorités. Il faut compter aussi parmi ces mesures l'usage de verres convexes pour le travail chez les hypermétropes.

M. GALEZOSKY dit que par suite de la difficulté de diagnostic de certaines *myopies à distance*, il est probable que beaucoup d'enfants qu'on croit hypermétropes sont myopes ; il admet la myopie héréditaire et repousse la conclusion que les peuples cultivés soient plus myopes que les autres et cite à l'appui de son opinion, certaines localités de France et d'Italie où parmi la population peu instruite la myopie est fréquente; il croit aussi à une influence de race.

La discussion sur les conclusions provisoires de M. Haltenhoff amène les modifications suivantes :

1° Les causes ordinaires de la myopie sont l'hérédité et le travail oculaire, dont l'action peu être isolée ou combinée.

2° L'hypermétropie peut se tranformer en myopie axile, sous l'influence du travail oculaire en passant par l'emmétropie et la myopie des courbures.

3° L'article 3 n'est pas modifié, de même pour les suivants.

M. LANDOLT dans un travail sur la *perception des formes et des couleurs*, conclut ainsi :

« Les fonctions d'une partie excentrique de la rétine ne sont pas égales à celles du centre à l'éclairage diminué, mais qu'au centre la perception des formes (acuité visuelle) l'emporte, tandis que sur le reste de la rétine, c'est la perception des couleurs qui est relativement plus développée. »

M. DOR lit un travail sur la *cataracte diathésique*, il conclut : « L'observation de nos 8 malades démontre d'une manière très-positive la corrélation indiquée par le Dr Teissier entre la phosphaturie et la cataracte, la cataracte phosphatique est relativement, fréquente 7, sur 2,000 cas en deux ans, et doit prendre place dès à présent dans le cadre nosologique. »

M. MARTIN (Cognac), cite 3 cas de cataractes diabétiques opérées avec succès.

Dans l'après-midi, M. Landolt fait la démonstration de son œil artificiel.

Séance du 11 *septembre.*

M. WARLOMONT lit un travail sur les *indications de l'énucléation du globe de l'œil*, les conclusions sont les suivantes :

1. Les accidents sympathiques, suite de traumatisme de l'œil, sont primitifs ou secondaires. Les premiers se présentent peu de jours aprè l'accident; les autres un temps plus ou moins long, — des mois ou des années — après que le blessé a doublé le cap des premiers accidents résultant de l'action traumatique.

2. Quand un œil vient d'être *détruit* par une cause traumatique, et que tout espoir d'y voir subsister ou revenir un degré de vision utile est perdu, c'est rendre un immense service au blessé que de l'en débarrasser *séance tenante* par l'énucléation avec anesthésie. On lui épargne ainsi les suites immédiates du traumatisme, ophtalmitis, etc., on le rend pour ainsi dire du jour au lendemain à ses travaux, dans d'excellentes conditions à recevoir bientôt une coque artificielle, dont le port sera inoffensif; on le préserve à coup sûr des accidents consécutifs. Quand il y a des raisons de croire que le globe blessé recèle quelque corps étranger, l'indication de l'énucléation est plus impérieuse encore.

3. Quand un œil, perdu par une cause quelconque, traumatique ou autre, ou le moignon qui le représente, est le siége d'une sensibilité continue ou intermitente, ou d'un état inflammatoire aigu ou chronique, ou l'asile d'un corps étranger ou d'un cristallin crétacé en faisant office, l'énucléation en est indiquée comme moyen préventif, même en l'absence de toute manifestation sympathique.

4. L'énucléation d'un œil perdu, fût-il complètement indolore, est encore indiqué si — ce qui est possible même dans ces conditions — le second œil devient le siége de symptômes attribuables à la sympathie.

On discute les conclusions article par article. A. 1, adopté. A. 2, on retranche la phrase (dans d'excellentes conditions à recevoir bientôt une coque artificielle dont le port sera inoffensif). A. 3 et A. 4, adoptés.

M. JACQUEMOT fait une communication sur une *fumée intra-oculaire* observée dans certains cas de maladie. Chez deux syphilitiques et un albuminurique, ces malades accusaient au réveil pendant près d'un mois, la sensation d'une fumée un peu épaisse; rien à l'ophthalmoscope, sinon un peu de pâleur de la papille, qui le soir était normale.

Séance du 12 *septembre.*

M. le Dr FIEUZAL, fait une communication sur l'*iridectomie préventive dans le glaucome*. S'appuyant sur une longue observation, l'auteur est arrivé à proposer en même temps que l'iridectomie curative sur l'œil glaucomateux la même opération sur l'œil sain, d'une manière préventive, il présente 9 observations dans lesquelles l'iridectomie préventive n'a donné lieu à aucun trouble.

La discussion est ouverte entre MM. Fieuzal, Mayer, Lerchhett, et l'on conclut que dans certaines circonstances, l'opération de M. Fieuzal est pleinement justifiée.

M. COPPEZ rapporte sur les recherches existant entre *certaines maladies de l'oreille et de l'œil* et conclut par ces mots : Une ophthalmie réflexe provient du traumatisme de l'œil congénère et du traumatisme d'autres organes animés par le nerf trijumeau, dents, oreilles, etc., les lésions anatomiques peuvent être identiques et le résultat pour l'œil atteint par action réflexe, aussi désastreux dans l'un et l'autre cas.

Séance du 14 *septembre.*

M. JAVAL fait la démonstration de son *optomètre*,

M. MAGNAN cite 2 cas de *sclérose des nerfs optiques* et des nerfs moteurs de l'œil accompagnant la paralysie générale.

Séance du 12 *septembre.* — PRÉSIDENCE DU Pr VOLTOLINI (de Breslau).

M. COLLADON (Genève), lit un mémoire sur la ténotomie *du tensor tympani* et conclut ainsi qu'il suit :

1° La ténotomie du muscle tenseur du tympan, entrevue théoriquement par Hyrtl, n'a été expérimentée que dans ces dix dernières années. Elle a été employée principalement dans les cas de catarrhe chronique de la caisse, avec surdité progressive, désordres labyrinthiques, vertiges, bourdonnements d'oreilles, tous accidents dépendant, en partie du moins, d'un raccourcissement, d'une rétraction secondaire du muscle tenseur du tympan.

2° Le procédé opératoire est assez simple; cependant il est nécessaire d'y apporter assez de dextérité pour éviter des lésions du promontoire ou de l'articulation du marteau avec l'enclume.

3° Il est maintenant assez généralement admis qu'aucun succès *durable* ne peut être attendu de la ténotomie ; la raison en est qu'avec le raccourcissement du tendon il existe presque toujours dans l'oreille moyenne des altérations pathologiques sur lesquelles la section n'a aucune prise. Dans quelques cas, le résultat favorable de l'opération a paru tenir surtout à la paracentèse de la membrane du tympan.

4° Les suites peuvent en être fâcheuses car l'on cite un cas d'inflammation violente, consécutive à la ténotomie, qui s'étendit de l'oreille moyenne au labyrinthe en s'accompagnant d'aggravation très-marquée de la surdité et des bourdonnements.

5° Un sort probablement plus favorable est réservé à un mode opératoire proposé dernièrement par le professeur de Tröltsch : il consiste dans la section partielle du tendon à son insertion au manche du marteau dans certains cas pathologiques où il est constaté que cette insertion descend très-bas.

M. le Pr WEBER-SIEL (Berlin) proteste contre les conclusions du rapporteur et présente diverses brochures qui n'ont pas été citées par lui.

M. Voltolini a fait plusieurs fois l'opération, M. Colladon ne l'a faite qu'une fois et ne peut juger d'après un seul cas.

M. Burckardt-Mérian trouve que M. Weber-Siel a pris trop personnellement la chose, les conclusions du mémoire n'étant du reste que provisoires.

Après discussion on décide de ne pas voter les conclusions du rapport.

M. Voltolini décrit son procédé pour maintenir béantes, les ouvertures pratiquées à la membrane du tympan, il employait d'abord le procédé de l'anneau, qu'il fixait au manche du marteau, mais il a bientôt dû renoncer à ce procédé; actuellement voici comment il opère, en se basant sur un fait anatomique, à savoir que la paroi inférieure du conduit auditif externe est toujours infléchie vers son extrémité interne, c'est le « *sinus meatus auditorii externi* » c'est là qu'il faut placer la canule pour qu'elle ne puisse s'abaisser par son propre poids, elle repose ainsi sur la paroi inférieure du conduit auditif, elle ne peut ni tomber en dedans, reposant contre le plancher de la caisse, ni en dehors, reposant contre le sinus indiqué. Il a un cas opéré ainsi, et depuis onze mois la canule n'a pas bougé.

M. Sappolini demande : 1° S'il n'y a pas inflammation du tympan ; 2° si la canule ne peut pas tomber en dedans.

M. Voltolini. La canule est trop large pour tomber et la suppuration n'a pas grande importance.

M. Sappolini (Milan) pense que la canule peut propager l'inflammation jusqu'à la fenêtre ronde.

Séance du 14 Septembre.

M. le Pr Weber-Siel fait une communication sur la *cavité du labyrinthe* et ses relations avec les cavités extra-labyrinthiques. Il a trouvé par une nouvelle méthode, méthode d'aspiration, il a trouvé que, d'une part, les cavités périlymphatiques du labyrinthe sont en connexion très-intime avec la cavité subarachnoïdienne par l'intermédiaire de l'aquæductus cochlæ et que d'autre part les cavités endolymphatiques sont de même en relation intime avec un cul-de-sac membraneux qui se trouve dans le tissu même de la dure-mère.

L'auteur fait voir des préparations microscopiques pour démontrer son opinion.

Section d'obstétrique et gynécologie.

Séance du 11 septembre. — Présidence de M. Gautier.

MM. Bordly, Gallard, Hubert (de Louvain) et Montet (de Vevey) sont nommés présidents honoraires, ainsi que M. Campbell, de Paris, absent pour cause de maladie.

M. le Dr Frachaud, ancien chirurgien de l'hôpital cantonal, lit un travail sur l'emploi des anesthésiques pendant l'accouchement, en voici les conclusions :

1. L'emploi des anesthésiques doit être conseillé d'une manière générale dans l'accouchement naturel.

2. Les principaux d'entre eux qui ont été employés jusqu'à présent sont : l'éther, le chloroforme, l'amylène, le laudanum, la morphine en injections sous-cutanées, le chloral par la bouche et en lavements.

3. Le chloroforme me paraît être celui qu'on doit préférer.

4. Il doit être administré suivant la méthode de Show, c'est-à-dire par petites doses au début de chaque douleur, et en le suspendant dès que la douleur est passée.

5. On ne doit jamais pousser l'action jusqu'à l'insensibilité complète, mais se borner à une demi-anesthésie, c'est-à-dire à une atténuation de la souffrance. (Sopor de M. Samson.)

6. On donne généralement le précepte de n'administrer le chloroforme que pendant la période d'expulsion ; cependant, dans certains cas de nervosité et d'agitation extrêmes, il est avantageux de ne pas attendre la complète dilatation du col pour employer les anesthésiques.

7. Les expériences ont démontré que les anesthésiques ne suspendent ni les contractions utérines, ni celles de muscles abdominaux, et qu'elles affaiblissent la résistance naturelle des muscles du périnée.

8. L'emploi des anesthésiques n'a aucun effet fâcheux sur la santé de la mère ni sur celle de l'enfant.

9. En atténuant plus ou moins la souffrance, les anesthésiques rendent un grand service aux femmes qui redoutent la douleur, ils diminuent les chances des crises nerveuses qui ont pour cause pendant le travail l'excès de la souffrance ; enfin ils rendent plus rapide le rétablissement de l'accouchée.

10. Les anesthésiques sont spécialement utiles pour calmer l'extrême agitation et l'excitation cérébrale que le travail produit souvent chez les femmes très-nerveuses.

11. Leur emploi est indiqué dans les cas d'accouchement naturel, lorsque le travail est suspendu ou retardé par la souffrance causée par des maladies antérieures, ou survenant pendant le travail, et dans le cas où des contractions irrégulières et partielles occasionnent une souffrance interne et presque continue, sans concourir au progrès du travail.

12. Dans l'accouchement naturel, le chloroforme ne devra être employé qu'avec l'assentiment de l'accouchée et de sa famille.

M. Courty est heureux que la question ait été mise à l'ordre du jour et si savamment traitée, il espère que les conclusions favorables du congrès s'imposeront par leur autorité. L'école française a fait preuve dans cette question d'une timidité blâmable et a laissé ainsi les accouchées exposées à de nombreux accidents; les anesthésiques ont rencontré de l'opposition en obstétrique comme ils en ont rencontré en chirurgie. M. Courty a accouché 40 femmes qu'il avait guéries de maladies ultérines ou péri-utérines et qui précédemment avaient eu des accouchements difficiles, grâce à l'emploi du chloroforme elles ont accouché normalement. Le chloroforme n'est pas indiqué dans les cas tout à fait normaux, mais seulement quand les douleurs sont très-fortes et irrégulières, ou quand les malades en réclament l'emploi. Le chloroforme régularise alors les douleurs et rend au travail sa physionomie normale.

En résumé M. Courty considère le chloroforme comme le moyen le plus efficace de prévenir le plus grand nombre des accidents de l'accouchement et il est d'avis qu'on ne doit pas priver les femmes de cet immense bénéfice.

M. Leblond rapporte, à propos de la discussion, les conclusions d'un travail du docteur Iusk (de New-York) sur l'emploi du chloroforme en obstétrique et préconise l'hydrate de chloral dans certains cas, tandis que dans d'autres il n'en aurait obtenu que des résultats absolument négatifs; il cherche à interprèter ces faits en concluant que le chloral diminue la douleur chez les femmes dont l'accouchement est facile, c'est-à-dire chez celles dont le bassin est ample et où la tête fœtale n'est pas trop volumineuse.

Dans les accouchements au contraire rendus difficiles soit pas un excès de volume de la tête fœtale, soit par le défaut d'amplitude du bassin, le chloral, tout en produisant le sommeil ne diminue pas notablement la douleur de la contraction utérine.

M. Gautier lit un travail sur la dysménorrhée membraneuse et donne les conclusions suivantes.

1. La dysménorrhée membraneuse n'est pas primitivement une endométrite.

2. Par sa nature, la dysménorrhée membraneuse se rapproche de l'ichthyose de la peau ou de la muqueuse linguale.

3. Le traitement qui paraît indiqué en premier lieu est la dilatation ou l'incision du canal cervical. Le succès des médicaments appliqués directement sur la membrane muqueuse utérine est subordonné à l'élargissement permanent des orifices du col de l'utérus.

Madame Staggan regrette que M. Gautier n'ait pas distingué dans la membrane dysménorrhéique la partie utérine de la partie vaginale.

Séance du 12 septembre. — Présidence de M. Gautier.

M. Blache présente en son nom et sous celui de M. Odier, une *balance pour peser les nouveaux-nés*, modifiée par M. Emellini, de Genève.

M. Rapin (Lausanne), lit une communication sur le *souffle utérin.*

M. Leblond (Paris), lit un travail sur l'*amputation du col utérin*, et montre un *spéculum* qu'il a inventé pour faciliter cette opération.

M. Kœberlé trouve le procédé de M. Leblond infiniment ingénieux et pratique, et pense que son spéculum rendra d'excellents services dans les ablations de polypes et dans les amputations du col par la méthode galvano-caustique. Mais dans les cas de cancer, d'épithéliome, il est très-difficile par ce procédé d'arriver suffisamment haut. Cela dépend de la saillie que fait la tumeur. Aussi M. Koeberlé procède-t-il autrement: il saisit le col et l'attire vers la vulve avec des pinces, puis il coupe petit à petit le col avec le bistouri, en ayant soin de commencer la surface de section à l'aide du thermo-cautère. Par ce procédé, on n'a pas d'hémorrhagies, et en moins de 20 minutes, le col est enlevé.

M. Pagenhopf trouve le spéculum très-ingénieux ; mais il préfère la méthode de Sims.

M. Piachaud a amputé cinq fois le col avec l'écraseur et n'a jamais eu d'accidents.

M. Leblond pose en principe qu'on ne doit pas opérer à la vulve parce qu'on replie ainsi le cul-de-sac postérieur et 8 fois sur 10 on intéresse le péritoine.

M. Kœberlé. Au fond nous sommes tous d'accord, il est

dangereux d'appliquer une ligature sur le col utérin attiré en dehors de la vulve; aussi quand on veut employer la ligature, faut-il laisser le col en place. M. Koeberlé préfère le bistouri, il introduit une sonde dans le col et dirige un couteau vers la sonde, il a fait 8 ou 10 fois cette opération et n'a jamais eu d'accident à déplorer.

M. LEBLOND présente le *spéculum de Bouveret* modification de celui de Cusco.

M. PICCININI lit un travail sur la *symphyséotomie sons-cutanée*.

M. DEVRIENT présente *un spéculum*.

M. VALLIET présente *un pessaire* pour la contention des prolapsus utérins complets, il l'a employé trente-quatre fois, toujours il a été bien supporté.

La séance est levée et la session terminée.

DÉJERINE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 septembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. BOUCHARDAT reprend la discussion sur l'acide salicylique et le salicylate de soude. M. Bouchardat pense que l'on doit se préoccuper de l'état des organes par lesquels le médicament s'élimine. Or, dans la goutte, il est rare que les reins soient à l'état normal. Leur parenchyme contient souvent des infarctus uratiques, et l'urine est albumineuse. Ne peut-on pas rencontrer, dans le rhumatisme aussi, des observations de la puissance d'élimination?

M. Bouchardat examine ensuite l'influence du nouveau médicament sur la douleur et le gonflement articulaires, sur la durée de l'attaque rhumatismale, ses complications, sa terminaison. Les terminaisons funestes du rhumatisme étaient rares dans les services de Chomel, et de M. Bouillaud, et cependant la médication interne était presque nulle.

Aujourd'hui, le thérapeutique dispose de médicaments puissants, le nitrate de potasse, la vératrine; et ces terminaisons fâcheuses sont plus fréquentes. Le salicylate n'est pas à l'abri de ce reproche, témoin le cas de mort rapporté par M. Empis. Aussi, M. Bouchardat pense que l'on devra, dans l'administration du médicament, suivre scrupuleusement les règles posées par M. Germain Sée.

Dans la goutte, on a employé jusqu'ici le colchique, remède très-actif. Mais si ce médicament éloigne les poussées aiguës, il expose le patient à la goutte chronique. L'acide benzoïque, par sa transformation dans l'économie en acide hippurique, favorise l'élimination de l'acide urique. L'acide salicylique paraît jouir d'une même action. Malgré cette action, M. Bouchardat attendrait plutôt d'une sage hygiène (consistant en une nourriture légèrement azotée, de l'exercice, du massage, l'excrétion régulière et complète de l'urine contenue dans le réservoir urinaire, des prises de sel de Seignette ou de bicarbonate de soude) une modification favorable de la nutrition chez les goutteux.

M. SÉE ne trouve pas pratique, dans la goutte bien établie, le traitement préconisé par M. Bouchardat. Les goutteux se lassent vite d'un traitement aussi lent, et puis un certain nombre, devenus impotents, ne peuvent prendre d'exercice. Le colchique, en dehors de ses inconvénients, possède une action moins sûre que l'acide salicylique. M. Sée ne connaît pas dans le rhumatisme d'état particulier des reins, qui contre-indique ce dernier médicament; mais dans la goutte où les lésions rénales sont si fréquentes, l'examen des urines doit précéder l'institution du traitement.

M. Bouchardat, en outre, a prétendu que, du temps de Chomel, on voyait moins de rhumatismes terminés par la mort, résultat que l'on devrait attribuer à la médication prudente alors en faveur. Mais alors on ne connaissait pas le rhumatisme cérébral. Dans un travail sur cette complication, M. Vigla a réuni cinq cas, dont quatre n'avaient subi aucun traitement. Quand l'existence de cette complication fut établie par ce mémoire, par un autre de M. Gubler, on attribua ces insuccès au sulfate de quinine. On ne court point ce danger avec le quinine, si, évitant les doses toxiques, on s'en tient aux doses physiologiques établies par les recherches de M. Briquet. Le rhumatisme cérébral ne peut donc être mis sur le compte de la thérapeutique. D'ailleurs, Chomel traitait ses malades par l'opium, souvent à dose élevée, et l'expectation a été jugée par les mauvais résultats qu'elle a donnés dans le service de Lorain.

La vogue considérable dont l'acide salicylique a joui si rapidement, prouve que le médicament abrège la durée de la maladie. S'il y a en Allemagne des cas de mort, c'est que les doses ont été exagérées, quelques médecins ayant donné jusqu'à 15 grammes. M. Sée n'a jamais dépassé 7 grammes d'acide salicylique et 8 à 10 de salicylate. Le cas malheureux de M. Empis doit être laissé de côté; le malade est mort subitement deux jours après la cessation de tout traitement (emporté peut-être par une embolie), et l'autopsie n'a pas été faite. M. Sée, résumant sa réponse aux diverses objections de M. Bouchardat, considère comme établi que l'acide salicylique diminue les douleurs des rhumatisants et des goutteux; qu'il modère la fluxion rhumatismale; qu'il agit dans la goutte comme fondant et dénutritif, de la même façon que l'iodure de potassium, et atténue les déformations articulaires; qu'il soulage même dans la goutte chronique. Il abaisse passagèrement la température dans le rhumatisme comme dans toutes les fièvres, sans presque diminuer la fréquence du pouls. Ses effets sur l'encéphale sont modérés; ils consistent en des bourdonnements d'oreilles, tout au plus en un léger délire et de la somnolence. M. Sée ne lui connaît pas d'action sur le poumon.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 18 Mai 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

14. Papillome de la vessie. — Dilatation consécutive de l'uretère droit. — Pyélo-néphrite; par M. GALLIARD, interne provisoire.

Le nommé Jacques, 77 ans, a eu une première hématurie en 1874, puis une seconde en 1876 en même temps qu'une rétention d'urine qui nécessitait le cathétérisme. Le 30 mars 1877, nouvelle hématurie : il entre à l'infirmerie de Bicêtre dans le service de M. Terrier. Les mictions sont fréquentes et douloureuses. L'urine ne tarde pas à redevenir normale, puis mêlée à du pus. Dans l'intervalle des mictions le malade a des douleurs très-vives à l'hypogastre; il est agité, privé de sommeil, mais sans fièvre appréciable. M. Terrier explore la vessie avec une sonde sans y rien trouver qui explique la cystite purulente dont l'existence paraît cependant incontestable. La prostate est hypertrophiée, mais l'urèthre n'est pas rétréci.

Pendant quelques jours, des injections quotidiennes d'acide salicylique et d'eau dans la vessie sont faites sans soulager le malade. Pas d'hématurie nouvelle. L'état s'aggrave, les douleurs persistent aussi vives, mais l'urine devient de plus en plus rare, et en même temps se manifestent les symptômes de l'intoxication urémique : vomissements incoercibles, subdelirium, etc. Le 15 avril enfin, l'anurie est complète. La vessie ne contient que du pus. Il survient une complication intéressante : c'est une tuméfaction inflammatoire de la parotide du côté droit, sur laquelle le malade attire spontanément notre attention. Le 16 avril, mort.

AUTOPSIE. — Emphysème pulmonaire. Cerveau, cœur, tube digestif sans lésions. Foie normal, rate volumineuse. Parotide droite augmentée de volume et de consistance; à la coupe, on voit des gouttelettes de pus.

Appareil urinaire. — Le rein gauche présente, à sa surface, de petits kystes urinaires qui ont contribué à diminuer le champ de la sécrétion, mais pas d'inflammation de ce côté. L'uretère est normal.

Le rein droit, au contraire, outre deux petits kystes analogues aux précédents, porte les traces d'une inflammation récente. Les calices sont remplis de pus. L'uretère du même côté est considérablement dilaté et plein de pus. L'urèthre présente une petite ulcération à la portion prostatique. Vésicules séminales saines, prostate volumineuse. La vessie est rétractée. En l'ouvrant et la vidant du pus qu'elle contient, nous trouvons au niveau de l'embouchure de l'uretère droit une tumeur du volume d'une noix, implantée sur un espace de 3 centimètres carrés à peu près, à base ovale, allongée de haut

en bas et s'étendant jusqu'à un centimètre du col de la vessie. Un stylet introduit dans l'uretère droit vient ressortir au milieu de cette petite masse. La tumeur a toutes les apparences du *papillome*, avec des prolongements filiformes qui flottent dans l'eau. Une coupe montre que les tuniques sous-jacentes à la muqueuse ne participent pas à la lésion et ont conservé leur épaisseur normale (conservée dans l'alcool, cette tumeur n'a rien perdu de sa friabilité). On ne peut la confondre avec le carcinôme qui aurait envahi toute l'épaisseur de la paroi vésicale.

A gauche du col vésical se trouve un autre papillome très-mince et long d'un centimètre seulement. Du reste pas d'inflammation de la vessie. L'examen histologique, fait par M. Clozel de Boyer a montré que la tumeur répondait exactement à la description donnée par Cornil et Ranvier. Elle est remarquable par le grand nombre de vaisseaux qui parcourent les papilles, et l'apparence normale de sa base formée de tissu conjonctif tout à fait sain.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mai 1877. — Présidence de M. Empis.

M. E. Besnier lit son rapport sur les *maladies régnantes* du premier trimestre de l'année 1877. (Voir le bulletin du nº 27 du *Progrès médical.*)

M. Raynaud, reprenant la discussion sur le *traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids*, se défend d'abord d'avoir fait de l'ontologie médicale, ainsi que l'en a accusé M. Peter. Il cherche, au contraire, les indications, et parmi celles-ci, la plus importante qui prime en général toutes les autres, est tirée de l'hyperthermie. C'est là un fait qu'il est difficile de contester, bien que certains cas puissent offrir de la gravité sans que la température soit élevée.

Il faut donc, dans un certain nombre de cas, chercher à modérer cette élévation de température qui peut avoir des effets désastreux. Ne pouvant combattre l'essence même de la fièvre, attaquons-nous du moins à une de ses manifestations principales.

Les dangers de la méthode ont, d'ailleurs, été notablement exagérés, et l'on se demande, par exemple, comment un bain froid pourrait produire une maladie de Bright. Certains faits, cités par M. Peter, doivent rendre plus timorés, mais il n'en est pas moins vrai que la méthode des bains froids donne quelquefois des résultats absolument inespérés. Elle constitue un progrès incontestable pour le traitement de certaines formes de fièvres typhoïdes, et les résultats qu'elle a déjà donnés méritent qu'on l'étudie de plus en plus, au lieu de la condamner de parti-pris. A. S.

Enseignement libre.

Cours d'anatomie et dissection. — M. le dr Fort recommencera ses cours le lundi 29 octobre, a l'Ecole pratique. Les dissections commenceront le 22 octobre. On s'inscrit le matin, 21, rue Jacob.

Mortalité a Paris. — Population : 1,988,806 habitants. (Recensement de 1876). Pendant la semaine finissant le 20 septembre 1877, on a déclaré 768 décès, soit 23.4 décès par mille habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 29 ; — rougeole, 11 ; — scarlatine, 2 ; — variole, » ; — croup, 12 ; — angine couenneuse, 14 ; — bronchite aiguë, 25 ; — pneumonie, 48 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 14 ; — choléra nostras, » ; — dyssenterie, 1 ; — affections puerpérales, 2 ; — érysipèle, 6 ; — autres affections aiguës, 227 ; — affections chroniques, 324, dont 138 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 42 ; causes accidentelles, 11.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 27 septembre 1877, on a déclaré 844 décès, soit 22.1 décès par 1,000 habitants et pour l'année, savoir : Fièvre typhoïde, 38 ; rougeole, 11 ; scarlatine, 3 ; variole, 2 ; croup, 10 ; angine couenneuse, 15 ; bronchite, 28 ; pneumonie, 45 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 18 ; choléra nostras, » ; dysenterie, » ; affections puerpérales, 1 ; érysipèle, 5 ; autres affections aiguës, 264 ; affections chroniques, 347, dont 128 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales 35 ; causes accidentelles, 22.

Assistance publique. — *Amphithéâtre d'anatomie, année 1877-78.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 1er octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, nº 17. Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant : 1º *Anatomie topographique* : M. le dr Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis. — 2º *Anatomie descriptive* : M. Schwartz, prosecteur, les mardis et jeudis. — 3º *Physiologie* : M. le dr Henriet, prosecteur, les mercredis et samedis. — 4º *Histologie* : M. le dr Grancher, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures. — Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours de une heure à quatre heures.

École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. — Par arrêté en date du 22 septembre un concours sera ouvert le 5 novembre 1877, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie. Un concours sera ouvert le 29 décembre 1877, à la même école pour un emploi de suppléant de la chaire de clinique chirurgicale, de pathologie externe et d'accouchements. Un concours sera ouvert le 30 octobre 1877, à la même école, pour un emploi de chef des travaux anatomiques. Le registre des inscriptions sera clos pour ces trois concours un mois avant l'ouverture de chacun d'eux. — Un nouvel avis annonce que la date de ces concours sera annoncée ultérieurement.

Médecins de la marine. — Par décret du président de la république, en date du 18 septembre 1877, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine : *au grade de médecin principal* : MM. les médecins de 1re classe : 2º tour (choix), Gillet (Paul-Louis). 1er tour (ancienneté), Madon (Ernest-Amédée). — *Au grade de pharmacien principal* : 1er tour (ancienneté). M. le pharmacien de 1re classe Malespine (Joseph-Hippolyte-Edouard) (*Journal officiel*).

Hygiène publique. — Les journaux allemands publient des détails sur

la falsification des aliments, dont nous extrayons les passages suivants, relatifs à la falsification du lait. A Berlin, les confiseurs, les hôtels et les cafés consomment journellement 4 à 5,000 litres de crème. Pour obtenir cette crème, il faut 50 à 60,000 litres de *lait*. Cette immense quantité de lait écrémé, plutôt deux fois qu'une, est ensuite mêlée au lait mis en vente. Un laitier *intelligent* tire, de 500 litres de lait pur trente litres de crème première qualité à 1 m. le litre, soit 30 m.; après avoir laissé reposer le lait pendant deux ou trois heures, il en tire encore 50 litres de crème à 50 pf., soit 25 m. Il a donc touché 55 m. pour 80 litres de marchandises. Les 500 litres lui ayant coûté tout au plus 75 m., il lui reste à compter 20 m. pour les 420 litres de liquide qui lui restent. S'il se contentait de vendre le litre à 10 pf., il gagnerait cent pour cent et l'on pourrait dire : cet homme fait de bonnes affaires; mais la plupart du temps il vend ce lait écrémé 20 pf. le litre, mais là où il n'y a pas de plaignant, il n'y a pas de juge. (*Journal officiel*).

Statistique de la population en Pologne. — D'après le *Globe*, voici quel serait le résultat du dernier recensement opéré en Pologne : La population totale du Royaume est de 6,528,017 habitants dont 1,057,936 dans les villes, et 5,470,081 dans la campagne. Voici les dix gouvernements rangés par ordre de population décroissante, en nombres ronds : Varsovie, sauf la capitale, 781,000 habitants; Petrikau 770,000; Hublin 738,000; Kalich 707,000; Siedlce 629,000; Suwalki 547; Radom 512,000; Kielce 538,000; Homcha 501,000; Plotzk 501,000; Varsovia 276,000 habitants; Loiz 50,000; (799 seulement en 1821); Hublin 29,000; Suwalki 19,900; Plotzk 19,800; Kalich 17,000; Petrikau 16,700; Chreustochowa 14,350; Homcha 13,850; Zgierz 12,350; Siedlce 11,800; Wlotzblawech 11,780; Radom 11,500; Augustow 10,660; Kalwarija 10,200. Le seul chef-lieu de gouvernement qui n'ait pas 10,000 âme est Kielce (8,000 habitants) (*Journal officiel*).

Nécrologie. — M. Leverrier, membre de l'Institut et directeur de l'Observatoire est mort dimanche dernier.

L'*Italie* annonce qu'une jeune fille, Mlle Enrica Girardi, vient d'être reçue licencié ès-lettres à l'Université de Naples, à la suite d'un brillant examen. — (*Journal officiel*).

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

Besson (J.). — Distocie spéciale dans les accouchements multiples. Paris, 1877, in-8 de 86 pages. — Prix 2 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical*, 1 fr. 25.

Gombault (A.). — Etude sur la sclérose latérale amyotrophique. Paris, 1877, in-8 de 87 pages. Prix : 2 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical* 1 fr. 25.

Brissaud et Monod. — Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. Paris 1877, in-8 de 16 pages. Prix : 50 c. Pour les abonnés du *Progrès médical*, 35 centimes.

Librairie Frédéric HENRY, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Monod (Frédéric). — De la dilatation forcée du sphincter de l'anus considérée spécialement dans son application aux hémorroïdes. Paris, 1877, in-8 de 104 pages.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19.

Lambert (J.). — Etude clinique et expérimentale sur l'action de l'air

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Bovell (Emilie). — De quelques accidents de l'épilepsie et de l'hystéro-épilepsie. Paris, 1877, imp. Parent, in-8 de 80 pages.

Mayet (F.-C.). — Lettres sur les eaux minérales, 1re lettre. Paris 1877, typog. Hennuyer, in-8 de huit pages.

Binse (E.-J.-P.). — De la tuberculose pulmonaire tardive étudiée chez l'homme. Paris 1877, imp. Parent, in-8 de 45 pages.

Brochard. — Almanach illustré de la jeune mère. Paris, 1878, 4e année in-16 de 56 pages.

Cerasi (Ph.) — Il sola latte di donna sifilitica puo contagiare un bambino sano Roma, 1877, typ. Romana, in-8 de 13 pages.

Giuseppe Baldoni. — Il solfato de Berberina nella cura delle febri antiche intermittenti e del tumore cronico di mitza ribelli ai preparati di China. Recanati 1877. Typ. R. Simboli, in-8 de 30 pages.

Robert Campbell. — The relations existing between eczema and psoriasis. New-York, 1877, G.-P. Putnams sons, in-8 de neuf pages.

William-W.-Keen. — On surgical complications and of the continued fevers. Washington ; Smithsonian institution, 1877, in-8 de 65 pages. Prix : 25 cents.

Braithwaite (W. et James). — The Retrospect of medicine : being half-yearly journal containing a retrospective view of every discovery and practical improvement in the medical sciences. Vol. LXXV. January-June, 1877. London, 1877, Simkin, Marshall, and co. in-18 de 376 pages.

George A. Otis. — A Report to the surgeon general on the transport of sick and wounded by pack animals 1877, Washington government printing office in-4° compact de 32 pages avec de nombreuses gravures dans le texte.

Army medical museum. — List of skeleton, and crania in the section of comparative anatomy of the United States army medical museum for using during the international exhibition of 1876.

Bistowe, J. Harley, etc. — Saint-Thomas's Hospital Reports, 1877. New series, vol. VII. London, impr. Churchill, New Burlington street.

Franz Nave. — Die Ménière, sche Krankeit. Breslau, 1877.

Hantington and George A. Otis. — Description of the U.-S. Army medical transfort cart. model of 1876. Philadelphia, 1876.

George A. Otis. — Description of selected specimens from the surgical section of the army medical museum at Washington. Philadelphia, 1876.

comprimé et raréfié dans les maladies des poumons et du cœur. Paris, 1877, in-8 de 87 pages avec figures. Prix : 3 fr.

PIERRET (A.). — Etude sur les symptômes céphaliques et du tabes dorsalis. Paris, in-8 de 52 pages. Prix : 1 fr. 50.

VIGNEAUX (J.-C.) — De l'ophthalmie sympathique et spécialement de son traitement par l'énucléation. — Résultats immédiats et éloignés de 90 cas observés et traités par cette méthode dans les hôpitaux de Lyon, avec un tableau des suites opératoires de 207 énucléations. Paris, 1877, in-8 de 203 pages.

Librairie COCCOZ, rue de l'Ancienne-Comédie.

BREMOND (FÉLIX). — L'acide salicylique à l'Académie. Paris, 1877, in-8 de 40 pages, 2e édition. Prix : 1 fr.

Librairie G. MASSON, place de l'École-de-Médecine.

CHASSAGNY. — Du cathétérisme œsophagien. Modification des cathétres d'après les considérations anatomiques et physiologiques. Paris, 1877, in-8 de 22 pages. Prix : 1 fr. 25.

CHENU. — Aperçu sur les expéditions de Chine, Cochinchine, Syrie et du Mexique, suivi d'une étude sur la fièvre jaune, par le dr *Fuzier*. Paris, 1877, in-8 de 307 pages. Prix : 3 fr.

Librairie de Victor ROZIER, 75, rue de Vaugirard.

SOREL (F.). — De l'orchite dite métastatique et de la fièvre testiculaire dans les oreillons. Paris 1877, in-8 de 31 pages.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS. 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 40. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 6 OCTOBRE 1877

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÉGE DE FRANCE. — **M. RANVIER.**

Seizième leçon (1)

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Rapports des parties constituantes des muscles entre elles et avec les autres tissus. I. Rapports du sarcolemme et des noyaux des muscles avec la substance contractile. — Cylindres primitifs : ils sont séparés par des intervalles remplis de substance protoplasmique. — Champs de Cohnheim : méthodes d'observation, ils répondent à l'aire de section transversale des cylindres primitifs. Les prétendues fibrilles des muscles moteurs des ailes des insectes sont des cylindres primitifs. Noyaux musculaires toujours extérieurs aux cylindres primitifs ; crêtes d'empreinte. Moins les noyaux sont nombreux dans une fibre musculaire, plus cette dernière est différenciée dans le sens de la contractilité. — Rapports des faisceaux primitifs avec les pièces du squelette. — Tendons, faisceaux tendineux, cellules tendineuses (disposition, mode d'union, crêtes d'empreintes). — Mode d'union des os et des cartilages avec les tendons, pénétration réciproque. Transformation cartilagineuse, osseuse des tendons. Formation des crêtes d'insertion. Fibres de Sharpey, leur signification morphologique. (*16 mars 1876.*)

Messieurs,

Nous avons terminé l'étude des faisceaux primitifs des muscles striés des deux ordres, considérés en eux-mêmes et abstraction faite, pour ainsi dire, des rapports qui les relient entre eux et avec les pièces du squelette qu'ils sont destinés à mouvoir. L'analyse de ces rapports va nous occuper maintenant, et je décrirai successivement: 1° Ceux des faisceaux musculaires striés avec leurs similaires et le tissu conjonctif; 2° Les vaisseaux sanguins et lymphatiques des muscles. Si nous suivions rigoureusement l'ordre logique, nous devrions ensuite nous occuper des nerfs musculaires et de leurs connexions avec les éléments contractiles; mais cette dernière étude ne peut être séparée de celle du système nerveux, et nous la distrairons, pour cette raison, du cours de cette année.

I. *Rapports du sarcolemme et des noyaux des muscles avec la substance contractile.* Pour bien comprendre ces rapports, il me paraît nécessaire de revenir brièvement sur quelques détails de structure que je vous ai du reste exposés déjà, et qui vous sont suffisamment connus pour être rapidement compris. Je vous ai dit, messieurs, que la substance musculaire présente deux striations : l'une transversale, l'autre longitudinale. Cette dernière n'est pas simple, comme on le pourrait d'abord supposer. Si, comme l'a fait, il y a longtemps, Leydig, l'on examine attentivement la surface du faisceau primitif pris sur l'un des muscles rouges de la ligne latérale de certains poissons, l'on reconnaît que cette surface est striée en long de deux façons très distinctes. On constate, en effet, l'existence d'une première striation grossière qui semble indiquer, dans le faisceau primitif, une division de la substance musculaire en cylindres ou en fuseaux juxtaposés et parallèles entre eux. Ces segments longitudinaux sont eux-mêmes striés en long, et leur striation, d'une finesse extrême, est la seule qui réponde aux fibrilles élémentaires accolées.

La substance musculaire est donc divisée en segments cylindriques (*cylindres primitifs de Leydig*) répondant chacun à un faisceau de fibrilles plus ou moins volumineux. Ces cylindres primitifs existent dans tous les muscles striés et chez tous les animaux, mais ils sont surtout faciles à observer chez les poissons. En particulier, les muscles de la nageoire dorsale de l'hippocampe constituent un objet favorable à leur étude. Les fibres en sont volumineuses, séparées du sarcolemme qui les contient par une couche protoplasmique semée de noyaux, et leur surface est creusée comme de rainures, renfermant chacune une traînée granuleuse de protoplasma semée de noyaux, et séparant les cylindres primitifs les uns des autres. (*Fig. 45* A). Ces derniers font saillie sur les sections transversales du même muscle, à la périphérie de la substance musculaire de chaque fibre, comme autant de festons saillants en dehors. La coupe optique de chacun des faisceaux primitifs est alors comparable à celle que fournirait une colonne cylindrique, dont la surface serait munie de cannelures en relief. (*Fig. 76*, B.)

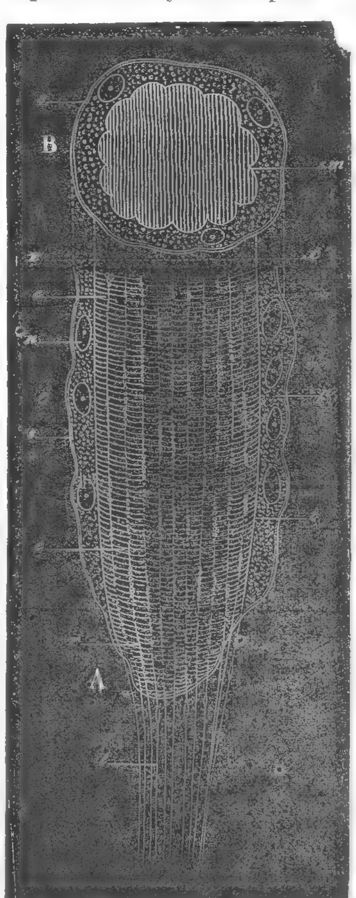


Fig. 76. — Fibre musculaire de la nageoire dorsale de l'hippocampe (A). *t*, tendon; *v*, terminaison du faisceau musculaire; *n*, noyau; *p*, protoplasma; *i*, intervalles des cylindres primitifs *c*, remplis de traînées de protoplasma granuleux. (B) Coupe optique de la figure précédente; *sm*, substance musculaire; *s*, sarcolemme.

L'existence des cylindres primitifs ne se traduit pas seulement à la surface des fibres musculaires, par une striation longitudinale grossière. Lorsque l'on coupe un muscle en travers, perpendiculairement à l'axe de ses faisceaux primitifs, l'aire de section de chacun d'eux offre un aspect granuleux particulier, considéré autrefois par quelques histologistes, Kölliker (1re édition française) entre autres, comme résultant de la section des fibrilles élémentaires. Il n'en est rien. Il suffit, en effet, de comparer le diamètre extrêmement petit des fibrilles à celui de chacun des grains précités pour se convaincre qu'il n'existe, entre les deux objets, aucune corrélation directe. L'on est, dès lors, conduit à penser qu'il s'agit ici d'images formées par la coupe optique des cylindres primitifs accolés, et cette hypothèse est pleinement corroborée par l'étude attentive de ces petits grains polygonaux ou *champs*, qui occupent toute l'aire de section des fibres musculaires coupées en travers, et auxquels on donne le nom de *Champs de Cohnheim.*

Les champs de Cohnheim peuvent être observés, et même étudiés, sur toutes les coupes transversales de muscles striés, faites par n'importe quelle méthode. Cependant, pour les bien voir, il importe de prendre certaines précautions. Cohnheim (1865) a employé le procédé suivant. La masse musculaire était placée dans un creuset de platine, que l'on entourait d'un mélange réfrigérant de glace et de sel marin. La congélation étant produite, et le muscle rendu rigide et dur, il devenait facile d'y pratiquer des coupes transversales à l'aide d'un rasoir refroidi. Ces coupes étaient examinées soit sans addition d'aucun liquide, soit dans de l'eau salée à 1 p. 200 qui, ainsi que je vous l'ai déjà dit, constitue pour la substance musculaire un liquide à peu près indifférent. Dans ces conditions l'on peut observer,

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44, de 1876; nos 1, 2, 7, 9, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 30 et 31 de 1877.

dans l'aire de section des faisceaux primitifs coupés, un dessin très-élégant et régulier. La substance musculaire paraît divisée en une infinité de petits champs polygonaux correspondant évidemment à la coupe de bâtonnets ou colonnettes polyédriques. Ces champs sont séparés les uns des autres par une substance dont la réfringence diffère de la leur propre et qui dessine un réseau régulier d'une délicatesse extrême. Si l'on a opéré sur un muscle de grenouille, des noyaux musculaires plongés dans l'épaisseur de la fibre apparaissent dans la coupe de cette dernière. Ils sont contenus dans des lacunes irrégulières dont le bord est garni de festons qui font saillie du côté du noyau, comme si ce dernier avait été insinué dans l'interstice d'une multitude de baguettes parallèles, rectilignes, et artificiellement écartées les unes des autres pour le recevoir (*Fig.* 77).

Je vous ai dit même précédemment, qu'à sa surface, ce

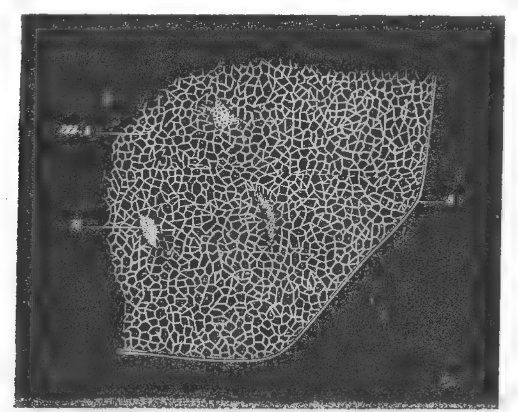


Fig. 77. — Coupe transversale d'une portion de faisceau primitif. — *m.s*, substance musculaire divisée en champs polygonaux. — *n*, noyaux. — *s*, sarcolemme.

noyau porte l'empreinte des cylindres primitifs qui lui sont adjacents. Il est hors de doute, en effet, qu'il ne s'agit ici nullement de fibrilles élémentaires, mais de fascicules de ces fibrilles réunies dans un même cylindre, devenu polyédrique par pression réciproque. La dimension des champs de Cohnheim est plus que décuple de la dimension de la fibrille élémentaire. Lorsque l'on prolonge l'observation, cette dimension s'accroît progressivement à la surface de la coupe, tandis qu'elle est à peu près constante lorsque l'on met l'objectif au point sur la partie médiane de cette dernière. Ce résultat est dû simplement au gonflement éprouvé par la substance musculaire au contact de l'eau salée et l'inspection de la figure 78 suffit pour en rendre complètement raison. Il est du reste facile d'éviter la déformation par agrandissement que nous venons de décrire. Il suffit pour cela d'examiner les coupes, pratiquées après congélation, dans un liquide qui fixe la substance musculaire dans sa forme : l'eau chargée d'alun à 1 p. 200 convient parfaitement pour cet objet. De même que les cellules du cartilage hyalin sont coagulées par cet agent et ne se rétractent plus dans leur capsule, après une demi-heure ou une heure de macération dans la solution alunée, la substance musculaire ne se gonfle plus en présence de l'eau, et la préparation peut être montée dans l'eau phéniquée à 1 p. 100, puis examinée à loisir, sans qu'aucune déformation ne s'y produise.

Mais ce procédé ne constitue pas encore le meilleur mode de préparation. Il est sujet à des objections très-graves. L'on peut considérer *a priori*, dans ces conditions, l'image des champs de Cohnheim comme sujette à des déformations notables provenant du mode même de préparation. En congelant un muscle, que produit-on en effet ? Nous avons vu que l'eau fait pour ainsi dire

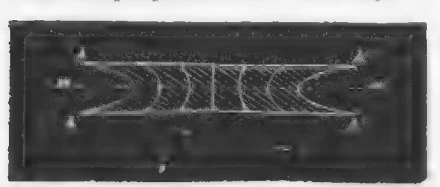


Fig. 78. — *h h'*, Face supérieure d'une coupe ; *b b'*, Sa face inférieure. Ces deux faces ont subi le gonflement par imbibition ; la partie moyenne, *m m'*, l'a éprouvé à un moindre degré.

partie intégrante de la substance contractile. Souvent solidifiée par l'action du mélange réfrigérant, elle augmente de volume, refoule et modifie dans sa forme la substance musculaire, et détermine l'apparition de fentes et de lacunes artificielles. Le dégagement des gaz unis à la substance musculaire produit un résultat analogue. On juge donc la configuration des champs polygonaux de Cohnheim sur des préparations dans lesquelles cette configuration elle-même est notablement modifiée. Il est cependant facile d'éviter tous ces inconvénients. Je pratique une injection interstitielle d'acide osmique à 1 p. 200 dans la masse du muscle que je veux examiner. Au bout de quelques minutes, ce muscle est fixé absolument dans sa forme. striés en travers, ils se montrent séparés les uns des autres par des sillons rectilignes souvent remplis de granulations graisseuses qui, colorées par l'osmium réduit, se montrent sous la forme de grains d'un noir de bistre. Enfin, dans ces mêmes interstices qui contiennent les granulations protoplasmiques, sont placés les noyaux musculaires présentant à leur surface l'empreinte des cylindres primitifs adjacents (*Fig.* 79).

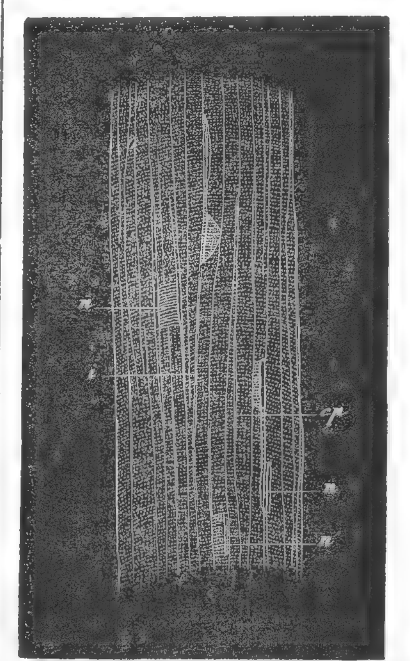


Fig. 79. — Fragment d'un faisceau primitif du couturier de la grenouille (acide osmique, picrocarminate, acide acétique, compression légère). — *cp*, Cylindres primitifs ; *i*, leurs intervalles ; *n*, noyau vu de profil. — *n'*, noyau vu de trois quarts ; *n''*, noyau vu de face.

Ainsi les cylindres primitifs des muscles striés des animaux supérieurs sont juxtaposés pour former la substance musculaire. Ils sont séparés par des espaces linéaires contenant des granulations graisseuses et des noyaux. Ces derniers sont toujours extérieurs aux cylindres de substance musculaire, fait important que je signale ici et sur lequel je m'appuierai plus tard pour préciser la signification morphologique des diverses parties constituantes d'une même fibre musculaire striée. Actuellement, je dois vous faire seulement remarquer, Messieurs, combien la constitution d'un muscle ainsi conformé est analogue à celle des muscles moteurs des ailes des insectes. Ces éléments contractiles, qui paraissent au premier abord si singuliers, qui sont formés d'une série de prismes de substance musculaire plongés dans une masse de granulations graisseuses contenant des noyaux, ne diffèrent nullement au fond, d'un muscle ordinaire. Dans ce dernier seulement les cylindres primitifs sont plus serrés et accolés de manière à ne pouvoir être que difficilement isolés les uns des autres. Hors de là l'analogie est complète. Les prétendues fibrilles élémentaires de muscles moteurs des ailes des insectes sont, en effet, des cylindres primitifs ou collections de fibrilles puisqu'elles se divisent elles-mêmes fréquemment en filaments contractiles minuscules, et ces cylindres sont unis en faisceau par les trachées comme ceux d'un muscle de grenouille ou de lapin le sont par leur enveloppe sarcolemnique : là seulement se bornent les différences. (*A suivre*).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de l'envo de cinquante centimes pour frais de réimpression de bande.*

MALADIES DES PAYS CHAUDS

Cicatrisation des plaies;

Par le **Dr VIGUIER**, ancien interne des hôpitaux.

La cicatrisation des plaies, soit chirurgicales, soit accidentelles, ne se fait pas ordinairement dans l'Inde comme dans nos climats, elle est surtout caractérisée par un moindre degré de réaction, et le danger est plutôt dans la lenteur de la cicatrisation que dans les accidents inflammatoires, mais il y a des différences assez marquées entre les individus de races différentes et même entre ceux qui appartiennent à une même race. C'est surtout quand on a affaire aux indigènes que l'on reconnaît l'exactitude de cette proposition, et encore faut-il distinguer entre les Bengalis, par exemple, et les autres populations plus vigoureuses, comme les gens du Nord-Ouest ou même ceux de Madras.

Les Bengalis sont, en général, assez grands, mais minces, peu musclés et très-faibles ; les Indous de Madras leur sont ordinairement supérieurs sous ce rapport et bien qu'ils soient toujours moins musclés que la majeure partie des Européens de même taille, on en voit d'assez forts ; ils peuvent surtout continuer pendant longtemps un travail qui nécessite un effort musculaire sinon très-énergique, du moins très-souvent répété ; aussi font-ils, par exemple, d'assez bons rameurs. Leur alimentation à peu près exclusivement végétale, doit être une des causes principales de cette faiblesse musculaire chez des hommes généralement grands et bien proportionnés.

Quoi qu'il en soit, les gens du Bengale sont à la fois les plus faibles et ceux chez lesquels on observe le moindre degré de réaction inflammatoire. On peut dire que, d'une manière générale, les opérations chirurgicales réussissent bien.

Ainsi, dans plusieurs opérations d'hydrocèle, dont deux énormes, il n'y eut presque pas d'inflammation, bien qu'une certaine quantité de teinture d'iode eût été laissée dans la tunique vaginale. Dans un cas de plaie du scrotum, avec issue du testicule qui pendait au niveau de la partie moyenne de la cuisse, la réduction put se faire et la guérison s'opéra par première intention, et sans aucune complication, bien que le cordon eût incontestablement été tiraillé et qu'il y ait eu une assez forte hémorrhagie, il en fut de même dans un grand nombre de plaies accidentelles, dans plusieurs cas de fractures compliquées et dans plusieurs amputations. Assez souvent, cependant, la cicatrisation fut lente et l'on dut avoir recours à des cautérisations répétées pour en activer la marche.

Chez les Européens, il faut distinguer entre les gens acclimatés et ordinairement plus ou moins anémiés et les nouveaux arrivants ; chez ces derniers, la réaction inflammatoire est ordinairement très-vive et peut déterminer des accidents. Chez les gens acclimatés, elle est moins vive mais, toujours bien plus forte que chez les Indous, et il y a plus d'analogie dans la marche des plaies des Européens dans l'Inde et en Europe, qu'entre celle des Européens acclimatés dans l'Inde et celle des Indous. On observe parfois des cas d'ulcération simple de la muqueuse des fosses nasales d'une durée interminable.

J'ai observé deux de ces cas chez des Européens acclimatés, bien portants, d'ailleurs, et non syphilitiques ; ces ulcérations, après avoir résisté longtemps à divers traitements, aux émollients d'abord, puis aux caustiques auxquels on joignait une petite dose d'iodure de potassium comme traitement interne (0 gr. 75 centigr. par jour), finirent par guérir complètement. Je crois que cette lenteur de guérison doit être attribuée aux conditions générales de la cicatrisation dans l'Inde.

Les opérations chirurgicales que l'on a à pratiquer sur des Européens sont souvent aggravées par l'état alcoolique des patients. Cela est vrai surtout quand il s'agit de matelots anglais ou américains.

J'ai vu, dans une amputation de cuisse au *General Hospital*, la fémorale tellement dégénérée qu'on dût la lier trois fois de suite et le malade mourut d'hémorrhagie dans la nuit qui suivit l'opération. Le chirurgien traitant me dit que de pareils faits étaient assez ordinaires.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Union médicale et l'Association générale.

Nous avons eu tort d'affirmer qu'à l'appel adressé, en présence de certaines destitutions, par la *Gazette médicale de Bordeaux*, à l'intervention de l'Association générale des médecins de France, on répondrait par le plus profond silence. Dans son numéro du 15 septembre, l'*Union médicale* a démenti nos prévisions par l'article que voici :

Il y a longtemps — et ce longtemps nous avait paru bon — que l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, n'avait été le but d'attaques et de critiques. Dans son dernier compte rendu, le secrétaire général se réjouissait devant ses collègues des départements et de Paris, du silence qui s'était fait autour de cette institution, et il annonçait, avec satisfaction, que, en présence des bienfaits de l'œuvre, les hostilités semblaient avoir cessé et que les oppositions s'étaient éteintes. Le secrétaire général se serait-il trop pressé de témoigner sa satisfaction ? Je le crains et voici un incident qui me suscite quelques appréhensions................

....

Quelques lignes me suffiront, je l'espère, pour montrer à mes honorables confrères qu'ils ne se font peut-être pas une idée bien nette du rôle et des attributions des divers éléments de l'Association générale.

Le conseil général de l'œuvre, qui est particulièrement visé dans les articles qu'on vient de lire, n'a aucune initiative ; pas plus qu'il ne peut accorder de secours individuel, pas plus il ne peut prendre spontanément, *proprio motu*, la défense d'un intérêt professionnel quelconque, s'il n'y est invité par une Société locale. Comme secours, il accorde des subventions aux Sociétés locales qui lui en font la demande, selon la mesure et les dispositions du règlement ; comme assistance morale et protectrice, il examine les questions et les faits qui lui sont soumis par les Sociétés locales, et leur donne la solution qu'il croit possible, en s'aidant presque toujours des lumières de son conseil judiciaire.

Ces dispositions fort sages des statuts donnent précisément le caractère *fédératif* à l'Association, et lui enlèvent aussi toute possibilité *d'une centralisation* dont parle l'un de nos confrères et que le Conseil général s'est toujours efforcé de repousser.

S'il en eût été autrement, si le Conseil général s'était attribué ou si on lui eût attribué la spontanéité et l'initiative des actes, ah ! quelles récriminations n'eût-il pas attirées sur lui ! Voyez, même dans les conditions statutaires qui lui sont faites, s'il ne règne pas encore et s'il ne se traduit pas encore de temps à autre une sorte d'appréhension d'absorption de la province par Paris. N'entend-on plus aucune plainte sur la tendance à tout accorder à Paris au détriment des départements ?

En résumé, le Conseil général n'agit, en toutes choses, en assistance pécuniaire comme en assistance morale, que sur la demande et sur l'invitation des Sociétés locales.

Eh bien, les honorables confrères qui ont publié les articles que je viens de reproduire, ignorent certainement que le Conseil général n'a été saisi d'aucune plainte, n'a reçu communication d'aucun fait de la nature de ceux dont a parlé la *Gazette médicale de Bordeaux*. Celui de mes collègues de la presse qui pense que le Conseil général a reçu « sommation » et a été « mis en demeure » par cet article de la gazette bordelaise, de s'occuper de cette affaire, se tient évidemment en dehors des conditions d'existence et de fonctionnement du Conseil général. Et puis de quels faits parle-t-on ? A quelles destitutions fait-on allusion ? De quelles fonctions médicales ont été révoqués les confrères dont on a parlé ? Rien de tout cela n'a été signalé au Conseil général. Sur les deux destitutions seulement dont on parle, il s'agit dans l'une d'une fonction de médecin d'une Compagnie de chemin de fer ; mais le gouvernement n'a le droit ni de nomination ni de révocation des médecins de chemins de fer. Il doit y avoir erreur au moins sur ce point.

Une circonstance me frappe. Il existe à Bordeaux une Société locale pleine de zèle et d'ardeur et qui certainement se fût émue si les faits avaient l'importance que leur a donnée le rédacteur de la *Gazette*. A l'heure qu'il est, ou cette Société aurait déjà agi de son propre mouvement, comme elle en a le droit, ou elle aurait demandé l'avis du Conseil général. Rien de tout cela n'ayant été fait, il est sage et prudent d'attendre d'autres renseignements avant d'incriminer l'Association. La loyauté de nos confrères les conviera certainement à reproduire ces quelques lignes.

Nous déférons d'autant plus volontiers à cette invitation, au moins superflue, que nous désirons nous-mêmes invoquer la franchise bien connue de l'*Union médicale*. Avant d'apprécier le fond de ses explications, nous aurions été heureux d'être renseignés sur le degré d'autorité qu'il faut

leur attribuer. Si étrangers que nous soyons aux conditions d'existence et de fonctionnement du Conseil général, nous connaissons, comme tout le monde, le rôle important qu'y joue, à titre de secrétaire général, le rédacteur de l'article précédent. Or, il serait bon de savoir en quelle qualité il a pris la plume. Est-ce le journaliste seulement qui a écrit, ou bien est-ce le dignitaire de l'Association ? Et dans ce dernier cas, expose-t-il ses idées personnelles ou parle-t-il au nom et avec l'assentiment du Conseil ? La réponse à ces questions ne saurait être indifférente à personne ; elle a pour nous une importance particulière et capitale, car elle nous permettra de porter un jugement définitif sur la valeur de l'Association, comme Société protectrice des intérêts moraux des médecins de France. Suivant la nature de cette réponse, on saura si l'Association générale est destinée à devenir le palladium de la dignité et de l'indépendance professionnelles, ou si elle se réduira aux mesquines proportions d'une vulgaire tontine.

En attendant, et jusqu'à preuve contraire, nous nous refusons absolument à voir dans l'article de l'*Union médicale* l'expression des sentiments et des tendances du Conseil général et de l'Association. Peut-être même n'y faut-il voir qu'une spirituelle réplique à l'adresse du *Progrès médical*. Dans le but de stimuler un peu le zèle des représentants de l'Association, il avait cru permis le recours à une forme qu'il s'est efforcé de rendre plaisante ; il n'est pas impossible qu'on l'ait payé de sa monnaie, et que, pour compléter la citation qu'elle a écourtée, l'*Union médicale* ait narquoisement substitué, au discours que nous avions supposé, une réplique tout aussi peu sérieuse.

Le *Progrès* s'avise d'inventer des raisons pour justifier l'inaction de l'Association et travaille, sans peut-être y réussir, à leur donner une apparence de vraisemblance ; l'*Union* se prête à ce jeu, et tout en riant sous cape débite d'un air grave une réfutation laissant entendre que le *Progrès* garde la lune des loups. C'est de bonne guerre ; et le *Progrès* n'a garde de se plaindre ; il s'avoue vaincu.

Sans nulle rancune, il hasardera pourtant une critique et un conseil. L'*Union médicale* sait admirablement persifler tout en gardant une gravité imperturbable, mais elle ne songe pas assez à la galerie ; un discret clignement d'yeux est quelquefois nécessaire pour avertir qui n'y entend pas malice : on évite ainsi d'être pris au sérieux par les gens naïfs ou voulant passer pour tels. Autrement il arrive qu'un de ceux-là intervient dans le dialogue et gâte toute l'affaire. Par exemple, s'il est fort bien, pour railler le *Progrès* de lui tenir ce petit discours : « Vous rêvez, bonhomme ! Qui a jamais entendu parler de médecins révoqués pour raisons politiques ? S'il en est par hasard, le Conseil général n'en peut mais : c'est la cinquième roue du carrosse, et vous devriez le savoir » il est imprudent de s'exposer à s'entendre interrompre ainsi :

« Vous nous dites que le Conseil général n'a aucune initiative ? Je le crois et je le veux, parce que c'est prudent et sage. Mais n'a-t-il pas le secret de provoquer cette initiative ? Quand il s'est agi de nommer un président, n'a-t-il pas su découvrir et proposer l'homme éminent et si sympathique que nous avons acclamé. A une autre époque, la parole éloquente et vengeresse du président Tardieu n'a-t-elle pas su se faire entendre aux pouvoirs publics quand une Assemblée passionnée excluait si singulièrement les médecins de leur centre naturel, les commissions des hospices et de bienfaisance. — Ce sont là des précédents à suivre à mon avis.

Il faut assurément que l'Association tâche de rester honnête fille, mais il faut pourtant qu'elle fasse un peu parler d'elle, sans quoi les prétendants, je veux dire les adhérents n'abonderont pas assez.

A moins que... tenez, laissez-moi vous dire mon impression. Je crois que l'Association ne demanderait pas mieux que « de se montrer » suivant le mot de la *Tribune*(1), mais elle ne peut pas, elle est enchaînée. L'Association des médecins de France, personne, je crois, ne l'ignore, jouit de prérogatives et de privilèges qu'elle doit à la complaisance de quelques ministres passés, et que le caprice d'un ministre nouveau pourrait bien reprendre. Elle doit dès lors se montrer circonspecte à l'endroit du pouvoir et éviter soigneusement — la raison l'indique — tout langage de nature à le blesser. C'est bien et nous devons le remercier de sa prudence, mais notre indépendance n'en souffre-t-elle pas aussi, et ne vaudrait-il pas mieux un peu moins de faveur et un peu plus de liberté.....

Quant aux autres réfutations que vous avez opposées, mon cher confrère, à mon court article, permettez-moi de dire qu'elles n'atteignent pas le but. Vous demandez de quels faits on parle, et à quelles destitutions on fait allusion ? Et vous dites qu'il doit y avoir erreur sur ce point, parce que le gouvernement n'a le droit de nomination ni de révocation des médecins de chemins de fer. Je le voudrais. Mais malheureusement les faits sont bien là : Les grands journaux, comme on les appelle, les ont assez publiés et commentés, et si vous ne les connaissez pas, c'est que vous êtes un heureux mortel que la politique, cette plaie de notre époque, ne tient pas dans ses serres....

Un dernier mot, vous avez raison de penser que la Société locale de la Gironde se serait déjà émue, si elle avait été intéressée dans des révocations imméritées. La Gascogne, en effet, n'a jamais eu de goût pour le précepte évangélique qui fait tendre l'autre joue à la main qui soufflète. La Gascogne ou plus modestement la *Gazette médicale de Bordeaux*, a pris feu et flamme pour des amis inconnus et n'a pas plaidé « pro domo. »

Toujours naïfs, tout de même, ces bons Gascons !

Allons, soit ! naïfs puisqu'ils le veulent à toute force et qu'ils prennent tout au pied de la lettre. Mais quelqu'un doit trouver qu'ils poussent la naïveté bien loin pour des naïfs. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 octobre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. BÉCLARD fait part à l'Académie d'une note de M. Laboulbène relative à la précédente communication de M. J. Rochard sur le *Tœnia inerme*. M. Laboulbène apporte quelques autres faits concernant la géographie médicale et la provenance de ce ver cestoïde. M. Davaine lui-même a reçu plusieurs observations prouvant la fréquence dans nos possessions algériennes du *Tœnia inermis*. Le Tenia inerme, qui provient d'un cysticerque du bœuf, paraît, comme le dit M. J. Rochard, prédominer en Algérie, en Egypte et en Syrie, à l'exclusion du Tœnia solium ou Tenia armé, qui provient du cysticerque ladrique du porc. Le cysticerque du porc ladre, appelé cysticercus cellulosa par Rudolphi, est bien décrit, tandis que le cysticerque du bœuf, produisant le tenia inerme, est moins bien connu. Le bœuf a au moins deux cysticerques, l'un pourvu de crochets (*cysticercus tenui collis Rudolphi*) qui se transforme en *tœnia marginata*, et l'autre, *cysticercus inermis*, qui produit le *tenia inerme*. Le cysticerque inerme a été vu expérimentalement par MM. Leuckart, Mowler, Kobolt, Simons, Mosse et Pourquier, etc. ; ou, directement par MM. Cauvet, J. Arnould, Talarach, mais les caractères zoologiques de ce cysticerque inerme n'ont pas encore été rigoureusement déterminés.

MM. LABOULBÈNE et RAYNAL (d'Alfort) ont entrepris, à cet effet, une série de recherches qui seront l'objet d'une prochaine communication.

M. CHATIN fait remarquer que son fils, M. Joannès Chatin, a été parmi les premiers à jeter le cri d'alarme, il y a deux ans environ, pour signaler la grande fréquence du *Tœnia medio-canellata* en France, surtout dans le Midi, à la suite de la consommation des viandes de bœuf d'origine africaine.

M. LÉON COLIN fait la lecture d'un mémoire intitulé : la *Fièvre typhoïde dans l'armée*. Ce travail se résume dans les conclusions suivantes : 1° Si le soldat est atteint de fièvre typhoïde plus souvent que l'habitant des villes où il tient garnison, on n'est point autorisé, dans la majorité des cas, à considérer cette fréquence relative du mal comme le résultat de foyers morbifiques d'une intensité spéciale engendrés par le milieu militaire lui-même ; 2° La prédominance de la fièvre

(1) Voir page 759.

typhoïde dans l'armée dépend surtout du degré de réceptivité propre aux agglomérations d'hommes jeunes, robustes, non accoutumés au séjour des grandes villes. Retranchez de la population d'une petite localité, les enfants, les vieillards, les cachectiques, les personnes, en un mot, qui, par âge ou par santé, sont relativement moins accessibles à l'affection, vous augmenterez évidemment les chances d'atteinte de ceux qui constituent le moyen de cette sélection. Ces chances arriveront à leur maximum si l'on soumet cette population, ainsi réduite, aux influences de la vie en commun et de la résidence dans une grande ville; 3° L'accroissement actuel de la mortalité de l'armée française par la fièvre typhoïde est le résultat, non pas d'une augmentation d'insalubrité du milieu militaire, mais d'une proportion aujourd'hui plus considérable de jeunes soldats, spécialement enclins à cette affection; qu'on augmente le nombre des enfants de troupe et on constatera sans doute une fréquence plus considérable des affections propres à l'enfance: croup, diphthérie, coqueluche, sans être néanmoins autorisé à considérer l'installation des casernes comme plus favorable qu'auparavant à la genèse de ces maladies; 4° Si l'armée française a été considérée comme particulièrement sujette à la fièvre typhoïde, cette opinion indique la lenteur de la diffusion des découvertes de l'Ecole de Paris qui, la première, en a démontré les caractères anatomiques et cliniques; 5° La multiplicité des influences typhogènes, leur accumulation dans les épidémies à évolution rapide et à mortalité considérable, leur dissociation et leur atténuation dans les régiments soustraits au milieu morbifique, semblent indiquer que la cause de la maladie est elle-même inconstante, décomposable et ne se résume point en un agent unique préformé, offrant les attributs des causes exclusives et spécifiques; — 6° L'immunité relative des armées en campagne démontre que l'extrême réceptivité du soldat ne suffit pas à la création spontanée de la maladie, dont certaines émanations morbifiques, résumées dans l'atmosphère des grandes villes, paraissent la cause la plus efficace; — 7° Les résultats obtenus dans l'armée par l'évacuation des foyers épidémiques, pourraient devenir le point de départ de mesures analogues pour la population civile.

M. GUÉNIOT lit un travail sur un procédé de version applicable aux cas difficiles, procédé que l'auteur désigne sous le nom de procédé ano-pelvien. D'après M. Guéniot, il ne manque pas de circonstances où l'accoucheur, quoique pénétré des difficultés et des dangers que présentera la version, se voit cependant contraint de recourir à cette opération. Le cas le plus commun, sans aucun doute, est celui d'une présentation du tronc avec complication de tétanos utérin, lorsque la décolomie(?) et l'éviscération du fœtus ont été jugées impraticables ou reconnues inefficaces. Ce procédé ano-pelvien consiste: 1° A s'aider du poids du corps pour faire pénétrer la main sans fatigue, jusque vers le fond de la cavité utérine; — 2° à prendre, comme point d'appui, pour les tractions à exercer sur le fœtus, l'arcade pubienne ou la pointe sacro-coccygienne, à l'aide d'un doigt courbé en crochet dans le rectum; — 3° enfin, à suivre, quant au reste de la manœuvre, les règles ordinaires de la version podalique.

Les avantages du procédé ano-pelvien peuvent se résumer ainsi: 1° Le bassin du fœtus est généralement plus facile à trouver que les pieds; — 2° La prise que fournit au doigt l'arcade pubienne ou la pointe du sacrum est des plus solides et ne prête en rien au glissement; — 3° Les tractions étant directes, la force du périnée se trouve entièrement utilisée; — 4° Quel que soit le sens des tractions, vers la région dorsale ou abdominale du fœtus, l'évolution de ce dernier peut être effectuée; — 5° Enfin, lorsque par le procédé podalique, l'opérateur a échoué, le procédé ano-pelvien lui permet encore de mener à bien la version commencée. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 18 Mai 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

13. Hydrocèle enkystée de l'épididyme; par GAILLARD, interne provisoire.

Dubois, 71 ans, est admis le 5 janvier 1877 à l'infirmerie de Bicêtre (service de M. Terrier). Il se plaint d'un gonflement récent du testicule et de douleurs assez vives. Les bourses présentent une légère rougeur. On trouve au-dessus du testicule droit une tumeur d'un volume égal à celui de la glande, et paraissant dépendre de l'épididyme. Le malade meurt après 15 jours d'une affection pulmonaire.

A l'autopsie nous constatons la présence d'un kyste du volume d'une noix, surmontant le testicule droit, intimement adhérent à l'épididyme. Il est situé en dehors de la séreuse vaginale qui contribue à former sa paroi; il refoule en arrière le canal déférent dont il est séparé par son enveloppe celluleuse très-mince. En l'incisant, on voit s'écouler un liquide séreux sans traces de spermatozoïdes. Il ne s'agit ici ni d'une hydrocèle vaginale vulgaire, ni d'un kyste de l'épididyme, mais bien d'une hydrocèle enkystée de l'épididyme comme l'a décrite Curling. L'épididyme a conservé ses rapports normaux avec la glande et sa parfaite intégrité. La tumeur existait probablement depuis longtemps sans avoir attiré l'attention du malade avant la poussée inflammatoire dont nous avons été témoin. Du côté gauche, il existe une hydrocèle de même nature mais beaucoup moins développée.

15. Pneumonie caséeuse du poumon droit; par Charles MAYGRIER, interne des hôpitaux.

Sartorré Augustin, mouleur sur cuivre, âgé de 22 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Mesnet, le 27 avril. Pas d'antécédents héréditaires. Jamais d'hémoptysie. Il s'était toujours bien porté, lorsque, il y a environ un mois et demi, à la suite d'un refroidissement brusque, il fut pris d'extinction de voix et de toux, sans point de côté ni frisson bien nets. Le malade crut à un simple rhume et continua son travail, mais peu à peu ses forces diminuèrent, il maigrit notablement et eut d'abondantes sueurs nocturnes. La fièvre s'alluma, l'anorexie devint complète, et il fut obligé de s'aliter douze jours avant son entrée à l'hôpital.

27 avril, jour de l'entrée. Le malade est couvert de sueur, le facies pâle et déprimé; il ne répond que difficilement aux questions qui lui sont adressées, la voix est très-enrouée, la respiration courte et embarrassée. Le crachoir contient une expectoration visqueuse, adhérente, assez aérée, d'un blanc verdâtre et striée de sang. A la percussion, pas de matité appréciable, sinon un peu de diminution du son en arrière et à gauche. A l'auscultation, râles sibilants disséminés dans le poumon droit. A gauche, craquements humides uniformément répandus dans tout le poumon. Un peu de frottement à la base. — Pas de signes de ramollissement ni d'excavations dans les sommets.

On diagnostique une tuberculose à marche rapide.

Le 28, même état. Température { M. 39°,8. / S. 40°,1.

Les jours suivants, la fièvre persiste (1), avec le même état général. Toujours même expectoration. Les signes physiques vont s'accentuant de plus en plus dans le poumon droit. Les craquements humides des premiers jours ont fait place à de gros râles muqueux, mais jamais de souffle, ni de râles crépitants. — On assiste pour ainsi dire à la fonte rapide du parenchyme pulmonaire, surtout au sommet, où l'on entend à la fin du gargouillement.

L'auscultation dénote aussi des râles humides, mais beaucoup moins abondants et plus fins dans le poumon gauche. Le malade se cachectise de plus en plus; sa voix s'éteint, la dyspnée devient considérable et il succombe le 14 mai.

A L'AUTOPSIE, on trouve le poumon droit emphysémateux et très-congestionné, laissant échapper à la coupe une grande quantité de sérosité spumeuse et sanguinolente: dans les parties moyennes, quelques îlots de pneumonie caséeuse lobulaire très-disséminés, mais nulle part de destruction: rien au sommet. — *Le poumon gauche est très-lourd*; il pèse deux fois et demi plus que le droit. A la coupe, le tissu présente un aspect granité, dû à de *la pneumonie caséeuse généralisée*; il ne surnage pas dans l'eau. Au sommet, on constate un ramollissement notable, avec des excavations de formation récente, remplies de détritus et d'une sorte de bouillie due à la désagrégation des produits caséeux.—Une excavation plus grande

(1) La courbe thermique complète est déposée dans l'album de la Société.

occupe la partie antérieure du sommet. — Les autres organes sont absolument sains.

16. Anévrysme de l'aorte abdominale; par F. Balzer, interne des hôpitaux.

Lem..., âgé de 40 ans, homme de peine, entre le 2 janvier, 1877, au n° 24, de la salle Sainte-Geneviève, dans le service de M. Lépine (hôpital Temporaire). Il se plaint surtout d'une douleur très-vive qu'il ressent dans la région lombaire et qui s'irradie dans le côté gauche. Il est faible et amaigri : la face est pâle et exprime la souffrance et le découragement. Il raconte que, depuis 1870, il est sujet à des étouffements et à de l'oppression, à l'occasion des efforts. Mais c'est seulement depuis un an, qu'il souffre de battements de cœur de plus en plus intenses. Il a été traité, l'année dernière au Havre pour cette affection et prétend avoir été soulagé par les bains de mer. Il est assez fortement constitué, n'a jamais eu de rhumatisme; il a eu seulement la variole au Mexique, en 1863. Antécédents alcooliques.

Le pouls est petit, régulier; le tracé sphygmographique montre que les artères sont très-athéromateuses. Il existe une voussure considérable à la région précordiale, avec frémissement à la palpation. La pointe du cœur bat dans le septième espace intercostal. A l'auscultation, on entend au premier temps et à la base un bruit de souffle râpeux, très-fort, dont le maximum est au niveau de l'orifice aortique, mais qui diffuse en même temps dans toute l'étendue du sternum. Le claquement des valvules sigmoïdes qui succède à ce bruit de souffle est très-net.

Les vaisseaux présentent une impulsion très-forte à la base du cou. Rien de particulier aux artères crurales : pas de retard sensible au doigt. L'appétit est normal et les fonctions digestives s'accomplissent bien. Rien d'anormal dans l'urine.

On applique, le jour de son entrée, un grand vésicatoire sur le côté gauche qui paraît le principal siége des douleurs déjà mentionnées et qui se font sentir en même temps dans les lombes, et, en avant, dans la région épigastrique. Ces douleurs sont assez intenses pour gêner les mouvements et rendre la marche très-difficile et même impossible.

Le 18 *janvier*, application des pointes de feu à la région lombaire. Le malade dit qu'il ressent des douleurs assez vives dans l'œsophage et l'estomac, au moment de la déglutition.

9 *avril*. — Malgré les injections sous-cutanées de morphine le malade n'a pas cessé de souffrir un seul jour dans les reins et le côté gauche, et il a de la peine à rester longtemps dans le décubitus dorsal. Appétit normal, mais dyspepsie douloureuse après le repas. Les bruits du cœur ne sont pas modifiés; mais, en examinant la région lombaire, on trouve au niveau des dernières côtes une voussure considérable à gauche, avec matité complète. Cette région n'est le siége d'aucun battement, et lorsqu'on applique l'oreille, on ne trouve que les bruits de l'aorte renforcés. On prescrit 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

16 *avril*. En appliquant la main sur la région tuméfiée, on perçoit, pour la première fois, des battements très-nets. Avec le stéthoscope, on trouve à ce niveau et à plusieurs centimètres en dehors les deux bruits aortiques, le souffle et surtout le bruit de claquement. Le souffle semble être prolongé dans la direction de l'aorte.

21. — On est surpris de trouver aujourd'hui le pouls très-mou, bien que l'impulsion cardiaque continue à être aussi énergique; il est à 88.

26. — On trouve sur l'omoplate gauche, une artère sous-cutanée, sinueuse, à peu près du volume de la radiale. Mêmes battements facilement perçus à la palpation, au niveau de la région dorso-lombaire. Le pouls est à 100, toujours très-mou; synchronisme entre la radiale et la crurale. En avant, la tumeur soulève le foie qui forme une masse arrondie et saillante à la région épigastrique, et qui remonte vers la poitrine au moment du choc de la pointe du cœur.

2 *mai*. — On supprime l'iodure de potassium à cause des coliques que le malade éprouve depuis quelque temps. Les douleurs lombaires et intercostales qui avaient un peu diminué, ont repris avec une nouvelle intensité. Dysurie depuis quelques jours. La déformation de la colonne vertébrale qui était à peine appréciable, au moment de l'entrée, est maintenant très-marquée; ce qui la caractérise, c'est la disparition de la courbure dorso-lombaire. La colonne vertébrale forme maintenant une tige presque absolument droite. Ses mouvements sont nuls ou très-limités, à cause des douleurs.

Le malade peut encore marcher, mais avec difficulté, courbé en deux, et appuyé sur un bâton. Pas de signes de cachexie, mais la faiblesse et le dépérissement augmentent rapidement. Il dort peu, malgré le chloral, le bromure de potassium qui ont été successivement prescrits, malgré les injections de morphine qui sont faites deux fois par jour.

16 *mai*. — Depuis deux ou trois jours, il pâlit et s'affaiblit rapidement. L'appétit a complétement disparu. Le pouls est à 108, très-faible. Les pupilles sont un peu contractées. Depuis quelque temps on lui fait trois injections de morphine par jour. Pas de selle depuis 5 jours. On prescrit un lavement de séné et de sulfate de soude. Ce lavement, donné à la fin de la visite, amène une débâcle considérable; mais au moment où l'on retire le bassin, le malade devient tout à coup d'une extrême pâleur, ses mains se refroidissent, le front se couvre de sueur, il meurt en quelques instants.

Autopsie. — Après l'ouverture du cadavre, on trouve tous les organes refoulés en avant par un vaste anévrysme de l'aorte thoracique et abdominale. Il n'existe pas d'infiltration; on trouve à peine une demi-litre de sérosité claire dans le péritoine.

La rate est saine; le foie présente son volume normal et est très-légèrement gras. Le rein droit est normal sur la coupe; la capsule fibreuse est un peu adhérente. L'estomac et l'intestin sont normaux. Les poumons sont sains, mais il existe une adhérence très-solide entre le lobe inférieur du poumon gauche et la paroi de l'anévrysme, dans le voisinage de la colonne vertébrale.

Le cœur a son volume normal : plaque laiteuse de six centimètres sur son bord droit. Le cœur droit est vide de sang; la valvule tricuspide est un peu indurée. La valvule mitrale est saine. L'orifice aortique laisse facilement passer le pouce; les valvules sigmoïdes ont leur souplesse normale, l'une d'elles est fenêtrée. A l'origine de l'aorte, la tunique interne est épaissie et présente un aspect gélatineux.

L'anévrysme commence à un travers de doigt au-dessous de la bronche gauche, presque immédiatement au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche. La portion de l'aorte située au-dessus présente son diamètre normal. La bronche gauche est un peu repoussée en bas. L'anévrysme semble comprimer l'œsophage. Vu par sa face antérieure, il présente assez bien la forme d'une énorme poire à petite extrémité dirigée en haut : son volume est presque égal à celui d'une tête d'adulte. Ses faces antérieure et latérales sont lisses et recouvertes par la plèvre dans une grande partie de leur étendue. Mais il existe aussi des adhérences indestructibles avec le lobe inférieur du poumon gauche, les ganglions mésentériques, la capsule surrénale gauche et surtout les piliers du diaphragme qui recouvrent la tumeur et renforcent sa paroi. A sa partie inférieure, l'anévrysme se termine presque brusquement au-dessous des artères rénales, et l'aorte reprend son calibre normal.

La paroi postérieure de l'anévrysme est constituée uniquement par la colonne vertébrale et la partie postérieure des côtes gauches, sauf un pont d'une étendue de trois à quatre centimètres au niveau de la troisième vertèbre dorsale. Les six dernières vertèbres dorsales sont profondément rongées, surtout dans leur moitié gauche.

L'érosion est surtout profonde au niveau des corps vertébraux qui sont anfractueux et déchiquetés : les disques sont aussi atteints, mais moins profondément et leurs bords proéminent au-dessus des excavations des corps des vertèbres. Les côtes gauches correspondantes sont également érodées à leur face interne depuis la tête jusqu'au niveau de l'angle. La onzième est complètement détachée à son insertion vertébrale. La deuxième et surtout la troisième vertèbre dorsale sont également excavées sur leur face antéro-latérale gauche;

mais la perte de substance n'a pas les caractères que nous avons signalés pour les vertèbres inférieures; au lieu d'être anfractueuse et en contact direct avec le contenu de l'anévrysme, elle est lisse et recouverte par un tissu cellulaire qui l'unit à la paroi du vaisseau.

En examinant la face interne de la paroi de l'anévrysme, on trouve celle-ci incrustée de plaques calcaires dans une grande partie de son étendue. Il existe, en réalité, deux poches anévrysmales séparées l'une de l'autre par un repli circulaire, en forme de valvule, situé environ 7 centimètres au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche. Ce repli valvulaire, qui a plus d'un centimètre de largeur, est rigide, incrusté de plaques calcaires, et rétrécit le calibre de l'artère au point de permettre à peine au doigt de passer. Il est évidemment formé par l'adossement des tuniques artérielles,car en détruisant les brides fibreuses situées à ce niveau à la face interne et en exerçant des tractions, on arrive à faire disparaître ce repli et à mettre au même niveau la paroi des deux sacs. Le sac supérieur, beaucoup plus petit et plus étroit que l'inférieur ne renferme que des caillots *post mortem*: il n'est constitué que par les tuniques de l'aorte dilatée. La poche inférieure est énorme et remplie de caillots anciens et stratifiés: au contre, les caillots sont encore noirs, couverts à la surface de stries blanchâtres régulières qui se continuent dans leur épaisseur. Très-adhérents aux parties supérieures et inférieures du sac, les caillots paraissent vers le milieu s'être posés en contact direct avec la paroi, et s'en détachent facilement. Au-dessous de l'anévrysme, l'aorte a son calibre normal; elle est athéromateuse; sa tunique interne fait un relief saillant à l'endroit où se termine la poche.

La rupture de celle-ci a eu lieu à la partie inférieure et à gauche, dans le voisinage de la colonne vertébrale, probablement par suite de la destruction des adhérences qui unissaient le sac aux os. Le sang s'est épanché dans le flanc gauche sous les intestins et le péritoine; il a fusé dans la fosse iliaque et de là sous le péritoine qui tapisse la paroi de l'abdomen jusque sous les muscles grands droits: il est enfin descendu le long de l'S iliaque jusque dans le petit bassin. Les caillots sont infiltrés dans le tissu cellulaire retro-péritonéal, dans l'enveloppe celluleuse du rein gauche qui est comprimé et anémié. On peut estimer à plus d'un litre la quantité de sang épanché.

Réflexions. — L'existence de l'anévrysme n'a été constatée qu'un mois environ avant la mort et les signes physiques ont toujours été très-incomplets, aussi bien que les signes présomptifs. Parmi ces derniers, ce sont les douleurs lombaires et intercostales qui ont attiré principalement l'attention au début. Dans une leçon clinique faite au mois de Janvier à l'hôpital Temporaire, M. Lépine explique leur production par le développement d'un anévrysme de l'aorte abdominale, malgré l'obscurité ou l'absence complète des signes physiques. Le bruit de souffle qu'on entendait le long de la colonne vertébrale semblait le prolongement de celui de la base du cœur, lequel, à cause de ses caractères et de la précision de son siége ne pouvait être expliqué que par un rétrécissement aortique. Cette lésion n'existait pas: l'autopsie a montré que le souffle râpeux et prolongé de la base, tenait au repli valvulaire que nous avons signalé à la partie supérieure de l'anévrysme, et qui était situé précisément à la hauteur de la base du cœur. Selon toute vraisemblance, la formation de ce repli peut être attribuée au refoulement progressif des tuniques de l'aorte au-dessus et au-dessous d'un segment de ce vaisseau resté sain.

Séance du 25 mai 1877. — Présidence de M. Charcot.

17. Végétations siégeant à l'orifice et dans la cavité de l'artère pulmonaire; par Paul Boncour.

Le nommé Cucunière, sculpteur, 21 ans, est entré le 5 mai 1877, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Lazare, lit n° 1, service de M. Beaumetz. Ce malade entre à l'hôpital, dans une faiblesse extrême, se plaignant principalement de palpitations vives. Il a encore son père qui est bien portant; sa mère est morte à l'âge de 45 ans, d'épuisement, dit-il, après avoir eu 15 enfants. Il a un frère qui a 29 ans et qui est malade de la poitrine; trois autres se portent bien.

Ce malade n'a jamais eu aucune maladie dans son enfance; mais il n'a jamais été d'une santé bien robuste. Cependant, dit-il, jusqu'au jour où il est tombé malade, il était *frais* et *rose* et ne se plaignait de rien, si ce n'est de quelques palpitations de temps en temps. Porté aux plaisirs sexuels, il en abusait et faisait aussi assez souvent des excès de boissons. Il raconte qu'il y a trois mois, il est tombé malade dans les circonstances suivantes: Un dimanche après une partie de plaisir dans laquelle il se livra à ses excès habituels, il reçut en rentrant chez lui une pluie battante. Le lendemain il fut pris de frissons, de fièvre, et de vomissements; le jour suivant, il y eut un peu d'amélioration, car il put reprendre son travail; cependant il conservait une céphalalgie persistante et un malaise général. Il resta trois jours dans cet état. Le quatrième jour, douleurs très-grandes dans la poitrine, douleurs constrictives, palpitations facilement augmentées, et respiration pénible et douloureuse. En même temps une pâleur considérable envahit sa figure et remplaça les couleurs qu'il disait avoir. A la consultation de Saint-Antoine où il vint d'abord, on lui dit qu'il avait des palpitations, et on lui prescrivit un vésicatoire et de la teinture de digitale. Il éprouva un grand soulagement du vésicatoire. Durant une semaine, il alla assez bien, puis il fut repris de douleurs vives dans la poitrine, et surtout du côté droit; en même temps gêne respiratoire et fièvre.

Il revient de nouveau à la consultation; on lui trouve un bruit de souffle au cœur: vin de quinquina, pilules de Vallet, aucun soulagement. Alors il s'amaigrit de plus en plus, perdit ses forces, suspendit son travail et fut forcé de garder la chambre assis dans un fauteuil. A cette époque, il n'avait pas d'œdème des extrémités. Pendant quinze jours, le malade resta dans cet état éprouvant par instant des picotements et des douleurs dans la poitrine; enfin sa faiblesse augmentant il fut obligé de garder le lit. Un médecin appelé lui prescrivit tour à tour de la teinture de digitale, un vésicatoire, du bromure de potassium, du vin de quinquina et du sirop d'iodure de fer. Depuis lors, il garda presque toujours le lit, étant dans une faiblesse extrême, ses jambes enflant quand il se levait, et avec cela une céphalalgie continuelle.

Etat actuel. 5 *mai* 1877. — Il est petit, complétement imberbe. Sa figure est d'une pâleur extrême; il porte tous les signes d'une anémie profonde: les conjonctives, les lèvres, les gencives sont complétement décolorées. En même temps on constate facilement la bouffissure du visage. Toute la surface de son corps est également pâle; il est très-amaigri. Les bourses sont œdématiées, ainsi que les jambes. Mais c'est un œdème de moyenne intensité. Sa faiblesse est très-grande, la marche impossible. Il accuse des douleurs dans les mollets, douleurs se manifestant surtout à la pression de ces parties.

Il manque absolument d'appétit, quelquefois il a des vomissements alimentaires, et depuis trois jours il a de la diarrhée.

La percussion du foie fait constater que cet organe dépasse un peu les fausses côtes. Le malade ne se plaint pas de céphalalgie: mais il a des bourdonnements d'oreille très-forts, au point qu'il entend un peu dur. L'auscultation des poumons ne présente rien de particulier.

La peau n'est pas chaude. Le pouls est fréquent, sans être fort ni irrégulier. La pointe du cœur bat dans le 5e espace intercostal et sur la ligne mamelonnaire. La paroi thoracique est soulevée manifestement par des battements. On constate aussi des soulèvements au niveau des carotides à droite et à gauche, ainsi qu'au niveau de la fourchette du sternum. A la main il est facile de percevoir un frémissement vibratoire manifeste à la région précordiale. La percussion est douloureuse.

A l'auscultation, on perçoit bien que les bruits du cœur sont soufflants et un peu rudes; mais il est assez difficile de préciser à quel temps se trouve le souffle le plus fort. Cependant il paraît être au 1er temps, s'entendant surtout à la base du cœur, derrière le sternum se propageant à sa gauche, ne s'entendant point à la droite, ni à la pointe du cœur. Si on ausculte les vaisseaux de la région cervicale, on entend bien les bruits du cœur, mais les souffles ne s'y font point entendre.

Les urines sont rares, de 4 à 500 gr.; elles sont d'un rouge

noirâtre, contiennent des globules rouges altérés en grande quantité; si on les filtre et si on les traite par l'acide nitrique ou la chaleur on constate qu'elles contiennent de l'albumine. Vu l'état d'anémie et de faiblesse dans lequel se trouve le malade, on lui donne un traitement tonique. Le 6 et le 7 mai le malade ne présente rien de particulier; les urines ne dépassent pas 800 gr. et contiennent toujours du sang et de l'albumine.

8 *mai*. Le malade a vomi, il a de la diarrhée; ne pouvant supporter l'extrait de quinquina, le vin et la viande crue, on lui supprime cette médication pour le mettre au régime lacté.

9 *mai*. Urine 600 gr. sang et albumine. Le malade n'a pas de troubles de la vue, mais il a une surdité presque complète.

10 *mai*. Urine 430 gr. présentant toujours la même coloration, contenant toujours du sang et de l'albumine.

11 *mai*. Urine 350 gr. odeur ammoniacale. Le malade se plaint de douleurs à la région stomacale; la pression sur le reste du ventre est également douloureuse.

13 *mai*. Urine 420 gr. odeur ammoniacale sang et albumine.

14. Urine 400 gr. au fond on trouve un dépôt blanchâtre, pulvérulent, formant une petite couche, odeur ammoniacale prononcée.

15. A peine 200 gr. d'urine. — Au soir le malade a une fièvre vive. La figure, qui est très-pâle ordinairement, est animée et rose. La pression y est douloureuse.

16. Au matin. La fièvre est encore assez vive. La face est tuméfiée; mais elle n'est plus rouge. Sur le nez la peau est tendue, luisante et douloureuse. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés et douloureux; gêne de la déglutition. Cet état nous présente tous les caractères de l'érysipèle, moins la rougeur. Urine 123 gr.

17. La figure offre le même aspect; la peau est un peu moins tendue. Le malade est très-oppressé.

Le pouls est petit, inégal; il y a un œdème léger des membres. Le reste du corps est douloureux au moindre mouvement. Le malade n'a pas uriné depuis hier matin. La respiration a une odeur ammoniacale. L'abdomen est très-douloureux, surtout à la région vésicale. Pas de céphalalgie. T. 36,°7. — Pour faciliter les sueurs, on lui injecte 2 centigr. de pylocarpine. Immédiatement après l'injection le malade est pris de délire. Les sueurs n'apparaissent pas. Mort à 2 heures de l'après-midi.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité thoracique, on constate dans les cavités pleurales une certaine quantité d'un liquide citrin et transparent. Du côté gauche, le lobe supérieur du poumon, au niveau de la partie moyenne de son bord inférieur, est adhérent par une sorte de pédicule court et petit.

Du côté droit on trouve aussi quelques petites adhérences.

A la coupe on trouve les poumons sains, mais pâles. Au niveau des adhérences constatées sur le poumon gauche nous trouvons deux infarctus, gros comme une petite olive, l'un blanchâtre et dur, l'autre ramolli.

A l'ouverture du péricarde, il s'écoule une certaine quantité d'un liquide citrin et transparent. Le cœur présente un volume à peu près normal. Les cavités gauches ne présentent pas trace de caillots. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont saines. La face interne de l'aorte présente immédiatement au-dessus des valvules quelques traînées jaunâtres, indice d'un commencement d'athérome. Il n'y a rien à la valvule mitrale. Les cavités droites sont également exsangues. Mais à l'ouverture de l'artère pulmonaire nous trouvons au niveau des valvules sigmoïdes une série de végétations dont les caractères sont les suivants. Elles sont jaunâtres, d'une consistance assez ferme. Il y en a quatre. On en trouve une située en aval de l'orifice pulmonaire, du volume d'une petite noix, adhérente à la partie antérieure de cette artère. Ces adhérences sont si faibles que dans un très-léger mouvement de traction elle s'enlève immédiatement. Elle adhérait par une surface assez large. A la coupe de cette végétation nous trouvons qu'elle est un peu ramollie à son centre.

Les autres sont situées sur les valvules. La valvule située sur la paroi de l'artère adhérente à l'aorte en porte une du volume d'un grain de groseille et fixée au milieu du bord libre. Le reste de la valvule ne semble pas altéré. La valvule voisine en porte une autre grosse comme une olive insérée sur le bord libre et la face antérieure sur laquelle elle fait saillie. Enfin la troisième valvule porte une dernière végétation du volume de la deuxième mais étendue sur une surface plus grande.

L'artère pulmonaire au niveau de son infundibulum ne présente rien de particulier. Les parois du ventricule gauche semblent un peu hypertrophiées; celles du ventricule droit ne le sont pas; mais sa cavité paraît agrandie. A la valvule tricuspide on ne trouve rien à noter.

La cavité péritonéale contient une certaine quantité d'un liquide citrin et transparent. Les deux reins sont volumineux, d'une consistance molle et d'une coloration pâle. La capsule se détache facilement. A la coupe on trouve une décoloration de la substance corticale. Cette substance est jaunâtre, granuleuse et augmentée de volume. Les pyramides de Malpighi paraissent saines. Le foie est volumineux et gras. La *rate* est grosse et diffluente. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume avec une consistance normale et une coloration pâle. Pas d'ulcération dans le tube digestif.

Le cerveau n'a pu être examiné.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 *octobre* 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Guéniot lit une observation de M. Lisé (du Mans), relative à un cas de dystocie dans lequel l'éviscération partielle a pu remplacer avec avantage la céphalotripsie. — M. Guéniot, à la suite de cette lecture, fait remarquer que l'on a tort de regarder la version comme *impossible* dans les cas de tétanos utérin et, surtout après l'administration de l'ergot de seigle. En effet, la main peut toujours passer; si bien que lorsque le médecin, désirant pratiquer la section du cou, ne peut pas arriver jusqu'à cette région, il a toujours la ressource de faire la version. La version, en pareil cas, offre certainement des dangers; mais enfin on peut la faire.

M. Després communique à la Société un cas d'abcès osseux siégeant dans la diaphyse du tibia, et guéri par la trépanation. Il s'agit d'un homme de 26 ans qui eut vers l'âge de 17 ans une fracture de la jambe. Deux ans après cette fracture, cet homme eut un abcès sous-périostique de la partie inférieure de la même jambe. Cet accident guérit au bout de quelque temps, sans élimination de séquestres ou de parcelles osseuses. Mais, à partir de cette époque, la jambe a progressivement augmenté de volume, et elle est devenue très-douloureuse. Aujourd'hui elle affecte une forme régulière de *fuseau*, et au niveau de la partie moyenne du tibia, vers le point le plus saillant, les douleurs sont extrêmement vives. M. Després diagnostiqua un abcès osseux; il appliqua une couronne de trépan sur le point le plus sensible, et tomba juste sur un abcès à peu près gros comme une noisette. Cet abcès s'était développé loin du canal médullaire, il était tapissé par une membrane médullaire; il s'agissait donc bien d'un abcès osseux, tel que Nélaton l'a décrit. Or, on admet deux modes pathogéniques de développement des abcès osseux. Certains chirurgiens les considèrent comme provenant de nécroses centrales des os où le séquestre s'est peu à peu résorbé. D'autres les font dériver d'une ostéite interstitielle avec suppuration d'une portion de l'os, et résorption analogue à celle de la carie. N'est-il pas possible de proposer une 3e théorie? Il s'agissait ici d'un jeune homme qui avait eu une fracture à un âge où les os se développent encore. Le gonflement progressif et uniforme du tibia a pu être en somme l'extension du travail du col. Il se serait passé là quelque chose d'identique aux phénomènes ordinaires de l'ostéite condensante. Par le fait de cette ostéite condensante, un certain nombre de canaux de Havers ont été certainement oblitérés, et la rétention du sang dans un de ces canalicules dilatés a pu être le point de départ d'une suppuration ultérieure, analogue à la suppuration de tous les foyers hématiques.

M. Houel. Il y a trois formes d'abcès osseux : 1° Les grands abcès des épiphyses, qui peut-être ne sont que des tubercules ramollis; 2° les abcès du canal médullaire; 3° enfin une troisième variété à laquelle me semble se rapporter le cas de M. Després. Dans cette forme, l'os est uniformément gonflé

sur une de ses faces, et le foyer purulent est pourtant très-limité. Si l'abcès dont parle M. Després était gros comme une noisette, c'est déjà beaucoup. Mais voici comment on interprète la formation de ces abcès. Ils résulteraient d'une périostite dans laquelle un petit foyer purulent s'enkysterait derrière une couche nouvelle de tissu osseux formé aux dépens du périoste, de telle sorte qu'en réalité ces abcès se développeraient primitivement en dehors de l'os, et que la couche à travers laquelle on pratique la trépanation ne serait pas de tissu osseux primitif, mais d'un tissu osseux inflammatoire.

M. Guéniot lit une observation intéressante de « sclérème des grandes lèvres chez une petite fille de 10 jours. » Cette observation présente une grande analogie avec un cas relatif à un engorgement de la mamelle, communiqué par M. Ledentu en 1874.

A la suite d'un vaste abcès occupant la région lombo-sacrée, la petite fille dont parle M. Guéniot eut à la grande lèvre gauche une tuméfaction considérable, rénitente, mais où il était impossible de reconnaître les caractères d'un abcès. Puis, tout se dissipa, et l'autre lèvre se prit à son tour. De ce côté, il n'y eut pas non plus de suppuration et la guérison s'effectua spontanément. Quelques jours après, les membres inférieurs se couvrirent de plaques rouges avec induration, tension des téguments; c'était, à s'y méprendre, un commencement de phlegmon diffus. — Cet enfant succomba. — A l'autopsie, nulle trace de suppuration; absolument rien aux grandes lèvres, et dans le membre qui était le siége du prétendu phlegmon diffus, il n'y avait que de la sérosité sanguinolente. — Dans les os, les ganglions, les viscères, sauf les poumons, tout était normal. Mais il existait une atélectasie pulmonaire extrêmement intense des deux côtés. En résumé, affection congestive, fluxionnaire, à laquelle l'atélectasie n'est *peut-être* pas étrangère; mais en tout cas intéressante par l'analogie qu'elle présente avec cette variété d'engorgement de la mamelle dont a parlé M. Ledentu. E. B.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 mai 1877. — PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

A l'occasion du rapport sur les maladies régnantes, M. Vallin appelle l'attention sur un point de *l'étiologie de la fièvre typhoïde*. Un jeune médecin militaire, M. Longuet, a recherché s'il existe un rapport entre la fréquence des fièvres typhoïdes et l'étendue des oscillations de la ligne des pluies, et il a trouvé que la fièvre typhoïde était d'autant plus fréquente et d'autant plus grave dans l'espace d'une année, que les alternatives de pluie et de sécheresse de cette même année, avaient été plus considérables.

La série des années ne présente pas toujours une concordance parfaite entre les chiffres des décès et les longueurs du tracé pluvial, mais il ne faut pas oublier qu'il ne s'agit là que d'une cause prédisposante, et que nombre d'autres conditions doivent être invoquées dans l'étiologie encore obscure de la fièvre typhoïde.

M. Straus communique une observation de *pleurésie* franche, abondante, survenue chez une femme de 72 ans, antérieurement bien portante, pleurésie guérie par la thoracentèse. M. Straus fait remarquer que la pleurésie est rare chez les vieillards, et est considérée par la plupart des auteurs comme très-grave à cet âge. La thoracentèse lui a paru avoir amené la guérison plus rapidement que ne l'aurait fait tout autre moyen. — Cette observation est l'occasion d'une discussion dans laquelle sont développés plusieurs points de l'histoire de la pleurésie

M. Moutard-Martin a rencontré assez souvent la pleurésie chez les vieillards, et l'a vu généralement se terminer d'une façon rapide, à la suite du traitement médical, ou après la thoracentèse. La même opinion est exprimée par M. Féréol, et M. Laboulbène.

M. Moutard-Martin dit, à la même occasion, qu'il a cru remarquer que, dans ces derniers temps, les pleurésies traitées par la thoracentèse guérissaient moins rapidement et que souvent le liquide se reproduisait.

MM. Féréol, Blachez, Millard, Bucquoy, Gérin-Roze, Guyot, Desnos, etc., ont vu au contraire les pleurésies guéries assez rapidement, et sans complication. Il en a aussi été de même dans certains cas d'épanchement pleuraux fortement colorés par du sang ou formés par du sang presque pur, et observés chez des cardiaques où indépendamment de cette circonstance, MM. Blachez et Guyot ont vu également des hydro-pneumothorax traités par la ponction guérir au moins d'une façon transitoire.

M. Straus ayant dit qu'il avait donné de la digitale dans le but de favoriser la diurèse, M. Millard ajoute que dans les cas de pleurésie et surtout de pleurésie gauche, il préfère ne pas donner la digitale, en raison des effets de cette substance sur le cœur. M. Gérin-Roze a, dans des cas analogues à celui de M. Straus, donné la digitale, et n'a jamais constaté d'accidents cardiaques. M. Féréol et M. Hérard n'ont pas non plus observé d'accidents, mais ils n'ont guère obtenu de diurèse marquée, ainsi que cela se voit dans les affections cardiaques.

M. Dujardin-Beaumetz présente un exemple d'*endocardite végétante des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire*. Ce fait a été observé chez un jeune homme de 27 ans, se disant malade depuis 3 mois. Il était très-anémique, se plaignait de palpitations, et avait eu des hématuries; les urines étaient rares et franchement albumineuses. L'auscultation du cœur révélait un souffle râpeux, analogue au bruit du diable, ayant son maximum d'intensité derrière le sternum, au voisinage du 3e espace intercostal droit, — le diagnostic avait été: néphrite albumineuse avec urémie. — Le malade succomba à des accidents urémiques. Les reins présentaient les lésions décrites sous le nom de gros rein blanc. Mais les lésions les plus intéressantes occupaient le cœur dont le volume était tout au plus un peu augmenté au niveau du ventricule gauche. Les valvules mitrale et tricuspide et les valvules sigmoïdes de l'aorte étaient parfaitement saines; mais sur les sigmoïdes de l'artère pulmonaire, on trouvait des végétations blanchâtres d'un volume assez considérable, atteignant celui d'une framboise en un point. En outre, l'artère pulmonaire était enflammée dans un point limité et présentait là une concrétion polypiforme. M. Beaumetz fait remarquer la rareté de cette lésion, et insiste sur l'absence des hémoptysies et des lésions tuberculeuses dont M. Constantin Paul a signalé l'existence dans les altérations de l'artère pulmonaire.

A. S.

BIBLIOGRAPHIE

Crémation ou Incinération des corps; par A. Cadet, ancien pharmacien, membre du Conseil municipal de Paris. G. Baillière, édit.

Nous applaudissons de tout cœur à la publication du livre de l'honorable conseiller municipal dont le nom figure en tête de cet article, et nous espérons que cette publication sera le point de départ d'une nouvelle campagne, dans laquelle il est bien nécessaire que s'engagent avec ardeur tous ceux qui veulent voir enfin résolues la question des cimetières, la question des autopsies, la question de l'assainissement des villes, et, pourquoi hésiterions-nous à le dire, la question des devoirs de la Société et des individus envers les morts.

Nous le sentons très-bien, si la plupart des journaux politiques — qui devraient diriger l'opinion et non la suivre — nous abandonnent dans une entreprise au succès de laquelle sont intéressées la science, l'hygiène publique, les familles, c'est qu'ils jugent probablement qu'il existe un courant d'opinion très-fort contre la crémation et qu'il serait vain de leur part de vouloir lutter contre ce courant. Ces journaux se trompent: Or, ce courant, à Paris, n'existe pas; c'est tout le contraire. Il s'agit donc de rallier l'opinion, de lui offrir l'occasion de s'exprimer avec force, et cette occasion lui sera offerte par les prochaines élections municipales. Quant à la province, nous croyons que si elle se montre, sauf dans quelques grandes villes, attachée au mode actuel d'inhumation des cadavres, c'est qu'elle ne voit dans la crémation qu'un retour au bûcher fumeux et infect de l'antiquité, et n'a aucune idée des conditions scientifiques et humanitaires, si profondément respectueuses de la vie et de la mort, qui constitueraient le nouveau mode de disposer des cadavres que nous voudrions voir adop-

ter. « La publicité, dit excellement M. Cadet, est le grand levier de la raison : je crois avoir raison en proposant la crémation; j'ai dû appeler la publicité à mon aide. Et maintenant, c'est à ceux qui seront convaincus, de prendre à leur tour la défense de l'intérêt de tous, qui est leur propre intérêt. » A l'usage de ceux qui voudront se livrer à cette propagande, M. Cadet a réuni dans son livre un véritable arsenal d'arguments, d'expériences, de preuves de toutes sortes. Malheureusement, la raison a bien peu de puissance contre les préjugés qui s'appuient sur de bons sentiments dévoyés, et les griefs imaginaires sont, comme les maladies du même genre, d'autant plus difficiles à déraciner, qu'ils sont imaginaires. Essayons cependant de nous attaquer à ces préjugés et de les combattre à notre tour par les armes du sentiment.

Quels sont, au point de vue du respect et de l'affection pour les personnes bien-aimées que nous avons le malheur de perdre, les avantages du mode actuel d'inhumation ?

Voilà le mort cloué dans sa bière, déposé dans la fosse, recouvert de terre. Sur lui le prêtre a dit ses prières ou les amis ont prononcé des discours et déposé des couronnes. Une pierre tombale rappelle ses vertus et les regrets de ceux qui lui survivent. Des mains pieuses ont planté autour de cette pierre des arbres et des fleurs. Pendant quelque temps ce lieu consacré sera l'objet d'un culte fidèle et tendre, et même, si le terrain appartient en concession perpétuelle à une famille riche, un caveau somptueux, que des mains mercenaires entretiendront, pourra s'y élever. Mais cela empêchera-t-il la destruction du cadavre déposé dans le sol? Non : la destruction sera plus lente que si le cadavre eût été incinéré, voilà tout. En revanche, combien elle sera plus horrible ! « Pouvez-vous, sans une douloureuse horreur, vous figurer ce corps ramolli, tuméfié, formant une bouillie fermentescible d'un jaune verdâtre et noirâtre, exhalant une odeur infecte ? Cette masse se boursoufle et paraît pour ainsi dire animée par les gaz qui tendent à s'en dégager. Ah ! s'écrie M. Cadet, si je pouvais faire assister à une exhumation, opération aussi dégoûtante que malsaine, les partisans de l'inhumation, et leur montrer telle qu'elle est en réalité cette pourriture, je ne craindrais point d'avancer que l'inhumation ne conserverait guère de défenseurs.» Quant aux produits liquides, solides ou animés de cette décomposition et à la façon dont ils font retour à la vie générale, au sein de laquelle ils sont absorbés par les plantes, les animaux et les hommes eux-mêmes, que souvent ils empoisonnent par l'intermédiaire de l'atmosphère et des eaux,ce sont là des aspects de la question qui sont trop bien traités par M. Cadet pour que nous ne renvoyions pas le lecteur à son livre. Mais de la tombe elle-même et du culte dont elle est l'objet, qu'advient-il? L'immense majorité des concessions dans les cimetières étant temporaires, bientôt le terrain est repris, la tombe fait place à une autre, et, de cette succession d'êtres chéris, pour lesquels l'amour ou l'amitié rêvaient un culte éternel, il ne reste qu'une terre imprégnée de matières organiques et de miasmes, un champ saturé de cette chose horrible : le gras des cadavres.

Et vous croyez que le poète Shelley n'avait pas mille fois raison de préférer à cette lente putréfaction la destruction par la flamme rapide et de recommander à ses amis de brûler son cadavre, ce qu'ils firent du reste?

Et vous croyez qu'elle avait tort cette jeune fille russe qui, se voyant mourir, supplia elle-même ses parents de livrer son corps aux flammes, ce qui fut fait, le 1er avril dernier, à Milan ?

Et vous croyez qu'il avait tort ce père, le docteur Opdyke, qui, à Philadelphie, a brûlé le corps de son fils dans un fourneau construit pour cette funèbre cérémonie ?

Ah! combien nous trouvons, au contraire, cette destruction rapide de ce qui, en définitive, doit être détruit et ne peut pas ne pas l'être ; combien nous trouvons cette destruction par le feu qui, dans notre pensée comme dans le fait, soustrait la forme aimée à la corruption, plus poétique, plus respectueuse, plus tendrement passionnée que cette horrible pourriture de la fosse et toutes ses dangereuses conséquences. « MM. Franck et Rudler, nous dit M. Level, dans un rapport fait par lui, sur cette question, au Conseil municipal, sont allés jusqu'à proposer, en 1857, comme le moyen le plus sain et le plus économique, de distiller le cadavre dans une cornue à gaz jusqu'à parfaite réduction en cendres et d'utiliser le gaz provenant de cette distillation pour l'éclairage ; et ils ajoutent : » Rendons à la nature les éléments constitutifs du corps humain, mais ne les profanons pas. Notre respect pour ceux que nous aimons, et qui s'élève à la hauteur d'un culte, répugne à cette profanation. »

Ce mot de profanation nous semble bien grave et un peu surprenant dans la bouche du savant docteur Level. En quoi la personne humaine sera-t-elle plus profanée parce que les éléments constituants du corps s'en iront en lumière que parce qu'ils se changeront en terreau qui plus tard fera croître des plantes dont nous nous servirons, ou en liquides impurs qui souilleront les sources qui se trouveront sur leur passage?

Ecoutez ceci : « Il est parfaitement certain que les sources sulfureuses qui existent sur plusieurs points de Paris, ne sont pas autre chose qu'un déliquium des cadavres, produit par l'infiltration des eaux pluviales à travers les cimetières. Ces eaux, d'une saveur fade et nauséabonde, d'une odeur cadavérique, sont chargées de sulfure de calcium, produit immédiat de la décomposition des corps. » Est-ce assez horrible ; et comprenez-vous ce respect des morts qui voit une profanation dans le fait de permettre au cadavre de disparaître en nous éclairant, mais n'en voit point dans le fait de permettre au cadavre de disparaître en nous empoisonnant !

Avec MM. Frank et Rudler, et avec M. Cadet, nous sommes pour la disparition des restes humains dans la lumière ; et s'il faut des phrases poétiques pour combattre ceux qui appellent la crémation « une violence brutale, » et qui s'escriment, donquichottes de la pourriture, contre « cette flamme, qui brûle sans pitié les reliques du cœur ! » Eh bien, en voici une : « Homme, tu es flamme, et tu dois retourner à la flamme ! » qui certes ne le cède en rien, au point de vue du cœur et de la poésie, au « *Memento quia pulvis es, et in pulverem reverteris* » des livres saints.

Mais, ce n'est pas tout : l'incinération a pour résidu des cendres que vous pouvez conserver, tandis que la pourriture ne peut que vous éloigner par le dégoût.

Puis le cas est fréquent de ceux qui changent de résidence, vont s'établir loin du lieu où furent inhumés leurs parents ou amis. Que devient pour eux le culte des morts ? Nous ne le savons tous que trop. Cependant, voyez ce que vous offre M. Urban (de la Marne), cité par M. Cadet.

« Avec les cendres mélangées à d'autres substances, on peut reproduire, soit en buste, soit en médaillon ou statuette, le portrait de la personne décédée, de sorte que les familles auraient la consolation de pouvoir conserver, près d'elles, sous une forme quelconque, les restes de leurs parents. La patrie, pour témoigner sa reconnaissance aux grands hommes, pourrait, de leurs propres cendres, faire fabriquer leurs statues et les placer au Panthéon. Avec les cendres du cœur d'une jeune fille, mélangées avec du quartz, du kaolin, du minium et du borate de soude, que M. Urban fit fondre dans un creuset, il obtint un petit lingot de cristal de couleur jaunâtre et du volume d'une petite noix. Ce cristal pourrait être monté pour en faire une relique ou un bijou. »

Porter sur soi les reliques de ses morts, quel plus sûr moyen de se les rappeler sans cesse.

A ceux donc qui aiment les reliques et le culte des restes mortels, la crémation offre,comme on le voit, des avantages à nuls autres pareils.

Mais nous sommes de ceux qui font surtout consister la piété envers les morts, à perpétuer le souvenir de leurs œuvres, à les continuer. Nous comprenons très-bien la jeune fille et le poète qui aiment mieux être brûlés que de pourrir ; mais plus encore que Shelley, Bentham est notre homme : Bentham, l'excellent et illustre philosophe de l'école utilitaire, auquel la Convention décerna le titre de citoyen français, et qui, afin d'être encore utile à la science, même après sa mort, ordonna par son testament que son corps fût porté à un amphithéâtre d'anatomie pour y être disséqué.

Déjà, dans le numéro du *Progrès médical* du 5 septembre 1874, nous avons dit quelques-unes des raisons qui nous font

regarder l'autopsie préalable comme un des préliminaires indispensables de la crémation. Nous y reviendrons prochainement.

En attendant, nous recommandons vivement la lecture du livre de M. Cadet, et regrettons de ne pouvoir recommander aussi la lecture des rapports et des discussions dont la question qu'il traite a été l'objet au Conseil municipal de Paris. Malheureusement, les rapports et les procès-verbaux du Conseil sont tirés à un trop petit nombre d'exemplaires pour qu'on puisse facilement se les procurer. C'est encore là une question sur laquelle il nous faudra revenir. A. T.

P. S. Depuis que cet article était écrit, nous avons lu, dans *la Finance nouvelle*, un très-intéressant article de M. A. S. Morin, membre du conseil municipal, sur le même sujet. M. Morin est d'avis, — et nous partageons son opinion sur ces deux points, — que la crémation doit être facultative, et que, *tout ce que la loi n'interdit pas étant permis*, on peut, dès à présent et sans attendre aucune intervention législative, procéder à la constitution d'une société civile pour la pratique de la crémation. Seulement, nous faisons une réserve touchant les mesures à prendre pour l'autopsie préalable.

VARIA

La *Tribune médicale* et l'*Union médicale*.

Si la *Tribune* est citée dans un extrait intercalé dans notre Bulletin (p. 7), c'est parce que, dans son nº du 2 septembre dernier, après avoir reproduit l'article de la *Gazette médicale de Bordeaux* et celui du *Progrès*, elle les a fait suivre des judicieuses réflexions qui suivent :

« L'*Association* n'a pas répondu, que nous sachions, à la mise en demeure de la *Gazette médicale de Bordeaux*; à moins qu'elle n'ait accepté la réponse qu'a faite, en son lieu et place, le *Progrès*; mais ce serait se railler soi-même, et être par trop naïf. Et pourtant l'*Association générale* avait là une belle occasion de se montrer, dans la défense des intérêts moraux et professionnels de la confrérie médicale ! Elle en attend peut-être une meilleure. Tout vient à point à qui sait attendre. »

Des services balnéaires et hydrothérapiques dans les hôpitaux de Paris.

Dans les numéros 5, 16, 23, 24 et 28 du *Progrès médical* de cette année, nous avons indiqué la situation déplorable des bains dans un certain nombre d'hôpitaux. Bien des fois aussi depuis deux ans, nous avons insisté sur l'absence d'installations hydrothérapiques et balnéaires dans le plus vaste de nos établissements hospitaliers, la Salpétrière. Nous avons rapporté, à l'appui de nos dires, l'opinion de plusieurs journaux de médecine, en particulier de *The Lancet*. Nous trouvons aujourd'hui dans un article du *Mot d'ordre* consacré à l'hydrothérapie un nouvel appui en faveur de la création que nous avons déjà tant de fois réclamée. Après avoir montré ce qui devrait être, l'auteur, M. J. Paré, ajoute : « Il est vrai que nous sommes encore joliment loin de ce que je désire, et si je ne me trompe, il n'y a même pas d'établissement hydrothérapique à la Salpétrière où l'on a à soigner des névroses de tout genre. » L'administration de l'Assistance publique sait parfaitement que la restriction était inutile ; elle a donc le devoir de s'occuper au plutôt de combler une lacune aussi regrettable.

Statistique : Population de l'Allemagne.

Le bureau impérial de statistique vient de publier la statistique du mouvement de la population dans les différents Etats de l'Allemagne. D'après le dernier recensement la population de l'Empire a augmenté de 417,143 âmes; elle était en 1871 de 41,058,792 âmes ; elle était à la fin de 1875 de 42,727,360 âmes. Il y a donc augmentation de 9,78 sur mille. C'est en Prusse, dans le royaume de Saxe, dans les villes libres de Hambourg, Brême, Lubeck que l'augmentation est le plus considérable; puis viennent la Bavière, le Wurtemberg, Bade, la Hesse, etc., etc. En Prusse, l'augmentation est de 10,42 par mille ; en Bavière, de 8,04 ; dans le grand duché de Bade, de 7,68. Par contre en Alsace-Lorraine, dans le grand duché de Mecklembourg et dans la principauté de Waldeck, 6,67 ! On remarque dans le coin méridional du grand-duché de Bade que le mouvement progressif de la population a été plus lent qu'ailleurs, plus lent, par exemple, que dans le nord de ce même grand-duché ; ainsi tandis que Mannheim augmente de 26,07, Carlsruhe de 18,24, nous voyons Fribourg n'augmenter que de 4,57 et Offenbourg que de 4,54 par mille. Le bureau de statistique recherche les causes de ces divers phénomènes ; il trouve que dans le Nord c'est l'émigration qui produit ce recul ou cet arrêt. Dans le Midi, les naissances ont toujours été moins nombreuses, et c'est ce qui explique la lenteur de la progression. Quant à l'Alsace-Lorraine, le mouvement de recul qui s'est manifesté, est dû à l'émigration qui a suivi la guerre. — (*Journal officiel*.)

Enseignement médical libre.

Maladies des voies urinaires. — M. Mallez a commencé ses conférences cliniques sur le mercredi 3 octobre, à sa clinique, 3, rue Christine, pour les continuer les vendredis, lundis, et mercredis suivants. Les exercices pratiques de l'analyse des urines seront dirigées par le dr Jardin.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 4 octobre 1877, on a déclaré 881 décès, soit 23.0 décès par 1,000 habitants et pour l'année, savoir : Fièvre typhoïde, 31 ; rougeole, 9 ; scarlatine, » ; variole, 1 ; croup, 16 ; angine couenneuse, 19 ; bronchite, 30 ; pneumonie, 57 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 4 ; choléra nostras, » ; dysenterie, » ; affections puerpérales, 4 ; érysipèle, 6 ; autres affections aiguës, 263 ; affections chroniques, 380, dont 151 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales 37 ; causes accidentelles, 24.

ENCORE LOUISE LATEAU. — Les journaux ultramontains racontent que Louise Lateau, la stigmatisée de Bois-d'Haine, s'est prononcée dans le cas de l'évêque Ketteler, de Mayence, dernièrement décédé. On n'était pas d'accord dans le camp clérical sur les mérites de ce prélat ; des feuilles du parti l'avaient même vivement attaqué. Que fallait-il penser du Dupanloup allemand, qui avait protesté à Rome contre l'infaillibilité ? L'affaire a été confiée au jugement de Mlle Lateau. Quand elle est en extase Louise sourit à l'approche d'une relique ou d'un objet qui a appartenu à un saint. On a expédié à Bois-d'Haine un gant de Mgr Ketteler ; vendredi dernier a eu lieu l'expérience. Louise a témoigné une grande joie, et elle a saisi le gant de ses mains ensanglantées. La nouvelle a été annoncée aussitôt à Berlin et à Mayence, et elle fait le tour de la presse ultramontaine. — (*Gazette hebdomadaire.*)

RÉVOCATIONS DE FONCTIONS MÉDICALES. — Dans ces derniers mois plusieurs médecins attachés à des administrations publiques ont été révoqués de leurs fonctions par le gouvernement. Parmi eux nous regrettons de compter un de nos collaborateurs, notre distingué et estimé confrère, M. **Liétard**, qui vient d'être révoqué par décret comme maire de Plombières-les-Bains, et avisé (mais jusqu'à présent sans communication de pièce officielle) qu'il l'était, par décision ministérielle, de ses fonctions de médecin inspecteur adjoint des eaux de cette localité. — (*Ibid.*). Nous invitons nos lecteurs à nous signaler exactement toutes les révocations de ce genre.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE. — Le comité médical des Bouches-du-Rhône met au concours, pour l'année 1878, les questions suivantes : 1º Des avantages et des inconvénients des Sociétés de secours mutuels, pour le public, le corps médical et le corps pharmaceutique ; — 2º Des bains de mer dans le bassin méditerranéen : Étudier leur action au point de vue hygiénique et thérapeutique ; — 3º De la pepsine, de sa préparation, de ses usages.

Des médailles d'or, d'argent et de bronze, ainsi que des mentions honorables, seront décernées par la Commission du concours, aux auteurs des meilleur travaux sur ces diverses questions. Les mémoires seront envoyés sous les formes académiques, au secrétariat du Comité, rue de l'Arbre, 25, à Marseille, avant le 31 mars 1878.

Un concours permanent pour les instruments de médecine et de chirurgie est ouvert au comité médical. Les inventeurs d'instruments nouveaux qui désirent y participer sont invités à faire parvenir au siége du Comité médical, avant le 31 mars de chaque année, les modèles de leurs instruments, avec les notes dont ils croiront devoir les accompagner.

NÉCROLOGIE. — L'un des doyens, sinon le doyen, du corps médical de la Gironde vient de s'éteindre à Paris après dix mois de cruelles souffrances. Le docteur Broca, plus qu'octogénaire, avait exercé la médecine et la chirurgie avec distinction et dévouement, pendant de longues années à Sainte-Foy. Retiré près de son fils, professeur à la Faculté de Paris, il avait conservé jusqu'au bout l'intégrité de ses facultés, et toute la génération médicale actuelle a pu voir cet aimable vieillard, doué de la vivacité la plus méridionale, suivre assidûment les cliniques de son fils, l'assister même dans ses opérations, et se mêler chaque jour aux élèves, en leur racontant

avec entrain les faits de sa longue expérience. Les médecins girondins, parmi lesquels le professeur P. Broca compte tant d'amis dévoués, partageront tous, bien certainement, le deuil qui frappe notre éminent compatriote et sa famille. (*Gironde*). Un médecin éminent, M. le dr Evasio Adami, est décédé à Turin, le 24 août. Ce médecin occupait plusieurs postes importants, entre autres celui de premier médecin de la cour. Il était l'ami autant que le conseiller médical du roi Victor-Emmanuel.

M. le dr John Benson, qui avait occupé une haute position dans le service de santé militaire de l'Angleterre, vient également de mourir à Kensington (Australie). — (*France médicale*).

M. le dr Claude Gigon, médecin du lycée et des prisons, ancien médecin des hôpitaux et hospices d'Angoulême, sa ville natale, où il exerçait depuis 40 ans, ancien membre du conseil municipal, vice-président de l'Association médicale de la Charente, officier de l'instruction publique, est décédé le 13 de ce mois. — (*Union médicale*.)

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

Besson (J.). — Dystocie spéciale dans les accouchements multiples. Paris, 1877, in-8 de 86 pages. — Prix 2 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical*, 1 fr. 25.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles. Imp. Cerf et fils, 59, rue Duplessi

5e ANNÉE. — N° 41. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 13 OCTOBRE 1877

Le Progrès Médical

CLINIQUE SYPHILIOGRAPHIQUE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — **M. A. FOURNIER.**

De la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique.

Leçon recueillie par M. BRISSAUD, interne des hôpitaux.

C'est à dessein, Messieurs, que j'ai laissé de côté jusqu'à présent, pour vous en parler avec tout le soin, tous les détails qu'elle comporte, une question des plus graves et des plus controversées, celle de la paralysie générale d'origine syphilitique.

La paralysie générale peut-elle être, oui ou non, une conséquence de la syphilis ? Existe-t-il, oui ou non, une paralysie générale qui puisse être rapportée à la syphilis comme cause ? Tel est le problème que je me propose de discuter aujourd'hui devant vous.

Si vous consultez sur ce point l'état actuel de la science, vous n'y trouvez, au milieu d'opinions diverses et contradictoires, qu'obscurités et confusion.

Ainsi — commençons par le dire — pour la plupart des pathologistes la question que nous allons débattre n'existe même pas. Elle ne se pose même pas pour eux, tant ils sont éloignés de croire, de soupçonner qu'un rapport quelconque puisse exister entre la syphilis et la paralysie générale. De cela voulez-vous la preuve ? Parcourez les traités généraux ou spéciaux, voire bon nombre de monographies dues à de savants aliénistes, et voyez comment y figure la syphilis au chapitre de l'étiologie. Tantôt il n'en est même pas question. Tantôt, cela est vrai, elle se trouve signalée, comme cause possible de paralysie générale, mais signalée comment? D'un mot et comme à regret, l'auteur ne fait que la mentionner en passant, à l'écart, et simplement pour se tenir en garde contre le reproche — éventuellement possible à la rigueur — d'une omission. Pour qui sait lire entre les lignes, cela veut dire qu'il ne croit pas ou qu'il ne croit guère à cette cause et qu'il en parle uniquement par pur acquit de conscience.

Du reste, causez entre médecins de cette paralysie générale de provenance syphilitique et vous rencontrerez à son égard, je vous l'affirme en connaissance de cause, une défiance presque universelle.

Très-peu de nos confrères se prêtent à l'idée de faire dériver jamais la folie paralytique de la vérole et de la lui rattacher comme symptôme.

A cette manière de voir opposons tout aussitôt une opinion diamétralement inverse. Quelques auteurs (peu nombreux, il est vrai) ont avancé que la paralysie générale reconnaît la syphilis comme cause dans la grande majorité des cas. A les en croire, la syphilis figurerait comme cause principale, essentielle, dans la pathogénie de cette dernière affection.

Enfin, une opinion moyenne, intermédiaire, si je puis ainsi dire, plus modérée et plus sage (à mon gré tout au moins), a été présentée et défendue par un praticien d'un grand talent, M. le Dr Coffin. D'après ce distingué confrère, la syphilis serait la cause la plus fréquente d'un *certain ordre* de paralysies générales, de celles qu'il appelle *précoces*, c'est-à-dire faisant leur apparition dans la jeunesse, entre 25 et 35 ans. Cette opinion du Dr Coffin repose sur un grand nombre d'observations très-soigneusement recueillies et étayées pour quelques-unes de l'autorité de MM. Blanche et Magnan.

Comme vous pouvez en juger par ce rapide aperçu, nous voici donc aux prises, Messieurs, avec une question des plus controversées, avec un véritable conflit de doctrines adverses. Aurons-nous moyen de nous tirer de cette passe périlleuse et de dégager la vérité au milieu des difficultés multiples de ce grave et important sujet? Peut-être oui, si nous envisageons les faits cliniques comme ils méritent de l'être, c'est-à-dire sans parti pris, sans idées préconçues, sans préférence anticipée pour telle doctrine plutôt que pour telle autre? Essayons de procéder ainsi.

Si l'on analyse attentivement les faits qui ont été donnés comme exemples de paralysies générales *syphilitiques*, on arrive bientôt et facilement à se convaincre qu'ils se distribuent d'une façon toute naturelle en deux groupes, en deux séries.

Les uns sont évidemment relatifs à des paralysies générales vraies, incontestables, ayant présenté les symptômes les plus classiques de cette terrible maladie, en ayant présenté l'évolution usuelle, voire les lésions caractéristiques. Ce sont là bel et bien, au-dessus de toute contestation possible, des exemples de *paralysies générales survenues chez des sujets syphilitiques.*

Un second groupe comprend des cas d'un autre genre, offrant bien encore la plupart des attributs de la paralysie générale, mais différant de cette dernière par des traits nombreux et variés. Les faits de ce genre — cela est indéniable — ressemblent, par certains côtés, à la paralysie générale, jusqu'à s'en rapprocher parfois d'une façon surprenante ; et cependant ils s'en éloignent, s'en séparent, s'en différencient par d'autres caractères, au point qu'il est impossible de les confondre avec elle, de les assimiler à cette dernière entité pathologique.

Ces deux catégories de faits demandent à être examinées et discutées séparément. Un mot d'abord sur la première.

I. Il est certain qu'on a observé des paralysies générales sur des sujets syphilitiques. Personne n'y contredit. Les dissidences et les controverses commencent seulement alors qu'il s'agit d'interpréter de tels faits et d'en établir la pathogénie.

Pour les uns, ce seraient là purement et simplement des paralysies générales ordinaires, accidentellement survenues chez des sujets syphilitiques. La syphilis n'y figurerait que comme coïncidence éventuelle et non à titre étiologique ; elle ne serait pour rien dans le développement des phénomènes cérébraux.

Pour d'autres, au contraire, la vérole aurait ici une influence pathogénique ; ce serait-elle qui aurait déterminé *de son fait*, par son action propre, la production des accidents de méningo-encéphalite.

Le problème se trouvant posé dans ces termes, il semblerait que la solution dût s'en trouver dans une question de chiffres. Et, en effet, de deux choses l'une :

Ou bien la paralysie générale se produit chez les syphilitiques avec une fréquence marquée ; et le seul fait de cette fréquence témoigne d'une relation nécessaire entre ces deux facteurs, syphilis et paralysie générale ;

Ou bien la paralysie générale ne s'observe que rarement, exceptionnellement dans la syphilis ; et alors il n'est plus de lien, de rapport pathogénique à établir entre ces deux états morbides ; la pure coïncidence du hasard reprend tous ses droits.

Or, dans l'espèce, Messieurs, la question de chiffres ne résout rien, et voici pourquoi :

C'est que, si la paralysie générale s'observe bien chez les syphilitiques, elle ne s'y observe que quelquefois, *quelquefois* seulement, c'est-à-dire, au total, trop peu souvent pour qu'on soit autorisé à la considérer comme un résultat, un effet manifeste de la vérole. Il est avéré que la syphilis aboutit parfois à la paralysie générale ; mais c'est tout, et elle n'y aboutit pas d'une façon qui soit assez ha-

bituelle pour devenir significative, pour attester par évidence numérique, un rapport de causalité.

Donc, le problème reste sans solution. Et tout ce qu'il nous est permis de dire à ce propos, dans l'état actuel de nos connaissances, se réduit à ceci :

1° Rationnellement, il est très-acceptable que la syphilis puisse avoir une part étiologique dans la production de la paralysie générale. — Une diathèse en effet qui, comme la syphilis, influence aussi énergiquement et aussi profondément l'ensemble de l'organisme, une diathèse susceptible comme elle de troubler, de bouleverser le système nerveux, est certes bien faite pour prendre rang au nombre des causes capables de déterminer la paralysie générale.

Notez d'ailleurs que, dans cette manière de voir, la syphilis n'agirait pas comme cause spécifique, mais simplement comme influence perturbatrice vulgaire, c'est-à-dire au même titre que tant d'autres influences banales inscrites à l'étiologie de la folie paralytique et acceptées sans discussion. De même que nous la voyons plus d'une fois déterminer la phthisie pulmonaire par l'action dépressive, anémiante, débilitante, qu'elle exerce sur l'économie, de même ici elle favoriserait ou déterminerait l'affection cérébrale grâce aux troubles importés par elle dans le système nerveux.

2° Mais, si ce mode d'action de la diathèse est admissible théoriquement, il ne constitue encore qu'une hypothèse, qu'une vue *a priori*, dont la démonstration clinique nous fait absolument défaut. Tel est l'état des choses.

Au surplus, d'ailleurs, ce n'est là, Messieurs, que le petit côté de la grave question que nous avons à débattre. Venons à un second point, bien autrement important et pratique. (*A suivre.*)

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÉGE DE FRANCE. — **M. RANVIER.**

Seizième leçon (1)

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

Examinons maintenant de plus près les rapports des noyaux avec la substance musculaire proprement dite. Nous avons vu que la règle constante est qu'ils soient placés en dehors des cylindres primitifs, et compris dans les espaces fusiformes interceptés par ces derniers. Leur situation dans l'intérieur du faisceau primitif considéré dans son entier est au contraire absolument variable. Tantôt ils sont disposés absolument de la même manière que dans les fibres lisses et dans les cellules contractiles du myocarde, c'est-à-dire au milieu même du faisceau primitif ; cette disposition existe notamment dans les muscles des pattes des Cicindeles. Les fibres musculaires de ces insectes sont creusées à leur centre comme d'un canal, parallèle et concentrique à leur axe, et contenant les noyaux plongés dans une masse continue de protoplasma granuleux. La même disposition existe dans les muscles des mammifères en voie de développement, ainsi que je vous le montrerai plus tard. Chez les reptiles, les batraciens tels que les grenouilles, et bon nombre d'oiseaux, les noyaux sont placés, non plus régulièrement en série dans un boyau protoplasmique médian, mais irrégulièrement au sein de la substance musculaire, dont les cylindres primitifs s'écartent et forment entre eux des espaces stellaires pour les recevoir.

Fig. 57. — Demi tendineux (Lapin). — Grand adducteur (Lapin). — Couturier de la grenouille ; *m*, substance musculaire ; *n*, noyaux ; *s*, sarcolemme.

Chez les mammifères pourvus de muscles rouges et de muscles pâles, on voit les noyaux des muscles rouges se comporter à peu près de la même manière que ceux des muscles de la grenouille, c'est-à-dire être contenus, en assez petit nombre, il est vrai, au sein de la substance contractile. Mais déjà la plupart d'entre eux s'est placée, à la périphérie du faisceau primitif, dans des logettes ou cupules interceptées d'un côté par le sarcolemme, de l'autre par l'écartement de deux cylindres primitifs superficiels et adjacents l'un à l'autre. Ainsi les noyaux profonds deviennent de plus en plus rares. Ils sont totalement absents dans tous les muscles blancs du lapin, dans les muscles du chien, de l'homme, etc., où tous les noyaux sont superficiels, c'est-à-dire placés sous le sarcolemme comme il vient d'être dit (*Fig. 57*).

Que déduire de semblables faits? On peut conclure évidemment tout d'abord qu'il n'y a point de loi générale et absolue présidant à la distribution des noyaux musculaires au sein de la substance contractile.

En second lieu, on peut faire la remarque que, plus la proportion des noyaux est grande par rapport à la substance contractile qui les environne, plus le muscle est embryonnaire. L'on peut dire enfin qu'un pareil élément est moins complétement différencié, c'est-à-dire transformé en un appareil contractile et spécialisé dans ce sens.

Les muscles pâles, dont la contraction se produit avec rapidité, brusquerie, énergie, et qui peuvent répéter cette dernière à très-brefs intervalles, sont, par exemple, ceux de tous qui ont le moins de noyaux pour un même volume de substance musculaire proprement dite. Ainsi chez eux tout est pour ainsi dire accaparé par la contractilité. Ce qui reste de la cellule embryonnaire initiale est une part minime, qui compte à peine dans le système. Un second corollaire à déduire des faits que nous venons d'observer est que, d'une manière générale, plus les noyaux musculaires sont rapprochés de la périphérie du faisceau primitif, c'est-à-dire reportés vers le sarcolemme au fur et à mesure du développement, plus le muscle lui-même présente une organisation avancée et complète.

II. *Rapports des faisceaux primitifs des muscles striés avec les pièces du squelette.* Les faisceaux primitifs des muscles striés des deux ordres sont reliés aux pièces du squelette, sur lesquelles ils sont destinés à agir, par l'intermédiaire de tendons. On a signalé des exceptions à cette loi générale, mais ces exceptions sont restées jusqu'ici douteuses. Je ne vous ferai point ici, messieurs, l'analyse histologique détaillée du tissu conjonctif des tendons, cette étude ressortit de celle du tissu conjonctif considéré en général Il me suffira de vous rappeler que les cordes tendineuses sont composées de faisceaux de tissu conjonctif, tous parallèles entre eux.

Les faisceaux tendineux sont de la sorte décomposés en unités comparables jusqu'à un certain point aux faisceaux primitifs des muscles. Dans les espaces interceptés entre les tendons qu'on pourrait aussi appeler primitifs, et jamais dans leur intérieur, sont disposées des cellules plates, unies entre elles bout à bout de manière à former des chaînes continues dans le sens longitudinal. Ces cellules sont formées d'une masse minime de protoplasma renfermant un noyau qui n'occupe ordinairement pas leur partie centrale, mais disposé d'ordinaire à l'une des extrémités de l'élément, et séparé seulement du noyau de la cellule qui est au-dessus par un léger pont de substance protoplasmique traversé

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44, de 1876; nos 1, 2, 7, 9, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 30 31 et 40 de 1877.

par la ligne du ciment intercellulaire. Les cellules tendineuses sont de la sorte régulièrement ordonnées par rapport aux faisceaux connectifs, à la surface convexe desquels elles sont appliquées comme des tuiles courbes de même rayon. Pressées entre ces faisceaux, et occupant les espaces, (stellaires sur les coupes transversales, prismatiques sur les coupes longitudinales,) qu'ils laissent entre eux, elles sont sillonnées de crêtes rectilignes qui se poursuivent sur leurs noyaux, et que j'ai décrites ailleurs sous le nom de *crêtes d'empreinte*. Je ne reviendrai pas ici sur le mécanisme qui préside à la formation de ces reliefs, et qui est du reste identique avec celui en vertu duquel les noyaux musculaires, interposés entre les cylindres primitifs, présentent des crêtes analogues.

Les éléments cellulaires des tendons, ainsi que la plupart de ceux du tissu connectif modelé, subissent, dans certaines circonstances, des modifications profondes. Au voisinage des pièces cartilagineuses du squelette auxquelles les tendons s'insèrent, on les voit prendre graduellement le caractère des cellules cartilagineuses. Lorsque, dans d'autres circonstances, les tendons s'ossifient, elles se peuvent transformer en cellules osseuses.

Il importe de savoir maintenant comment le tendon est uni à l'os ou au cartilage. Cette question a été jusqu'ici assez controversée. Kölliker pensait, en effet, que tantôt le tendon se perdait dans le périoste, tantôt venait se fixer sur les saillies ou dans les anfractuosités offertes par la surface de l'os, et qu'à ce niveau existait une simple *soudure*. C'est là, Messieurs, une erreur complète. Il n'existe pas seulement ici, en effet, une simple juxta-position de la pièce du squelette et du tendon, l'union entre les deux est à la fois bien plus intime et plus solide. Vous savez que dans les os cartilagineux des embryons et des jeunes animaux les tendons sont attachés au cartilage. Comment s'effectue cette union? Prenons le calcanéum encore cartilagineux d'un embryon humain ou d'un lapin de quelques semaines, enlevons-le avec le tendon d'Achille qui lui fait suite, et traitons successivement cet objet par l'alcool fort, la gomme et l'alcool. Lorsque le durcissement est devenu suffisant, pratiquons des coupes parallèlement à la direction des faisceaux tendineux et intéressant à la fois le tendon et le cartilage auquel il s'insère; examinons enfin ces coupes, convenablement montées, à l'aide de la lumière polarisée. Dans ces conditions tout ce qui est substance cartilagineuse paraît monoréfringent, le tissu tendineux au contraire est biréfringent. Ceci revient à dire que lorsque les nicols sont croisés, et que le champ du microscope est devenu obscur, tout ce qui appartient au tendon paraît brillant, quand l'axe des faisceaux tendineux n'est pas parallèle aux plans de polarisation des nicols, tandis que tout ce qui appartient au cartilage reste obscur. L'on reconnaît alors que la pénétration de la substance du tendon dans celle du cartilage s'effectue de telle façon que l'union des deux est absolument intime. Les faisceaux connectifs brillants s'effilent en pinceau et pénètrent profondément le cartilage comme le feraient les poils d'une brosse que l'on aurait enfoncée dans une masse molle. Les traînées de substance cartilagineuse se comportent de la même façon, et remontent dans l'épaisseur du tendon sous forme de bandes obscures qui s'effilent peu à peu, puis disparaissent insensiblement dans la substance anisotrope. En un mot la fusion est ici complète, le passage entre le tendon et le cartilage insensible, et la solidarité des deux complétement assurée par cette disposition (*Fig. 58*).



Fig. 58.— Coupe du calcanéum d'un jeune lapin au niveau du point, etc., le tendon s'insère au cartilage.— *t*, tendon. c, Cartilage. *f*, Zone d'union des deux.

Cette union intime des tendons et des pièces du squelette sur lesquelles ils s'insèrent peut être encore démontrée d'une autre façon. Si l'on examine le fémur d'un embryon de mammifère, cet os, incomplétement développé, présente au lieu et place de la ligne âpre, saillante chez l'adulte, une rainure profonde qui règne tout le long de l'os et qui le creuse d'une gouttière. Cette gouttière est comblée par une ligne d'insertion tendineuse, et les faisceaux connectifs pénètrent sur ce point profondément dans le cartilage embryonnaire, de la même façon que ceux du tendon d'Achille dans l'épaisseur du calcanéum cartilagineux, et que, d'une manière générale, tous les tendons qui s'attachent à une pièce cartilagineuse du squelette. (Exemple: le ligament rond de l'extrémité supérieure du fémur). Mais si l'on suit les progrès du développement, l'on voit peu à peu se combler la gouttière de la ligne âpre, et cette dernière se montrer en fin de compte sous la forme d'une crête osseuse. Que s'est-il passé dans ce cas? Peu à peu, l'ossification s'est poursuivie en remontant de l'os dans le tendon d'insertion. Les cellules tendineuses se sont transformées en corpuscules osseux, les faisceaux connectifs se sont calcifiés, et on les retrouvera, dans l'os adulte, sous la forme de fibres de Sharpey, s'enfonçant dans l'épaisseur de l'os vrai jusqu'au voisinage du canal médullaire, se poursuivant d'autre part dans le tendon, et s'y continuant enfin avec les faisceaux connectifs de ce dernier; tant l'union est intime, et la pénétration réciproque de l'os et du tendon complète et profonde.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les pansements antiseptiques en Allemagne.

Il y a quelques années les plaies étaient traitées de manière fort diverses dans les hôpitaux d'Allemagne ; on avait là, comme partout, essayé successivement toute la série des pansements; mais, malgré cette richesse apparente de moyens, le résultat était toujours le même, c'est-à-dire détestable. Il y avait constamment dans les salles des cas endémiques d'érysipèle, pourriture d'hôpital, septicémie, et de temps en temps une de ces maladies, passant à l'état épidémique, forçait les chirurgiens à laisser le bistouri ou même à fermer les salles pendant quelque temps. Les uns voyant que tout était impuissant en prenaient leur parti, d'autres pensant, non sans raison peut-être, que ces résultats déplorables pouvaient bien être en partie attribués à la mauvaise hygiène et à la disposition défectueuse des hôpitaux, proposaient la transformation du système hospitalier et espéraient trouver le remède dans la substitution des baraques et des pavillons séparés aux grands bâtiments. Nous avons dit dans un récent article quelle avait été la fortune de cet essai, l'hygiène s'était améliorée mais était loin d'être parfaite, et comme les frais exigés pour une pareille réforme étaient considérables, il y avait lieu de se demander si les résultats obtenus étaient bien en rapport avec les sacrifices.

On avait en dernier lieu proposé un pansement qui était fort séduisant par sa simplicité, et qui avait donné, surtout au début, d'assez bons résultats, c'est le pansement à découvert. Si nous en parlons ici, ce n'est pas qu'il mérite une place à part parmi les autres pansements, mais comme on a fait dernièrement quelque bruit à son sujet et que des

adversaires du pansement Lister ont opposé aux résultats fournis par ce dernier ceux qu'on obtient avec le pansement à découvert, il est bon d'en dire un mot. Sans discuter les statistiques qui ont été données, et dont quelques-unes sont jugées sévèrement, même en Allemagne, je dirai simplement que le pansement à découvert a été essayé par presque tous les chirurgiens allemands ; or, dans les nombreux hôpitaux que j'ai visités là-bas, je n'ai pas rencontré un seul de ses partisans, et il m'a été impossible de voir l'application de ce pansement.

Tel était l'état des choses, lorsque les résultats obtenus à Edimbourg par Lister furent connus en Allemagne. On avait lieu d'être incrédule, car la plupart des pansements qui avaient été proposés précédemment étaient arrivés eux aussi escortés de statistiques merveilleuses qui ne s'étaient plus reproduites ensuite. Cela nous explique pourquoi les essais furent un peu timides d'abord, mais les résultats ne tardèrent pas à confirmer ce qu'avait dit Lister. Les statistiques de Volkmann, entre autres, montrèrent que la nouvelle méthode réussissait aussi bien en Allemagne qu'en Ecosse.

Une fois ces premiers succès obtenus, le nouveau pansement fut mis à l'essai par un grand nombre de chirurgiens allemands, et s'il ne donna pas dans toutes les mains les résultats obtenus par Volkmann, on peut dire qu'il modifia profondément la statistique des services de chirurgie. A partir de ce moment, on commence à voir disparaître toutes ces méthodes diverses de traitement dont nous parlions tout à l'heure, et l'on vit peu à peu la chirurgie antiseptique les remplacer dans tous les hôpitaux d'Allemagne.

Le pansement Lister, sans être très-compliqué, se compose de plusieurs pièces, et exige de la part du chirurgien des soins assez minutieux ; il devait donc nécessairement subir des modifications, du moment où il était employé sur une aussi grande échelle. Elles ne se firent pas attendre, et les chirurgiens allemands se mirent à modifier, qui peu, qui beaucoup, qui pour simplifier, qui pour rendre meilleur marché, le pansement-type de Lister. Ces essais furent nombreux, il suffit, pour s'en rendre compte, de parcourir la table des matières de quelques journaux allemands pendant ces quatre dernières années. Ces prétendus pansements de Lister modifiés étaient souvent complètement différents du pansement-Lister ordinaire. Par un abus de langage regrettable, on continuait à leur donner ce nom, et il n'est pas rare de trouver dans les publications allemandes des observations où l'on dit avoir employé le pansement Lister, tandis qu'il s'agit en réalité d'un pansement jouissant de propriétés antiseptiques, il est vrai, mais exerçant une influence bien différente sur la guérison des plaies. On peut dire qu'aujourd'hui les chirurgiens allemands, employant le véritable Lister, sont assez rares ; la plupart y introduisent des modifications, souvent sans en parler dans les observations. Ceux qui suivent le mouvement chirurgical allemand ne me contrediront pas, je pense, si je dis qu'aujourd'hui il est assez difficile de se reconnaître dans les pansements phéniqué, salycilique, borique, faits avec de l'ouate, de la jute ou de la gaze. Il est encore plus difficile de dire pourquoi l'on a choisi telle substance plutôt que telle autre, et quel est l'avantage de chacune.

Pendant les quatre mois que je suis resté en Allemagne, j'ai pu voir l'application de plusieurs de ces pansements, et j'ai recueilli le jugement porté sur chacun d'eux par les chirurgiens qui les emploient. Je n'ai point l'intention de faire une revue générale des pansements employés en Allemagne (1) ; je parlerai seulement de ce que l'on fait dans les divers hôpitaux que j'ai visités, je résumerai mes renseignements et mes impressions. Pour ne pas embrouiller la question, je laisserai de côté les pansements ne présentant aucun avantage sérieux ou bien ayant déjà été abandonnés. Il est évident qu'il est assez facile de faire des pansements avec chaque substance antiseptique, mais si aucun ne se recommande à un titre quelconque, il serait fastidieux de faire l'énumération de tous les corps employés. Nous dirons tout simplement pourquoi l'on a été amené à modifier le pansement-Lister qui donnait de si bons résultats, puis nous parlerons de ceux qui, sortis de ce pansement, se recommandent à nous, soit parce qu'ils possèdent un avantage spécial, soit parce qu'ils ont été adoptés par un certain nombre de chirurgiens.

Nous avons dit plus haut que si la plupart des chirurgiens allemands se servaient aujourd'hui d'un pansement Lister modifié, il en était quelques-uns qui s'en tenaient rigoureusement au Lister. Nous devons citer tout d'abord le professeur Volkmann (de Halle) (2) qui, il y a quatre ans, a été un des premiers à l'employer, et dont les statistiques ont fait un certain bruit, il y a deux ans. J'ai retrouvé dans son service exactement les mêmes résultats que je voyais l'année dernière à Edimbourg; ici, comme là-bas, la réunion par première intention est la règle, et la petite quantité de liquide qui imbibe les pièces du pansement n'a aucune odeur. Il y a en ce moment dans les salles trois amputations de Pirogoff, plusieurs cas d'ostéotomie pour des déformations rachitiques du squelette, sept ou huit résections de hanche, six résections du genou dont quatre par le nouveau procédé de Volkmann qui fait une simple incision transversale et scie la rotule en travers avant de réséquer les extrémités articulaires. De tous ces opérés les uns sont complétement guéris, d'autres ont été opérés depuis quelques jours seulement ; bref, j'en vois à peu près à toutes les périodes, et chez tous l'état local est excellent et la fièvre nulle, ainsi que l'indiquent les pancartes sur lesquelles est inscrite la température de chaque jour. L'infection purulente est inconnue ici actuellement, malgré les opérations sérieuses qui, on le voit, ne sont pas rares dans ce service.

Je pourrais dire la même chose à propos de ce qui se passe à Munich, dans le service du professeur Nussbaum (3) qui, lui aussi, emploie rigoureusement le pansement-Lister depuis deux ans seulement. Jusqu'en 1874, il avait constamment dans ses salles des érysipèles, septicémies, gangrènes, pourriture d'hôpital, ce qui n'a rien d'étonnant pour qui connaît les salles mal aérées de l'hôpital général de Munich. Il avait eu recours à tous les moyens possibles pour améliorer cette hygiène : pansements par occlusion, pansements à découvert, bain permanent, eau chlorée, solution

(1) Nous ne saurions trop engager les personnes désirant avoir des documents complets sur ce sujet à lire une revue analytique fort bien faite qui est en cours de publication, dans le *Schmidt's Jahrbücher den in-und auslandeschen gesämmt. medicin, 1877*.
(2) *Sammlung klinischer Vortræge*, n° 96. Leipzig, 1875.
(3) *Die chirurgische Klinick zu München* im Jahre 1875.

phéniquée, etc. Mais tout cela était resté impuissant. Le pansement-Lister, au contraire, transforma totalement l'hygiène des salles. Il y a, en ce moment, dans le service de M. Nussbaum plusieurs grands traumatismes : résection tibio-tarsienne, plaies de tête avec dénudation des os du crâne, fracture comminutive compliquée des deux os de l'avant-bras, etc.; tous ces blessés guérissent sans fièvre. Et cependant, disons-le en passant, l'hôpital est toujours le même, les malades sont toujours dans des salles fort défectueuses au point de vue hygiénique, seul le pansement a suffi pour faire disparaître toutes les complications graves des plaies.

Nous avons encore vu à Buda-Pesth l'application du pansement-Lister donner des résultats analogues, et bien que nous ne soyons plus ici en Allemagne, nous pouvons néanmoins en dire un mot.

L'introduction du pansement-Lister en Hongrie est de date assez récente. Il y a environ un an, notre ami le docteur A. Weiss, alors assistant de Kovasc, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Pesth, rapporta d'Edimbourg le pansement-Lister. Lors de notre séjour à Pesth, la clinique était malheureusement fermée à cause des vacances, mais nous pûmes voir ce pansement mis en usage à l'hôpital général, dans le service du professeur Lumniczer pour des résections de hanche et des amputations en train de guérir par première intention.

Le véritable pansement-Lister est probablement employé dans d'autres villes d'Allemagne, mais nous ne l'avons pas vu pour notre compte ailleurs. Ce qui précède suffit pour nous permettre de dire que partout, à Munich, à Halle, à Pesth, les chirurgiens qui appliquent cette méthode avec rigueur, obtiennent les mêmes résultats qu'à Edimbourg et qu'à Paris. D'un bout à l'autre de l'Europe scientifique, vous entendrez tous les chirurgiens employant le Lister vous dire : Il y a quelques années, l'infection purulente désolait nos salles, aujourd'hui c'est une complication extrêmement rare.

Cela n'est certes pas dû à ce que les chirurgiens opèrent moins depuis cette époque, car la disparition des accidents graves des plaies a élargi singulièrement le champ de la médecine opératoire, notamment pour ce qui concerne les opérations portant sur le squelette ou sur les grandes séreuses. Il faut même avouer que cette innocuité opératoire des résections, en particulier, semble avoir fait un peu oublier les merveilles obtenues depuis Bonnet à l'aide de l'immobilisation dans la cure des affections articulaires, et il est à craindre que si la vulgarisation du Lister est favorable aux blessés et aux opérés, les extrémités articulaires n'aient un peu à en pâtir.

Dans un prochain article, nous terminerons l'exposé des résultats des *pansements antiseptiques en Allemagne*.

G. Maunoury.

La nouvelle chaire de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.

D'après des renseignements que nous avons tout lieu de croire exacts, le Ministère viendrait de donner l'ordre à l'administration de l'Assistance publique, de préparer, à la Salpêtrière, les installations nécessaires pour le fonctionnement du cours clinique annexé à la chaire de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.

Ces installations consisteraient : 1° en l'appropriation de deux salles, chacune de 50 à 60 lits, l'une pour les *aliénées*, l'autre pour les *maladies de l'encéphale* ; 2° dans la création d'un amphithéâtre et d'un laboratoire. L'installation devrait être terminée pour la *fin du présent mois d'octobre* et l'ordre ne date que du 9 octobre.

Il est impossible que cette installation soit faite sans enquête. Il serait souverainement injuste d'enlever aux médecins de la Salpêtrière, qui tous rendent depuis longtemps des services à l'administration, une partie des sections dont ils ont la direction. Nous reviendrons avec détails sur cette affaire. Toutefois, nous serions véritablement affligés si, en terminant, nous n'adressions nos félicitations au nouveau professeur, l'heureux M. Ball, favori de tous les ministères et capable d'obtenir en *quinze jours* de M. Joseph Brunet toutes les réformes qu'un de nos plus illustres maîtres réclamait en vain depuis une dizaine d'années. *Sic vos non vobis !*

SOCIÉTÉS SAVANTES

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION.

Obstétrique et Gynécologie.

Les membres de l'Association médicale de la Grande-Bretagne, à peine réunis, se divisent chaque année en sections, dans lesquelles un certain nombre de communications sont faites et discutées. La section d'obstétrique n'est pas une des moins importantes; nous allons signaler en quelques lignes le résultat de ses travaux. Son président, le Dr Priestley, a d'abord (1), en termes fort gracieux, rappelé le rôle joué depuis plus d'un siècle par l'Ecole obstétricale de Manchester, de cette ville qui leur donnait l'hospitalité; il a cité les écrits de Ch. White (1773), un des élèves de William Hunter, ceux de Hull (1860), de K. Wood, du vénérable Radford, de Ch. Clay, etc. Puis, il a vivement critiqué la conduite des médecins qui négligent les renseignements si précieux fournis par le toucher, pour ne se servir que du spéculum ou de la sonde utérine, instruments souvent inutiles et parfois dangereux.

Après lui le Dr Barnes a prononcé un discours magistral d'une grande importance. Il a montré que, pendant la grossesse, l'organisme tout entier subit des modifications, modifications physiologiques qui peuvent facilement devenir pathologiques, et, partant de là, il a insisté sur les rapports qui existent entre la médecine, la chirurgie et l'obstétrique. Celui-là seul qui a fait des études sérieuses en anatomie, en physiologie, en médecine et en chirurgie peut être un véritable accoucheur. Tous ceux qui se prétendent de purs médecins, de purs chirurgiens, sont purement ignorants de tout ce qui leur est absolument nécessaire, afin de bien comprendre les sujets qu'ils étudient. Du reste, dit Barnes, ceux qui se disent spécialistes en médecine sont en général ceux qui limitent leur attention à une partie de leur art, et qui négligent *spécialement* les autres parties que tout bon médecin doit absolument connaître (2). L'obstétrique est une branche très-importante de la médecine, mais elle ne peut ni ne doit être séparée de la médecine et de la chirurgie, et elle mérite d'occuper le même rang que ses deux sœurs. Ceci démontré, Barnes a critiqué vivement le Collége des Chirurgiens qui confère, à ceux qui passent des examens devant lui, le droit d'exercer la médecine et de faire des accouchements. Or, ces candidats n'ont été interrogés que sur des questions relatives à la chirurgie.

(1) Voyez *Bristish medical Journal*, août 1877, Nos 867, 868 et 869.

(2) Cette critique vraie pour un certain nombre de pays étrangers, ne le serait pas absolument en France. Chez nous, on le sait, la plupart des médecins n'arrivent à étudier plus particulièrement la médecine, la chirurgie ou les accouchements qu'après avoir subi des concours dans lesquels des connaissances générales sont exigées, après avoir passé quatre années comme internes dans divers services des hôpitaux.

Après avoir entendu les discours de Priestley et de Barnes, l'assemblée a écouté et discuté un certain nombre de communications. MM. LYOLD ROBERT, ROUSSEL (de Genève), MARTIN (de Berlin) ont parlé sur la transfusion et ont exposé divers procédés.— J. MATTHEWS DUNCAN (d'Edimbourg) a montré qu'il était possible et qu'il pouvait être utile d'introduire la main dans l'utérus quelques jours après l'accouchement, afin d'en extraire des débris de placenta et de membranes. La main introduite doit avoir été trempée dans une solution phéniquée. — Enfin M. LOMBE ATTHILL (de Dublin) a présenté à l'Association le forceps de M. TARNIER, qu'il avait déjà eu l'occasion d'appliquer plusieurs fois.

Les travaux de la section ont continué pendant les jours suivants : M. WALTER BERNARD a étudié les injections de perchlorure de fer dans la cavité utérine, après que les débris du placenta et les caillots en ont été enlevés. — M. BRAXTON HICKS a rapporté des faits d'hémorrhagie liés à la rétroflexion de l'utérus, et il a indiqué que, pour lui, le meilleur mode de traitement consistait dans l'application d'un pessaire de Hodge. — M. GRAILY HEWITT a signalé un état particulier de ramollissement du tissu utérin qui existe chez certaines nullipares. Ce ramollissement serait la cause des déviations de l'utérus, et il expliquerait aussi la gène qu'éprouvent certaines femmes pour marcher. — M. MC CLINTOCK (de Dublin) a rappelé les travaux qui prouvent le passage des substances solubles du sang maternel dans le sang fœtal ; il pense que l'emploi du chlorate de potasse a pu permettre à certaines femmes, qui jusqu'ici avaient constamment eu des enfants morts, de mettre au monde des enfants vivants. M. DARBY montre que le mercure peut être également administré à la mère et agir sur le fœtus. M. THORBURN cite un cas dans lequel du fer pris par la mère aurait été la cause de ce qu'un enfant était né avec des cheveux bruns (!). Personne n'a demandé à M. Thorburn si cette coloration foncée des cheveux avait persisté longtemps après la naissance, ni s'il connaissait un médicament qu'on put donner avec la certitude d'avoir des enfants blonds.

M. THOMAS CHAMBERS a proposé de traiter les flexions utérines avec des tiges rigides. Il a, dit-il, employé cinquante-trois fois ce moyen, il a pu faire disparaître les douleurs et guérir la stérilité. Aucune de ses malades n'a succombé, mais quelques-unes ont été en danger. Le Dr PRIESTLEY s'était déjà élevé contre ce mode de traitement qui est dangereux ; les Drs BENNET, DIDAMA et MATTHEWS DUNCAN ont protesté également contre l'emploi d'une semblable méthode aujourd'hui jugée. Il y a quelques années, dit DUNCAN, toutes les femmes avaient l'utérus disloqué, c'était la mode. Plus tard, aucune n'était plus atteinte de cette affection ; aujourd'hui, les dislocations reparaissent, et on peut défier tous les docteurs de la chrétienté de réussir à redresser ces utérus. — Des communications ont encore été faites sur le drainage à la suite de l'ovariotomie, par G. Bantock ; sur les tumeurs fibreuses utérines, à contenu liquide, par M. Worms (de Paris), etc., et l'Association a eu le regret de ne pouvoir, faute de temps, en entendre un certain nombre d'autres. P. BUDIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 octobre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. LEVEN fait la lecture d'un mémoire intitulé : Des gaz de l'estomac et de l'intestin, et de la dyspepsie flatulente.

M. GALLARD, candidat pour la section d'hygiène, médecine légale et police médicale, lit un mémoire sur *les opérations interdites aux officiers de santé* (*absence de sanction pénale, lacunes de la loi relative à l'exercice de la médecine; nécessité d'une législation nouvelle*).

Le fond de ce travail, afférent à la fois à la médecine légale et à la police médicale, est un rapport qui a été demandé par la justice sur la question de savoir si un officier de santé n'avait pas dépassé ses attributions en faisant des applications successives de pâte de Vienne et en pratiquant des ponctions pour ouvrir un kyste de la rate. En s'inspirant de l'esprit et du texte même de la loi, l'auteur a exposé les raisons, déduites de la clinique, qui doivent faire considérer comme de « grandes opérations chirurgicales, » toutes celles qui ont pour objet le traitement des kystes de la cavité abdominale, quel que soit le procédé opératoire employé. Il a énuméré les dangers auxquels exposent ces opérations, même dans les cas qui paraissent les plus simples, et, montrant combien est grande la responsabilité que l'on doit assumer avant de se décider à les pratiquer, il en a conclu que l'officier de santé n'est nullement autorisé à les entreprendre seul, sans se placer sous la surveillance et l'inspection d'un *docteur*, *comme* le veut la loi.

Ces conclusions ont bien été admises par le juge d'instruction et par le parquet ; mais, malgré tout le désir qu'ils avaient de réprimer l'infraction ainsi constatée, les magistrats n'ont pas pu poursuivre le délinquant, parce que la loi n'a édicté aucune peine qui puisse être appliquée à ceux qui viendraient à enfreindre ses prescriptions. Frappé de cette anomalie, l'auteur a recherché si les autres articles de la loi étaient mieux respectés que celui qui a la prétention de défendre la pratique des grandes opérations aux officiers de santé. Il a vu alors que les médecins du second ordre, créés pour fournir plus particulièrement aux besoins des campagnes, se fixent plus généralement dans les grandes villes, et que s'ils veulent exercer dans plusieurs départements, ils le peuvent faire en subissant successivement autant d'examens différents, d'où il résulte que leur pratique ne diffère en rien de celle des docteurs. Il a trouvé, chemin faisant, bien d'autres incorrections dans les lois de l'an XI. Sans parler de la révision si nécessaire du tarif des expertises judiciaires, il s'est rappelé que déjà, en 1863, il avait été chargé par l'association générale des médecins de France de signaler une lacune analogue dans la loi de germinal, qui interdit l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie par le même individu, alors même qu'il serait muni des deux diplômes; mais sans indiquer la peine applicable aux délinquants, d'où il résulte que les tribunaux, après avoir déclaré l'acte blâmable et contraire à la loi, ont été obligés de reconnaître, par des jugements et des arrêts, qu'ils n'ont aucun moyen de le réprimer. Ces imperfections, et bien d'autres encore qu'il serait facile de relever, portent à conclure qu'au lieu de demander des modifications de détail aux lois qui régissent l'exercice de la médecine et de la pharmacie, il faut, comme l'a conseillé dans son dernier compte-rendu le secrétaire général de l'association des médecins de France, provoquer résolûment la révision générale de l'ensemble de nos lois professionnelles, et demander aux pouvoirs publics qu'ils préparent enfin un Code complet contenant, réunies sous un même titre, toutes les dispositions législatives applicables tant à l'enseignement qu'à la pratique de *l'art de guérir*.

M. WOILLEZ fait la lecture de son rapport sur un mémoire de M. le docteur Pagès, d'Alais (Gard), ayant pour titre : Etude clinique et thérapeutique sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. MIALHE entretient l'Académie de nouvelles recherches qu'il a faites sur le rôle des alcalins dans l'économie animale. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 25 mai 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

12. Note sur trois cas de néphrite accompagnés d'hypertrophie du cœur ; par Henry de BOYER, interne des hôpitaux.

I. .....Ch. âgé de 68 ans est entré le 8 mars à l'infirmerie de Bicêtre, (service du dr Bouchard). Il n'eut jamais d'autre maladie qu'un rhumatisme articulaire sans lésions cardiaques. Aucun accident des voies urinaires à cette époque. Il y a quelques mois une poussée rhumatismale s'est effectuée dans le bras droit. Aujourd'hui, ce malade est œdématié, l'œil est brightique, la vue a baissé ; pas d'ascite ni d'hydrothorax, albumine abondante dans les urines. Emphysème des deux poumons; souffle piaulant systolique de la pointe et hypertrophie du cœur.

Urines. — 10 mars. q = 430 (Urates ab., albumine id.)
11 mars. q = 660 col. 3 d = 1022 (alb.).
13 mars. On donne de la térébenthine qui com

munique l'odeur de violettes aux urines, malgré la néphrite.
14 mars. id. id.
15 mars. q = 620 col. 3 d = 1020 (alb.)
On donne 2 gr. d'iodure de potassium.

16 mars. q = 140 d = 1030 (alb. et iode), l'iode passe aussi: son élimination dure cinq jours. — Le rein de ce malade paraissait donc permettre le passage des matières odorantes et retarder celui des autres médicaments.

1er avril. — Bronchite intense: l'œdème augmente. 10 avril. Guérison de la bronchite, persistance de l'albuminurie, augmentation de l'anasarque; quelques filets de sang sont notés; pas d'hémorrhagies sous-cutanées.

23 avril. — Epistaxis; même symptôme le 30 avril, dyspnée extrême: il y a toujours autant d'albumine dans les urines; l'œdème augmente beaucoup et le 15 mai, le malade meurt après avoir eu des hémorrhagies multiples.

Autopsie. — Ascite, hydrothorax, anasarque; les poumons présentent quelques points de sclérose et de la congestion des bases: le cœur très-volumineux pèse 1080 grammes et 870 une fois débarrassé des caillots qui l'obstruent; ceux-ci sont noirâtres, récents, distendent le ventricule et l'oreillette à droite, aussi le cœur a-t-il une forme en bissac très-nette, son tissu est un peu hypertrophié.

La rate, = 85 gr., le foie est très-gros et gras (muscade). Les reins à moitié gras pèsent le gauche 130 gr., et le droit 160 gr. Leur capsule est adhérente, ils sont congestionnés et offrent le type intermédiaire au gros et au petit rein, c'est-à-dire que c'est un rein non granuleux quoique petit, mamelonné, creusé de sillons; il contient quelques petits kystes et les pyramides sont en partie effacées par la substance corticale hypertrophiée et graisseuse; ce rein représente une des terminaisons du rein brightique, ce qui est d'accord avec l'examen des dépôts urinaires qui a montré surtout des cylindres épithéliaux infiltrés de graisse; la marche de l'œdème est aussi en harmonie avec cet état du rein qui aurait probablement pu tourner aussi bien au gros rein blanc qu'au type ci-dessus décrit.

II. Sch....., âgé de 81 ans, entre le 13 mai à l'infirmerie de Bicêtre, il se plaint de troubles gastriques et de quelques étourdissements. Ses urines examinées une seule fois contiennent de l'albumine et du sucre; les dépôts n'ont pu être examinés: on suppose même que le sucre signalé aurait pu être accidentel, car il fut impossible de le rechercher dans les urines le lendemain, le malade étant anurique et mourant: le cœur est très-hypertrophié, sans souffle; les poumons sont assez bons; il y a eu des vomissements; la température est normale; *le* 14 *mai*, mort du malade qui n'a pas présenté d'œdèmes ni d'ascite.

Autopsie. — Le malade est mort d'un cancer de l'estomac resté latent malgré les vomissements alimentaires qu'on pouvait rapporter à l'urémie chronique. — Cerveau sain (1360 gr.) Cœur 975 gr. et 750 gr. une fois débarrassé de quelques caillots qui l'obstruent; hypertrophie énorme *concentrique* du ventricule gauche et muscle en bon état, pas de lésions valvulaires, mais athérome aortique excessif. Poumons assez sains aux bases mais scléreux aux sommets (sclérose blanche). Reins atrophiés granuleux, types du petit rein scléreux; ils pèsent le droit 100 gr. le gauche 110 gr. tout étant très-petits. La rate pèse 175 gr. et le foie est gras, il faut sans doute attribuer l'augmentation de volume de la rate à une congestion passive causée par la tumeur cancéreuse de l'estomac.

III. H..... est un aphasique du service, nous ne donnerons de son observation que ce qui a trait aux reins et au cœur: l'œdème des jambes de ce malade coïncide avec des étouffements, il a des battements de cœur très-prononcés.— L'urine est albumineuse. Au bout de quelques jours survient une expectoration sanglante persistante que fait supposer une rupture vasculaire dans le poumon. Il meurt le 14 mai.

Autopsie. — Lésions cérébrales, etc. Les poumons présentant deux gros infarctus hémoptoïques dont un, plus ancien, est en partie évacué au dehors; on suit la trace du processus pathogénique dans les artérioles pulmonaires qui sont obstruées par des tronçons fibrineux adhérents aux parois, vestiges d'un caillot plus volumineux qu'on retrouve entier dans les gros troncs et jusque dans le ventricule droit; la couleur blanche, la structure feuilletée et concentrique de ces concrétions permettent d'assurer que ces coagulations ont eu lieu pendant la vie. Il y eut donc *thrombose cardiaque et embolies pulmonaires* successives: le cœur pèse 1300 grammes et 1030 grammes une fois débarrassé des caillots cruoriques. Il est gras et graisseux, assez épais, mais hypertrophié par dilatation, puis par augmentation de volume du feuillet musculaire; les reins sont gros, encore rouges, présentent des traces de sillons mais pas de petites granulations; le droit pèse 180 gr. et le gauche 210 gr., tandis que la rate toute petite ne pèse que 82 gr.; le foie, assez gros, est du reste peu congestionné. La coupe du rein montre un rein brightique passant à la période de transformation graisseuse sans diminution de volume. Pendant la vie on avait constaté des cylindres clairs parsemés d'épithélium granulo-graisseux.

Réflexions.— Ces trois cas, observés simultanément, nous ont paru intéressants à comparer. Nous avons là, en effet, les trois types de reins, le gros rein (IIIe obs.), le petit rein granuleux (IIe obs.) et le type intermédiaire comme volume mais dépendant du rein brightique, (obs. I) sur lequel M. le professeur Charcot appelait récemment l'attention. — Les symptômes les plus nets d'albuminurie, l'anasarque, etc., accompagnaient ce type (obs. I); dans le cas du petit rein nous avons noté du sucre, mais il n'y a eu qu'un examen et l'on a peut-être été trompé par l'insouciance du malade, fort capable d'avoir mêlé sa tisane à ses urines (1); rien dans l'histoire clinique ne permettait d'affirmer le diabète. Dans les trois cas on avait une forte hypertrophie du cœur; dans l'obs. I, elle était à la fois par *dilatation* et par *développement concentrique*; dans l'obs. III c'était une hypertrophie *de résistance* développée après une énorme dilatation; dans l'obs. II, c'était une hypertrophie concentrique *de puissance* due à la difficulté que le sang éprouvait à passer par le filtre rénal sclérosé; notons que l'examen du fond de l'œil, dans l'obs. I, fait par M. le Dr Terrier a montré les altérations de la rétinite albuminurique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 *octobre* 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Ledentu présente à la Société une pièce anatomique provenant d'une femme à laquelle il vient de pratiquer la désarticulation de la hanche. C'est une tumeur de la partie inférieure de la cuisse, dont le début remonte à deux années. Toutefois, il y a quatre ans que la malade a commencé à éprouver de la douleur au niveau du condyle interne du fémur, et tout s'est borné à cet unique symptôme jusqu'au mois de février 1875, époque à laquelle le gonflement est apparu, pour progresser alors avec une rapidité extrême.

Le 1er octobre la circonférence de la région du genou mesurait 64 centimètres. La cuisse gauche tout entière avait augmenté de volume, et la tuméfaction ne s'arrêtait à peu près que vers la partie moyenne du membre; encore était-il difficile de savoir si cette tuméfaction intéressait les parties molles ou la diaphyse osseuse. Evidemment, il ne s'agissait là que d'un enchondrome ou d'un sarcome. Après avoir longtemps hésité, M. Ledentu se prononça en faveur du diagnostic d'enchondrome. D'ailleurs les téguments étaient sains, quoique légèrement violacés, et on voyait à leur surface un assez grand nombre de veines qui semblaient s'arrêter à la limite supérieure de l'empâtement profond dont il vient d'être question. Enfin, l'état général n'était pas mauvais. La malade, âgée de 50 ans, et nullement cachectique, était seulement un peu maigre; et le thorax ni l'abdomen ne présentant de particularités qui pussent contre-indiquer une opération, il fut décidé qu'on pratiquerait la désarticulation de la hanche. M. Ledentu a fait cette opération ce matin même, en appliquant e procédé à deux lambeaux, et en s'entourant de toutes les précautions conformes à la méthode de Lister.

L'examen de la pièce que présente M. Ledentu confirme bien

---

(1) Les tisanes de l'A. P. sont sucrées avec du sirop de glucose.

à première vue le diagnostic d'enchondrome. Mais encore à l'heure qu'il est, on pourrait être embarrassé pour affirmer que l'amputation aurait été préférable à la désarticulation, ou réciproquement. Néanmoins, l'état de la peau, les varicosités du tégument, et l'étendue considérable de cette tuméfaction profonde qu'on pouvait constater jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, constituaient un ensemble de motifs puissants en faveur de la désarticulation, quelle que fût la gravité que cette opération présente. Sur une coupe longitudinale du fémur envahi par le néoplasme jusqu'à mi-hauteur de la cuisse, on peut s'apercevoir que le canal médullaire est altéré. Mais au-delà tout est normal. Seulement, vers la région trochantérienne se trouvait un petit nodule résistant. Etait-ce un fibrome? Etait-ce un enchondrome? On le saura par l'analyse microscopique. En tout cas, il serait possible que cette analyse influençât défavorablement le pronostic, car il pourrait s'agir déjà d'un commencement de généralisation.

M. Gillette. Dans le sarcome des os, les douleurs sont très-vives. L'absence de ce symptôme aurait été à la rigueur un élément diagnostique assez important pour M. Ledentu.

M. Houel. L'enchondrome que nous présente M. Ledentu est un enchondrome *mou*. Il est fatalement destiné à la généralisation. Quant à la lésion du canal médullaire, c'est tout simplement de l'ostéo-myélite; enfin, l'altération osseuse est très-étendue. Toutes ces circonstances anatomiques justifient pleinement la désarticulation qu'il a cru devoir pratiquer.

M. Duplay. Il serait téméraire de dire d'une manière tout à fait positive que cette tumeur est un enchondrome. La vérité est que si elle renferme de l'enchondrome (et cela est certain), on y trouvera encore bien autre chose. Le microscope fera voir qu'elle contient un peu de tout, et du myxome, et du sarcome, et du tissu osseux, etc. En somme, c'est une tumeur excessivement maligne et qui, assurément, récidivera sous peu.

M. Després partage l'opinion de M. Duplay. Il s'agit d'une femme de 50 ans, qui est amaigrie, M. Ledentu le confesse, et qui n'a ce mal que depuis quatre ans. Une telle rapidité de développement, et un développement si considérable chez une femme de cet âge permettent bien d'affirmer que la tumeur est de nature maligne et se reproduira prochainement.

M. Sée se prononce également dans le sens de M. Duplay. Aussi considère-t-il que l'amputation ou la désarticulation n'ont à s'envier aucun avantage. La maladie va se généraliser; et si l'on peut avoir des doutes sur le choix de l'opération à faire, on ne doit point avoir sur le sort de la malade. M. Sée cite à l'appui de sa manière de voir, un cas presque identique à celui de M. Ledentu. Après une désarticulation de l'épaule pratiquée avec succès, l'opérée est morte d'une généralisation rapide de son mal.

M. Nicaise signale aussi une observation qui confirme l'opinion de ses collègues. Le malade de M. Nicaise a succombé à un cancer du poumon; mais il avait déjà dans les parties molles de son moignon une récidive partielle de la tumeur primitive.

M. Marjolin. En présence des récidives si fréquentes qui succèdent aux opérations dont il est question, on comprend sans peine le découragement des chirurgiens. Néanmoins, si l'on s'abstient toujours, on risque de laisser passer des occasions où l'intervention chirurgicale eût été efficace. Il y a une vingtaine d'années, M. Marjolin a amputé la jambe d'une religieuse qu'avaient examinée soigneusement MM. Michon, Désormeaux et Hervez de Chégoin. Ces messieurs avaient diagnostiqué un ostéo-sarcome, et, aujourd'hui encore, cette religieuse se porte très-bien.

M. Ledentu répond à M. Gillette que chez la malade qu'il a opérée les douleurs étaient très-vives et que, par conséquent, il n'existait pas, à cet égard, de caractère différentiel entre le sarcome et l'enchondrome. Quant à l'*amaigrissement* dont parle M. Després, il se bornait à la *maigreur* naturelle de la malade. Enfin, certainement la tumeur était maligne. En disant enchondrome, je ne dis pas tumeur bénigne quand même. Je n'en sais rien. Je crains seulement qu'elle ne se généralise. Mais quelles étaient, dans le cas particulier, les contre-indications formelles de l'opération? M. Marjolin vient de prouver que l'abstention systématique pourrait être parfois imprudente. Et ne sait-on pas que le fils de Raspail a été opéré il y a vingt ans environ, pour une tumeur à myéloplaxes, et qu'aujourd'hui il est encore parfaitement vivant? En résumé le cas dont il s'agit ici trouvera sa place dans la statistique de tous les faits à l'aide desquels on pourra peut-être un jour établir les conditions de l'intervention opératoire.

M. Duplay communique à la société l'observation d'un jeune homme qui, ayant été projeté contre un mur, et ayant éprouvé au côté droit de la face un choc assez violent, fut pris au bout de huit jours d'une contracture fixe des muscles de la face et des muscles masséter et ptérygoïdien du même côté. De temps en temps, cette contracture était un peu douloureuse. On aurait pu croire au début d'une attaque de tétanos. Mais, en une semaine, ces phénomènes bizarres eurent complètement disparu.

M. Périer a observé à l'Hôpital temporaire un cas identique, comme cause, comme marche et comme terminaison au cas de M. Duplay. Mais il n'y avait pas de contraction des muscles masticateurs, et en revanche le sterno-mastoïdien et le peaucier étaient contracturés.

M. Nicaise a soigné également, à l'Hôpital temporaire, un homme de 50 ans qui, à la suite d'un traumatisme datant de vingt années, a conservé une contracture permanente des muscles de la face.

M. Duplay. Il s'agit là de faits évidemment très-rares. Mais pour ce qui concerne le cas de M. Nicaise, il serait bon de s'assurer, s'il est possible, que le traumatisme n'a pas été immédiatement suivi de paralysie. Duchenne a signalé, en effet, des contractures *secondaires*, consécutives à des paralysies faciales. E. Brissaud.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 juin 1877. — Présidence de M. Labric.

M. Hayem lit un travail sur les *Degrés d'anémie*. Voici les conclusions de ce travail, déjà signalé, et analysé en partie dans le Bulletin du nº 35 du *Progrès médical*.

« En résumé, l'anémie ou aglobulie est caractérisée par des altérations quantitatives et qualitatives des globules rouges, d'où résulte, dans tous les cas où la question acquiert une certaine intensité, un défaut de proportionnalité entre le chiffre réel des globules et la quantité d'hémoglobine exprimée en globules sains. Ce défaut de rapport est presque toujours plus prononcé dans les anémies moyennes que dans les anémies intenses et extrêmes, parce qu'en général les dimensions des globules altérés sont en raison inverse de leur nombre. En tenant compte, à la fois, du nombre et des altérations des globules, il y a lieu d'admettre 4 degrés d'aglobulie.

1° *L'aglobulie légère* caractérisée par des altérations globulaires, nulles ou faibles — une richesse globulaire (R) exprimée en globules sains variant de 4,000,000 à 3,000,000 environ — une valeur individuelle de globules variant de 1 à 0,70 (1 exprimant la moyenne physiologique.)

2° *L'aglobulie de moyenne intensité* caractérisée par des altérations globulaires prononcées avec diminution des dimensions des globules — une richesse (R) pouvant varier de 3,000,000 à 2,000,000 environ — un nombre relativement élevé de globules de 5,500,000 à 3,000,000 — une valeur individuelle des globules oscillant entre 0,30, et 0,80.

3° *L'aglobulie intense* ayant également pour caractère des globules altérés, mais de dimensions très-inégales dont la moyenne se rapproche de la normale, à cause de la forte proportion des grands éléments — une richesse (R) variant de 2,000,000 à 800,000 — un nombre peu élevé de globules, de 2,800,000 à 1,000,000 environ — une valeur individuelle de globules variant de 0,40 à 1.

4° *L'aglobulie extrême* caractérisée comme la précédente par des globules altérés de dimensions très-inégales, mais dont la moyenne se rapproche de la normale et peut même la dépasser — une richesse (R) variant de 800,000 à 450,000, un nombre extrêmement faible de globules, inférieur quelquefois à celui qui exprime la richesse globulaire — une valeur individuelle de globules se rapprochant de la valeur normale ou la dépassant. C'est l'anémie poussée à ses dernières limites et non une variété d'aglobulie ayant des caractères anatomiques particuliers.

M. Féréol lit une note sur l'*efficacité des bains froids dans le rhumatisme cérébral et dans le délire alcoolique aigu fébrile*. — Une femme de vingt-sept ans, au douzième jour d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, fut prise de phénomènes cérébraux graves, en même temps que disparaissaient les signes de fluxion articulaire. Elle était véritablement dans

l'agonie, absolument insensible, violacée, sans pouls, et avec une température élevée, atteignant 41°,8 dans le vagin. — M. Féréol la fit mettre dans un bain à 23°, en même temps qu'on flagellait les membres. Au bout du trente-cinq minutes, la malade fut remise dans son lit, respirant un peu mieux; elle présentait alors une température de 39°,7. Puis survinrent des phénomènes d'excitation bulbo-spinale, tenant à la fois du tétanos, de la chorée et de l'épilepsie. La malade fut remise au bain ; elle en prit sept en dix-huit heures. Après diverses péripéties, elle finit par guérir, conservant seulement un certain degré d'agitation choréiforme. M. Féréol ne se rappelle pas avoir jamais vu une malade, si près de la mort, y échapper. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, et deux autres faits n'ont pas été suivis du même succès. Cela prouve simplement que ce moyen n'est pas infaillible, mais c'est déjà beaucoup, dans une affection aussi redoutable que le rhumatisme cérébral, d'arriver à sauver quelques malades.

A propos de l'un de ces deux faits malheureux, M. Féréol insiste sur un signe important pour le pronostic : c'est la terreur et l'idée fixe de la mort dont les malades sont parfois frappés. Lorsque l'on constate ce phénomène, on doit redouter l'apparition des accidents cérébraux. — Ce signe n'a cependant pas une valeur pathognomonique, pas plus que la cessation des phénomènes articulaires. L'élévation de la température doit aussi être prise en grande considération.

M. Féréol a aussi employé les bains froids dans un cas fort grave de délire alcoolique aigu, et attribue pour la plus grande part à l'emploi de ce moyen la cessation des accidents.

M. Vallin et M. Labbé citent aussi des cas de délire survenant chez des rhumatisants, et ayant guéri par les bains froids.

M. Vidal attache peu d'importance à la disparition des fluxions articulaires, et accorde beaucoup plus de valeur à l'état mental du malade signalé par M. Féréol. — Il insiste aussi sur ce fait que, dans les formes graves, la mort arrive généralement avant quarante-huit heures ; lorsque ce temps est écoulé, le malade guérit généralement, quel que soit le traitement employé. C'est là une circonstance dont il faut tenir compte pour apprécier sainement la valeur des méthodes thérapeutiques.

M. Blachez présente un exemple de *myocardite avec dégénérescence graisseuse du cœur*, observé chez une vieille femme dont les artères cardiaques étaient très-athéromateuses. Toute la partie inférieure du ventricule gauche était ramollie au point que le tissu cardiaque se détachait, lorsqu'on cherchait à enlever les caillots.

M. Millard présente une *lésion mitrale* intéressante. Il s'agit d'une production polypiforme implantée sur la face auriculaire de la valvule et venant, à la façon d'une soupape, oblitérer l'orifice mitral, déjà très-rétréci. A. S.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude des troubles de la circulation veineuse chez l'enfant et en particulier chez le nouveau-né ; par le Dr Victor Hutinel, interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux ; Th. inaug. Paris, 1877 ; chez A. Delahaye.

Instruit par l'enseignement de son maître, le professeur Parrot, instruit par ses recherches personnelles, M. Hutinel s'est proposé, dans une thèse remarquable à bien des égards, d'étudier les troubles de la circulation veineuse chez l'enfant et en particulier chez le nouveau-né.

La fréquence relativement considérable des congestions passives et des thromboses veineuses chez les enfants, la relation intéressante qui existe entre elles et certaines lésions viscérales, leur siége spécial, leur mode de formation, leur constitution, leur avenir, chacun de ces points a spécialement attiré l'attention de l'auteur qui résume son œuvre importante dans les conclusions suivantes que nous devons reproduire en entier :

Dans la pathologie du premier âge, le système veineux a le pas sur le système artériel, non parce que ses canaux sont malades, mais parce qu'il peut contenir un sang altéré. Quand on trouve dans un organe des lésions qui paraissent dues à un trouble circulatoire, c'est surtout dans les veines qu'il faut en chercher la cause.

Les congestions passives, fréquentes dans les premières semaines de la vie peuvent s'accompagner d'hémorrhagies. On les observe à la suite d'accouchements longs et difficiles ; dans l'athrepsie aiguë elles sont habituelles et semblent liées surtout à la concentration du sang. Plus tard, elles ont moins d'importance.

Dès que le sang altéré stagne dans ses canaux, il peut s'y coaguler ; aussi les thromboses sont-elles fréquentes dans l'enfance. On les rencontre chez les nouveau-nés emportés par l'athrepsie, chez les enfants épuisés par une maladie générale, par une affection chronique ou par une misère prolongée : elles siégent alors dans les veines du rein et de l'encéphale ou dans l'artère pulmonaire.

Les viscères dont les veines sont ainsi obstruées par des caillots peuvent subir des altérations importantes.

Lorsqu'il existe une thrombose des sinus ou des veines encéphaliques, on observe des congestions intenses, des apoplexies capillaires, des ramollissements du cerveau, des hémorrhagies méningées ou ventriculaires. Des lésions semblables peuvent avoir pour cause chez le nouveau-né une réplétion exagérée du système veineux. Chez l'enfant plus âgé, quand il n'existe pas d'oblitération veineuse pour expliquer l'apparition d'une lésion d'origine vasculaire (hémorrhagies, ramollissement), on trouve ordinairement une inflammation.

La symptomatologie des altérations encéphaliques est à peu près nulle dans les premières semaines de la vie. Au-dessus d'un an, elle est beaucoup plus nette. Cette différence tient au développement imparfait du cerveau chez le nouveau-né.

La thrombose des veines rénales, presque spéciale à l'athrepsie aiguë, s'accompagne dans le rein de congestions intenses, d'hémorrhagies interstitielles ou même de foyers de suppuration.

Les caillots qui se forment dans l'artère pulmonaire sont des concrétions autochtones. Ils peuvent donner naissance à des apoplexies, à des suppurations, ou même à des gangrènes du poumon. Ces lésions sont presque impossibles à reconnaître pendant la vie.

Les troubles de la circulation veineuse chez l'enfant empruntent une grande partie de leur gravité aux états morbides dans lesquels ils se rencontrent, mais ils peuvent par eux-mêmes causer des désordres irrémédiables.

Dr L. Landouzy.

VARIA

École de Garde-Malades et d'Ambulancières (séance d'ouverture des cours de la deuxième année).

Le 9 octobre 1877 a eu lieu, à la mairie du VIe arrondissement, la séance d'ouverture des cours de la deuxième année de l'*École de Garde-Malades et Ambulancières*, fondée par un certain nombre de membres de la Société de médecine pratique, et dirigée par M. Duchaussoy.

Après quelques paroles sympathiques de l'adjoint du VIe arrondissement, présidant la séance, M. Duchaussoy a prononcé un discours indiquant le but et les tendances des cours dont il a accepté la direction. Ouverte au mois d'avril dernier, cette École a fonctionné régulièrement depuis cette époque, grâce à l'obligeance du maire du VIe qui a prêté un local convenable, grâce aussi aux souscriptions d'un certain nombre de dames amies de la diffusion des lumières et soucieuses des véritables intérêts de la femme, grâce aussi, nous devons le dire hautement, au généreux empressement qu'ont mis quelques médecins à faire des cours élémentaires et pratiques, ce qui nécessite, outre la science, un véritable dévouement et une grande expérience de cette sorte d'enseignement. Les résultats de ces quelques mois de cours ont été des plus satisfaisants, et nous n'en voulons d'autre preuve que l'affluence nombreuse de dames qui, mardi dernier, se pressaient dans la grande salle de la mairie du VIe arrondissement.

Le but de cette École est « de remédier à l'insuffisance des gardes malades de profession, de faire acquérir aux jeunes mères des connaissances élémentaires qui leur permettent de mieux seconder le médecin dans les soins qu'il donne à leurs enfants et à leurs parents.... d'aider les femmes dévouées à parer aux terribles et pressantes éventualités que la guerre fait souvent naître à l'improviste, et de leur donner une instruction qui puisse en faire des aides véritablement utiles.... » Nous ne pouvions mieux faire que de citer les propres paroles du fondateur, et nous n'avons pas à insister sur l'utilité pratique

de cette Ecole, les lecteurs du *Progrès Médical* se souviendront d'y avoir souvent lu des articles dans ce sens; il y a longtemps déjà que MM. Bourneville, Tallandier et d'autres ont insisté sur la question des garde-malades, des infirmiers, tant en France qu'à l'étranger, et montré combien étaient insuffisantes et les connaissances qu'elles possèdent et les sommes ridicules dont on les gratifie en échange d'un travail répugnant et dangereux.

Les fondateurs de l'Ecole de Garde-Malades ont fait appel aux femmes de toutes les classes de la société, leur ont fait des cours théoriques, les ont dirigées dans des exercices pratiques, leur ont fait subir des interrogatoires réguliers et, aujourd'hui, au bout de six mois seulement, ont déjà fourni un noyau de 21 dames munies d'un diplôme et destinées à servir de *monitrices* dans l'enseignement de cette année ; un nombre beaucoup plus considérable de dames avaient suivi ces cours; peu se sont montrées incapables d'obtenir le diplôme, un bien plus grand nombre ont désiré se perfectionner encore par une année de cours, ce qui fait augurer pour l'an prochain une distribution de diplômes beaucoup plus considérables encore. Sur ce brevet sont inscrits les préceptes suivants que nous citons *in-extenso*.

1° Soyez les auxiliaires intelligentes et dévouées du médecin. — 2° Tenez dans la propreté la plus parfaite le malade, son lit, sa chambre.— 3° Soyez probes, discrètes, décentes, sobres, actives, patientes et douces, bonnes, sans familiarité.— 3° Ne sortez jamais de votre rôle. — 5° En temps de guerre ou d'épidémie, que votre patriotisme et la charité vous inspirent le dévouement.

En ces quelques lignes sont résumés les devoirs de la garde-malade, et c'était un spectacle imposant que de voir les dames diplômées, debout parmi leurs compagnes, s'engager d'honneur à respecter ces préceptes, que l'un des professeurs leur lisait à haute voix. Il y avait là plus qu'une formalité, il y avait une obligation, un serment sincèrement prêté par ces dames et demoiselles, et nous sommes demeurés convaincus qu'elles sauraient le tenir si de malheureuses circonstances leur en faisaient sentir toute l'utilité. Cette Ecole a-t-elle pour but de faire des femmes médecins ? Ceux qui ont entendu l'allocution de M. Duchaussoy verront, au contraire, que l'on recommande aux élèves d'obéir aveuglément aux prescriptions du médecin, de ne les modifier en rien, de noter les particularités de la maladie, de soigner le malade, mais toujours sous le contrôle de l'homme de l'art. Que dire alors de ces médecins qui craindraient de trouver trop de dévouement et d'intelligence dans leurs auxiliaires, ne seraient-ils pas exposés à voir la santé de leurs malades compromise par l'incurie ou l'inintelligence des infirmières illettrées auxquelles ils avaient recours ?

Ces efforts des médecins professeurs n'auront pas été vains ; ils ont su attirer et retenir un nombreux auditoire malgré l'aridité du sujet, malgré les défiances que pouvaient susciter les études médicales auprès de quelques esprits féminins ; nous n'aurons qu'à citer, en terminant, le touchant épisode qui s'est produit à la fin de la séance. Une demoiselle, celle qui avait été classée en tête de la liste, est venue, au nom de ses compagnes, offrir au président une médaille commémorative où se trouvaient gravés les noms des professeurs, et dans une allocution pleine de tact et de sympathie, a remercié le bureau de l'Ecole de ses peines et est venue affirmer encore une fois l'obligation que contractaient ces dames de se consacrer à la guérison des malades. Une véritable émotion s'est emparée de l'assemblée, et ce remerciement délicat et spontané prouve bien, croyons-nous, combien on peut tirer parti des sentiments d'affection de la femme pour le plus grand profit de nos malades et de nos blessés.

Souhaitons donc une heureuse réussite à ce groupe de médecins dévoués qui ont agi, et fondé un enseignement qui ne tardera pas à s'étendre en France, nous l'espérons bien; le *Progrès médical*, fidèle à ses traditions, a indiqué, le premier, la voie à suivre et il ne restera pas en arrière dans cette lutte de l'instruction contre l'ignorance. HENRY DE BOYER.

Concours.

Internat. — La composition écrite a eu lieu lundi dernier. Les candidats ont eu à traiter la question suivante : *vaisseaux sanguins du poumon ; gangrène pulmonaire.* Les deux autres questions déposées dans l'urne étaient, dit-on : *vaisseaux et nerfs du rein ; accidents de la lithiase rénale; — muqueuse linguale ; cancer de la langue.*

Externat. — Juges : MM. Debove, Gouguenheim, Gouraud, Hallopeau, Berger, Monod, Pozzi. Première épreuve, le 8 octobre : *vertèbres dorsales;* 2° *artère fémorale.*

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN-ADJOINT DES HOPITAUX DE ROUEN. — Les épreuves commenceront le mercredi 19 décembre 1877. Ce concours aura lieu à l'Hospice-Général, sous la présidence d'un administrateur. Elles se composent : 1° d'une dissertation orale sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie interne ; 2° d'une dissertation écrite sur un sujet de pathologie et de thérapeutique médicales ; 3° d'une leçon clinique sur deux malades choisis dans les salles de médecine ; 4° d'une consultation rédigée sur un cas de maladie grave. La question à traiter sera la même pour tous les concurrents. L'un d'entr'eux, désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le jury en séance secrète.

Les candidats devront : 1° se faire inscrire à la Direction, enclave de l'Hospice-Général, avant le 1er décembre. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise ; 2° déposer une demande contenant l'engagement de se conformer aux règlements des hôpitaux, faits ou à faire ; un certificat de moralité ; leur diplôme de docteur en médecine ; les pièces constatant qu'ils ont 25 ans accomplis et qu'ils sont Français ou naturalisés Français ; 3° justifier de deux années de pratique comme docteur en médecine. Sur le vu de ces pièces, l'administration statue sur l'admissibilité au concours. Sa décision est notifiée aux candidats. Le concours est public. Aucun candidat ne pourra entrer à l'Hospice-Général, pour y visiter les infirmeries, durant les quinze jours qui précèderont le concours. Les fonctions de médecin sont gratuites. — Nous trouvons inscrite ici une singulière clause : celle qui consiste à signer l'engagement de se conformer à des règlements faits *et à faire !*

Médecins militaires.

Par décret en date du 17 septembre 1877, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaires de l'armée de terre.

Au grade de médecin principal de 1re classe. M. Roudet (Jean-Baptiste), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Rennes, en remplacement de M. Vincent, retraité.

Au grade de médecin principal de 2e classe. M. Leplat (Emile-Claude), médecin-major de 1re classe des hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Roudet, promu.

Au grade de médecin-major de 1re classe. (Ancienneté). M. Bergé (Joseph-Théophile-Polydore), médecin-major de 2e classe des hôpitaux de la division de Constantine, en remplacement de M. Delange, décédé. — (Choix). M. Reech (François-Antoine), médecin major de 2e classe au 30e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Hervé, retraité. — (Ancienneté). M. Guyon (Jules-Louis-Alexandre), médecin major de 2e classe au 6e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Douillot, retraité. — (Choix). M. Moussu (Amédée-Charles-Eugène), médecin-major de 2e classe des hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Hamel, retraité. — (Ancienneté). M. Ferra (Jean-Baptiste), médecin-major de 2e classe du 13e escadron du train des équipages militaires, en remplacement de M. Sculfort, mis en non-activité pour infirmités temporaires. — (Choix). M. Nogler (Joseph-Jules), médecin-major de 2e classe au 13e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Pomonti, retraité. — (Ancienneté). M. Emery-Desbrousses (Etienne-Joseph-Aristide-Ernest), médecin-major de 2e classe au 4e régiment de cuirassiers, en remplacement de M. Spilleux, retraité. — (Choix). M. Tardif (Anthelme-Antoine-Henri), médecin-major de 2e classe au 117e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Leplat, promu.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. BUDIN et PINARD ont commencé le 15 septembre leur cours d'accouchements. La 3e partie : dystocie et opérations et la 4e : exercices pratiques, commenceront le 15 octobre, à 4 h. 1/2. — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Péan reprendra ses opérations et ses leçons de clinique chirurgicale, le samedi 13 octobre, à neuf heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

1er *Examen de fin d'année, 3e et 4e de doctorat.* — Le dr G. LELORAIN, licencié ès-sciences naturelles, reprendra à partir du 15 octobre, les leçons d'histoire naturelle, de matière médicale et thérapeutique, préparatoires à ces examens (droguier très-complet). — S'inscrire de 4 à 5 h., 16, rue Monge.

MORTALITÉ A PARIS. — Population : 1,988,806 habitants. (Recensement de 1876). Pendant la semaine finissant le 11 octobre 1877, on a déclaré 847 décès, soit 22.1 décès par mille habitants et pour l'année : fièvre typhoïde, 48 ; — rougeole, 13 ; — scarlatine, 3 ; — variole, 1 ; — croup, 13 ; — angine couenneuse, 27 ; — bronchite aiguë, 39 ; — pneumonie, 51 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 9 ; — choléra nostras, • ; — dyssenterie, 3 ; — affections puerpérales, 1 ; — érysipèle, 5 ; — autres affections aiguës, 223 ; — affections chroniques, 346, dont 152 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 40 ; causes accidentelles, 25.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Inscriptions du 4e trimestre de l'année 1877 (1er trimestre scolaire 1877-1878). — Consignations pour les examens. — Travaux de dissection. — Cartes d'étudiants. — *Inscriptions.* Le registre pour les inscriptions du 4e trimestre de l'année 1877 (1er trimestre de l'année scolaire 1877-1878), sera ouvert du 16 octobre au 15 novembre 1877 inclusivement. Les inscriptions seront reçues au secrétariat les lundi, mardi, mercredi et jeudi de chaque semaine, de 9 heures à 11 heures du matin et de 1 heure à 4 heures du soir. Passé ce délai, aucune inscription ne pourra être prise sans une autorisation spéciale, accordée, suivant les cas, par M. le recteur de l'Académie de Paris ou par M. le Ministre de l'Instruction publique.

2° *Consignations.* Les consignations pour les examens seront reçues à partir du 19 octobre, le vendredi et le samedi de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures.

4° *Exercices de dissectiom.* Les exercices de dissection commenceront à l'Ecole pratique le lundi 22 octobre. MM. les étudiants qui doivent prendre part à ces exercices devront se faire inscrire au secrétariat, à partir du 19 octobre, les vendredi et samedi de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures, et acquitter en même temps les droits réglementaires ; chaque étudiant recevra, en outre de la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits, une carte spéciale d'admission à l'Ecole pratique.

4° *Cartes d'étudiants*. Les cartes d'étudiants seront délivrées au secrétariat aux jours et heures indiqués pour ces inscriptions.

MM. les étudiants sont invités à réclamer ces cartes qui sont spéciales à l'année 1877-1878, et à déposer en même temps les cartes dont ils sont porteurs et qui s'appliquent à l'année dernière.

Bibliothèque des internes en médecine de l'Hotel-Dieu. — Sur le rapport de M. Bourneville, le Conseil municipal a voté dans une de ses dernières séances une allocation de 2000 fr. à la Bibliothèque des internes en médecine. Une demande faite par les internes en pharmacie du même hôpital a dû être écartée conformément aux règles admises par le Conseil pour les subventions accordées aux bibliothèques populaires et aux bibliothèques médicales. Ces règles consistent à ne donner d'encouragement qu'aux bibliothèques ayant rendu déjà des services et existant depuis au moins un an. Ce nouveau témoignage du Conseil municipal et de l'administration en faveur de ces bibliothèques ne pourra qu'engager les internes à veiller au bon entretien et au perfectionnement de leurs propres fondations.

Médecins de la marine. — Par décret du 4 octobre 1877, ont été promus : *au grade de médecin principal :* MM. les médecins de 1[re] classe : 2[e] tour (choix) Cerf-Mayer (Jules). 1[er] tour (ancienneté) Maréchal (Firmin-Marie-Jules). 2[e] tour (choix) Bacquié (Charles-Henri).

L'Université catholique de paris vient d'adresser au Ministre de l'Instruction publique, par l'intermédiaire de l'archevêque de Paris, une demande à l'effet d'être reconnue comme établissement d'utilité publique. (*Revue scientifique*).

M. le professeur Joseph Lister, nouvellement nommé professeur de cli-

nique chirurgicale, à King's College, a, en ouvrant son cours, fait une leçon remarquable sur la fermentation. — M. le Dr J. Matthews DUNCAN, le célèbre accoucheur d'Edimbourg, vient également à Londres où il a été nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie à Saint-Bartholomew's Hospital.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr MAYO, médecin-voyageur éminent, a succombé en mer, peu de jours après avoir quitté les îles Fidgii. Ce médecin avait pris une part active à l'organisation médicale de la guerre des Ashantees; il avait également fait avec les Hollandais la guerre des Atcheen. Il a écrit des impressions de voyage qui ont eu en Angleterre un certain succès. (*Gazette hebdom. de Méd. et de Chir.*). — L'*Union médicale* annonce la mort du Dr Jean-Baptiste DUCLAUX DE MARTIN, né le 13 février 1798, médecin à Saint-Julia.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Bauche est décédé à Auteuil, à l'âge de 69 ans. (*Gazette médicale de Paris*). — Les journaux étrangers annoncent la mort du Dr WUNDERLICH (de Leipzig), et du Dr HEINE, professeur de clinique chirurgicale de Prague. Ce dernier, un des plus ardents promoteurs de la méthode de Lister, a succombé à la diphthérie.

LA SEMAINE RÉPUBLICAINE, 14, rue Baudin (sous la direction politique de M. Ch.-L. Chassin), publie dans son numéro du 7 octobre, qui arrivera dans les villages avant le vote : Aux urnes ! — les Résumés des Discours, Déclarations et Circulaires de Gambetta, de Grévy, de Louis Blanc, de Montalivet, etc.; — Casse-cou ! par Henri Bompard ; — les Indulgences plénières et la Guerre, par Jean Macé ; — une Lettre du petit François, par ***. — Bureaux : Rue Baudin, 14, Paris. — L'abonnement d'un mois, durant la période électorale : 50 centimes.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

5e ANNÉE. — N° 42. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 20 OCTOBRE 1877

Le Progrès Médical

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÉGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Dix-septième leçon (1).

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

SOMMAIRE. — I. Etude des rapports des tendons et des faisceaux musculaires primitifs au niveau de leur ligne de démarcation. Discussion des opinions de Kölliker et de Weissmann. — Méthodes de l'auteur, étude de l'union du muscle et du tendon chez la grenouille soumise à la température de 55°; Chez l'hippocampe. — L'union des muscles et des tendons est encore insuffisamment connue. — II. Mode de terminaison de la substance contractile à l'extrémité du faisceau primitif: Opinion d'Amici. Présomption d'existence d'un ciment unissant la substance musculaire à la cupule tendineuse. — III. Rapports des faisceaux musculaires primitifs entre eux et avec le tissu conjonctif. Renseignements fournis par l'examen des coupes transversales. Faisceaux primitifs, secondaires, tertiaires, quaternaires, etc. — Disposition du tissu connectif intra-musculaire à l'égard des faisceaux primitifs. Bichat, Flemming, Lœwe. — Disposition réelle du tissu conjonctif intra-musculaire. Ses faisceaux sont dirigés d'une manière générale dans la direction des fibres musculaires. Il forme dans les intervalles de ces dernières un lacis de fibres connectives et non de gaînes membraneuses. — Cellules fixes. — Cellules lymphatiques. — Le tissu intra-musculaire de la grenouille est un sac lymphatique cloisonné incomplétement. — (*21 mars 1876.*)

Messieurs,

I. Messieurs, nous venons de faire l'étude sommaire des tendons; je vous ai montré comment ils se comportent au niveau de leur insertion sur l'os ou le cartilage, nous allons rechercher maintenant quel est leur mode d'origine, c'est-à-dire de la façon dont ils sont reliés aux masses musculaires qu'ils prolongent. Cette question n'est pas des plus simples, elle a servi depuis longtemps de prétexte aux controverses. Je ne vous rappellerai pas toutes les opinions différentes qui se sont produites dans la science à ce sujet, je vous dirai seulement que, dans sa première édition française, Kölliker avait résolu la question de la manière suivante. D'après lui, lorsque l'axe d'un muscle et celui du tendon qui lui fait suite sont disposés dans une même direction, la continuation des deux s'opère sans aucune ligne de démarcation. L'on voit simplement la striation du faisceau primitif disparaître et la structure changer, lorsque, de musculaire qu'il était, ce faisceau primitif devient tendineux.

La limite serait, on le conçoit, difficile à voir dans ce cas. Il en serait tout autrement, pour Kölliker, lorsque les faisceaux primitifs d'un muscle tombent obliquement sur le tendon auquel ils s'insèrent, c'est-à-dire quand le muscle présente la structure *pennée*, disposition très-fréquente du reste. Dans ce cas la fibre musculaire se terminerait brusquement, au-dessous d'elle commencerait le tendon, et il y aurait entre les deux une simple juxtaposition. Je vous ferai d'abord observer, Messieurs, que de pareilles différences, dans les rapports de muscles qui se distinguent seulement entre eux par des détails de texture, et de tendons qui sont identiques dans les deux cas, sont tout à fait difficiles à accepter *a priori* et même à concevoir en anatomie générale. La nature suit ordinairement des lois moins variables dans ses procédés. Dès 1861, d'ailleurs, Weissmann montra que le mode d'insertion du muscle au tendon est toujours identique. Pour établir ce fait, il se servit d'une méthode introduite dans la science par Moleschott, à savoir l'emploi de la potasse à 40 p. 100. Ce détail historique vous montre une fois de plus quelle est, en histologie, l'importance des méthodes; chacune d'elles, au moment où elle se produit, et appliquée à l'étude d'une question controversée, y apporte en effet toujours des modifications plus ou moins considérables; souvent elle fait faire à la science de notables progrès.

Weissmann enlève, sur un animal vivant, un muscle de petit volume (tel, par exemple, que le gastrocnémien de la grenouille); il le plonge dans quelques centimètres cubes d'une solution aqueuse de potasse à 40 p. 100. Au bout d'une heure, par la simple action des aiguilles à dissocier, on peut séparer les uns des autres les faisceaux primitifs qui constituent, par leur réunion, la masse musculaire. Ces derniers se montrent alors isolés dans toute leur longueur; si l'on a opéré avec précaution, on voit à chacune de leurs extrémités leurs deux chefs avec leur configuration normale. La méthode enseigne donc un premier fait, à savoir que chacune des fibres musculaires possède une individualité propre. J'ai insisté déjà, du reste, sur ce sujet et je n'y reviendrai pas maintenant en détail. Weissmann indiqua de plus : 1° que pour les muscles rectilignes avec leurs tendons ou insérés angulairement sur ces derniers, le mode d'union paraît identique; 2° que les faisceaux musculaires primitifs, en arrivant sur le tendon se terminent toujours brusquement, soit par une extrémité arrondie, soit en affectant une configuration dentelée; 3° que le sarcolemme enfin existe tout aussi bien sur le chef terminal de la fibre musculaire que dans sa continuité, qu'il l'enveloppe sur ce point comme le fait un doigt de gant, et que la potasse dissout simplement un ciment particulier qui réunit, à ce niveau, le faisceau musculaire primitif au cordon tendineux qui lui fait suite.

Les conclusions de Weissmann ne vous paraîtront certainement pas toutes immédiatement acceptables. Vous vous souvenez en effet, Messieurs, que je vous ai montré, dès le début de ce cours, que les solutions de potasse à 40 p. 100 ne respectent nullement l'intégrité du sarcolemme. Bien loin de là, ce dernier est au contraire absolument dissous au bout de peu de temps sous l'action de l'alcali, et la substance musculaire respectée est absolument mise à nu. Comment donc un pareil procédé peut-il servir à démontrer que le sarcolemme enveloppe de toutes parts la substance contractile, aussi bien à ses extrémités qu'en son milieu? Ceci nous montre que la question n'est point résolue et que de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point particulier.

J'ai tout d'abord entrepris la vérification des assertions de Weissmann en suivant de point en point sa méthode. Vous pourrez voir des faisceaux primitifs isolés par son procédé. L'extrémité de ces faisceaux présente une configuration des plus variables. Chez la grenouille elle est plus ou moins irrégulièrement dentelée, chez le lapin l'on remarque quelques détails intéressants. Si l'on observe certaines extrémités de fibres offrant l'apparence pénicillée, l'on reconnait souvent que leurs dentelures sont formées par des cylindres primitifs réunis deux à deux, trois à trois, ou même complétement isolés. Certains se poursuivent plus loin que les autres, ce qui donne à l'extrémité du faisceau l'aspect d'un pinceau dont un certain nombre de poils auraient été cassés. Dans tous les cas le faisceau primitif ne se termine pas constamment par une courbe continue.

Pour bien voir la disposition d'un muscle penniforme, à sa terminaison, et le rapport de ces faisceaux primitifs avec les tendons, il faut modifier le procédé de la façon suivante. Et, tout d'abord, vous n'ignorez pas que les muscles pennés s'insèrent ordinairement, tout le long de leur parcours, non sur des tendons d'apparence funiculaire, mais bien sur des expansions tendineuses qui se prolongent sur l'une des faces du muscle en l'enveloppant comme un cornet de papier fait d'un bouquet. Telle est, par exem-

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876; nos 1, 2, 7, 9, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 30, 31, 40 et 41 de 1877.

ple, la disposition présentée par le gastrocnémien de la grenouille commune ; une expansion nacrée du tendon d'Achille l'embrasse en arrière et reçoit ses fibres courtes et obliques. Un pareil muscle est disposé sur une lame de verre de façon que son expansion tendineuse repose sur cette lame. La majeure partie de la masse musculaire épaisse est retranchée à l'aide de ciseaux courbes sur le plat. Quand il n'y a plus sur la lame de verre que le tendon membraniforme garni d'une mince couche de muscles, cette membrane est tendue exactement, puis à l'aide d'une aiguille courbe, on trace une raie comme celle qu'on fait sur la tête, à l'aide du peigne, pour séparer les cheveux. On rejette de la sorte les faisceaux primitifs de chaque côté du trait en les divisant en deux groupes, mais tous ces faisceaux ainsi séparés venant s'insérer au niveau même de la raie, l'on peut observer sur ce point leur mode d'union avec leurs tendons. L'observateur n'est plus, en effet, gêné par des plans superposés de fibres musculaires.

J'ajoute à la préparation, ainsi disposée et recouverte d'une lamelle, quelques gouttes d'une solution de potasse à 40 0/0 que je fais pénétrer par capillarité. Chaque faisceau primitif se continue isolément avec un petit tendon minuscule qui va ensuite se perdre dans l'expansion tendineuse et que je puis observer à loisir. Au bout de quelques minutes, et sous l'action de l'alcali, la substance musculaire de chaque faisceau se rétracte légèrement. Entre le tendon et l'extrémité de la fibre on voit alors se produire un petit espace semi-lunaire. Le tendon paraît terminé par une petite cupule concave qui reçoit l'extrémité convexe du faisceau. Cette cupule s'agrandit; enfin au bout d'un certain temps la substance musculaire de la fibre, continuant à se rétracter en s'éloignant du tendon, en est complétement séparée. Mais à ce moment le sarcolemme est dissous et il est impossible de juger s'il se prolongeait ou non sur l'extrémité du faisceau musculaire.



Fig. 82. — *C*, substance musculaire divisée longitudinalement en cylindres primitifs. — *p*, terminaison de ces cylindres. — *m*, sarcolemme. — *s*, le même réfléchi sur la cupule tendineuse du tendon, *t*.

Pour juger la question, il faut encore ici tourner la difficulté en recourant à une autre méthode. Une grenouille vivante est jetée dans une capsule contenant de l'eau à 55 degrés ; elle entre presque aussitôt en rigidité et meurt rapidement comme je vous l'ai fait voir. Au bout d'un quart d'heure environ, elle est retirée de son bain d'eau chaude, et je dispose, avec de grandes précautions, l'expansion tendineuse d'un de ses gastrocnémiens sur une lame de verre ; je la tends, j'y pratique une raie absolument comme il vient d'être dit, et en opérant sous l'eau afin de tirer le moins possible sur les faisceaux primitifs que j'écarte les uns des autres. La préparation est colorée à l'aide du picrocarminate d'ammoniaque à 1 0/0 et examinée dans la glycérine. On observe alors très-nettement les particularités suivantes. (*Fig. 82.*)

Un grand nombre de faisceaux musculaires primitifs sont séparés, par un assez large espace, de la cupule terminale de leur tendon filiforme. Ils sont reliés à ce dernier par le sarcolemme qui forme un boyau vide et dans lequel la substance musculaire s'est rétractée. L'extrémité de cette substance est dentelée et chacune des dentelures qu'elle présente est formée par un ou plusieurs cylindres primitifs de Leydig. Cette séparation des fibres musculaires et des tendons s'effectue vraisemblablement au moment où l'animal, saisi par l'eau chaude, entre brusquement en rigidité et se maintient dans cette situation. Quoi qu'il en soit, il s'effectue alors un départ du plasma musculaire que remplit le boyau sarcolemmique d'une substance qui, ultérieurement coagulée par le refroidissement, paraît finement grenue et qui, ainsi que je m'en suis assuré, contient de la matière glycogène. Cette masse renferme en outre quelques noyaux nageant dans son intérieur. Au voisinage de sa terminaison, le tendon, de son côté, présente des noyaux allongés dans le sens de son axe, et qui sont ceux de ses cellules fixes. Des noyaux affectant la même direction, mais offrant d'ailleurs les caractères des noyaux musculaires superficiels, sont placés sous le sarcolemme mis à nu ; ce dernier, enfin, va de la substance musculaire rétractée au tendon qu'il rejoint. Il se recourbe en l'abordant au niveau de sa cupule et, sur ce point, s'amincit considérablement, de telle sorte qu'il est absolument impossible de le poursuivre avec certitude tout le long de la courbure de cette dernière. Si l'inflexion du sarcolemme au niveau de la terminaison cupuliforme du tendon semble indiquer qu'il la double dans toute son étendue, le fait ne peut néanmoins être tout-à-fait affirmé puisqu'on ne l'observe point nettement.

L'étude des muscles de certains poissons va nous fournir ici des données très-instructives, sinon la solution complète de la question qui nous occupe. Au point de vue des rapports des faisceaux primitifs avec les tendons, les muscles de la nageoire dorsale de l'hippocampe constituent l'objet d'étude le plus favorable (1). Lorsque, chez un hippocampe vivant, on a fait sauter avec des ciseaux un des côtés de la boîte osseuse biloculaire qui contient ces muscles, on les aperçoit au milieu d'un tissu muqueux transparent, accompagnés de leurs vaisseaux et de leurs nerfs. Il convient de les fixer en place par l'action de l'acide osmique à 1 p. 200, pour la raison qu'ils sont à la fois extrêmement délicats et très-rétractiles. Au bout de 24 heures ils sont fixés dans leur forme, rigides, et on les peut enlever et dissocier à loisir sous l'eau en leurs faisceaux primitifs. Chacun de ces faisceaux possède son tendon distinct et le tendon du muscle entier provient de l'union de tous ces petits tendons. Cette disposition est tout à fait favorable à l'observation de l'union du tendon et du muscle, observation qui, d'ailleurs, est en outre singulièrement facilitée par la façon dont le sarcolemme se comporte à l'égard de la substance musculaire.

Le sarcolemme est en effet distant de la masse contractile du faisceau primitif au lieu d'être appliqué à sa surface. L'intervalle est occupé par une masse granuleuse parsemée de noyaux volumineux. La substance musculaire se termine par un cône dont le sommet est mousse et dont la surface est irrégulière; le tendon, dont le diamètre est la moitié de celui du faisceau primitif, s'élargit à son extrémité en un cône creux qui s'applique exactement sur le cône plein formé par la terminaison de la fibre musculaire. Le sarcolemme, qui, de chaque côté du faisceau, représente une sorte de sac, vient, en se recourbant, se fixer sur la ligne de séparation du muscle et du tendon et se confondre avec elle (*Fig. 83*).

Mais se poursuit-il au-delà de ce point? s'insinue-t-il entre le muscle et le tendon ou se prolonge-t-il sur ce dernier pour lui former une gaîne ? Ce sont là autant de questions auxquelles il est difficile de répondre aujourd'hui d'une manière absolue. Cependant comme la masse granuleuse qui double le sarcolemme s'arrête brusquement au

(1) La boîte osseuse qui contient les muscles de la nageoire est divisée en deux parties latérales par une cloison longitudinale formée par les arêtes de cette nageoire elle-même. De chaque côté de cette cloison sont rangés de petits muscles coniques qui possèdent des tendons distincts accompagnés de leurs vaisseaux et de leurs nerfs. Toutes ces parties délicates et rétractiles sont plongées au sein d'un tissu muqueux transparent.

niveau de l'union du faisceau primitif et du cordon tendineux, il est probable que le sarcolemme, se poursuivant sous forme d'une mince ligne brillante, est considérablement atténué et perd une partie de ses caractères en passant entre l'extrémité terminale de la fibre et la cupule tendineuse. Le trait brillant que l'on observe à l'union des deux substances et qui se continue avec le sarcolemme, pourrait peut-être même représenter, un simple ciment.

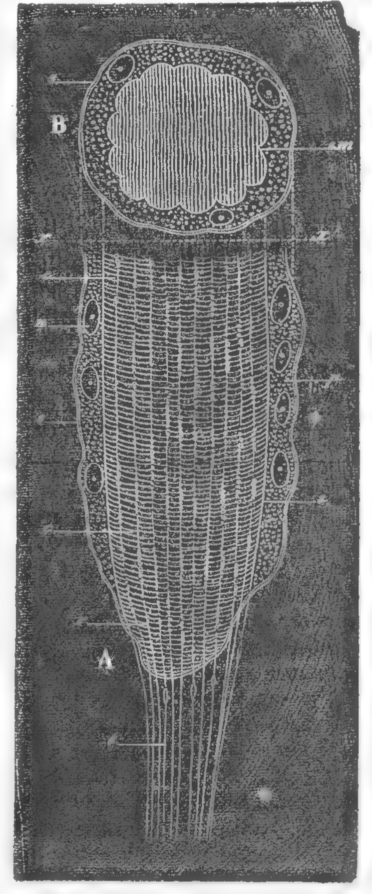


Fig. [illegible]. — *Faisceau primitif du muscle d'hippocampe.* — A, vue longitudinale de l'union du muscle et du tendon. — *t*, tendon. — *c*, cylindres primitifs. — *r*, leurs intervalles remplis de granulations graisseuses. — *s*, sarcolemme. — *p*, protoplasma semé de noyaux, *n*. — *i*, limite du faisceau et du protoplasma. — B, coupe transversale du même faisceau. — *s*, sarcolemme. — *s. m*, substance musculaire.

Que devons-nous conclure, Messieurs, de ces observations diverses ? Simplement qu'il y a, entre le sarcolemme et le tendon, une union très-intime ; qu'il n'est point certain à l'heure qu'il est que l'extrémité des faisceaux primitifs soit recouverte par le sarcolemme, réfléchi sur elle comme une calotte et interposé entre la substance musculaire et la cupule terminale du tendon. Il est possible qu'à ce niveau le sarcolemme soit remplacé par une mince couche de ciment, mais cette membrane ne persiste pas ici avec ses caractères optiques ordinaires, et le double contour indicateur de sa présence. Je dois ajouter en outre que l'opinion de M. Ch. Robin, en vertu de laquelle on devrait considérer le muscle comme simplement maintenu en rapport avec le tendon par le vide virtuel existant entre la fibre et sa cupule tendineuse, ne saurait être maintenue en présence de ce fait qu'il n'existe, chez l'hippocampe, aucune trace d'une zone granuleuse entre l'extrémité du faisceau primitif et la naissance du tendon. Si le vide existait entre les deux, la couche demi-liquide contenue dans le manchon formé par le sarcolemme, se répandrait, en effet, dans la cupule et la séparerait du chef terminal du faisceau musculaire. Tout n'est donc pas encore dit sur cette question qui doit être, je pense, réétudiée plus tard en détail, et abordée à l'aide de méthodes nouvelles destinées à éclaircir les difficultés qui subsistent.

(*A suivre*).

CLINIQUE SYPHILIOGRAPHIQUE

HOPITAL SAINT-LOUIS.—**M. A. FOURNIER.**

De la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique (*Suite*) (1).

Leçon recueillie par M. BRISSAUD, interne des hôpitaux.

Messieurs,

II. Je vous ai dit qu'on observe dans la syphilis un certain nombre d'états qui se rapprochent singulièrement comme ensemble symptomatologique de la paralysie générale et qu'on serait tenté au premier abord de rapporter à cette dernière maladie. Mais je vous ai dit aussi que ces états, à une analyse attentive, se différenciaient, se séparaient de la paralysie générale par des caractères importants qui ne permettent pas une assimilation, une confusion de ce genre. Ce sont les cas de cet ordre, voisins mais différents de la folie paralytique vulgaire, que j'ai essayé de qualifier le plus simplement possible sous une dénomination nouvelle, celle de *Pseudo-paralysies générales d'origine syphilitique*. Et c'est d'eux qu'il me reste à vous parler actuellement.

Vous connaissez tous, Messieurs, la paralysie générale commune. Inutile donc de vous en tracer ici le tableau. Je vous rappelerai simplement qu'elle se compose : 1° comme phénomènes essentiels et de premier rang, de *troubles intellectuels* et de *troubles moteurs*, les uns et les autres de notion trop vulgaire pour que j'aie à en faire la description ; — 2° Comme phénomènes de seconde ligne, de symptômes variés, tels que : vertiges, céphalalgie ; ictus congestifs ; accès épileptiques ; accès maniaques ; troubles sensoriels, etc.

Or cet *ensemble* morbide, la syphilis le réalise quelquefois pour son compte et de son fait. Sans doute, ainsi que nous le verrons dans un instant, elle ne le réalise pas, elle ne le reproduit pas trait pour trait, d'une façon absolument complète, absolument exacte, fidèle et photographique, si je puis ainsi parler. Mais elle le reproduit tout au moins d'une façon approximative, par les gros côtés, par les caractères les plus saillants, les plus apparents.

C'est ainsi qu'on rencontre parfois dans la syphilis cérébrale des types symptomatologiques plus ou moins complexes, se décomposant à l'analyse de la façon suivante :

1° D'une part, *troubles intellectuels*, sous telles ou telles des formes que je me suis appliqué à vous décrire précédemment, à savoir : excitation cérébrale simple ; exaltation, excitation incohérente ; excitation avec mélange d'hébétude ; délire ; délire maniaque, etc. ;

2° D'autre part, *troubles moteurs* variés, dont les plus remarquables dans l'espèce consistent (comme pour la paralysie générale vulgaire), en une *incertitude des mouvements sans paralysie* ; incertitude motrice se traduisant par la maladresse des mains, les ébranlements subits d'équilibre, les oscillations et les titubations de la marche, les hésitations de la parole, le balbutiement, etc. Parfois encore à ces troubles spéciaux s'ajoutent d'autres phénomènes non moins remarquables, tels que : le *tremblement*, symptôme musculaire d'importance majeure en pathologie cérébrale, et certaines *parésies partielles*, soit éphémères, soit plus ou moins durables ;

3° Joignez à cela, comme phénomènes plus variables, quelques autres symptômes empruntés aux formes diverses qu'est susceptible d'affecter la syphilis cérébrale, à savoir : troubles d'ordre congestifs, lourdeurs de tête, douleurs de tête, éblouissements, étourdissements, vertiges ; — troubles sensoriels, spécialement vers la vue et l'ouïe ; — accès épileptiques ou épileptiformes ; ictus résolutifs ou apoplectiques, etc. Et vous aurez constitué de la sorte, par cette réunion, cette association de symptômes, un ensemble morbide qu'il est assez commun de rencontrer comme expression d'un état cérébral d'origine syphilitique. Voilà, en un mot, un des types possible de la syphilis du cerveau.

Or, mettez maintenant cet ensemble pathologique, ce type morbide, en regard de la paralysie générale, et comparez. N'est-ce pas de part et d'autre le même ordre de phénomènes ; n'est-ce pas de part et d'autre le même groupe, la même réunion de symptômes ? Est-ce que ce type de syphilis cérébrale ne rappelle pas, ne reproduit pas la paralysie générale vulgaire, celle que nous rencontrons si fréquemment dans les hospices ou asiles d'aliénés ?

Au surplus, pour ne laisser aucun doute dans vos esprits, laissez-moi vous placer sous les yeux un spécimen du genre. Le voici, très-fidèlement copié sur nature.

Un homme d'une quarantaine d'années, syphilitique depuis neuf à dix ans, commence par éprouver de violents accès d'épilepsie convulsive, en même temps que des exos-

(1) Voir le n° 41.

toses multiples se manifestent sur son front et les os voisins. Le bromure de potassium est d'abord administré sans succès. Mieux inspiré, un autre médecin prescrit l'iodure, et les accidents sont aussitôt réprimés.

Se croyant guéri, le malade abandonne prématurément la médication spécifique. Il expie bientôt sa faute par l'invasion de phénomènes nouveaux, portant surtout sur les fonctions intellectuelles. Méconnus comme nature et soumis de nouveau à l'action du bromure de potassium, ces troubles ne font que s'accroître. Plusieurs mois plus tard, je suis appelé à examiner le malade avec deux de mes collègues, et nous le trouvons dans l'état suivant :

C'est un homme en état d'excitation incohérente et d'hébétude tout à la fois. Ainsi, il ne se rend que très-imparfaitement compte du motif qui réunit plusieurs médecins autour de lui. Quand nous l'interrogeons sur sa santé, il nous répond à peine quelques mots évasifs à ce sujet, puis commence le récit d'une aventure de chasse, qu'il nous raconte avec une animation, avec une volubilité excessives. Nous le laissons parler. A cette première histoire en succède bientôt une autre, qui s'enchevêtre avec une troisième, laquelle appelle une quatrième et ainsi de suite. Chacun de ces récits a un fond de vérité, de raison, de cohérence ; mais l'incohérence et la déraison résident dans le fait même de ces narrations successives, hors de propos et n'ayant aucun trait à la situation actuelle.

La parole (que cette loquacité exubérante ne permet d'étudier que trop facilement) est libre, claire, mais brève, saccadée, heurtée, entrecoupée de temps à autre (comme dans la paralysie générale) d'hésitation, de balbutiements, d'arrêts sur un mot ou sur une syllabe.

L'attitude n'est pas moins étrange ni moins caractéristique. Ainsi, pendant qu'il nous parle, le malade, évidemment dominé par un besoin irrésistible de mouvement, change de place à toute minute. Assis d'abord entre nous, il se lève soudain pour parcourir le salon à grands pas. Il va prendre place sur un canapé à l'extrémité de la pièce, puis se promène de nouveau, prend une chaise, la quitte bientôt pour une autre, et ne cesse de voyager ainsi dans toute la pièce pendant la durée de notre visite.

Nous apprenons par des renseignements divers, que l'intelligence s'est notablement altérée, obscurcie, abaissée, depuis quelques mois. Comme dans la paralysie générale, le début de l'affection a été particulièrement signalé par des troubles moraux : changement de caractère, d'humeur, d'habitudes ; renoncement aux occupations journalières, aux travaux comme aux plaisirs qui composaient la vie antérieure ; apathie progressive, avec accès de suractivité intellectuelle et physique. Peu à peu, le malade est devenu indifférent à toutes choses, commerce, affaires, politique, arts, intérêts personnels, etc. Il ne s'est plus occupé ni de sa famille, ni de ses parents, ni de ses amis ; il témoigne même vis-à-vis des siens une antipathie et une défiance non motivées, alors qu'il accorde sa sympathie et sa confiance à des personnes étrangères ou presque inconnues.— La volonté s'est affaissée à l'égal de l'intelligence. Une docilité enfantine est la disposition prédominante, habituelle ; mais elle fait place par moments à des stades d'irritabilité excessive, à des emportements, des colères, voire des violences sans raison.

Malgré un extrême désordre de paroles et d'actions, le malade n'a pas de délire, à proprement parler ; il n'a pas surtout de conceptions délirantes, spéciales et suivies. Dans les extravagances qu'il commet journellement, il est, si je puis m'exprimer ainsi, plutôt *impulsif* que délirant. Notons spécialement qu'il n'a jamais manifesté d'idées ambitieuses. Tout au plus met-il quelque emphase dans le récit de ses exploits de chasseur, mais ce n'est là, à tout prendre, qu'un symptôme bien léger. La mémoire s'est affaiblie notablement dans ces derniers mois ; mais, chose singulière et bien des fois remarquée déjà, elle reste vive et nette pour les faits anciens, alors qu'elle retient à peine les faits récents ou actuels. Enfin, d'une façon générale, l'intelligence a subi une dépression telle qu'aujourd'hui le malade ne serait certainement plus capable de gérer son commerce, de s'occuper de ses affaires, ni même de se conduire sans l'assistance de sa femme et de ses parents. Sa vie intellectuelle ne se compose plus que d'une série de réminiscences éloignées qu'il évoque à tout propos (non moins que hors de propos), dont il parle sans cesse et qu'il prodigue à tout venant.

En outre, le malade paraît avoir éprouvé, dans ces derniers temps, trois crises maniaques, véritablement maniaques, de courte durée, pendant lesquelles il a été en proie à une agitation excessive, avec délire, extravagances continuelles de paroles et d'actions, colères, menaces, violences, etc. On ne l'a calmé qu'en l'obligeant par force à se coucher. Alors seulement, il s'est apaisé par degré, a été pris d'un long sommeil. Puis, à la suite de chacune de ces trois crises, il est resté au lit pendant plusieurs jours, sans vouloir consentir à se lever, sans articuler un seul mot, sans prendre la moindre nourriture.

Nous analysons avec soin la motilité et constatons (comme dans la paralysie générale), l'absence de tout symptôme paralytique ; mais de même aussi que dans la paralysie générale nous constatons certains troubles d'un genre spécial. Ainsi, la main, qui serre avec beaucoup de force, est cependant maladroite dans les actes habituels de la vie, par exemple pour manger et pour écrire (1). La marche est libre, facile, et le malade dit qu'il ferait bien encore « dix lieues par jour. » Cependant, de temps à autre, des oscillations d'équilibre, des saccades, des faux pas, témoignent de défaillances soudaines et passagères dans le système locomoteur. — Nul tremblement, il est vrai, de la langue ni des lèvres ; mais trépidation musculaire très-évidente dans l'avant-bras, alors que le membre est maintenu dans la situation horizontale.

Enfin, quelques autres phénomènes nous sont encore fournis par un examen minutieux. Ce sont, à ne citer que les principaux : des accès assez fréquents de « lourdeur de tête,» plutôt que de céphalalgie ; véritable des vertiges passagers ; un affaiblissement marqué de la vue depuis quelques mois ; une extinction presque complète des désirs vénériens et de la puissance virile.

Du reste, santé générale excellente et intégrité absolue de toutes les fonctions. Cependant le malade, paraît-il, a quelque peu maigri dans ces derniers temps. Appétit plus que normal, exagéré, presque vorace par instants. Diarrhées fréquentes, par ingestion surabondante d'aliments.

Eh bien, Messieurs, que vous en semble ? Ne retrouvez-vous pas dans le tableau que je viens de vous présenter nombre de symptômes qui composent la scène usuelle de la paralysie générale ? Ne retrouvez-vous pas aussi et surtout un certain ensemble, une certaine association de phénomènes, qui rappelle au plus haut degré cette dernière entité morbide ?

Or, je vous le répète, des cas de ce genre, des cas semblables à celui que je viens de vous relater ne sont pas absolument rares chez nos malades, tant s'en faut. Et plus d'une fois vous rencontrerez la syphilis cérébrale sous des formes qui, tant par le caractère de leurs manifestations que par le concours de ces manifestations, se rapprochent *cliniquement* du type pathologique dit paralysie générale des aliénés. Il y a plus même. Ce n'est pas seulement une analogie, une ressemblance clinique qui se trouve en cause ici ; c'est aussi une analogie, une ressemblance *anatomique*. Vous allez en juger.

Quelques autopsies de sujets syphilitiques, affectés

(1) Des lettres du malade nous ont été montrées à une époque ultérieure. L'écriture en était parfois incorrecte, et le sens très-habituellement défectueux : on y remarquait des omissions assez fréquentes portant sur un mot ou un fragment de mot, quelquefois aussi des phrases tronquées et sans suite. Mais le fait le plus frappant consistait, d'une part, dans le *décousu* de la lettre qui ne semblait pas répondre à une intention nette, lucide, et, d'autre part, dans le laisser-aller, le sans-gêne du malade, prenant pour écrire tout ce qui lui tombait sous la main, un chiffon de papier maculé, un bout de journal, etc. ; « ce qui en tout autre temps, nous disait sa femme, eût été considéré par lui, homme du monde, comme une infraction des plus graves aux lois du savoir-vivre. »

comme je viens de le dire, ont été faites déjà par divers médecins et par moi. Qu'ont-elles révélé? Exactement les mêmes localisations morbides que dans la paralysie générale. A savoir : d'une part, lésions des méninges, devenues épaisses, hyperplasiées, opaques, coriaces, etc, ; — et d'autre part, lésion de la substance grise, fortement adhérente aux méninges (symphyse méningo-cérébrale), et de plus altérée à des degrés divers, infiltrée, ramollie, dissociée, dégénérée, etc.

Rien ne manque donc à l'analogie, à l'identité *apparente* de ces cas de paralysie générale syphilitique avec la paralysie générale vulgaire. Symptôme et lésions, tout concourt et semble concourir à rapprocher, à confondre ces deux états morbides. Et ce n'est pas sans raisons valables, il nous faut le reconnaître, qu'en présence de tels faits certains auteurs ont pu dire : « Voici la syphilis aboutissant à la paralysie générale; voici la paralysie générale de provenance syphilitique. »

Eh bien, non, cependant, Messieurs, ce n'est pas là de la paralysie générale, et les faits dont je viens de vous entretenir n'ont avec cette dernière maladie qu'une identité spécieuse, bien plus apparente que réelle. Je vous ai montré comment et jusqu'à quel point ils s'en rapprochent; laissez-moi vous dire maintenant comment et en quoi ils en diffèrent.

Sans doute, dans les deux états morbides qui nous occupent, les titres, les étiquettes des symptômes et des lésions sont bien les mêmes de part et d'autre. Mais il n'y a identité que dans les titres, les qualificatifs de généralité trop compréhensive pour ne pas embrasser tous le même terme des états morbides ou anatomiques plus ou moins différents. Allons plus avant, allons au fond des choses; analysons, scrutons les faits en détail, et nous allons reconnaître des différences importantes, essentielles, majeures, ne permettant pas d'assimiler à la paralysie générale vulgaire la pseudo-paralysie générale de la vérole.

C'est ce dont vous laissera convaincus, je l'espère, la discussion qui va suivre. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les cliniques de la Faculté au nouvel Hôtel-Dieu.

Au moment où la Faculté va reprendre le cours de ses travaux, il nous a paru intéressant d'examiner comment doit être organisé l'enseignement clinique au nouvel Hôtel-Dieu, et de voir si cette organisation se trouve en rapport avec l'importance de ce service. Par ses traditions, en effet, aussi bien que par sa situation spéciale, à proximité du quartier des Ecoles, l'Hôtel-Dieu semble destiné à être par excellence l'*Hôpital-clinique.*

Les laboratoires d'histologie et de chimie, les amphithéâtres ne sont point encore prêts, mais l'administration s'est engagée à terminer leur installation pour la fin de novembre au plus tard. Nous reviendrons ultérieurement sur ce sujet; aujourd'hui, nous dirons seulement que cette installation, autant du moins que l'on peut en juger d'après l'état actuel des travaux, paraît devoir laisser peu de chose à désirer. Malheureusement, nous ne pouvons en dire autant pour ce qui est relatif aux malades, élément fondamental de la clinique.

Chacun des services de clinique (médecine ou chirurgie) se compose, en effet, de deux salles (une salle d'hommes, une salle de femmes) contenant chacune 24 lits. Or, c'est là un chiffre absolument insuffisant pour un service de clinique, dans lequel se trouvent toujours forcément un certain nombre de malades atteints d'affections chroniques, constituant pour l'enseignement, pendant une période de temps plus ou moins longue, des non-valeurs. Qu'il y ait dans chacune de ces salles plusieurs malades atteints de lésions de la moelle, de phthisie pulmonaire, ou de toute autre maladie plus ou moins stationnaire, il ne restera guère que 12 à 15 lits pour les malades ordinaires; et si l'on réfléchit que pour une fièvre typhoïde, pour une pleurésie, etc., (en tenant compte seulement des maladies aiguës) un séjour de 2 à 3 semaines n'est le plus souvent qu'un minimum, on verra combien sera limité le nombre des lits vacants chaque semaine, en d'autres termes, le mouvement des malades, — Il en sera de même pour les services de chirurgie, où les individus atteints de fractures, les opérés, etc., ne tarderont pas à produire un encombrement.

Pour un service ordinaire, alors même que le médecin qui le dirige fait chaque semaine une ou plusieurs leçons, cet inconvénient est beaucoup moins appréciable, et souvent même n'existe pas. Ces leçons, en effet, ont le plus ordinairement trait à des sujets spéciaux : tel médecin s'occupera plus particulièrement dans ses cliniques, des maladies du système nerveux, tel autre des maladies du cœur ou du poumon, des affections utérines, etc., et pourra éviter de recevoir dans son service les malades qui, utiles à un autre pour l'enseignement, seraient pour lui-même encombrants. Pour la clinique de la Faculté, il n'en est plus de même, et le professeur doit aux élèves un enseignement complet. Les besoins de cet enseignement aussi bien que l'humanité, lui commandent de garder dans son service et au besoin d'y attirer, des ataxiques et des phthisiques, aussi bien que des pneumoniques, des fractures comme des hernies étranglées.

Or, comme nous le disions plus haut, il est certain qu'avec deux salles de 24 lits seulement, le service ne peut se renouveler d'une façon suffisamment active. Sans doute un seul peut fournir matière à des considérations nombreuses, mais il n'en est pas moins vrai que si le professeur peut présenter en même temps trois pneumonies ou trois fractures du radius, il fera une leçon plus profitable que s'il se borne à l'examen d'un seul malade.

On dira peut-être qu'un médecin ne peut examiner chaque matin qu'un nombre limité de malades, surtout lorsque la visite doit être complétée par une visite à l'amphithéâtre ; cette objection n'est point sans valeur, et les chirurgiens qui ont passé à Saint-Louis, à Lariboisière, etc., les médecins chargés de quelques services de la Pitié pourront trouver des inconvénients dans un service trop riche ; mais entre 48 et 100 ou 110 malades, il y a des intermédiaires ; et d'ailleurs dans les services de clinique, le professeur peut se borner, les jours de leçons, à voir les malades urgents et ceux sur lesquels il désire appeler l'attention des élèves, confiant, pour ce jour-là, l'examen des autres malades à son chef de clinique.

En somme, nous croyons que les besoins de l'enseignement réclament un plus grand nombre de lits que ceux qui sont attribués aux professeurs de clinique à l'Hôtel-Dieu, et si nous insistons sur ce point, c'est que les dispositions de l'hôpital permettent justement de leur en donner davantage. Il existe, en effet, un certain nombre de salles inoccupées, et deux de ces salles pourraient être installées en quelques jours : il suffirait pour cela de monter des lits qui y sont déjà placés, en réserve. Pourquoi n'adjoindrait-on pas l'une de ces salles au service de clinique, qui comprendrait alors 48 lits d'hommes et 24 lits de femmes ?

C'est une mesure réclamée, croyons-nons, depuis plusieurs mois par le professeur de clinique médicale, M. G. Sée, et nous ne voyons véritablement aucune raison qui empêche de la réaliser. Nous ajouterons que ces salles sont vastes et telles qu'elles doivent être pour un service de clinique. Il faut, en effet, que les élèves suivant la visite en nombre souvent considérable, puissent approcher facilement des lits, sans produire de bruit ou de désordre aussi préjudiciable aux malades qu'au professeur lui-même.

Nous croyons avoir démontré la nécessité qu'il y a d'augmenter le nombre des lits dépendant du service de clinique; nous n'insistons pas davantage sur ce point, comptant bien qu'au moment où s'ouvriront les cours de clinique de la Faculté, l'administration aura comblé une lacune aussi facile à faire disparaître. Nous nous sommes préoccupé, d'ailleurs, uniquement des besoins de l'enseignement, mais nous aurions pu signaler aussi les avantages que présenterait aux approches de l'hiver l'ouverture de nouvelles salles pour les malades.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 *octobre* 1877. — Présidence de M. Baillarger.

M. Gubler, tout en reconnaissant l'importance du mémoire de M. Mialhe, relatif à l'action des alcalins sur l'économie animale, n'hésite pas à s'élever contre ses conclusions trop absolues. L'innocuité des alcalins n'est pas fondée, surtout lorsqu'ils sont administrés à des doses élevées ; les faits avancés par M. Mialhe et prouvant qu'on peut impunément se gorger de la solution de bicarbonate de soude, sont exceptionnels. L'emploi immodéré des alcalins affaiblit et amène la cachexie, ainsi que l'a proclamé l'illustre Trousseau : la cachexie alcaline est aujourd'hui admise par tous les praticiens. L'excès est un défaut en tout ; aussi, M. Gubler s'empresse-t-il de déclarer qu'il n'y a rien à conclure contre l'usage modéré du bicarbonate de soude et qu'il partage les idées de M. Mialhe sur les alcalins en général et sur les services réels qu'ils peuvent rendre en thérapeutique. Les médecins ont donc tort de se montrer si timorés à l'égard de l'usage des eaux alcalines ; toutefois, si les eaux alcalines sont toujours inoffensives lorsqu'elles sont rationnellement prescrites, on se tromperait étrangement en les prenant à des doses excessives.

M. Gubler fait la lecture de son rapport sur un mémoire de M. Oré, de Bordeaux, ayant pour titre : *De l'agaric bulbeux*.

M. Lunier, candidat pour la section d'hygiène, lit un travail intitulé : *Quelques considérations sur l'hygiène des boissons alcooliques*, et met sous les yeux de l'Académie une série de tableaux et de cartes teintées, de l'examen desquels ressortent notamment les faits suivants : Les boissons alcooliques que l'on consomme en France sont : le vin, le cidre, la bière, les eaux-de-vie et liqueurs. Le vin est notre véritable boisson nationale : nous consommons en moyenne, depuis dix ans, 50 millions d'hectolitres par an, soit 120 litres par habitant. La consommation a suivi la production dans ses oscillations, mais dans l'ensemble, elle a augmenté progressivement depuis cinquante ans : elle était de 53 à 60 litres de 1829 à 1833 ; elle est aujourd'hui de plus du double. Le vin n'est réellement une boisson courante que dans 72 départements ; encore dans ces derniers, la consommation n'atteint-elle que 30 à 80 litres ; dans les 57 autres, on en consomme de 87 à 360.

La consommation du cidre tend à diminuer depuis 20 ans : elle est descendue de 24 à 20 litres, ce qui n'est que médiocrement à regretter en raison de la mauvaise qualité des cidres. On boit aujourd'hui de l'eau-de-vie pour faire digérer le cidre et plus on consomme de l'un, plus on absorbe de l'autre. Il n'y a guère que 9 départements dans lesquels le cidre constitue la boisson courante et où la consommation dépasse 75 litres par tête. Ils occupent notre frontière N.-O. La consommation de la bière a augmenté progressivement et sans temps d'arrêt depuis 50 ans ; elle n'était que de 8 litres 45 en 1829 ; elle est aujourd'hui de 22 litres environ. La bière n'est une boisson usuelle que dans quatre départements qui sont groupés sur la frontière belge et qui consomment de 75 à 220 litres par tête. On se plaint déjà sur quelques points de la mauvaise qualité des petites bières, et il est à craindre que bientôt il en soit de la bière comme du cidre et que l'on boive du genièvre pour la digérer.

La consommation de l'alcool a augmenté progressivement depuis 40 ans ; elle était de 2 litres par tête en 1839 ; elle est aujourd'hui de près de 3 litres. Les départements qui consomment le plus d'alcool sont ceux qui ne récoltent pas de vin ; le contraste, sous ce rapport, est des plus frappants ; on en consomme même fort peu dans ceux qui ne produisent que des eaux-de-vie de vin. Les données statistiques confirment l'opinion émise par M. Bergeron en 1870, à savoir : l'action nocive des alcools d'industrie est notablement plus intense que celle des eaux-de-vie de vin ; il ressort, en effet, des documents recueillis par M. Lunier : 1° en ce qui concerne les cas de mort accidentelle déterminée par excès de boisson, que c'est dans les départements qui consomment le plus d'alcool que les excès de boisson déterminent le plus de morts accidentelles. On n'en observe que rarement dans ceux qui consomment le plus de vin.

2° Que l'examen des résultats de l'application de la loi sur l'ivresse, de 1874 à 1876, conduit aux mêmes conclusions : les cas d'ivresse poursuivis sont cinq fois plus nombreux dans les départements qui consomment surtout de l'alcool que dans ceux qui consomment du vin.

3° Il en est de même des cas de folie de cause alcoolique : le nombre en est presque partout en raison directe de la consommation des alcools et particulièrement des alcools d'industrie ; il n'y a guère d'exception que pour la Vendée et la Charente-Inférieure qui ne consomment que des vins blancs qui sont presque aussi dangereux sous ce rapport que les eaux-de-vie.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 8 *juin* 1877. — Présidence de M. Charcot.

19. Psammôme de l'arachnoïde ayant causé une hémiplégie persistante, hémiplégie de l'autre côté par ancien foyer hémorrhagique. — Nouvelle hémiplégie par inondation ventriculaire du côté de la tumeur. — Examen microscopique et discussion de la nature de cette tumeur ; par H. C. de Boyer, interne des hôpitaux.

Le 19 avril 1877, entre à l'infirmerie de Bicêtre (service du Dr Bouchard), le nommé C.... (Eugène), âgé de 57 ans. Cet homme, jeune encore, avait été admis à l'hospice en août 1876, pour une hémiplégie double, nous n'avons pas d'autre renseignement, car il est actuellement en état d'apoplexie, il a vomi, il gâte. On constate : une contracture ancienne de la main gauche, une paralysie flasque du bras et de la jambe à droite, de la rotation de la tête et des yeux à gauche ; il y a de la paralysie faciale double, cependant elle parait plus prononcée à gauche, car le malade semble plutôt fumer la pipe de ce côté. L'anesthésie est généralisée, à peine peut-on provoquer quelques mouvements réflexes dans la jambe gauche ; pas de chute des paupières. Accidents convulsifs consistant en agitation, en raideurs tétaniques, pas d'accès épileptiformes. — Pas d'eschare.

20 avril. — Même état. T. 38°,9. — 21 avril : 40°,8, 41°,2 ; mort le soir.

Autopsie. — Le cerveau est symétrique ; on constate une adhérence prononcée de la dure-mère au lobe pariétal gauche. Cette membrane est creusée en godet et reçoit une exostose du pariétal gauche, elle est adhérente aux circonvolutions cérébrales et a une tumeur assez volumineuse qui rend compte de l'ancienne hémiplégie du côté droit ; en enlevant le cerveau une quantité assez considérable de sang s'échappe, il y a irruption d'une hémorrhagie dans le ventricule latéral du côté gauche dont la paroi est rompue au niveau du corps strié (noyau caudé) ; cette hémorrhagie est abondante, elle est située dans la région postérieure de la capsule interne, a détruit la capsule dans toute sa longueur, a causé un foyer comblé en partie par des caillots dont l'abondance a refoulé en bas et en arrière la couche optique, énucléé en quelque sorte ces ganglions. On retrouve de nombreux anévrysmes miliaires tant dans le foyer même que dans la paroi blanche piquetée qui l'environne. Ces anévrysmes examinés au microscope présentent les lésions classiques de l'hémorrhagie cérébrale, celui qui occupe le centre du foyer est développé sur l'artère même de l'hémorrhagie cérébrale, ce que l'on constate aisément après macération du caillot dans l'eau ; à droite, on trouve une ancienne cicatrice ocreuse, verticale, siégeant dans la capsule externe et la 3e partie du noyau lenticulaire dans la ré-

gion de l'hémiplégie et de l'hémianesthésie ; on se rend compte par ce foyer de l'ancienne hémiplégie gauche et de la contracture du bras de ce côté. La moelle semble normale ; les reins sont sclérosés, le poumon est sain, le cœur est assez volumineux : il existe sur le tibia gauche une saillie que l'on avait prise au premier abord pour une exostose, ce qui eût aidé pour le diagnostic de la tumeur ; en sciant l'os verticalement, on voit que le canal médullaire est oblitéré et que c'est le cal d'une ancienne fracture en V.

Les lésions observées rendent donc bien compte des trois hémiplégies qu'a présentées le malade. L'hémorrhagie récente à gauche a causé l'hémiplégie droite et la mort, la contracture à gauche a été causée par un ancien foyer hémorrhagique à droite, et l'ancienne hémiplégie droite dépendait de la tumeur qui siége à gauche.

Examen de la tumeur. C'est une masse régulière, arrondie, du volume d'un œuf, adhérente à la dure-mère sans en dépendre, creusée d'un godet à sa surface ; elle repose sur la pie-mère, elle ne dépend pas du cerveau dont elle ne fait que refouler les circonvolutions sans les envahir ; elle paraît peu vasculaire ; à son niveau les vaisseaux venus de la pie-mère forment des anses récurrentes d'où ne partent pas de ramuscules propres à la tumeur. Elle empiète sur la face externe de l'hémisphère gauche en masquant le haut de la frontale ascendante, presque toute la pariétale ascendante et une partie du lobule pariétal inférieur, elle cache aussi la terminaison de la scissure de Sylvius (branche horizontale externe). Sur la face externe de l'hémisphère elle déborde en hauteur le lobe pariétal, mais ne le masque pas, elle l'a étalé au contraire et contribue à augmenter sa hauteur apparente. Dans la profondeur il n'y a pas de relations entre l'hémorrhagie signalée et la tumeur qui reste séparée de la zone congestive par une épaisseur de quelques millimètres de tissu cérébral sain ; la rupture vasculaire n'a donc pu être causée par une congestion due au voisinage de la tumeur. A la coupe, la tumeur est homogène, granuleuse sans suc, mais donnant un produit de râclage : elle est grise, présente à peine quelques pertuis vasculaires ; n'est pas entourée par une coque fibreuse, est absolument extra-cérébrale et il ne serait pas difficile de l'énucléer sans altérer le tissu cérébral qui en reste séparé par un lacis fibro-vasculaire, vestige de la pie-mère atrophiée.

La tumeur est unique ; développée entre la pie-mère et la dure-mère, non ramollie, elle n'a pas causé de pertes de substance osseuse, elle s'est accrue lentement comme l'indique l'exostose du pariétal, elle est comme arenacée, surtout après durcissement, c'est donc un *psammôme*. *Examen microscopique ;* le produit de râclage de la tumeur ne contient qu'une quantité innombrable de petites productions sphériques, libres ou réunies en groupe dans une enveloppe commune. Ces corpuscules sont formés de couches concentriques, feuilletées disposées autour d'une masse centrale opaque, irrégulièrement festonnée ; une zone externe, translucide, réfringente, comme hyaline, anhyste enveloppe chacun de ces corps, il n'est pas rare d'en rencontrer quelques-uns de fort volumineux présentant des zones alternativement claires et opaques. A la lumière réfléchie ces corpuscules sont chatoyants, à la lumière polarisée ils se présentent par les croix obscures des grains d'amidon, cependant quelques-uns d'entre eux, en fort petit nombre à la vérité, se colorent en bleu intense par l'action successive de l'eau iodurée et de l'acide sulfurique. Les acides éclaircissent le centre de ces éléments et l'acide sulfurique en particulier détermine la production de cristaux aciculés de sulfate de chaux sans dégagement de gaz ; le centre de la production est donc occupé par un produit calcifié autre que du carbonate de chaux.

Par la fuschine et l'éosine on colore nettement ces corpuscules, sauf cependant leur zone externe qui ne prend qu'une teinte rosée.

A la coupe la tumeur présente un stroma fibrillaire nettement conjonctif et quelques vaisseaux assez volumineux ; le nombre des corpuscules ainsi observés est très-considérable, la tumeur ne contient presque pas autre chose. Je n'ai pu constater la continuité de ces grains avec les vaisseaux, comme le voudrait la théorie de MM. *Cornil* et *Ranvier* sur le sarcome angiolithique. Du reste on ne trouve nulle part de pédicule adhérent à ces grains dont la surface lisse correspond à un volume absolument sphérique ; par la pression on détermine l'éclatement de ces masses qui se séparent en segments nettement distincts. Dans le liquide de la préparation en entretenant un courant léger on observe des éléments figurés membraniformes pourvus d'un ou de plusieurs noyaux, qui se présentent tantôt de face, tantôt de champ et rappellent ainsi l'aspect des grandes lamelles plates du tissu conjonctif.

RÉFLEXIONS. — Il est assez difficile de préciser exactement, croyons-nous, la nature de cette tumeur. Il n'en est pas fait mention dans *Förster*; *Rindfleisch* signale « à titre de curiosité pathologique » de telles tumeurs qu'il considère comme aussi innocentes qu'une verrue, il en fait des cholestéatomes, variété d'épithéliome que nous désignons sous le nom de perlé et dont la rareté est signalée par MM. *Cornil* et *Ranvier* : *Rindfleisch* se rattache ainsi aux théories exposées par M. *Robin* en 1869 dans son mémoire sur l'épithélioma des séreuses (Journal de l'Anatomie, etc.) ; il fait de ces tumeurs une espèce voisine de l'épithéliome myxomateux à grains perlés ; c'est un peu aussi la conclusion de M. *Lancereaux*, qui les décrit sous le nom d'*endothéliomes* dans son récent traité d'anatomie pathologique ; les figures de cet auteur tant dans l'ouvrage précité que dans son atlas d'anatomie pathologique sont identiques aux préparations de la tumeur que nous présentons (pl. XLVI, XLII). Pour ces auteurs la tumeur serait donc distincte de l'épithéliôme pour *Virchow* au contraire. (T. II. traduct. Picard p.105) l'élément conjonctif serait prédominant. Un des cas de *Virchow* est identique comme siége à celui qui fait l'objet de cette communication, et avait de même causé une exostose pariétale.

Allant plus loin que Virchow, MM. *Cornil* et *Ranvier* considérent ces tumeurs comme des *sarcômes angiolithiques* : « Sarcômes mous, faciles à écraser, sans suc, de couleur grise, plus ou moins opaques, *entourés par une coque fibreuse surtout quand ils siégent dans la dure-mère* ». Ce dernier caractère a complétement manqué sur la pièce que nous présentons. Cette opinion est aussi celle soutenue par M. *Charcot* dans les archives de physiologie T.I, 1869, p.295, à propos d'une tumeur arénacée de la moelle ayant causé une hémiparaplégie ; divers présentateurs ont eu l'occasion d'étudier ces tumeurs devant la Société, entre autres MM. *Bouchard*, *Lacrouzilles*, *Hayem* et MM. *Prévost* et *Vulpian;* ces auteurs ont, surtout M. Bouchard, insisté sur la nature épithéliale de ces tumeurs, mais je dois dire que dans le cas qui nous occupe M. Bouchard, dans le service duquel est mort le malade, croyait devoir se ranger à la théorie de sarcôme angiolithique ; s'il nous était permis de donner une opinion après celles des savants que nous citions plus haut, nous dirions que dans le cas particulier la tumeur semblerait plutôt venir à l'appui des faits qui ont permis de faire de certains psammômes des cholestéatomes, il nous semble que ces globes sont formés de cellules concentriques calcifiées au centre, soudées en une masse hyaline à la périphérie et que les vaisseaux du stroma de la tumeur ne sont pas en relation de continuité avec les masses sphériques dont elle est principalement formée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 octobre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. LEDENTU annonce à la Société que la malade dont il a parlé dans la dernière séance, et à laquelle il avait pratiqué la désarticulation de la cuisse pour une tumeur maligne de la partie inférieure du fémur, est morte 26 heures après l'opération ; et très-vraisemblablement c'est au choc traumatique qu'elle a dû succomber, attendu que pendant l'opération elle n'a pas perdu un verre de sang ; deux heures avant sa mort, elle avait encore une température de 36°,4. A l'autopsie, on n'a rien trouvé qui pût faire supposer que la généralisation du sarcôme eût commencé à se produire. Les poumons, les reins, la rate étaient absolument sains. Seulement le foie était un peu atrophié ; il ne pesait que 1100 à 1200 gr. Un examen histologique de la tumeur sera fait par M. Ranvier.

M. VERNEUIL émet l'avis que l'expression de *choc traumatique* devrait être supprimée du langage chirurgical. Il est presque impossible d'assigner une étiologie et des limites à ce que l'on désigne sous le nom de choc traumatique. Lorsqu'on lit les observations des chirurgiens anglais, il est très-fréquent d'y rencontrer des cas de mort attribués au choc traumatique ; on a surtout abusé de cette expression à propos de la désarticulation de la cuisse. Or, dans un travail récent de Lüning (de Zurich), l'anémie aiguë est invoquée comme la cause de la mort rapide qui succède si souvent à cette opération.

M. DESPRÉS a vu cinq ou six blessés mourir en 24 heures à la suite de fracture sans plaie. Même dans ce cas, l'opinion émise par M. Verneuil est parfaitement admissible.

M. LEDENTU. Il est impossible de nier l'ébranlement nerveux qui succède aux grands traumatismes. D'autre part, il est heureusement fort commun de voir résister les opérés à des pertes de sang extrêmement abondantes. Dans les amputations partielles du pied, l'hémorrhagie est toujours beaucoup plus considérable que celle qu'a subie la malade à laquelle il a fallu désarticuler la cuisse. Mais, chez cette femme, au cours de l'opération, il s'est produit quelque chose d'assez

bizarre. La section du sciatique provoqua une violente contraction du moignon. Mais, comme ce nerf dépassait encore un peu le niveau des autres parties molles, il fut nécessaire de le réséquer encore dans l'étendue d'un centimètre à peu près. Cette deuxième section ne détermina de la part de la malade aucune manifestation douloureuse, et cependant il y avait déjà quelque temps qu'elle ne prenait plus de chloroforme. Voilà évidemment un fait dans lequel l'influence nerveuse est indéniable.

M. VERNEUIL. L'observation que je faisais ne s'appliquait pas particulièrement au cas de M. Ledentu. Il est certain que les traumatismes ont un grand retentissement sur le système nerveux ; mais tantôt ils ont une action dépressive, et tantôt une action excitatrice. Ce sont là des différences qui mériteraient des désignations spéciales. — La Société se forme en comité secret à 4 heures et demie. E. B.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 22 juin 1877. — PRÉSIDENCE DE M. LABRIC.

M. PROUST présente un malade atteint d'*athétose* (1). Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, qui à l'âge de 4 ans, fut pris de, crampes et de pesanteur dans le côté droit du corps ; puis à une époque qu'il ne peut déterminer, parurent les mouvements qui caractérisent l'athétose, mouvements se produisant dans tout le côté droit du corps, aussi bien dans les muscles de la *face* que dans ceux des membres. Dans les mêmes points existe une *atrophie* manifeste.

La *sensibilité est conservée* partout et dans tout ses modes. — Au mois d'octobre dernier, le malade fut pris de fièvre avec délire et sueurs profuses, et présenta une éruption qui fut exclusivement limitée au côté sain. Il y eut en même temps de la contracture et des convulsions intenses du côté droit, phénomènes qui ont diminué depuis.

M. BESNIER fait remarquer que le malade présente actuellement un acné dû à l'usage du bromure de potassium, et qui existe sur tout le corps aussi bien du côté malade que du côté sain. Au contraire, l'éruption survenue spontanément, à la suite de sueurs profuses, se voyait presque exclusivement sur le côté sain.

M. LUYS a observé quelques cas comparables à celui-ci; et il a constaté dans un cas, outre les vestiges d'une ancienne hémorrhagie cérébrale, une sclérose de la moelle. Le pronostic est grave dans le cas actuel, car la sclérose paraît intéresser la région bulbaire.

M. VALLIN lit une observation de *rhumatisme cérébral rapidement guéri par les bains froids*. L'intensité des phénomènes, l'élévation de la température (41°,4) justifiaient amplement l'emploi de ce moyen, dont l'efficacité a d'ailleurs été démontrée par l'amendement rapide des accidents. Cependant, M. Vallin veut qu'on réserve ce mode de traitement que l'on pourrait qualifier de révolutionnaire, pour les cas les plus graves, et par exemple pour ceux où la température dépasse 41°.

M. DUMONTPALLIER se demande si dans un cas, les malades ne guérissent pas malgré le traitement. Il est très-difficile de juger la valeur d'une médication pour le rhumatisme cérébral ; car, suivant l'expression de Trousseau, nous ne connaissons pas les jeux du rhumatisme. Après avoir successivement tout essayé, M. Dumontpallier en est encore à trouver une bonne médication ; il s'en tient actuellement au sulfate de quinine, mais il se garderait bien d'employer la méthode des bains froids, qui ne lui parait pas en rapport avec les saines traditions de la médecine.

M. BLACHEZ partage l'opinion de M. Dumontpallier, relativement à l'importance des statistiques, mais il rappelle d'un autre côté que nous n'en sommes plus au même point qu'il y a quelques années, à l'époque où, dans le service de M. Bouillaud, on considérait comme perdus tous les malades qui présentaient des accidents cérébraux. Nous connaissons maintenant l'état de la température, et puisque les bains froids nous procurent un moyen de l'abaisser, on ne doit pas hésiter à les employer, lorsque l'on se trouve en présence d'un malade analogue à celui dont M. Blachez a rapporté l'observation il y deux ans.

M. LÉPINE signale, à propos du sujet en discussion, les heureux effets qu'il a retirés de l'emploi de l'acide salicylique dans le traitement des rhumatismes. Il faut, pour obtenir de bons résultats, le donner à la dose de 8 à 12 grammes (2).

M. MOUTARD-MARTIN, tout en se déclarant partisan des bains froids dans le rhumatisme cérébral, regrette qu'on ne publie que les succès. Il connait, pour sa part, deux cas dans lesquels les bains froids amenèrent la guérison des accidents cérébraux, mais des deux jeunes filles dont il s'agit, l'une mourut de pneumonie, et l'autre est actuellement atteinte d'une bronchite suspecte très-inquiétante.

Elections. — MM. LEGROUX, RENDU et GOURAUD sont nommés membres titulaires de la Société. A. S.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Sur un extrait liquide de seigle ergoté pour injections hypodermiques.

Le *Journal de Pharmacie et de Chimie* a publié, dans ses numéros de janvier et de septembre 1876, des recherches faites par notre correspondant, M. Tanret, de Troyes, sur le seigle ergoté, ainsi qu'un travail de MM. Dragendorff et Padwissotzky sur le même sujet : ces travaux représentent l'ensemble de nos connaissances actuelles sur la composition chimique de l'ergot, il y a encore bien des contradictions et certainement beaucoup à faire, et je dois avouer qu'en présence des chimistes autorisés qui se sont occupés de cette question, j'ai renoncé à l'idée d'apporter mon contingent à l'étude chimique, mais non à l'espoir d'offrir à la thérapeutique une préparation peut-être plus avantageuse que celle qu'elle possède aujourd'hui.

Il résulte des travaux précités que nous ne sommes point encore fixés sur la nature chimique du principe actif de l'ergot : d'après M. Tanret, ce serait un alcaloïde ; pour MM. Dragendorff et Padwissotzky, ce serait une matière colloïdale de nature indéterminée.

Le seul fait certain aujourd'hui, c'est que cette matière est soluble dans l'eau : au-delà les contradictions commencent. Ainsi, Dragendorff dit que la matière active (*scléromucine*) est insoluble dans l'alcool ; mais l'ergotine de M. Bonjean, qui certainement est active, est un extrait précipité par l'alcool ; d'autre part, l'ergotine de Wiggers est insoluble dans l'eau, et tout à fait dépourvue d'activité. Le principe actif du seigle, quelle que soit d'ailleurs sa nature, est soluble dans l'eau et dans l'alcool : cela donné, je pense qu'il est possible, en combinant l'action des dissolvants neutres et la méthode générale d'extraction des alcaloïdes, d'obtenir une préparation renfermant le principe actif de l'ergot et se prêtant mieux aux indications thérapeutiques que les préparations employées aujourd'hui.

On commence par pulvériser grossièrement le seigle ergoté et par le priver de son huile fixe au moyen du sulfure de carbone. On le fait ensuite sécher à air libre et à l'abri de la lumière jusqu'à disparition totale de l'odeur du dissolvant : on introduit cette poudre dans un appareil à déplacement, et on l'épuise *à froid* par l'eau distillée renfermant quatre millièmes d'acide tartrique. On chauffe ce liquide de façon à coaguler les matières albuminoïdes, et on l'évapore au bain-marie jusqu'à réduction au tiers de son volume.

On laisse refroidir et on filtre. On met alors digérer avec un léger excès de carbonate de chaux précipité, de façon à saturer l'excès d'acide tartrique ; on évapore en consistance sirupeuse et l'on précipite par l'alcool à 90°. On filtre et on décolore au moyen du noir animal lavé. On évapore de façon à chasser entièrement l'alcool : on reprend par l'eau distillée ; on filtre de nouveau et on fait dissoudre dans le liquide 0 gr. 15 d'acide salicylique par 100 gr. d'ergot employé. On laisse déposer et on divise en petits flacons.

Le liquide ainsi obtenu est d'une belle couleur ambrée, d'une odeur très-agréable et se conserve parfaitement. J'en ai gardé plus de 8 mois dans des flacons en vidange, sans qu'il ait subi aucune altération. Il précipite abondamment par les réactifs des alcaloïdes et représente le principe actif du seigle. Obtenu dans les conditions que j'ai indiquées, il correspond à son poids d'ergot ; je crois inutile de faire remarquer que l'on peut concentrer la préparation de manière à ce que 1 gr. représente 2, 3 gr. et même davantage d'ergot ; ou mieux encore le concentrer en contenu d'extrait mou et d'en prendre exactement le poids.

On sait alors à combien de seigle ergoté correspond 1 gr. de l'extrait ainsi préparé, et il est facile de faire, au moment même du besoin, une solution de tel titre que le médecin jugera convenable. Cet extrait produit tous les effets thérapeutiques du seigle ergoté. Voici à l'appui une série d'expériences qu'a bien voulu faire mon ancien collègue, M. Nocard, chef du service de clinique à l'école d'Alfort :

Extrait liquide de seigle ergoté. — Chaque gramme de liquide représente la matière active de 1 gram. de seigle ergoté.

EXPÉRIENCE I. — Chienne épagneule, 4 ans, 27 kil. 500. Injecté à l'aide

(1) V. le n° 17 du *Progrès médical*, 1877 (Bulletin).

(2) Voyez sur le même sujet une revue de M. Debove, dans le n° 36 du *Progrès médical*.

de la seringue de Pravaz, 2 cent. cubes de liquide dans le tissu cellulaire de la face interne de la cuisse, à 9 h. 45. Un peu de prurit et de douleur. Tumeur moite, chaude, sensible, la bête cherche à se mordre.

A 9 h. 55, la bête se plaint, se couche, paraît éprouver des coliques ; 10 h. 5, elle vomit son repas du matin. Elle marche en titubant, 10 h. 1/2. Nouveau vomissement de mucosité et de salive.

A midi elle rentre dans l'état normal. — Le 15 juin, peau un peu épaissie; pas trace d'escharre le lendemain et les jours suivants.

Expérience II. — 27 juin, chienne braque, deux ans, 21 kil., pleine de 58 jours, abandonnée à l'école pour cause de gale généralisée. Injecté 2 cent. cubes de liquide dans le tissu conjonctif de la peau interne de la cuisse, à 3 heures.

A 2 h. 1/2. la bête se couche, se roule, se plaint, hurle; violentes coliques, vomissements ; j'introduis le doigt dans le vagin, puis je cherche à le faire pénétrer dans le col de l'utérus qui a subi une légère dilatation. J'y parviens après quelques efforts ; le doigt est serré comme dans un étau, à des intervalles assez réguliers et comme rhythmiques; la matrice éprouve de vives contractions. — A 3 heures 5, la bête met bas un petit mort, puis successivement 3 petits vivants. — Les jours suivants elle se remet, pas d'eschare.

Expérience III. — Chienne terrier anglais, 5 ans, 6 kilog. Pleine depuis 66 jours ; a dépassé le terme de 3 ou 4 jours ; fait depuis deux jours de violents mais inutiles efforts d'expulsion ; — est froide, insensible, reste couchée ; — odeur fétide de putréfaction ; des matières purulentes, verdâtres, s'écoulent de la vulve. Pouls petit, filant très-rapide. Température anale 35° 5. — Pronostic très-grave. La chienne mourra promptement. — Injecté 1 gramme de liquide à 9 h. 5, — à 10 h. la bête se réveille un peu, elle s'agite, se plaint, regarde son ventre, semble souffrir, le doigt introduit dans la matrice éprouve une constriction assez intense ; il y a encore quelques contractions. Le volume de la tête des petits chiens s'opposant au passage, je pratique la céphalothripsie; les contractions utérines sont ensuite assez intenses pour expulser le fœtus décapité.

La même opération est répétée encore 2 fois, mais pour le dernier petit, les contractions utérines sont insuffisantes pour l'expulsion. Lavages tièdes antiputrides. A l'intérieur, un peu de vin sucré chaud. La bête meurt pendant la nuit.

Expérience IV. (10 juillet 1876). — Chienne épagneule, petite race, 14 ans, 7 kil. 500, a mis bas chaque année une portée de chiens bien constitués. Pleine depuis 61 jours ; a encore deux ou trois jours à attendre le part. Injecté 1 gramme de liquide dans le tissu conjonctif, à 1 h. 45. A 1 h. 55, vomissements répétés, coliques vives, plaintes, hurlements. A 2 15, à 3 h. 1/2 expulsion successive de 6 petits chiens dont 1 mort. — Pas d'eschare.

Expérience V. (3 septembre 1877). — Chienne carlin, 3 ans, 4 kil. ; a été couverte par un bull-dog, au moins deux fois plus gros qu'elle. Pleine depuis 70 jours environ; devrait avoir mis bas depuis une semaine. Est en travail depuis 4 jours, sans pouvoir expulser un seul de ses petits. Epuisée, maigre, abattue, froide ; faiblesse extrême, insensibilité complète. Injecté, 2 grammes de liquide. Malgré l'élévation de la dose, il ne se produit aucun effet. La bête meurt deux heures après. A l'autopsie on trouve 5 petits à tête très-volumineuse ; il est impossible de leur faire franchir le détroit antérieur.

Expérience VI. (6 janvier 1877). — Chienne Terre-Neuve, 4 ans, 52 kil Pleine depuis 2 mois. Est très-grosse ; peut à peine se traîner, reste couchée continuellement; les mamelles sont énormes et donnent du lait; on craint la paraplégie. Injecté, *avant tout signe de travail*, 4 cent. cubes de liquide dans le tissu conjonctif du pli de l'aine, à 8 h. 30 ; à 8 h. 40, plaintes, agitations coliques, vomissements, puis le travail commence ; en une demi-heure, la, chienne met bas, 8 petits chiens magnifiques. Pas de trace d'eschare.

Fort de ces expériences, j'ai fait employer ce liquide chez la femme. Un très-grand nombre d'injections hypodermiques ont déjà été faites sans causer aucune eschare et ont produit tous les effets thérapeutiques du seigle ergoté. Yvon.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur le Diabète et la Glycogénèse animale; par M. Cl. Bernard. Paris, librairie J.-B. Baillière.

Depuis le début de son enseignement au Collége de France, M. Cl. Bernard s'est toujours efforcé de mettre en évidence les liens indissolubles qui unissent la physiologie et la pathologie. Il a constamment cherché à montrer que les troubles divers de l'organisme ne sauraient être bien compris qu'à la condition d'avoir acquis des notions précises sur le mécanisme normal des fonctions physiologiques. L'étude de la glycogénèse et du diabète est un exemple éclatant de la vérité de ce principe.

En effet, le diabète, état morbide, représente un trouble de la fonction glycogénique normale. Aussi loin que vont nos connaissances sur la fonction physiologique, aussi loin vont nos données scientifiques sur la nature et la production du phénomène pathologique. Chaque progrès fait dans la physiologie de la fonction glycogénique est suivi d'un progrès parallèle dans la connaissance scientifique du diabète ; c'est à dater seulement de la découverte de la glycogénèse animale que la médecine a réellement trouvé la base physiologique sur laquelle pourra s'édifier une théorie rationnelle et scientifique de la maladie diabétique. C'est par les considérations que nous venons de rappeler, considérations si vraies, et aujourd'hui presque universellement admises par tous, que débute l'introduction du nouveau livre, recueil de leçons faites par l'illustre professeur sur le diabète. Les premières leçons sont consacrées à l'histoire de la chaire de médecine au Collége de France. Elles ont pour but « non la vaine satisfaction de remuer la poussière historique ou d'agiter des questions personnelles, » mais elles ont permis au savant maître de fixer exactement la nature de son enseignement ; celui-ci, au Collége de France « est complètement désintéressé de la pratique immédiate; sa mission n'est pas d'appliquer la science médicale, mais de s'occuper exclusivement de son avancement en la représentant et en la développant toujours *dans la branche qui est l'objet de son progrès actuel.* »

Il ne faut pas l'oublier, la physiologie générale, telle qu'elle est enseignée au Collége de France, est l'étude de l'organisme dans ses états normaux et anormaux, dans ses réactions vis-à-vis des causes existantes normales, morbides ou toxiques, et, ainsi envisagée, elle est la base de la médecine tout entière. La médecine scientifique ne peut se constituer définitivement que par la physiologie, car le problème physiologique contient le problème médical. Qu'est-ce donc que la médecine scientifique ?

« Nous voulons, dit M. Cl. Bernard, désigner par là une médecine dans laquelle la pratique se déduira avec certitude de la théorie. N'est-ce pas là d'ailleurs le caractère de toutes les sciences faites : savoir, c'est pouvoir. La connaissance dans les sciences expérimentales a pour sanction la puissance. Le physicien et le chimiste dirigent à leur gré tous les phénomènes naturels dont ils connaissent les conditions d'existence; dans ces sciences, la pratique se déduit toujours rigoureusement de la théorie.

La médecine est encore loin de ce degré de perfection. Trouverait-on aujourd'hui un seul médecin raisonnable et instruit osant dire qu'il prévoit d'une manière certaine la marche et l'issue d'une maladie ou l'effet d'un remède ? La médecine pratique n'a encore pour guide qu'un empirisme de tradition. Sans doute, on a ainsi appris que, dans des cas donnés, certaines pratiques ou certains médicaments sont utiles; mais, au fond, la médecine clinique tâtonne et marche dans l'obscurité. Néanmoins, si grande est la tendance de l'esprit humain à expliquer ce qu'il observe, que les médecins cliniciens ne peuvent s'empêcher d'émettre, chacun à sa manière, des hypothèses, qu'ils décorent, à tort, du nom de théorie, pour se rendre compte de ce qu'ils font et dissimuler leur ignorance. Mais, à chaque instant, l'expérience vient leur rappeler que la médecine n'est pas encore une science, car leur pratique médicale incertaine ne saurait se déduire sûrement d'une théorie vraie et acceptée de tous.

Cependant la science médicale pourra acquérir la certitude de toutes les autres sciences expérimentales ; mais c'est à la condition que l'observation clinique remonte expérimentalement par la physiologie, aux causes immédiates des phénomènes de la santé et de la maladie, aussi loin que peut être poussée la recherche des causes prochaines, et qu'elle donne de l'action des agents normaux et anormaux (médicaments), une explication physiologique expérimentale d'où se déduiront rigoureusement toutes les applications médicales pratiques à l'hygiène et à la thérapeutique. »

Voilà, certes, la médecine de l'avenir, et il suffit de réfléchir un instant aux progrès immenses accomplis, par exemple, dans le domaine des maladies du système nerveux, pour comprendre que la science médicale peut prétendre à la rigueur des sciences exactes. Cette idée féconde, si magistralement développée dans les leçons de M. Bernard, s'imposera bientôt à tous, nous l'espérons, et la médecine considérée comme *art* fera bientôt place à la médecine, vraiment digne de ce nom, à la *médecine scientifique.* « A son jour, à son heure, la médecine atteindra l'état scientifique avec un déterminisme aussi rigoureux que celui des sciences des corps bruts : la vie n'apporte aucune restriction à ces conclusions. » Sans doute la science physiologique n'est pas encore une science faite, constituée ; il s'en faut ; elle n'est qu'à ses débuts, mais les résultats sont tels qu'elle peut la considérer comme donnant de légitimes promesses pour l'avenir.

Après ces préliminaires, M. Bernard aborde l'étude physiologique et pathologique du diabète. Il commence par classer les différentes formes de cette maladie. Il montre qu'elle ne peut être définie que par ses symptômes extérieurs, symptômes qui ne sont en réalité que l'exagération plus ou moins accentuée des phénomènes physiologiques. L'étude anatomo-pathologique est incertaine ; l'étude physiologique trop peu avancée, pour fournir, à la définition, une base sûre.

L'ensemble des faits, consignés dans les remarquables leçons du savant professeur de médecine expérimentale sont aujourd'hui bien connus. En voici le résumé :

1° Il existe du sucre à l'état normal dans le sang et dans le foie.

La glycémie est un phénomène physiologique constant et inséparable de la nutrition. — 2° Le diabète, caractérisé par la glycosurie, a pour condition nécessaire l'exagération préalable de la glycémie. Le sucre du sang double à peu près de quantité. Lorsqu'il atteint ces proportions, il est éliminé, il déborde par le filtre rénal. De là résulte que chez les diabétiques, au summum même de l'état morbide, la quantité de sucre du sang n'est pas supérieure à ce maximum que le liquide sanguin peut tolérer. Le surplus, lorsqu'il se forme, disparaît immédiatement par les urines. C'est pourquoi il peut y avoir des proportions énormes de glycose dans le liquide urinaire, jusqu'à 70 pour 1,000. Il n'y en a jamais normalement plus de 2 à 3 pour 1,000 dans le sang. — 3° L'action du système nerveux s'exerce sur la glycogénèse par le foie, qui est l'organe sécréteur normal de cette matière; elle agit toujours par l'intermédiaire des phénomènes de circulation. L'influence nerveuse est une influence ordinaire, c'est la même action que celle qui modifie tous les phénomènes sécréteurs. — 4° Les expériences nouvelles ont établi d'une manière plus précise l'analyse quantitative du sang, au point de vue du sucre qu'il contient à l'état physiologique, ce sucre provient du foie. Tant qu'il y a du sucre dans le foie, il y en a dans le sang, et réciproquement. — 5° Il faut examiner à part le sang des artères et des veines, dans le système artériel, les proportions de sucre sont sensiblement constantes; dans les veines, elles varient avec le point de l'économie que l'on considère. Le sucre se détruit à la périphérie, dans les muscles: les veines des membres en renferment moins que les artères. Le sang veineux de la veine cave inférieure au niveau des veines sus-hépatiques, est toujours, au contraire, le plus riche en sucre. Le sang de la veine sous-clavière droite, au niveau de l'abouchement du canal thoracique, pourrait également présenter aussi une petite augmentation du sucre due à la richesse de la lymphe et du chyle qui est plus grande que celle du sang; mais cela ne saurait constituer une origine du sucre pour le sang; car ce sucre provient déjà du sang lui-même. — 6° Le sucre se forme pendant la vie comme après la mort.

Nous avons tenu à rapporter, presque entier ce résumé, inscrit dans la dix-septième leçon; car il indique mieux que l'analyse la plus attentive et la plus minutieuse l'état présent de la science, relativement à cette question du diabète qui a déjà fait naître tant de travaux. Parmi ceux-ci, les uns sont confirmatifs des vues de M. Bernard; les autres, au contraire, combattent certaines des doctrines de l'illustre professeur, et cependant ces travaux sont appuyés sur l'expérimentation.

La vingt-et-unième leçon est consacrée à l'exposé critique des travaux auxquels je fais allusion; dans cette leçon toutes les théories actuelles sur la pathogénie du diabète sont passées en revue.

M. Bernard montre, jusqu'à l'évidence, que ces théories reposent toutes sur la glycogénèse animale, mais qu'elles supposent résolues des questions que la physiologie laisse encore indécises. Rien n'est difficile, en effet, comme l'expérience physiologique, et lorsque ces expériences ont pour but l'étude de l'influence sur la production du glycogène, des substances alimentaires ingérées, le problème devient d'une complexité extrême. La plupart des auteurs ont, pour les besoins de leurs théories, supposé résolues des questions qui sont encore enveloppées de doutes; ce qu'il faut aujourd'hui, comme le fait remarquer M. Bernard, c'est une critique physiologique expérimentale sévère, car c'est la physiologie qui doit éclairer la pathologie. A ce propos, nous rappellerons le travail critique, relatif au diabète, fait, dans le n° 32 de ce journal, par M. Dastre, car, ce travail est un excellent modèle de critique scientifique.

F. RAYMOND.

VARIA

La nouvelle chaire de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.

Nous avons signalé, il y a huit jours, l'émotion causée à la Salpêtrière par une lettre de l'administration, invitant M. Le Bas, directeur de cet hospice, à prendre les mesures nécessaires afin d'installer un service complet pour le professeur de pathologie mentale. Afin que chacun puisse mieux apprécier la situation, nous allons donner la copie de cette singulière lettre.

Monsieur le Directeur,

Je suis informé à l'instant même que le service clinique attenant à la chaire de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, institué par un vote de la Chambre des Députés doit être installé à la Salpêtrière.

Cet hospice, tant à raison de sa proximité du quartier des écoles, que de son caractère mixte a paru au ministère offrir plus d'avantages qu'aucun des autres établissements hospitaliers de Paris.

M. le Ministre m'a donc invité à affecter au service clinique dont il s'agit, deux salles de votre hospice: l'une située dans le quartier des aliénés, recevrait les malades présentant les différents types de l'aliénation mentale; et l'autre à proximité de la première, mais en dehors du quartier spécial, serait consacrée exclusivement aux maladies des centres nerveux de l'encéphale. On demande pour chacune de ces salles 50 à 60 lits. Le Professeur devrait avoir également à sa disposition un amphithéâtre et un laboratoire.

Je viens vous prier M. le Directeur, en portant cette décision à la connaissance de MM. les chefs du service de santé de votre établissement, de vouloir bien préparer, d'accord avec l'architecte, et de m'envoyer d'urgence un projet d'installation conformément au programme ci-dessus indiqué.

M. le Ministre m'a invité à apporter la plus grande diligence dans l'installation dont il s'agit, l'inauguration du nouveau cours clinique ne pouvant être ajourné, au-delà du présent mois d'octobre.

Recevez, etc *Signé:* de NERVAUX.

Nous n'examinerons pas aujourd'hui la valeur des mesures indiquées pour la création d'un service aux dépens des services existants. Nos lecteurs n'auront pas de peine à voir que le plan proposé émane de gens absolument ignorants des conditions dans lesquelles se trouvent nos asiles d'aliénés et des besoins d'un tel enseignement. Mais nous devons rectifier une erreur qui nous a fait attribuer au Ministre de l'instruction publique un ordre dont la responsabilité revient de droit à M. de Fourtou, ministre de l'intérieur. L'absence de désignation précise, l'expression vague « au ministère », nous avait fait croire qu'une affaire concernant l'enseignement était traitée par le ministre compétent: c'était à tort, ce qui n'a rien de surprenant... par le temps qui court. Cette rectification faite, nous allons compléter les détails déjà connus.

Le 13 octobre, M. le secrétaire général de la préfecture de la Seine, accompagné des inspecteurs des asiles d'aliénés, du professeur de pathologie mentale, sont venus à la Salpêtrière pour voir comment il serait possible d'exécuter les ordres du ministre de l'intérieur. Aucun d'eux, paraît-il, n'avait encore lu le *Journal officiel* du matin, chargeant M. A. Voisin, médecin de la Salpêtrière, d'un cours complémentaire de pathologie mentale. Quand ils eurent pris connaissance de cet arrêté, ils ont pensé qu'un examen approfondi était superflu, jusqu'à nouvel ordre; quelques-uns d'entre eux se sont retirés et d'autres sont allés à Bicêtre pour voir si cet établissement ne conviendrait pas mieux au professeur. Nulle décision n'est prise quant à présent. Ainsi se trouvent justifiées les paroles que nous adressait le 11 octobre un des hauts personnages de l'administration auquel nous faisions part des justes plaintes des médecins de la Salpêtrière contre le projet ministériel: « Cela n'est pas fait. »

Cours annexes de clinique consacrés à l'enseignement des spécialités médicales et chirurgicales dans les Facultés de l'Etat.

Le Président de la République française; — sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts et du Ministre de l'Intérieur; — vu l'article 54 du décret organique du 17 mars 1808; — vu l'ordonnance du 10 avril 1840; Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu; Décrète:

Art. 1er. — Il est créé des cours annexes de clinique consacrés à l'enseignement des spécialités médicales et chirurgicales ci-après désignées, dans les facultés de l'État où des chaires magistrales sur les mêmes sujets n'ont pas été précédemment instituées: Les maladies des voies génito-urinaires; les maladies des enfants; les maladies syphilitiques et vénériennes; les maladies des yeux; les maladies mentales; les maladies de la peau. A cet enseignement complémentaire pourront être ajoutés ultérieurement d'autres cours, dont l'avenir démontrerait l'utilité. Ces cours sont annoncés à la suite des programmes des cours ordinaires de la Faculté.

Art. 2. — Les cours annexes de clinique sont confiés, soit à des agrégés en exercice, ou à des agrégés libres pourvus d'un service hospitalier, soit à des médecins ou chirurgiens des hôpitaux. Une commission mixte permanente, composée de délégués du ministre de l'Instruction publique et du ministre de l'Intérieur, est chargée de préparer un règlement pour l'organisation des cours annexes de clinique qui seront institués dans les hôpitaux en vertu du présent décret, et d'en surveiller le fonctionnement.

Art. 3. — Les agrégés ou docteurs chargés de ces enseignements sont nommés, pour dix ans, par le ministre de l'Instruction publique. Ils peuvent être, après ces dix années, rappelés à l'exercice; toutefois, ils cessent leurs fonctions de plein droit du jour où ils ne font plus partie du corps des médecins, des chirurgiens des hôpitaux.

Art. 4. — Les agrégés libres ou docteurs chargés de cours annexes de cliniques prennent part aux examens de la faculté.

Art. 5. — Des services spéciaux sont mis à la disposition de la faculté par les soins de l'administration hospitalière, pour le fonctionnement des cliniques complémentaires, sans que ces administrations soient tenues de créer des services nouveaux, si ceux qui existent sont jugés suffisants par la commission mixte.

Art. 6. — Les agrégés en exercice participent à l'enseignement de la faculté. A cet effet des locaux sont mis à leur disposition, soit dans des bâtiments de la Faculté, soit dans des bâtiments annexes. Chaque année le ministre de l'Instruction publique détermine l'objet et le nombre des leçons confiées aux agrégés. Ces leçons sont annoncées à la suite du programme des cours obligatoires de la Faculté. Les agrégés chargés de cours sont entendus, sur leur demande, par l'assemblée de la Faculté, dans tous les cas où il est délibéré sur l'enseignement qui leur est confié.

Art. 7. — Le ministre de l'intérieur et le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts sont chargés de l'exécution du présent décret. — Fait à Paris, le 20 août 1877, etc.

Par arrêté du Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 11 octobre courant, M. le docteur Auguste Voisin, médecin des hospices publics d'aliénés, a été chargé, pour l'année scolaire 1877-1878, d'un cours complémentaire des maladies mentales à l'hospice de la Salpêtrière.

Par arrêté du Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 11 octobre 1877, en exécution du décret du 20 août dernier, MM. les agrégés chargés d'un service hospitalier, et MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux ci-après désignés ont été chargés, pour une période de dix ans, des cours annexes de clinique suivants :

MM. Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis; cours cliniques des maladies de la peau. Archambault, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades; cours cliniques des maladies des yeux. Panas, agrégé libre de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière ; cours cliniques des maladies des yeux. Tillaux, agrégé libre de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière; cours cliniques des maladies des voies génito-urinaires. Fournier, agrégé libre de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis; cours cliniques des maladies syphilitiques (formes secondaires et tertiaires). Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi ; cours cliniques des maladies syphilitiques et vénériennes.

Ces nominations ont été faites par un ministère mourant dans des conditions telles qu'il est impossible qu'elles soient maintenues. Il y va de l'honneur même des élus, médecins distingués pour la plupart, et surtout de l'honneur de la Faculté qui, nous assure-t-on, n'a été aucunement consultée. M. le Doyen ne faillira pas à son devoir et défendra énergiquement la Faculté.

Enseignement médical libre.

M. le d[r] Cadet de Gassicourt reprendra les conférences cliniques à l'hôpital Sainte-Eugénie, les lundis 29 octobre à neuf heures et demie, et les continuera les lundis et jeudis de chaque semaine. A huit heures et demie, visite et examen des malades.

M. Ball nous a adressé une réclamation alors que la mise en pages de ce numéro était donnée ; nous sommes par conséquent obligés d'en reporter l'insertion au prochain numéro.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 18 octobre 1877, on a déclaré 900 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 37; rougeole, 6 ; scarlatine, 1; variole, 1 ; croup, 14 ; angine couenneuse, 16 ; bronchite, 36 ; pneumonie, 65 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5 ; choléra nostras, » ; dyssenterie, 2; affections puerpérales, 6; érysipèle, 7 ; autres affections aiguës, 264 ; affections chroniques, 366, dont 178 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 48; causes accidentelles, 26. — Les 900 décès ci-dessus donnent une proportion de 23.1 par mille habitants et pour l'année.

Assistance publique. — Nous apprenons qu'un des directeurs les plus sympathiques des hôpitaux, M. Francière passe de la Maternité à l'hospice de Bicêtre.

Société de biologie.—La Société de biologie reprend ses séances demain samedi 20 octobre.

Société anatomique.— La Société anatomique a repris ses séances : tous les vendredis à 3 h. 1/2.

Concours. — *Internat* : L'épreuve orale pour les candidats volontaires d'un an aura lieu le samedi 20 octobre. *Externat* : vendredi 12, *clavicule; furoncle;* lundi 15, *signes de la pneumonie franche;* mercredi 17, *triceps fémoral.*

Hospices civils de Saint-Etienne (Loire). — *Concours public pour une place de médecin.* — L'administration des hospices civils de Saint-Etienne fait savoir que le lundi 29 avril 1878, à huit heures du matin, sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place de médecin. Le concours aura lieu devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical et se composera de cinq épreuves, savoir: Le lundi, question d'anatomie et de physiologie ; le mardi, question de pathologie interne ; 1 mercredi, question d'hygiène et de thérapeutique; le jeudi, clinique, avec consultation orale ; le vendredi, clinique avec consultation écrite.

Pour chacune des trois premières épreuves, les concurrents composeront un mémoire sur la question posée par le jury, et feront la lecture de ce mémoire en séance publique. Pour la quatrième, chaque candidat examinera, devant le jury, un malade choisi par ce jury, puis émettra, en séance publique, son opinion sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie.

Conditions d'admission au concours : 1° Au jours fixé pour le concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs. Toutefois, cette condition n'est pas obligatoire pour ceux qui auraient fait, après une nomination au concours, pendant trois ans et à la satisfaction de l'administration, le service d'élève interne dans les hôpitaux de Paris, Lyon, Montpellier et Nancy. 2° Tout médecin étranger est admissible au concours si, indépendamment des conditions exigées par le précédent article, il exhibe son diplôme et justifie qu'il a obtenu du gouvernement l'autorisation d'exercer la médecine en France. 3° Les candidats sont tenus de se faire inscrire, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de l'administration des hospices civils de Saint-Etienne, rue Valbenoite, n° 40, et d'y déposer leur diplôme de docteur, ainsi qu'un certificat de moralité récemment délivré par le maire de leur résidence. Tout candidat qui se présentera en invoquant le titre d'interne sorti de l'un des hôpitaux civils ci-dessus désignés, devra justifier en outre par pièces émanées de l'administration de cet hôpital, qu'il a été nommé interne au concours, et qu'il en a fait le service pendant trois ans au moins à la satisfaction de ladite administration. 4° Avant de concourir, chaque candidat prendra connaissance des règlements relatifs au service médical dans les hospices civils de Sain-Etienne, et sera réputé de plein droit s'être engagé, en cas de nomination, à se conformer à tous ces règlements et à tous autres que l'administration jugerait convenable d'adopter pour le bien du service. Les candidats pourront déposer au secrétariat leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés concernant la médecine, et, s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront mis sous les yeux de messieurs les jurés. Entrée en exercice et honoraires : Le médecin qui sera nommé à la suite du concours, entrera en exercice le 1[er] juin 1875. Son traitement sera de 1,500 fr. par an.

Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. — Ordre du jour de la séance du mercredi 24 octobre (8 h. du soir). — 1° M. Léon Colin : De la fièvre typhoïde dans l'armée. — 2° M. le d[r] Pinard : Considérations nouvelles sur l'hygiène de la grossesse. — 3° M. le d[r] Napias : Les établissements de bains froids à Paris. — 4° M. le d[r] Coudereau : L'hygiène alimentaire de la première enfance. — 5° MM. Laborde et Vidal : L'isolement des maladies dans les hôpitaux.

Faculté des sciences de Besançon. — Par arrêté du Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 17 octobre 1877, la chaire de zoologie et de botanique de la Faculté des sciences de Besançon est déclarée vacante. Un délai de 20 jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Destitution.— M. le docteur Bonnefond, médecin de la Maison centrale d'arrêt et de correction de Ladillac-sur-Garonne, vient d'être révoqué de ses fonctions, pour motif politique, après dix-huit ans de bons et loyaux services. L'honorable M. Amédée Latour, nous demandait des faits. En voilà un qui s'est produit dans son département. (*Gazette méd. de Bordeaux.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'avoir à annoncer la mort de l'un des aliénistes les plus distingués de l'Allemagne, le docteur Albrecht Erlenmeyer, décédé le 9 août 1877. Membre d'un très-grand nombre de Sociétés savantes, notamment de notre Société médico-psychologique, le docteur Erlenmeyer avait fondé à Bendorf, près Coblentz, une maison de santé pour les maladies mentales et nerveuses, dont il est resté le directeur

jusqu'à sa mort. Erlenmeyer a publié un assez grand nombre de bons travaux sur les maladies mentales, notamment un ouvrage qui a été traduit en français par le *docteur de Smeth* et qui a pour titre : *Symptômes et traitement des maladies mentales à leur début*. Vol. in-8°, Bruxelles, 1868. (*Annales médico-psychologiques.*)

Les engagés conditionnels d'un an. — Par arrêté du 15 octobre 1877, une session extraordinaire exclusivement réservée aux engagés conditionnels d'un an, sera ouverte devant les facultés des sciences et les facultés des lettres le 25 octobre 1877, pour les épreuves du baccalauréat. (*Journal officiel.*)

Fort. (A.). — Guide annuaire de l'étudiant en médecine et en pharmacie, contenant tous les renseignements indispensables aux étudiants. Paris 1877, aux bureaux de *Paris médical*, 6e édition in-32, de 232 pages. — Prix : 2 francs.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

Manouvriez (A.). — Epidémie de choléra saisonnier à Valenciennes en 1875. Paris 1877, in-8 de 13 pages.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, 8, place de l'Odéon.

Fontaine (J.-A.). — Effets physiologiques et applications thérapeutiques de l'air comprimé. Paris, 1877, in-8 de 238 pages avec sept figures intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS

Iconographie Photographique de la Salpêtrière, par Bourneville et Regnard. Mode de publication : Chaque livraison comprendra 8 à 16 pages de texte et 4 photographies.— Prix : 3 fr. — Pour *les abonnés* du *Progrès médical*. 2 fr. 50. Neuf livraisons sont en vente.

Le Progrès Médical

CLINIQUE SYPHILIOGRAPHIQUE

HOPITAL SAINT-LOUIS.—**M. A. FOURNIER.**

De la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique (*Suite*) (1).

Leçon recueillie par E. BRISSAUD, interne des hôpitaux.

I. Messieurs, les troubles intellectuels qu'on observe chez nos syphilitiques ne sont pas — tant s'en faut — la reproduction exacte de ceux qui se produisent dans la paralysie générale.

Nos syphilitiques en question ici sont bien des malades en état d'excitation cérébrale, d'excitation avec hébétude, de délire, voire passagèrement de délire maniaque. Ils sont bien, suivant les formes de leur état intellectuel, exaltés, extravagants, incohérents, ou bien déprimés, abrutis, presque idiots. Mais, au total, ils ne sont que cela, et ils n'offrent pas de troubles délirants particuliers, spéciaux, comme dans la paralysie générale.

Or, tout autre est la modalité des troubles intellectuels dans la paralysie générale, modalité tout à fait caractéristique sous les diverses formes qu'ils peuvent affecter. Ce qu'on observe, en effet, dans cette dernière maladie, à ne prendre que les types les plus communs, les plus usuels, est ceci : au début, tout d'abord, un délire expansif et lypémaniaque, très-bien défini et spécifié par M. Lasègue dans un travail magistral que vous connaissez tous ; puis, plus tard, un délire plus spécial encore, délire de grandeur, de vanité et d'ambition satisfaite (*Mégalomanie*). Il suffit d'avoir observé de tels troubles phsychiques un certain nombre de fois pour conserver en souvenir leur physionomie propre, leur allure particulière tant elle est frappante et caractéristique. Quoi de plus spécial, en effet, que l'état mental de ces malades si *satisfaits* d'eux-mêmes, si satisfaits de leur santé, de leur personne, de leur fortune, de leurs talents ? Quoi de plus spécial que les conceptions bizarres de ces « fous heureux, » comme on les a appelés, qui se croient les favoris du sort, qui se disent grands artistes, grands seigneurs, princes, rois, prophètes, etc., qui nagent dans les richesses, qui sont sans cesse occupés de projets gigantesques, « celui-ci, dit M. Marcé, allant changer la surface de la terre, créer des hommes de trente coudées de haut, construire une ville en or ; celui-là, se préparant à donner un banquet à l'univers sur une table de mille lieues de long : tel autre devant peindre un tableau sur une toile qui ira de Paris à Fontainebleau ; tel autre encore appelé à guérir tous les malades et même à ressusciter les morts, etc... »

Trouvons-nous dans la syphilis quelque chose de semblable ? Certes, non. Il est tout à fait exceptionnel que nous ayons à noter chez nos malades ce délire spécial de vanité ou de grandeur. Tout au plus, pour ma part, en ai-je rencontré deux ou trois qui parlaient avec quelque emphase de leur état de santé, de leur vigueur, de leurs exploits de chasse. En tout cas, les conceptions vaniteuses de nos syphilitiques, alors même qu'elles méritent d'être qualifiées de la sorte, sont bien humbles, bien modestes, relativement à celles des fous paralytiques. Et d'ailleurs, pour le répéter encore, sinon toujours, au moins presque toujours, le délire de la syphilis est absolument exempt des divagations ambitieuses propres au délire de la paralysie générale.

Donc, voilà déjà un premier point qui établit une différence essentielle entre les deux états morbides que nous comparons.

II. Venons aux troubles de motilité. Ici encore nous allons avoir à relever des différences aussi multiples qu'importantes.

Un mot d'abord sur le tremblement. Sans doute, on observe parfois chez nos syphilitiques des phénomènes de tremblement, vers les mains surtout, vers les membres, quelquefois aussi vers la langue. Mais ce ne sont là, en premier lieu, que des symptômes peu communs, incomparablement moins communs que dans la paralysie générale. Ainsi le tremblement de la langue est très-rare dans la syphilis ; et pour celui de la lèvre supérieure (si fréquent, si spécial chez les fous paralytiques), il y fait presque invariablement défaut ; je déclare ne l'avoir jamais observé pour ma part. Puis, quand on vient aux détails, que de différences de part et d'autre comme intensité, comme durée, comme physionomie générale de symptômes ! Le tremblement syphilitique est celui qu'on observe dans nombre d'affections cérébrales de tout genre ; c'est un tremblement banal, vulgaire. Il n'est en rien comparable, assimilable, à cette trémolence assidue, à ce frémissement fibrillaire, vermiculaire, éminemment caractéristique, qu'on remarque d'une façon si commune aux lèvres et à la langue des paralytiques généraux.

Affaire de degré, dira-t-on peut-être ; simple différence de plus au moins. Non pas, répondrai-je ; différence au contraire très-réelle et très-accentuée, malaisément descriptible à coup sûr, mais s'accusant plus en fait que dans les mots ; différence en tout cas très-formelle cliniquement, plus que suffisante pour frapper un médecin et l'empêcher de confondre des choses très-dissemblables.

Second point. — La syphilis cérébrale est éminemment féconde en troubles moteurs d'ordre *paralytique*. Ces troubles consistent soit en des paralysies vraies, dans toute l'acception du mot (hémiplégie, monoplégie, hémiplegie faciale, paralysies oculaires, etc.) ; soit en des parésies, mais en des parésies non moins véritables, caractérisées par une diminution à des degrés variables de la puissance musculaire. Dans un cas comme dans l'autre, toujours il y a faiblesse du mouvement, atteinte franche portée à la puissance motrice.

Tout autres, inversement, sont les troubles moteurs dans la folie paralytique. Ici, *pas de paralysies vraies*. Et la preuve, c'est que les malades vont et viennent, marchent, courent, jouissent en un mot de la liberté pleine et entière de leurs mouvements, du moins jusqu'à une certaine période. S'ils n'ont cependant que peu de solidité réelle, si leur démarche est parfois hésitante, oscillante, trémolante, accidentée d'ébranlements et même de chutes, ce n'est pas qu'ils soient paralytiques, comme on pourrait le croire ; c'est qu'avec la conservation de leurs forces, ils ont une direction vicieuse, défectueuse, de leur puissance musculaire.

Ecoutez, par exemple, ce qu'en dit M. Marcé, de si regrettable mémoire : « Dans leurs moments d'agitation, on voit ces paralytiques déployer une force considérable, briser des obstacles solides et exiger la présence de plusieurs gardiens pour les contenir.... Donc, la paralysie dont ils sont frappés ne *ressemble à aucune autre*. Cette paralysie n'est qu'un défaut de coordination, un défaut de précision, bien différent de l'abolition de la puissance musculaire. »

Ne quittons pas ce qui a trait à la motilité sans signaler encore quelques autres différences, méritant bien d'être relevées. Ainsi : 1° Dans la syphilis cérébrale, excessive fréquence des *paralysies partielles*, affectant avec une prédilection marquée certaines localisations spéciales dont nous allons bientôt parler. Rien de plus commun, par exemple, que les paralysies oculaires, portant sur la sixième et plus souvent sur la troisième paire. Il est même vulgaire

(1) Voir les nos 41 et 42.

(et vous savez quel intérêt diagnostique se rattache à cette particularité) que la syphilis cérébrale soit inaugurée à son début, avant tout autre phénomène, par telle ou telle de ces paralysies partielles, comme un strabisme, un ptosis, une hémiplégie faciale, etc. Rien de semblable avec la paralysie générale.

2° Dans la syphilis cérébrale, fréquence notable de l'*hémiplégie*, laquelle tantôt apparaît d'une façon passagère dans les premiers temps de l'affection, à la suite d'attaques épileptiques ou d'ictus apoplectiformes, et tantôt succède à divers accidents d'autre forme pour rester permanente, définitive. N'oublions pas aussi que, dans un certain nombre de cas, l'hémiplégie est un des premiers phénomènes par lesquels s'accuse la syphilis du cerveau. Au contraire, dans la paralysie générale, rareté excessive de l'hémiplégie.

III. Enfin, Messieurs, si nous voulions poursuivre et compléter ce parallèle, que de différences ne verrions-nous pas se dégager encore d'une étude plus approfondie! Exemple: 1° Différence dans le *mode de début*, l'*évolution*, la *durée*. Pour la syphilis, début fréquent par des ictus apoplectiques et des paralysies soudaines, attestant une lésion cérébrale localisée ; puis, plus tard seulement, invasion de troubles intellectuels. Pour la paralysie générale, au contraire, troubles intellectuels et moraux ouvrant la scène et préludant aux symptômes de désorganisation cérébrale.

Avec la paralysie générale, cours morbide défini ; — évolution progressive, souvent assez régulière pour avoir pu être distribuée en trois périodes ; — durée assez fixe, ou du moins ne variant que dans des limites assez restreintes.

Inversement, dans la syphilis cérébrale, pas d'évolution définie, méthodique ; irrégularité de marche ; variabilité excessive de manifestations et d'incidents; variabilité égale comme succession de phénomènes ; — durée impossible à déterminer, même d'une façon simplement approximative.

2° Différence non moins remarquable relativement à l'*état général* des malades. Avec la paralysie générale, conservation de la santé physique ; intégrité surprenante des fonctions nutritives jusqu'à la troisième période ; — état général satisfaisant, souvent parfait ; — appétit intact, souvent même vorace, jusqu'à la gloutonnerie ; — digestion régulière ; — embonpoint, etc.

Dans la syphilis cérébrale au contraire (sinon toujours, au moins pour bon nombre de cas), altération de l'état général, atteinte plus ou moins sérieuse portée à la santé, et cela même parfois dès l'invasion de la diathèse dans le cerveau. Décoloration des téguments, pâleur et teinte terreuse du visage ; amaigrissement plus ou moins notable ; modification rapide de l'habitus extérieur, de la physionomie, et modification assez frappante pour que certains auteurs anglais l'aient considérée comme spéciale et décrite comme un type particulier sous le nom de « *syphilitic appearance* ». — En certains cas même, cachexie progressive (le terme n'a rien d'exagéré), s'annonçant dès le début par les phénomènes d'une anémie et d'une dénutrition intenses, particulièrement rebelles, puis ne faisant que s'accentuer davantage, s'exagérer au-delà.

3° Enfin, différence capitale comme *degré de curabilité*. Inutile de dire ce à quoi aboutit comme terminaison la paralysie générale, maladie absolument, essentiellement incurable. Avec la syhilis cérébrale, au contraire, guérison non pas fréquente assurément, non pas habituelle, mais possible, quelque forme d'ailleurs qu'affecte la maladie. Déjà plusieurs existent dans la science, attestant que des malades atteints de paralysie générale syphilitique, ont pu guérir, guérir contre toute prévision, contre toute attente. Je ne vous donne pas certes le cas comme usuel ou commun ; bien loin de là ! Mais enfin — et cela seul est en cause actuellement — la guérison n'est pas rigoureusement impossible. D'ailleurs un autre mode de terminaison bien autrement commun est celui qui, laissant la vie indemne, ne fait qu'intéresser les fonctions d'intelligence.

Si regrettable que soit un tel dénouement, il n'est pac moins différent de celui qui clot la scène de la paralysis générale, puisque du moins il n'est pas incompatible avec la prolongation de l'existence.

Du parallèle des symptômes passons à celui des lésions. Ici encore des différences essentielles vont surgir entre les deux états morbides.

Sans doute, de part et d'autre les localisations anatomiques sont semblables. Il est irrécusable qu'ici et là ce sont les méninges et la substance grise corticale que nous trouvons affectées. Mais, comme nous l'avons fait pour les symptômes, examinons les choses de plus près, au lieu de nous borner à un examen superficiel, et tout aussitôt des aperçus qui nous avaient échappé se présenteront à nous.

Ainsi, dans la paralysie générale, la lésion prédominante, de l'aveu unanime, réside dans la substance grise, altérée dans une grande étendue, profondément désorganisée, infiltrée, ramollie, dissociée. Les méninges aussi sont bien affectées, mais, relativement, leurs lésions sont d'importance moindre, subordonnée. Ainsi, la pie-mère présente un certain degré d'injection, d'hypérémie, d'infiltration, mais rien de plus.

Dans la syphilis, au contraire, le fait majeur, prédominant, c'est l'altération des méninges, et, *relativement*, l'altération de la substance grise (bien que plus importante, nécessairement, comme conséquences) qui paraît moindre. Cette substance n'est jamais affectée que d'une façon plus circonscrite, plus localisée, moins étendue, moins diffuse, que dans la paralysie générale. Les membranes, inversement, sont lésées d'une façon grave, adhérentes entre elles, et adhérentes au cerveau. La pie-mère, notamment, se montre fortement épaissie, opaque, résistante, coriace, voire parfois transformée en une membrane fibreuse, « comme albuginée, aponévrotique. Bref, ce qui domine ici comme lésion, ce qui prend le premier pas comme altération de tissus, c'est la méningite hyperplasique, la *sclérose méningée*.

Vous le voyez donc, Messieurs, à tous égards, cliniquement et anatomiquement, il est impossible d'assimiler à la paralysie générale l'état morbide qu'on a imprudemment décoré du nom de paralysie générale syphilitique.

Sans contredit, ces deux états offrent de curieuses et intéressantes analogies comme symptômes et comme lésions. Au point de vue clinique spécialement (et c'est là ce qui nous intéresse avant tout, nous praticiens) ils se rapprochent d'une étrange façon. Pouvait-il d'ailleurs en être autrement, puisqu'ils répondent à des localisations identiques? Mais cela reconnu, à côté des analogies, des rapports, hâtons-nous, comme c'est justice, de constater les dissemblances, et disons :

La paralysie générale syphilitique n'est que l'analogue, comme symptôme et comme lésion, de la paralysie générale vulgaire ; elle ne lui est pas identique ; elle ne saurait lui être assimilée, non plus même que décrite comme une de ses dépendances, de ses variétés. Ce qui compose l'état particulier écrit sous le nom de paralysie générale syphilitique, c'est d'une part, anatomiquement, une localisation éventuelle de la syphilis vers les membranes et les couches corticales du cerveau; c'est, d'autre part, cliniquement, un ensemble de symptômes affectant, en raison de l'analogie des lésions, une analogie véritable, incontestable avec l'ensemble symptomatologique de la paralysie générale.

Mais au-delà, rien de plus, et aucun lien plus intime ne réunit ces deux entités morbides. Est-ce assez dire qu'une analogie superficielle de lésions et de symptômes ne saurait impliquer l'identité de nature, l'assimilation, la fusion nosologique de ces deux types, assurément très-dissemblables? Donc, encore une fois et comme conclusion dernière, *ce qu'on appelle la paralysie générale syphilitique n'est pas la paralysie générale vulgaire*.

Cela dit et bien entendu, que maintenant on conserve à l'état cérébral syphilitique dont il vient d'être question le nom de paralysie générale, soit! Je n'y vois nul inconvénient pour ma part ; bien mieux, j'y vois une raison, celle

de ne pas créer un mot nouveau. D'ailleurs ce nom de *paralysie générale* a du bon, en ce qu'il rappelle par une dénomination connue et expressive un certain ensemble anatomique et clinique que réalise assez souvent la syphilis cérébrale et sur lequel il n'est que juste d'attirer l'attention par un vocable spécial.

Mieux vaudrait cependant, à mon sens, apporter un léger amendement à cette qualification, en lui substituant celle de *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique*. Plus correcte assurément, cette dernière dénomination, que j'ai proposée depuis longtemps, réunissait, je crois, le double avantage et de respecter l'individualité propre de la véritable paralysie générale, et d'affirmer pour la syphilis, (c'est là l'essentiel) la possibilité de constituer un ensemble morbide plus ou moins analogue à celui de cette dernière maladie.

ANATOMIE GÉNÉRALE

Collége de France. — M. RANVIER.

Dix-septième leçon (1).

Recueillie par le Dr J. Renaut.

II. Nous devons examiner maintenant une autre question, connexe de la précédente, et qui surgit naturellement dans l'esprit. Nous avons vu que le faisceau musculaire se termine le plus souvent par une série de cylindres primitifs qui sont, au niveau de l'extrémité, moins étroitement accolés que dans la continuité de la fibre, et qui présentent une striation transversale nette et régulière.

Mais comment finit cette striation? Les cylindres primitifs terminaux, à leur extrémité libre, présentent-ils un disque épais, un espace clair ou un disque mince? Sans s'exprimer explicitement à ce sujet dans son texte, Amici, (*Archives de Virchow*, 1859) semble avoir résolu implicitement la question par une figure très-nette. D'après cette figure, la fibre musculaire se termine par un disque mince. En second lieu, au voisinage de leur terminaison, les fibrilles élémentaires s'amincissent, les disques épais ne se présentent plus sous forme de cylindres droits, mais de cônes très-allongés, à sommet orienté vers l'origine du cordon tendineux. J'ai cherché à vérifier ces observations d'Amici; sur une grenouille vivante, le couturier est mis à nu, tendu exactement, maintenu dans cette position et fixé dans sa forme par une injection interstitielle d'acide osmique à 1 p. 100, poussée au niveau de l'insertion inférieure du muscle. Ce dernier est ensuite détaché, lavé, et l'union du muscle et du tendon est examinée dans l'eau après dissociation convenable. La striation se montre très-régulière au voisinage de la terminaison de chacun des faisceaux primitifs; mais, à mesure que l'on se rapproche de la ligne d'union du muscle et du tendon, l'observation devient à la fois délicate et difficile. La dernière rangée de disques épais est, ainsi que l'avait indiqué Amici, formée par des prismes de substance musculaire très-allongés et terminés en pointe. Mais au-delà de cette dernière existe-t-il ou non un grain représentant le disque mince de la fibrille correspondante? C'est là ce que je ne saurais affirmer ou nier catégoriquement. Ici encore, nous nous heurtons à une difficulté matérielle d'observation, qui ne peut être guère levée que par l'introduction de nouveaux procédés d'étude. Il est cependant probable qu'entre la cupule tendineuse, doublée vraisemblablement d'une expansion amincie du sarcolemme, et la substance musculaire proprement dite, représentée à sa terminaison par le dernier rang des disques épais, existe une substance cimentante particulière, qui, peut-être, n'est autre chose qu'une bande claire analogue à celles qui unissent, dans le sens transversal, les disques superposés de substance contractile.

III. *Rapports des faisceaux musculaires entre eux*. — Les rapports réciproques des fibres musculaires entre elles et avec le tissu connectif doivent maintenant nous occuper. C'est par l'union des faisceaux primitifs que se forment les masses musculaires, et leur arrangement varie, dans certaines limites, avec la forme générale des muscles. Considérons d'abord un muscle dont tous les faisceaux primitifs sont parallèles, tel par exemple que le couturier de la grenouille, ou le couturier du chien.

La méthode d'examen est ici très-simple : le muscle est convenablement isolé et tendu, après quoi on l'abandonne à la dessiccation rapide (dans une étuve à 37° par exemple) ou bien il est congelé, ou encore durci dans l'acide chromique, la gomme et l'alcool, etc. Ces diverses méthodes peuvent être toutes, en effet, presque indistinctement employées dans le cas présent. L'on pratique ensuite dans le muscle durci de minces coupes transversales, qui sont colorées par le carmin, l'hématoxyline ou le picro-carminate d'ammoniaque à 1 p. 100, et que l'on examine enfin dans la glycérine.

Dans ces conditions, le couturier de la grenouille parait homogène, c'est-à-dire que tous ses faisceaux primitifs, légèrement rendus polyédriques par pression réciproque, sont disposés les uns à côté des autres sans affecter de groupements particuliers. Il n'en est pas ainsi des muscles des mammifères. Ici les fibres musculaires sont réunies en fascicules par des bandes de tissu connectif, et forment des faisceaux secondaires composés par la réunion des primitifs. Ces faisceaux sont eux-mêmes unis pour former des faisceaux plus volumineux qu'on pourrait appeler tertiaires, et ces derniers se groupent en quaternaires. Cette division en faisceaux d'ordre croissant donne à la surface de coupe un aspect caractéristique et élégant. Le muscle tout entier est entouré d'une enveloppe fibreuse, ou fascia extérieur, d'où partent des cloisons qui se ramifient dans l'intérieur et deviennent de moins en moins épaisses, se subdivisant pour envelopper les faisceaux musculaires des divers ordres. Il importe de savoir maintenant comment sont constituées ces cloisons.

Les anatomistes anciens et, avec eux, Bichat, pensaient « qu'outre l'enveloppe générale du muscle, chaque faisceau a une enveloppe moindre, chaque fibre une enveloppe encore moins considérable, chaque fibrille une gaîne presque insensible, quoique réelle, et qu'on peut se représenter le tissu cellulaire des muscles comme formant une série d'enveloppes successivement décroissantes. » (Bichat. *Anat. génér.*, p. 525.)

Les fibres musculaires glisseraient dans ces gaînes comme le font les tendons dans leurs coulisses. Cette idée ancienne a été reproduite de nos jours par Flemming, qui admet que les faisceaux primitifs sont réunis entre eux par des membranes vraies. Lœwe est allé plus loin et pense que le tissu connectif intra-musculaire est formé de gaînes emboîtées les unes dans les autres. Cette assertion, qui se rapproche de l'opinion soutenue par Axel Key et G. Retzius par rapport au tissu conjonctif intra-fasciculaire des nerfs, a grand besoin d'être contrôlée. L'on ne voit les faisceaux musculaires séparés les uns des autres par des travées conjonctives, formant un réseau continu, que sur les coupes transversales. Les coupes longitudinales ne fournissent aucune image qui puisse être rapportée à la section de membranes minces, continues, et interposées entre les faisceaux musculaires primitifs adjacents entre eux. Si l'on étudie le tissu connectif intra-musculaire à l'aide de la méthode des injections interstitielles, on peut du reste se convaincre facilement de l'erreur de Flemming et de Lœwe. Le couturier du chien est découvert chez l'animal vivant, et l'on pratique dans sa masse une injection interstitielle d'acide osmique à 1 p. 200. Il ne se forme point de boule d'œdème, l'injection file entre les faisceaux primitifs ou secondaires dans la direction de l'axe du muscle, parce que latéralement elle est arrêtée dans sa diffusion par le refoulement des fibres musculaires qui s'accolent les unes aux autres et forment un véritable cylindre creux, à l'intérieur duquel se poursuit la marche du liquide injecté. Dans ce cylindre sont contenus un certain nombre de faisceaux primitifs

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876; nos 1, 2, 7, 9, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 30, 31, 40, 41 et 42 de 1877.

écartés les uns des autres et reliés par le tissu connectif intra-musculaire. Ces faisceaux, isolés convenablement sur la lame de verre, se montrent simplement séparés par des fibres connectives entrecroisées de diverses manières et nullement par des membranes vraies. Les faisceaux connectifs, entre lesquels on ne rencontre que peu ou point de fibres élastiques très-grêles, sont eux-mêmes d'une grande petitesse dans l'intérieur des faisceaux secondaires, c'est-à-dire dans l'intervalle des fibres musculaires. Ils deviennent un peu plus gros dans les faisceaux tertiaires, puis volumineux dans les faisceaux de quatrième ordre. Dans l'intervalle des faisceaux conjonctifs on rencontre des cellules fixes, plates, souples, se plissant de mille manières comme des étoffes, et formées par une lame mince de protoplasma transparent renfermant un noyau. Outre ces cellules on en trouve d'autres, constituées par une masse de protoplasma grenu, irrégulière ou arrondie ; ce sont les cellules lymphatiques qu'autrefois Kühne avait décrites comme les cellules fixes du tissu connectif intra-musculaire chez la grenouille. Il les avait vues animées de mouvements amiboïdes actifs. Ce seul fait montre l'erreur dans laquelle il était tombé, car, d'une manière générale, je dois vous faire observer, Messieurs, que ni les endothéliums, ni les cellules fixes du tissu connectif, qui leur ressemblent à beaucoup d'égards, ne sont animées de mouvements amiboïdes, sinon lorsqu'elles sont modifiées par l'inflammation.

La direction générale des faisceaux du tissu conjonctif intra-musculaire est ordinairement celle des faisceaux primitifs du muscle, qu'ils unissent et qu'ils séparent. A la périphérie et dans les grosses travées connectives interposées aux faisceaux de second et de troisième ordre, le tissu conjonctif suit la direction des vaisseaux et des nerfs qu'il accompagne. Mais, arrivés dans l'intérieur des faisceaux secondaires, c'est-à-dire entre les fibres musculaires elles-mêmes, les faisceaux de tissu conjonctif s'intriquent dans tous les sens, leur direction est cependant, en général, parallèle à celle des éléments du muscle, mais les fibres connectives transversales sont encore nombreuses, surtout au voisinage des terminaisons nerveuses. C'est cette disposition qui rend ces dernières particulièrement difficiles à observer, si l'on n'a soin de dissoudre préalablement, à l'aide d'un acide dilué, tel que l'acide chlorhydrique à 1 p. 1.000, le tissu connectif qui les masque.

Telle est la disposition générale du tissu connectif intra-musculaire des vertébrés supérieurs, mais chez les batraciens anoures, et chez la grenouille en particulier, cette disposition est, nous l'avons déjà dit, beaucoup plus simple. Le muscle forme, en effet, alors, une masse homogène, limitée à sa périphérie par les expansions aponévrotiques des tendons d'insertion. De ces expansions partent des faisceaux connectifs qui cloisonnent la masse musculaire et qui sont, à peu près partout, dirigés de la même façon, c'est-à-dire dans un sens parallèle à celui des faisceaux musculaires. Poussons dans un de ces muscles, le gastrocnémien de la grenouille, par exemple, une injection interstitielle de bleu de Prusse rendu soluble dans l'eau. La liqueur bleue ne file plus, comme chez le chien, dans la direction des fibres du muscle, en se creusant un canal dans leur écartement. Elle se répand dans le muscle entier qui bleuit en masse. Il semble que nous ayons injecté une cavité ou une éponge. C'est qu'ici le tissu connectif est rudimentaire ; toutes ses mailles communiquent largement les unes avec les autres. Dans ces mailles incessamment parcourues par les éléments de la lymphe, et contenant les cellules lymphatiques douées de mouvements amiboïdes décrites par Kühne, sont plongés les faisceaux primitifs des muscles, comme dans un vaste sac lymphatique qui constitue leur milieu intérieur, et au sein duquel s'accomplissent tous les échanges nutritifs dont leur substance est le théâtre.

Faculté des sciences de Marseille. — Par décret en date du 20 octobre 1877, M. Derbès, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Marseille, est admis sur sa demande et pour cause d'infirmités à faire valoir ses droits à une pension de retraite. (*Journal officiel.*)

MALADIES DES PAYS CHAUDS

Hydrocèles;

Par le Dr **VIGUIER**, ancien interne des hôpitaux.

La température élevée des régions tropicales détermine souvent un état de flaccidité des bourses qui peut devenir la cause de maladies sérieuses. Les orchites sont fréquentes chez des sujets nullement atteints de blennorrhagie, ce qui n'est pas étonnant si l'on considère que le testicule qui, vu l'état des bourses, pend plus bas que d'ordinaire, est plus exposé aux chances de lésions traumatiques, et que d'autre part le tiraillement du cordon et les mouvements de l'organe pendant un travail pénible ou une longue marche peuvent suffire à produire cette maladie. Ces orchites étant accompagnées d'hydrocèle, et l'épanchement de la tunique vaginale ne se résorbant pas toujours d'une façon complète, on s'expliquera la présence des hydrocèles dont un grand nombre sont consécutifs à des orchites. Ces maladies, fréquentes chez les Européens, le sont encore plus chez les natifs. Chez un de ces derniers, j'ai vu les bourses énormément distendues former une tumeur qui, dans un cas, descendait jusqu'au niveau des genoux et dont la partie antérieure avait l'aspect d'une paroi abdominale; vers la partie moyenne, se voyait une sorte d'ombilic au fond duquel on pouvait toucher le gland, qu'il était, du reste, impossible de voir. Ce malade ayant vu à bord un homme qui avait été guéri d'un hydrocèle volumineux, me demanda de l'opérer. Malgré l'ancienneté du début (14 ans) et la grande déformation des parties, je pratiquai l'opération et retirai à peu près cinq litres de liquide des deux tuniques vaginales; la verge n'avait pas été très-déformée, et bien que la peau du fourreau fut depuis longtemps entièrement confondue avec celle des parties voisines, dès que le liquide fut écoulé, l'extrémité de la verge, c'est-à-dire presque toute la moitié inférieure, reprit un aspect à peu près normal. Je fis de chaque côté une injection de teinture d'iode iodurée, et laissai même une petite quantité de la solution dans la tunique vaginale, afin de déterminer une réaction inflammatoire un peu franche, sachant, d'ailleurs, que cette réaction est toujours bien moindre chez les natifs que chez les Européens. La guérison fut rapide et s'est parfaitement maintenue, les bourses ont un peu moins que le volume des deux poings, volume qu'elles ont, du reste, toujours conservé et qui est dû au développement qu'avaient pris les enveloppes des testicules; la verge est libre et a repris sa forme, bien que la partie supérieure du fourreau soit encore confondue avec les téguments voisins. Pour un autre hydrocèle, un peu moins volumineux, les choses se passèrent de même. J'ai pu suivre ces malades pendant plus d'un an. Ces faits établissent la curabilité de ces hydrocèles, même très-anciens et excessivement développés.

Pour remédier à la flaccidité des bourses, si fréquente dans ces climats, les Européens, qui y sont sujets, portent habituellement des suspensoirs dont l'usage, pour beaucoup d'entre eux, est absolument indispensable.

La même nécessité a conduit les Indous à adopter un vêtement approprié au même usage. Beaucoup d'entre eux n'ont pour tout vêtement qu'une simple bande d'étoffe attachée en arrière et en avant à une petite corde qui fait le tour du corps; cette bande d'étoffe, passant entre les jambes, relève ainsi les testicules et n'est, à vrai dire, qu'un suspensoir. Ceux qui en font un véritable caleçon avec une pièce d'étoffe enroulée, ont toujours soin de faire passer entre les jambes un des chefs de cette pièce qu'ils attachent ensuite à la ceinture et qui remplit exactement le même but en soutenant et immobilisant les testicules.

Faculté de médecine de Lyon. — Le concours pour deux places de chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon a eu lieu le 15 octobre et s'est terminé par la nomination des concurrents dans l'ordre suivant : 1° M. Perret; 2° M. Chauvet.

— Dans le concours pour une place de chef de clinique, pour les maladies vénériennes, M. Carrey a subi honorablement les diverses épreuves; la partie clinique surtout a été bonne; aussi a-t-il été, à l'unanimité, déclaré admissible par le jury. (*Lyon médical.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Encore la chaire de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.

L'ordre donné par M. de Fourtou, Ministre de l'Intérieur pour l'installation fin courant du service clinique annexé à la chaire de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, est le sujet qui, cette semaine, a préoccupé le plus vivement la presse médicale. Dans son numéro du 17 octobre la *France médicale* s'exprime ainsi :

On — c'est-à-dire le *Progrès Médical* qui seul avait déjà parlé de l'affaire, — On a manifesté la crainte de voir porter atteinte aux droits des médecins chargés actuellement des services d'aliénées à la Salpétrière et de leur voir enlever quelques-unes de leurs salles qui devraient être affectées au service du professeur de clinique. Mais cet inconvénient se présenterait toujours dans un autre hôpital quand il faudra installer un autre service... »

L'auteur de cet article nous paraît connaître médiocrement l'organisation des services des aliénées à la Salpétrière, tant au point de vue de la disposition des bâtiments qu'au point de vue du personnel. Chaque service forme un tout complet, harmonique, et il n'est pas possible d'en distraire une partie sans désorganiser l'ensemble. Rien n'est plus facile que de créer un nouveau service de médecine ou de chirurgie dans un hôpital quelconque, en prenant sur les salles déjà existantes, tandis qu'un service d'aliénés exige, entre autres, une infirmerie, des cellules pour les agités, des salles pour les paisibles, une salle pour les gâteux, un atelier, etc., etc. Nous n'entrerons pas, aujourd'hui, dans de plus amples détails, notre but étant surtout d'exposer les opinions émises sur la question.

Relativement au même article, nous ferons remarquer que son auteur a omis l'examen d'un autre côté du projet, c'est-à-dire l'installation d'une autre salle pour les maladies de l'encéphale et qui, elle aussi, est loin d'être exempte de difficultés.

Dans son numéro du 20 octobre, la *France médicale*, — mal inspirée — déclare que « l'installation à la Salpétrière de la chaire de clinique des maladies mentales rencontre des obstacles *inattendus.* » Inattendus, voilà qui est superbe ! Ce qui aurait été inattendu c'est que les chefs de services eussent laissé désorganiser leurs sections : ils ont tous fait leur devoir en protestant énergiquement au nom du bon sens et de la justice. Ensuite, la *France médicale* ajoute :

« Nous avons déjà dit que l'installation de la chaire de clinique à la Salpétrière aurait bien moins l'inconvénient de léser des droits respectables que son transfert à l'hospice de Bicêtre, où aucun service n'est vacant, *tandis qu'il est de notoriété publique que le titulaire d'une des plus importantes sections de la Salpétrière, M. Trélat père*, a dû abandonner, depuis deux à trois ans, la direction de son service et qu'il n'y *a pas été remplacé.* Il est donc possible, sans léser des droits acquis, d'installer la chaire de clinique des maladies mentales à la Salpétrière, et il faut espérer que l'on ne verra pas sacrifier à des questions de personnes, les intérêts d'un enseignement éminemment utile et qui doit être inauguré dans les meilleures conditions possibles. »

Ainsi parle la *France médicale*, toute fière d'avoir découvert une section d'aliénées vacante à la Salpétrière. Par malheur, — et nous dirons bientôt pourquoi — elle se trompe singulièrement. Ce qui est de notoriété publique, c'est la suppression de la place de M. Trélat depuis deux ans ; c'est la suppression du service même (personnel médical et malades), qui ne figure ni au budget de 1876, ni au budget de 1877 ; c'est la destination nouvelle qu'a reçue le service depuis un an ; c'est l'installation dans les bâtiments, restaurés, de la section des épileptiques dites non aliénées. Telle est la situation et si, avant de lancer des affirmations aussi... catégoriques, l'auteur avait pris la peine de faire une visite à la Salpétrière et de se renseigner auprès des médecins et du directeur, il aurait imité de Conrart le silence prudent, ou bien il aurait exprimé, sur le projet de M. de Fourtou, la même opinion que le *Progrès médical* et la *Gazette médicale*. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 octobre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. LÉPINE.

M. LABORDE a pu constater expérimentalement que l'administration du salycilate de soude chez le chien déterminait toujours des vomissements. Lorsque, par des moyens artificiels, on rend le vomissement impossible, on observe un ralentissement très-marqué du cœur avec menace de syncope.

MM. *Dumontpallier* et *Leven* ont également obtenu chez l'homme un abaissement notable du pouls. M. Dumontpallier a remarqué en outre la fréquence des récidives chez les rhumatisants traités par le salycilate.

M. GELLÉ présente à la Société un pentastome tænioïde qu'il a trouvé dans la caisse du tympan d'un chien. Il en existait également un dans les sinus nasaux. C'est donc probablement par la trompe d'Eustache que le parasite avait pénétré dans l'oreille.

M. DUVAL communique les résultats de ses recherches sur l'origine réelle du facial. Sur des coupes perpendiculaires à l'axe du bulbe, on voit ce nerf, à partir de son point d'émergence, se diriger vers l'extrémité postérieure du raphé ; de là partent des fibres qui vont par un trajet récurrent vers un noyau, noyau vrai du facial inférieur. Le facial forme donc un fer à cheval, dont la première et la troisième parties sont horizontales et la seconde, plus courte, verticale. Le noyau du nerf moteur oculaire externe est situé dans la concavité de ce fer à cheval, et il donne quelques fibres au facial. Enfin, sur des coupes parallèles au plancher du 4e ventricule, MM. Duval et Graux ont pu suivre des fibres allant de ce noyau aux fibres radiculaires du moteur oculaire commun du côté opposé. Ainsi s'expliqueraient les faits de paralysie fonctionnelle d'un droit interne associée à la paralysie du droit externe de l'autre côté. La 3e paire crânienne aurait dès lors une double source d'innervation.

M. A. ROBIN a constaté souvent chez les ictériques un fait intéressant. Quand l'ictère décroît, les urines conservent les mêmes caractères : mais elles sont dénuées de pigment biliaire et présentent les réactions de l'hémaphéine.

M. ONIMUS communique une observation de varicocèle guéri par l'électricité : il énumère plusieurs résultats heureux de même ordre : guérison d'un lipome volumineux de la face, d'une tumeur sanguine du bras, etc. Chez un malade qu'il soignait pour une atrophie traumatique du bras, il vit disparaître du côté électrisé un certain nombre de petites tumeurs lipomateuses. Dans ces cas, la guérison semble s'obtenir plutôt par une action moléculaire que par une action chimique : car le contenu de ces tumeurs subit de profondes modifications avant de se résorber. L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 octobre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

M. BOURDON fait la lecture d'un mémoire ayant pour titre ; *Recherches cliniques sur les centres moteurs des membres.* M. Gosselin, dans son rapport sur les mémoires de MM. Lucas-Championnière, Proust et Terrillon, ayant soulevé la question des localisations cérébrales, M. Bourdon s'est livré à des recherches sur ce sujet, dans le but de contrôler, par des observations cliniques, les résultats des expériences faites sur les animaux ; son étude porte particulièrement sur les centres moteurs des membres. Ayant observé un fait très-net et très-précis de monoplégie brachiale, il en a rapproché tous ceux qui lui ont paru aussi concluants : plusieurs sont inédits.

Il cite d'abord son observation, recueillie par M. Darolles, interne des hôpitaux : Un vieillard, d'une constitution très-détériorée, après un simple vertige, est frappé subitement d'une paralysie limitée aux muscles de l'avant-bras et de la main du côté droit, avec conservation de la sensibilité. La parole revient promptement ; mais, la paralysie partielle du membre supérieur persiste jusqu'à la mort. A l'autopsie, on

trouve un petit foyer hémorrhagique très-superficiel, placé à la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante de l'hémisphère gauche; et, dans le voisinage, aucune lésion du côté des centres opto-striés. Dans un second fait, également inédit, communiqué par M. Verneuil, on voit un maçon, à la suite d'une chute qui a déterminé une fracture du crâne, présenter une paralysie des deux bras et à l'autopsie duquel on a rencontré deux foyers de méningo-encéphalite; l'un à gauche, dans le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante, l'autre à droite, sur la circonvolution pariétale ascendante. L'auteur rapporte ensuite douze observations de monoplégie brachiale, empruntées à divers auteurs et toutes accompagnées d'autopsie. En analysant les symptômes nerveux présentés par les malades, il y retrouve les caractères spéciaux des paralysies d'origine corticale : dissociation, marche envahissante, apparition successive, instabilité des phénomènes paralytiques, ceux-ci respectant toujours la sensibilité et ne s'accompagnant presque jamais de perte de connaissance. Quant aux lésions anatomiques, de nature très-variées, elles ont toutes pour siége la zone motrice corticale ; mais, au lieu d'occuper le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante et les deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante, c'est-à-dire la région circonscrite, où MM. Carville et Duret ont placé le centre moteur du bras, chez l'homme, d'après leurs expériences faites sur les animaux : au lieu d'être situées exclusivement sur le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante, comme cela devait être, d'après la localisation proposée par MM. Charcot et Pitres, dans leur récent mémoire, ces lésions étaient disséminées sur toute la hauteur des deux circonvolutions ascendantes et sur les parties contigües ; mais, point important à noter, toutes les fois que la paralysie de la face s'est jointe à celle du bras (six observations), la lésion existait à la partie moyenne ou inférieure de la frontale ascendante, c'est-à-dire plus ou moins près de la deuxième circonvolution frontale, où l'on est généralement d'accord de placer le centre moteur de la face. Le département occupé par toutes ces lésions, quoique assez étendu, paraissait constituer le véritable centre moteur du bras ; seulement, en dépouillant les observations d'hémiplégie corticale, M. Bourdon reconnut que, dans la majorité des cas, l'altération anatomique occupait bien le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante et les deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante, conformément à la localisation adoptée par MM. Charcot et Pitres, pour les mouvements associés de la jambe et du bras ; mais, dans bon nombre de faits l'autopsie a révélé des lésions ayant le même siége que dans les monoplégies brachiales. L'auteur s'est alors occupé de rechercher si, indépendamment de sa situation, certains caractères de l'altération anatomique ne pouvaient pas rendre compte de cette différence des phénomènes paralytiques. Contrairement à ce qu'on pouvait supposer, les faits ne lui ont pas démontré que l'extension de la paralysie du bras à la jambe fut en rapport avec une étendue plus considéracle de la lésion, soit en surface, soit en profondeur. L'étude des monoplégies brachiales ne lui ayant pas donné un résultat aussi satisfaisant que celui qu'il en attendait, M. Bourdon a voulu savoir si les amputations du bras, avec leur lésion encéphalique nécessairement très-simple, ne seraient pas plus propres que les affections cérébrales, à faire découvrir la situation exacte des centres moteurs. S'il est vrai, ainsi qu'on doit le croire, d'après certains faits d'arrêt de développement, que le défaut d'action d'un membre amène, à la longue, une atrophie de la portion du cerveau qui tient ses mouvements sous sa dépendance, l'auteur, dans les cas d'amputation ancienne, devait trouver à la surface du cerveau une lésion atrophique occupant toujours le même point. Malheureusement, il n a pu réunir que deux observations suivies d'autopsies : l'une est de M. Chuquet, l'autre de M. H.C. de Boyer, tous deux internes des hôpitaux.

Toutefois, dans les deux cas, on a rencontré une atrophie siégeant à la partie supérieure des deux circonvolutions ascendantes, c'est-à-dire sur une portion de la zone qu'occupaient les lésions dans les monoplégies brachiales, ce qui augmente encore la valeur de celles-ci, au point de vue de la localisation. — Dans un second chapitre, M. Bourdon s'est occupé des mouvements du membre inférieur, afin de vérifier si chez l'homme, il existe réellement un centre moteur distinct de celui du bras, ainsi que les expériences faites sur les animaux permettent de le supposer ; il a cherché à s'appuyer sur des faits cliniques de paralysie limitée à la jambe. Mais ceux qu'il a trouvés dans la science ne sont pas accompagnés d'autopsie, où le siége de la lésion est à peine indiqué. A défaut d'observations de monoplégie suffisamment concluantes, l'auteur a réuni trois faits d'amputation et un fait d'arrêt de développement du membre inférieur. Dans les trois premiers qui appartiennent à M. Luys, on a rencontré une atrophie siégeant à la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante ; dans le fait d'arrêt de développement emprunté à M. Landouzy, l'atrophie occupait la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante. Après avoir donné les conclusions qu'il est, du reste, facile de tirer de tout ce qui précède, M. Bourdon termine par les considérations pratiques suivantes : en conséquence de l'étendue considérable du centre moteur du bras, une paralysie limitée à ce membre ne peut indiquer d'une façon assez précise le point du crâne où doit être appliqué le trépan. Cependant, si à la monoplégie brachiale, vient s'ajouter une paralysie faciale inférieure ou une aphasie, on aura, suivant M. Bourdon, grande chance de rencontrer la lésion en opérant à la partie moyenne de la ligne rolandique, comme le recommande M. Lucas-Championnière. Quant au conseil que donne ce chirurgien d'appliquer le trépan vers le sommet du sillon de Rolando, dans les cas de paralysie du membre inférieur, les observations citées tendent à prouver qu'il est bien fondé ; mais, il n'en est plus de même, quand il indique d'opérer en arrière de ce sillon, car les faits démontrent que l'altération anatomique est située plus souvent en avant qu'en arrière de la ligne qui doit servir de point de repère au chirurgien (1).

M. Gosselin déclare que l'opération du trépan est indiquée bien plus par l'existence d'une fracture avec enfoncement des os du crâne, que par l'effet de lésions cérébrales révélées par les symptômes fonctionnels.

M. Lancereaux lit une note sur un cas de syphilis pulmonaire, suivie de réflexions sur la syphilis des viscères et les erreurs dont elle est l'objet : 1° La syphilis, si on fait exception de la fièvre concomitante du début des manifestations secondaires, se traduit invariablement par des lésions matérielles des organes et par des troubles fonctionnels subordonnés au siége et à l'étendue de ces lésions ; 2° Cette maladie n'affecte jamais primitivement que des tissus dérivés du feuillet moyen du blastoderme, et, en particulier, les éléments du système lymphatique. Les tissus dérivés du feuillet interne et externe, tissus épithéliaux, cellules nerveuses, sont toujours secondairement altérés ; 3° Elle se manifeste par des lésions à développement lent, excentrique, dont le type est le tissu conjonctif embryonnaire et qui, tantôt disparaissent par résorption ou par élimination, tantôt s'organisent en tissus définitifs homologues, tissu osseux dans l'os, lymphatique dans les ganglions, cicatriciel dans la substance conjonctive ; 4° Elle évolue en trois temps : un premier temps, caractérisé par un ou plusieurs accidents locaux, appelés chancres. Un second, par des lésions ou éruptions, disséminées, étendues, superficielles et résolutives, c'est-à-dire qui disparaissent sans laisser la moindre trace (éruptions généralisées de la période secondaire.) Un troisième, par des lésions circonscrites, profondes et qui laissent à leur suite une perte de substance, une cicatrice plus ou moins épaisse et calleuse (éruptions circonscrites ou de la période tertiaire). Enfin, la connaissance de cette évolution sert à fixer le moment de la guérison de la syphilis qui, semblable en cela à toutes les maladies à type défini, peut s'arrêter complètement à la fin de l'une de ses phases naturelles. — La séance est levée à cinq heures. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 8 juin 1877. — Présidence de M. Charcot.

18. Fractures du radius; par Alfred Bulteau, interne des hôpitaux.

La nommée Lep... âgée de 27 ans, est entrée le 1er avril 1876, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne n° 7, dans le service de M. le Dr Tillaux. Elle est tombée sur la chaussée d'une hauteur de 8 mètres environ ; quelques heures après l'accident, elle est amenée à l'hôpital où elle est admise d'urgence. *A son entrée*, la malade est dans une agitation extrême, elle présente à la face, aux mains, dans le dos, des brûlures du 2e degré. Outre un broiement du calcanéum droit, on constate à droite et à gauche, une fracture évidente de l'extrémité inférieure du radius.

Caractères de la fracture du radius à droite. Déviation considérable en dehors de l'axe de l'extrémité inférieure de

(1) Nous croyons devoir rappeler ici, parce que tout le monde paraît les oublier : 1° une Note sur les localisations cérébrales, communiquée par nous à la *Société de Biologie* (5 janvier 1876) ; 2° une observation sur le même sujet, suivie de réflexions, insérée par nous dans les *Bulletins de la Société anatomique* (juillet 1876, p. 558), et 3° enfin les nombreux articles de M. Duret, publiés dans ce journal, sur les applications des localisations à la chirurgie. B.

l'avant-bras; l'axe de la main correspondant au médius se porte au contraire en dedans par rapport à lui, de telle sorte que l'axe de l'avant-bras, celui de la partie fracturée, et celui de la main forment ensemble une ligne brisée ayant la forme d'un z très-allongé. Le bord cubital de la main est légèrement dévié en dedans; l'encoche cubitale, et la saillie de la tête du cubitus sont peu marquées en raison de l'embonpoint de la malade, et d'une ecchymose assez forte siégeant à ce niveau.

Le diamètre antéro-postérieur de la partie fracturée est considérablement augmenté ; le sillon radio-carpien, à la partie antérieure du poignet, est remonté et beaucoup plus accentué qu'à l'état normal; les apophyses styloïdes du cubitus et du radius se trouvent sur une même ligne transversale.

La déformation, en dos de fourchette, est peu marquée ; on sent très-nettement sous la peau, le bord postérieur tranchant du fragment inférieur à la face dorsale de l'avant-bras. La mobilité et la crépitation sont très-marquées au niveau de la fracture ; il semble qu'il existe plusieurs fragments; aussi porte-t-on le diagnostic de broiement de l'extrémité inférieure du radius. Les mouvements de l'articulation radio-carpienne sont possibles et non douloureux.

Caractères de la fracture du radius à gauche. La déviation en dehors est ici beaucoup moins marquée; il n'y a pas d'encoche cubitale. Le fragment inférieur fait une saillie assez considérable en arrière. On perçoit de la crépitation et de la mobilité anormale. Les apophyses styloïdes paraissent avoir conservé leurs rapports normaux, mais le gonflement est tellement considérable qu'il est difficile de bien préciser leur situation. Le pli cutané antérieur radio-carpien est remonté et très-accentué comme dans la fracture du radius droit; c'est un excellent signe de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, et il manque très-rarement.

La malade meurt le 3 avril à la suite d'accidents cérébraux dus à sa chute.

Autopsie. — *Fracture du radius droit.* Une quantité considérable de sang infiltre tous les tissus entourant la fracture. Après avoir enlevé toutes les parties molles qui recouvrent l'articulation radio-carpienne, on constate que le ligament antérieur est intact, et qu'il a conservé ses insertions à la partie antérieure et inférieure du radius ; mais il existe une solution de continuité de cet os précisément au point d'attache de ce ligament. En examinant le fragment supérieur, on trouve que le trait de la fracture en avant est transversal ; à la partie externe, il existe une petite encoche due à ce qu'une petite surface osseuse rectangulaire a été détachée du fragment inférieur.

En arrière, la fracture siége beaucoup plus haut, à 0,015 millimètres environ au-dessus du trait de la fracture à la partie antérieure de l'os, de telle sorte que la fracture est manifestement oblique suivant l'épaisseur de l'os de haut en bas et d'arrière en avant. Le périoste est déchiré à la partie antérieure au niveau du trait de la fracture, il est presque complètement intact à la partie postérieure. Le fragment inférieur en raison de l'obliquité de la fracture, ne présente à sa partie antérieure qu'une surface osseuse de 0,003 millimètres de hauteur environ, rugueuse, inégale; c'est le point d'insertion du ligament antérieur de l'articulation radio-carpienne. En arrière, le fragment inférieur présente une hauteur de 0,015 millimètres; il est constitué par toute cette portion du radius où se trouvent les différentes gouttières ostéo-fibreuses qui donnent passage aux tendons des radiaux, des extenseurs et du long abducteur du pouce. A ce niveau, à l'état normal, le périoste est épaissi et renforcé par du tissu fibreux assez résistant qui tapisse les gouttières que nous venons de signaler; cette disposition anatomique toute spéciale nous semble expliquer l'obliquité de la fracture de l'extrémité inférieure du radius que l'on rencontre dans la très-grande majorité des cas. Ajoutons que les crêtes osseuses qui séparent ces différentes gouttières, donnent à l'os une plus grande résistance, et contribuent pour leur part à ce que la fracture siége plus haut, c'est-à-dire là où elles cessent d'exister.

Le bord postérieur du fragment supérieur pénètre dans la substance spongieuse du fragment inférieur et l'a presque réduit en bouillie ; la surface articulaire radiale est divisée en trois parties et présente la forme étoilée qu'a signalée Dupuytren. Le ligament triangulaire a conservé ses rapports normaux, sa surface articulaire est intacte, mais il est complétement détaché du cubitus, et n'est plus fixé à sa partie interne que par des tronçons fibreux qui l'attachent à la partie interne et postérieure du corps. Le sommet de l'apophyse styloïde du cubitus, point d'insertion du ligament latéral interne de l'articulation radio-carpienne est arraché. La tête cubitale a également perdu ses attaches avec la partie interne du radius, et n'est plus maintenue au corps que par quelques faisceaux ligamenteux qui semblent faire partie du ligament antérieur de l'articulation.

Fracture du radius gauche. Comme à droite, la fracture est oblique de haut en bas, d'arrière en avant et un peu de dehors en dedans et siège à 0,015 millimètres environ de l'interligne articulaire. Le fragment supérieur est également taillé en biseau dans le sens de l'obliquité de la fracture, et son bord supérieur pénètre dans le fragment inférieur à tel point que la surface articulaire du radius est étoilée et divisée en plusieurs fragments. Le ligament triangulaire est intact, et a conservé ses rapports normaux ; il est légèrement détaché du cubitus. La tête cubitale reste adhérente au radius, et son apophyse styloïde n'est pas arrachée.

Réflexions. Les deux fractures que nous venons d'étudier représentent la fracture classique de l'extrémité inférieure du radius, telle qu'elle est produite par la chute d'un lieu élevé sur la paume de la main. Dans ces cas, il y a toujours pénétration et la fracture est souvent articulaire comme le démontrent nos deux pièces anatomiques. C'est dans ce cas également que l'on trouve la mobilité et la crépitation ; il y a un véritable broiement du fragment inférieur.

Dans les deux fractures que nous avons présentées et dans celles que nous avons produites expérimentalement à l'amphithéâtre de Clamart par un simple mouvement d'extension forcée, nous avons toujours trouvé une obliquité très-manifeste des fragments de haut en bas et d'arrière en avant. Dans une seule de nos expériences, la fracture a été transversale, mais dans ce cas nous avions affaire à un véritable décollement épiphysaire chez une jeune fille de 17 ans ; on sait que chez les enfants la fracture est toujours transversale.

Voillemier et Nélaton sont d'accord pour dire que l'obliquité de la fracture du radius est rare et que dans la très-grande majorité des cas, le trait de la fracture est transversal.

Goyrand (d'Aix) et Diday après lui, soutiennent l'opinion contraire et ne craignent pas de dire que 19 fois sur 20 les fractures du radius sont obliques de haut en bas et d'arrière en avant. On s'explique facilement cette divergence d'opinions sur un fait purement anatomique, en raison de la rareté de l'examen anatomique des fractures du radius non encore consolidées.

Terminons enfin en faisant remarquer que la dissection de nos fractures accidentelles et expérimentales nous a permis de constater l'intégrité du ligament antérieur de l'articulation radio-carpienne.

Dans toutes, nous avons observé que le trait de la fracture siégeait immédiatement au-dessus de l'insertion de ce ligament, c'est donc un véritable arrachement de la surface articulaire radiale que nous avons observé. En un mot il nous semble résulter de l'examen anatomique de toutes nos fractures que c'est bien par le mécanisme de l'arrachement décrit par Lecomte, qu'elles se sont produites. La pénétration, ou plutôt le broiement, que nous avons observé n'est qu'un fait secondaire. Pour nous la pénétration ne peut se faire qu'autant que la fracture s'est produite ; elle ne peut être considérée comme un mécanisme de la fracture du radius, mais bien plutôt comme une conséquence possible de cette fracture. Sans doute, ces deux temps de la fracture : arrachement et pénétration que nous isolons par la pensée, se produisent presque instantanément. Mais cette division en deux temps de la fracture du radius existe réellement et mérite d'être conservée. Et cela est si vrai, que nous retrouvons en clinique la distinction anatomique que nous faisons en ce moment.

Dans certains cas, en effet, le poignet ne présente aucune déformation appréciable ; il n'y a pas de déviation en dehors de l'axe de la partie inférieure de l'avant-bras ; on ne constate absolument qu'un peu de gonflement de la région, et le seul élément de diagnostic quelquefois n'est purement et simplement qu'une douleur vive perçue par le malade lorsqu'on appuie en arrière, sur la face dorsale de l'avant-bras à 0,015 mm. environ de l'interligne articulaire. Dans ces cas où il n'y a pas de déformation, il n'y a eu que simple arrachement sans pénétration de l'extrémité inférieure du radius. Nous voulons bien admettre que ces cas ne sont pas les plus fréquents, mais ils existent et ils méritent d'être signalés.

D'autres fois au contraire, la déformation du poignet est considérable, la déviation en dehors est très-marquée, l'apophyse styloïde est remontée; dans ces cas, et ils sont certainement les plus nombreux, il y a eu arrachement et pénétration. Nous ne pouvons mieux terminer ces quelques réflexions qu'en rapportant textuellement ce que dit à ce sujet notre excellent maître M. Tillaux dans son traité d'Anatomie topographique : « La fracture indirecte de l'extrémité inférieure du radius se

produit toujours et ne peut se produire que par le mécanisme de l'arrachement ; cette proposition a pour moi le caractère de l'évidence. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 octobre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. VERNEUIL appelle l'attention de ses collègues sur une modalité pathogénique du *genu valgum*, qu'il a eu dernièrement l'occasion d'observer et d'étudier. On sait que relativement à l'étiologie anatomique de cette affection trois théories sont en présence : la théorie ligamenteuse, la théorie musculaire et la théorie osseuse. Les deux premières ne soutiennent guère la critique. Quant à la troisième, elle est défendue par des auteurs très-distingués qui admettent comme premier phénomène, comme première cause déterminante de l'affection, soit une hypertrophie du condyle interne du fémur, soit une atrophie du condyle externe. Puis, pour expliquer cette hypertrophie ou cette atrophie, on invoque diverses hypothèses constituant en quelque sorte des *sous-théories*. Mais si, dans certains cas, l'hypertrophie du condyle interne du fémur est un fait incontestable, il est certain que bien souvent elle fait absolument défaut. — Une autre théorie plus récente, celle de MM. Ollier et Tripier, qu'on pourrait même à la rigueur appeler la théorie lyonnaise, consiste à attribuer la déformation du squelette du genou à un vice de développement du cartilage interépiphysaire. Le cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure du fémur s'accroîtrait inégalement en dedans et en dehors. Si l'on remarque que le genu valgum est une affection de l'adolescence, cette théorie est en réalité parfaitement soutenable. Le genu valgum serait dû par conséquent à une suractivité de développement du demi cartilage de conjugaison inférieur. M. Verneuil n'a pas eu l'occasion de vérifier anatomiquement la théorie de M. Ollier, en ce qui a trait à l'hypertrophie du condyle interne. Mais il a constaté dernièrement deux faits qui confirment, à distance, cette manière de voir. Il fait remarquer d'abord incidemment que, contrairement à l'opinion vulgaire, le genu valgum peut être une affection douloureuse ; la marche et la pression déterminent en effet une douleur bien caractérisée dans un certain ordre de cas.

Il y a deux ans, M. Verneuil reçut dans son service une forte fille de 17 ans, atteinte d'un genu valgum douloureux pendant la marche, indolent au repos. La palpation de la rotule et du fémur ne provoquaient aucune sensation anormale. Mais plus bas, dans une région linéaire très-circonscrite, sur la face interne du tibia, la pression occasionnait une douleur très-vive. Cette douleur cessait après un certain temps de repos. Elle se réveillait dès que la malade se remettait à marcher. Un jour même, elle fut si intense qu'il fut jugé nécessaire d'appliquer des sangsues. La malade était déjà trop développée pour qu'on pût songer à recourir au redressement brusque. On s'en tint à l'application de quelques vésicatoires et en peu de temps les phénomènes douloureux eurent complètement disparu. Ici, la théorie de l'allongement du condyle interne du fémur est insoutenable. Mais si l'on admet que le condyle interne du tibia était le siége d'une suractivité de nutrition qui avait déterminé son accroissement dans le sens de la hauteur, la théorie reste la même, et la déformation n'a eu d'autre cause qu'une augmentation de la hauteur totale du squelette à la partie interne du genou.

La deuxième observation de M. Verneuil concerne un jeune homme de 16 ans, fort, robuste, affecté également d'un genu valgum, lequel était le siége d'une douleur parfaitement limitée, occupant la même région linéaire à la face interne du condyle interne du tibia. Et cette région linéaire correspondait exactement à la ligne interépiphysaire de l'extrémité supérieure de l'os de la jambe.

M. VERNEUIL pense que ces faits méritent d'être signalés, car si dans bien des cas de genu valgum on ne peut pas constater l'allongement du condyle fémoral annoncé par M. Ollier, cet allongement occupe peut-être le condyle du tibia, ce qui, théoriquement, revient absolument au même.

M. HOUEL a vu souvent des enfants souffrir d'une hypertrophie douloureuse des cartilages. Il cite à l'appui de l'opinion exprimée par M. Verneuil, le fait d'un jeune malade affecté de genu valgum, et qui souffrait non pas seulement de son épiphyse tibiale supérieure, mais de l'épiphyse inférieure.

M. TILLAUX est absolument de l'avis de M. Verneuil. Il s'agit presque toujours d'un vice de développement des condyles du tibia. D'ailleurs, les preuves cliniques tirées du traitement sont plus que suffisantes. Comment, s'il en était autrement, obtiendrait-on en deux ou trois mois une guérison radicale de cette affection, par la méthode du redressement brusque. Les théories ligamenteuse et musculaire en présence de ces résultats sont tout à fait inadmissibles.

M. DELENS. Les chirurgiens anglais procèdent, dans le traitement du genu valgum, d'une manière qui confirme pleinement la théorie osseuse. Ils pratiquent la section sous-cutanée du condyle et, dans plus d'une circonstance, cette pratique un peu téméraire a été couronnée de succès.

M. DESPRÉS communique une observation d'anévrysme traumatique de la main, guéri par la méthode ancienne. Il s'agit d'une homme de 50 ans, qui s'était blessé avec un fragment de verre au niveau du premier espace interdigital, au point où l'on opère les phlegmons de la main, c'est-à-dire dans une région où les vaisseaux sont excessivement rares. Une hémorrhagie assez abondante s'en suivit ; néanmoins la plaie se cicatrisa. Seulement, au bout de quelques jours, une tumeur apparut, qui peu à peu augmenta de manière à acquérir presque le volume d'un œuf. Le diagnostic était on ne peut plus facile : tumeur pulsatile, en partie réductible par la compression : anévrysme. Le 17 septembre, M. Després fit l'ouverture du sac et alla à la recherche du vaisseau. Il y eut beaucoup d'artères à lier, et il ne fut guère possible de les déterminer au cours de l'opération. Pourtant, il n'y eut pas d'hémorrhagie, et 17 jours après l'opération, la guérison était complète. M. Després ajoute qu'il avait commencé par appliquer la bande d'Esmarch, mais qu'il a dû la retirer parce qu'elle avait produit une forte congestion de l'extrémité du membre.

M. TRÉLAT approuve le procédé qu'a choisi M. Després. D'ailleurs, c'est à la méthode ancienne qu'on est obligé de recourir en pareil cas. La compression, malgré quelques succès, est la plupart du temps insuffisante. Quant à l'emploi de la bande d'Esmarch, il est plus indiqué dans cette opération que dans toute autre. Il est probable que l'application en avait été mal faite dans le cas de M. Després.

MM. MARJOLIN, POLAILLON, LANNELONGUE, reconnaissent avec M. Trélat que, malgré les avantages de la méthode ancienne, appliquée au traitement des anévrysmes de la main, la compression peut aussi produire de bons résultats, et ils citent à ce sujet un certain nombre d'exemples tout à fait démonstratifs.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire, M. Farabeuf est élu par 23 voix sur 25 votants. — M. de Saint-Germain est nommé secrétaire général. E. BRISSAUD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 juillet 1877. — PRÉSIDENCE DE M. LABRIC.

M. GÉRIN-ROZE lit une observation de *kyste hydatique du foie vidé à deux reprises au moyen de l'aspirateur, et guéri spontanément par rupture et évacuation dans l'estomac*. La première ponction, faite en août 1874, avait donné 800 gr. de liquide clair comme l'eau de roche, et n'avait pas produit le plus léger accident. La seconde, faite en août 1875, avait amené l'évacuation de 900 gr. d'un liquide ressemblant à la purée de pois et contenant des crochets et quelques débris membraneux. — En mars 1876, la malade présenta des douleurs, des phénomènes dyspeptiques, sans que l'examen du foie révélât rien d'anormal. Enfin, le 28 juin 1876, à la suite d'une vive douleur à l'épigastre, la malade rendit tout d'un coup dans des efforts de vomissements, une grande quantité de pus et de débris membraneux offrant tous les caractères des membranes hydatiques. Depuis cette époque, l'état s'est amélioré de jour en jour. La malade a quitté l'hôpital au bout d'un mois, et la guérison s'est maintenue depuis. — Ce fait prouve une fois de plus l'innocuité des ponctions simples, pratiquées avec les précautions nécessaires.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit une note sur un cas d'*anévrysme de la crosse de l'aorte traité par l'électro-puncture*. Après avoir, dans un rapide historique, signalé les auteurs qui ont appliqué cette méthode de traitement et plus particulièrement Ciniselli, auquel revient le mérite d'avoir bien indiqué les conditions de réussite, M. Beaumetz arrive à l'application qu'il a faite sur son malade de l'électro-puncture. — Il s'agissait d'un homme de 36 ans, cuisinier, ayant ressenti depuis deux ans des douleurs sourdes dans le côté droit de la poitrine et dans le bras, puis des palpitations, de la dyspnée, de la dysphagie et des troubles de la voix ; il présentait d'ailleurs des signes manifestes d'anévrysme de la crosse de l'aorte.

La méthode de Ciniselli est basée sur des expériences de plusieurs observateurs italiens, lesquels ont montré que tandis que le pôle négatif d'un courant continu introduit dans une artère ne jouit d'aucune propriété coagulante, le pôle positif

au contraire est le point de départ d'une coagulation qui, d'abord incomplète, devient assez solide pour oblitérer un vaisseau artériel de gros calibre. Partant du même fait, M. Beaumetz opéra de la manière suivante :

L'appareil électrique employé était une pile de Gaiffe de 26 éléments, dont l'action avait été réglée de telle sorte que le courant donnait à son maximum 2 centimètres cubes de gaz en cinq minutes dans l'eau additionnée d'un trentième de son poids d'acide sulfurique du commerce. Des collecteurs permettaient de ramener la pile à zéro et d'augmenter graduellement le courant jusqu'à son maximum, et un rhéostat permettait de graduer l'intensité du courant. Des fils excessivement ténus et tournés en spirale faisaient communiquer la pile avec les aiguilles, ce qui donnait à ces dernières toute liberté de mouvement. Les aiguilles, protégées dans la moitié supérieure de leur étendue par un vernis protecteur, avaient 65 millimètres de long et 6 dixièmes de millimètre de diamètre.

Le pôle négatif était représenté par une très-large plaque recouverte d'une épaisse peau de chevreau que l'on avait eu soin de tremper dans l'eau. Une fois tout disposé, nous avons pris une des aiguilles et l'avons plongée dans le quatrième espace intercostal à 3 centimètres du bord droit du sternum, puis nous avons introduit une seconde aiguille à un centimètre plus loin dans le même espace intercostal ; enfin, une troisième aiguille a été enfoncée dans le troisième espace intercostal à 3 centimètres et demi du bord droit du sternum. Puis, le pôle négatif étant toujours appliqué sur la plaque posée sur la partie latérale droite du thorax, nous avons fait passer successivement par chaque aiguille le courant positif pendant cinq minutes, en ayant toujours soin de ramener la pile à zéro lorsque nous changions les courants, et d'augmenter graduellement le nombre de piles que nous employions. Après cette première série d'applications, nous avons recommencé de nouveau une seconde application de cinq minutes de durée par chaque aiguille, de telle sorte que, pendant une demi-heure, le courant positif a traversé la tumeur. Le malade, pendant tout ce temps, éprouva peu de douleur ; seulement, l'aiguille placée dans le troisième espace intercostal produisait, au moment du passage du courant, une sensation douloureuse plus vive et différente de celle qu'il éprouvait lorsque le courant avait passé par les autres aiguilles.

Les aiguilles furent retirées sans difficulté, elles présentaient une oxydation des plus marquées. Le malade fut laissé dans l'immobilité la plus complète et une vessie pleine de glace fut appliquée sur la tumeur.

Quatre heures après l'opération, on sentait déjà une diminution notable dans les battements et le malade éprouvait un grand soulagement. Le lendemain, on constatait, d'une façon évidente, la production d'un caillot au niveau du quatrième espace intercostal et là où la main, avant l'opération, était vivement soulevée et où l'œil distinguait des battements fort appréciables, c'est à peine si on observait des pulsations lointaines et profondes. Dans le troisième espace intercostal les pulsations, quoique amoindries, se manifestaient encore ; les jours qui suivirent l'opération ne firent qu'augmenter l'amélioration déjà constatée.

Ainsi, par l'électrolyse, on a obtenu la coagulation d'une certaine quantité du sang contenu dans la tumeur et la formation d'une couche doublant les parois de la poche ; mais cette couche est peu étendue, et l'opération devra être renouvelée à plusieurs reprises. Le malade sera soulagé notablement, mis à l'abri d'accidents graves, mais il restera néanmoins un trouble profond dans la circulation, conséquence de l'insuffisance aortique et de l'hypertrophie cardiaque qui résultent de l'anévrysme. En tout cas, M. Beaumetz résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° L'électrolyse est un mode rationnel du traitement des anévrysmes de l'aorte. — 2° On doit recourir à cette méthode lorsque les autres moyens locaux ou généraux n'ont donné aucun résultat appréciable. — 3° Appliquée avec toutes les précautions nécessaires et en suivant les indications et les contre-indications formulées par Ciniselli, cette méthode n'est jamais accompagnée d'accidents graves immédiats. — 4° L'électro-puncture a donné jusqu'ici dans près des deux tiers des cas d'anévrysmes de l'aorte des améliorations notables.

M. Luys présente un fait qui peut être considéré comme un exemple de *suppléance cérébrale*. Une femme, dont l'observation a été présentée à la Société de Biologie l'année dernière, avait été atteinte, il y a douze ans, d'une hémiplégie qui a persisté, mais elle a présenté en même temps une *aphasie* qui a disparu au bout de 15 à 18 mois et, depuis cette époque, elle n'avait offert aucun trouble du langage. A l'autopsie, on trouva une atrophie trè-notable du lobe frontal gauche, avec disparition de la troisième circonvolution et de l'insula, et une augmentation de volume du lobe frontal droit, surtout au niveau de la troisième circonvolution. M. Luys pense qu'il y a eu dans ce cas une véritable suppléance cérébrale et que l'influence du lobe droit s'est substituée à celle du lobe gauche. M. Luys présente un autre cerveau intéressant au point de vue de l'histoire des *localisations cérébrales*. C'est le cerveau d'un homme amputé autrefois de la cuisse, et à l'autopsie duquel on trouva une inégalité des deux lobes frontaux et plus spécialement une atrophie nettement limitée au niveau de la deuxième circonvolution frontale droite. Ce fait, joint à trois autres cas analogues, recueillis par M. Luys, le porte à penser que c'est dans la région frontale que se trouve le centre moteur de la cuisse.

M. Constantin Paul fait observer que les cerveaux sont souvent dyssymétriques, mais qu'alors il y a suppléance dans les lobes postérieurs. Le cerveau présenté par M. Luys est dyssymétrique, mais il n'y a pas de compensation postérieure. L'atrophie du lobe frontal est donc certaine, et reconnaît probablement l'origine indiquée par M. Luys. M. C. Paul a souvent observé chez les vieillards une atrophie cérébrale avec hydropisie ventriculaire venant combler le vide de la boîte crânienne.

M. Luys considère aussi la dyssymétrie cérébrale comme un fait habituel. Il a remarqué que généralement c'est le côté gauche qui est le plus volumineux, peut être parce que c'est lui qui préside à la fonction du langage. Il n'a pas été frappé du fait signalé par M. Paul et relatif à l'hydropisie ventriculaire, sauf chez certains paralytiques généraux.

M. Dieulafoy présente au nom de M. Vergely (de Bordeaux), un instrument destiné à faciliter l'opération de l'empyème, et consistant essentiellement en un couteau que l'on glisse le long de la canule. A. S.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 24 octobre 1877. — Présidence de M. Bouchardat.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. Gubler fait observer que le travail du Dr Ducamp, communiqué à la dernière séance et relatif aux empoisonnements observés dans le VIIIe et le XIIe arrondissements par suite de l'emploi des bois de démolitions pour le chauffage des fours, a déjà amené un résultat. Un ordonnance du préfet de police interdit aux boulangers de se servir à l'avenir de ces matériaux (Voir p. 795).

M. Colin donne communication d'un travail sur l'étiologie de la fièvre typhoïde dans l'armée. Les conclusions sont basées sur les rapports qui lui ont été envoyés par les médecins militaires au sujet des épidémies de ces dernières années. Tout en admettant l'influence nocive des miasmes, du climat, des périodes saisonnières, la fièvre typhoïde peut se produire par le fait seul de l'encombrement. Dans certaines localités (Bellac, Charente) où cette maladie était très-rare, des soldats arrivent dans une caserne possédant des conditions hygiéniques satisfaisantes, une épidémie très-grave se déclare par suite de l'insuffisance du local. Souvent la population civile n'est pas atteinte ou cela ne survient que plus tard. Cela tient à ce que, chez les militaires, on trouve une accumulation d'individus aptes par leur âge à contracter la maladie, vivant dans un même milieu, doués de prédispositions morbides égales et qui ne sont pas encore acclimatés. Quand une ville possède plusieurs casernes, il arrive que certaines soient épargnées ; il faudrait alors chercher les causes d'infection dans la caserne même ou dans le voisinage. M. Colin conclut à l'évacuation immédiate des foyers typhoïgènes, et est d'avis que l'installation des soldats sous la tente est ce qu'il y a de préférable, l'épidémie cesse alors très-rapidement.

M. Pinard rappelle en quelques mots les dangers que présente l'accouchement, lorsque le fœtus s'offre dans une position anormale. Les résultats, au point de vue de la réussite, sont déplorables. Il s'est demandé s'il serait possible de supprimer ce mode de présentation. Partant de ce principe que, chez les primipares, il est excessivement rare de trouver ces présentations défectueuses, qu'on les observe surtout chez les multipares, il a été amené à conclure que ce mode vicieux tenait au relâchement des parois abdominales que l'on observe chez ces dernières. Restait à obvier à ce défaut physique. Une ceinture élastique a rempli ce but. Des expériences faites à l'hôpital des Cliniques et à la Maternité chez 26 multipares, ont été couronnées de succès ; il n'y a pas eu de présentation vicieuse.

M. Napias donne lecture d'un mémoire sur les établissements de bains froids à Paris. Il en fait l'historique complet de 1700 à nos jours. Leur nombre et leur étendue sont suffisants pour la population. Paris possède 35 établissements, 19 pour les hommes, 6 pour les femmes et 10 qui sont mixtes. Deux inspecteurs les visitent deux fois l'an et les conditions de solidité, d'hygiène et de salubrité sont satisfaisantes. Les accidents sont rares. Les quelques réformes à demander seraient les suivantes : Pose de timbres dans chaque cabine;

affichage dans des endroits apparents d'avis sur l'hygiène du bain et sur les soins à donner aux noyés ; toile continue pour couvrir l'établissement. Les toiles flottantes ont l'inconvénient de laisser passer les rayons du soleil et d'activer l'évaporation lorsqu'il fait du vent. Il serait enfin nécessaire de demander la création de vastes bassins remplis d'eau chaude pour la période où les bains sont impossibles en rivière.

M. Lacassagne discute les conclusions du rapport de M. Gubler sur l'athérome artériel. Selon lui, le régime végétal n'aurait pas une influence aussi grande que celle qu'on voudrait lui attribuer. La cause principale de l'athérome serait due au travail exagéré du système musculaire qui ne serait pas réparé par une alimentation suffisante. Chez les herbivores, qui sont soumis à un régime exclusivement végétal, on n'observe pas de dégénérescence crétacée. L'athérome n'est qu'une conséquence de la fatigue des artères, et l'alimentation végétale n'agit que comme cause secondaire.

M. Laborde demande à faire une distinction. S'agit-il des athéromes des artérioles ou des grosses artères? De nombreuses autopsies lui ont démontré que chez les hommes de 55 ans, il n'en est pas un seul qui ne présente une dégénérescence des petites artères de l'encéphale et de la moelle épinière. Il serait nécessaire de savoir si on a voulu parler des gros vaisseaux(crosse de l'aorte, artères de la base de l'encéphale, etc.).

M. Gubler n'est point aussi exclusif qu'on voudrait le dire. Il fait ses réserves. Il n'a point affirmé qu'un régime exclusivement végétal pouvait, à lui seul, amener une dégénérescence crétacée. Mais lorsqu'un individu se trouve sous l'influence d'un état diathésique ou d'une intoxication (alcool, syphilis, etc.), le régime végétal ajoutera son effet à ces causes prédisposantes et l'athérome artériel se produira avec une très-grande facilité. Blondeau.

CORRESPONDANCE

La chaire de pathologie mentale.

Voici la lettre de M. Ball, annoncée dans le dernier numéro:

Monsieur le Rédacteur,

Dans un article qui vient de paraître sans signature dans le *Progrès Médical*, vous avez exprimé la pensée que j'ai obtenu, par une faveur spéciale, un service destiné à la clinique des maladies mentales, à la Salepétrière (*sic*).

Je me vois obligé de donner un démenti formel à ces insinuations calomnieuses. Si j'ai demandé, et si je continue à demander (car je n'ai encore rien obtenu) l'installation nécessaire pour le cours de clinique dont je suis officiellement chargé je n'ai jamais cherché à atteindre ce résultat, que par les voies les plus légitimes et les plus régulières. Je pourrais ajouter que mon caractère bien connu me place au-dessus de tout soupçon à cet égard.

Veuillez, je vous prie, insérer cette lettre dans le prochain numéro du *Progrès Médical*, et agréez l'assurance de ma parfaite considération.

Paris, le 17 octobre 1877. Benjamin Ball.

M. Ball commet une erreur en écrivant que l'article qui le concerne n'était pas signé. Qu'il veuille bien jeter un coup d'œil sur le *Sommaire* du journal et il y trouvera le nom de l'auteur. M. Ball nous dit que, Télémaque d'un nouveau genre, il est à la recherche d'un hospice, d'un asile, où il puisse avoir « l'installation nécessaire pour le cours de clinique dont il est officiellement chargé. » Et il ajoute, d'un air chagrin, qu'il n'a encore rien obtenu..... M. Ball est un ingrat ; il oublie l'ordre ministériel dont il nous semble faire aujourd'hui peu de cas. S'il se bornait là, nous n'aurions qu'à le féliciter de ses tentatives, qu'à le plaindre de ses voyages infructueux, enfin qu'à l'encourager à persévérer dans ses efforts. Mais il nous reproche d'avoir exprimé la pensée qu « 'il a obtenu par une faveur spéciale un service destiné à la clinique des maladies mentales à la *Salepétrière*, » et il assure que c'est là une insinuation calomnieuse. M. Ball a tort d'employer des expressions aussi..... vives qui nous auraient autorisé à ne pas insérer sa réclamation. D'autre part, il se trompe. Quel est, en effet, notre crime ?

Nous avons félicité M. Ball d'avoir eu la puissance de faire donner par le Ministre de l'Intérieur des instructions pour que, en 15 jours, son service fut complètement organisé. Qui a sollicité le Ministre ou ses bureaux ? Qui a dicté le programme à réaliser ? Est-ce M. le Doyen ? Cela est improbable puisqu'il n'est rentré à Paris que le 15 ou le 16 octobre. — Est-ce M. Charcot ? Nous sommes persuadé qu'il n'a fait aucune démarche dans ce but; ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est que, lorsqu'on lui communiqua la lettre de M. le Directeur de l'Assistance publique, il fut tout aussi surpris que les autres médecins, indice que son ancien élève n'avait pas jugé à propos de l'entretenir ni de ses projets, ni de ses démarches. Ce ne sont pas non plus les médecins aliénistes de la Salpêtrière (1), les protestations énergiques qu'ils ont adressées immédiatement à l'administration, nous en sont un sûr garant. Qui donc a vu, non pas le chef de l'Université, mais le Ministre de l'Intérieur ? Qui donc a pu être assez éloquent pour en tirer un ordre si pressant et tel que les Ministres n'en signent qu'au profit de leur favori, de leur Benjamin le plus cher ? B.

VARIA

De l'enseignement clinique des maladies mentales.

Le sénateur Ferdinand Barrot, rapporteur de la *Commission instituée par arrêté préfectoral du 27 décembre 1860 pour l'amélioration et les réformes à opérer dans le service des aliénés de la Seine*, terminait son travail par un certain nombre de conclusions. L'une d'elles est ainsi conçue : « Un asile central sera placé à Paris ; là seront admis tous les types d'aliénation mentale, mais surtout les cas de folie aigus ou récents et là *sera organisé l'enseignement par la clinique.* » Cet asile central a été créé, il fonctionne : c'est l'asile clinique de Sainte-Anne.

« Il faudra d'abord créer un *asile de clinique*, car on peut difficilement s'instruire dans la spécialité à Bicêtre et à la Salpêtrière. »

(Baron Haussmann.)

Ecole du Val-de-Grâce.

Liste des candidats admis à l'emploi d'élève du service de santé militaire. (Décision ministérielle du 15 octobre 1877).

Médecine. — *Elèves de 1re année.* 1 Hutin (Jules). — 2 Billet (Albert-Paul). — 3 Béchard (Albert-Eugène). — 4 Brunschvig (Nephtali). — 5 Vagelin (Marie-Jules-Maurice). — 6 Couzon (Antoine-Marie). — 7 Benoît (Gabriel-Henri). — 8 Clavelin (Jules-Marie-Joseph). — 9 Rouanet (Martin). — 10 Dumoutier (Ludovic-Adhémar-Désiré). — 11 Vincent (Henri-Maurice-Eugène-Philippe). — 12 Lièvre (Edme-Henri-Louis). — 13 Raynal (François-Emile). — 14 Poirier (Léon-Louis-Eugène). — 15 Dève (Pierre-Jules-Théodore).

Elèves de 2e année. 1 Tavenaux (Jacques). — 2 Lacronique (Raoul-Alexandre). — 3 Boisson (Casimir-Henri-Albert). — 4 Buy (Alexis-François-Martin). — 5 Véron (Louis-Joseph-Didier.) — 6 Couette (Pierre-Louis). — 7 Ribes (Jules). — 8 Mossé (Isaac-Marcel-Léopold). — 9 Hassler (Joseph-Lucien-Eugène). — 10 Marchand (Claudius-Joseph). — 11 Midon (Charles-Hilaire). — 12 Dupeyron (Pierre-Baptiste-Léonard). — 13 Bétaillouloux (André-François-Xavier). — 14 Hublé (Martial-Charles-Auguste-Alexandre-Malo). — 15 Mary (Louis-Eugène).

Elèves de 3e année. 1 Boinet (Edouard-Louis-Désiré). — 2 Buffet-Delmas (Louis-Marie-Marc). — 3 Simon (Marie-Désiré). — 4 Lejard (Charles). — 5 Lemoine (Louis-François-Emile André). — 6 Bimler (François-Alfred). 7 Galzin (Xavier-Louis). — 8 Béquin (Eugène-Albert). — 9 Eon (Georges-Hippolyte-Louis-Marie). — 10 Cahier (Léon-Amédée). — 11 Bouchereau (Auguste-Bravy). — 12 Castellanet (Victor-Jean-Baptiste-Léon). — 13 Berthier (Auguste-Clément). — 14 Richard (Charles-Victor-Joseph). — 15 Dupret (Louis-Henri).

Elèves de 4e année. 1 Lagrange (Pierre). — 2 Escard (Henri-Léon). — 3 Cabarrou (Jean-Pierre). — 4 Néool (Louis-Marie). — 5 Mickaniewski (Vitold-Eugène-Stanislas). — 6 Coquand (Aimé-Jules-Joseph). — 7 Spire (Emile-Jules). — 8 Méjasson (Pierre-Henri-Gabriel). — 9 Peyret (Pierre). — 10 Pillière (Emile-Charles). — 11 Cougomble (Jean-Marie). — 12 Courtot (Alfred-Alexandre). — 13 Gauthier (Georges-Marie-Aristide). — 14 Beaudier (Marie-Charles-Aimé). — 15 Wissemans (Maurice-Marie-Joseph).

Pharmacie. — *Elèves de 1re année.* 1 Porcher (Jules-Henri-Valentin). — 2 Roncin (Ferdinand-Auguste). — 3 Régnier (Jean-Pierre-Adrien). — 4 Labitte (Hippolyte).

Elèves de 2e année. 1 Couton (Claude-Joseph). — 2 Girard (Gilbert). — 3 Barthe (Joseph-Paul-Léonce). — 4 Lambelin (Antoine).

Elèves de 3e année. 1 Durien (Eugène.) — 2 Domergue (Marie-Charles-Albert).

Médecins députés.

Parmi les députés nommés aux élections du 14 octobre dernier, nous relevons les médecins dont les noms suivent :

Bamberger (Seine) ; Bert (Yonne, Auxerre) ; Bouquet (Bouches-du-Rhône, Marseille) ; Bourgeois (Vendée, La Roche-sur-Yon) ; Chevandier (Drôme, Die) ; Clémenceau (Seine) ; Cornil (Allier, la Palisse) ; Couturier (Isère, Vienne) ; David (Indre, Châteauroux) ; Devade (Loiret, Gien) ; Du-

(1) La division des aliénées de la Salpêtrière, qui comprenait, avant 1870, cinq sections, n'en comprend plus que trois : l'une pour les épileptiques et qui est hors de cause aujourd'hui, et deux pour les différents types de l'aliénation mentale. M. Voisin étant chargé d'un cours complémentaire, son service sera respecté. Il ne reste donc plus qu'à prendre une portion du service de M. Moreau (de Tours). Or, M. Moreau (de Tours), ayant été, comme M. Charcot, le maître de M. Ball, c'est, par conséquent, aux dépens de ses deux maîtres que M. Ball aurait, s'il réussissait, ses deux salles.

fay (Loir-et-Cher, Blois) ; Durand (Rhône, Lyon) ; Frébault (Seine) ; Gros-Gurin (Ain, Gex) ; Guyot (Rhône, Villefranche) ; Joubert (Indre-et-Loire, Chinon) ; Lalanne (Gironde, Libourne) ; baron Larrey (Hautes-Pyrénées, Bagnères) ; Laussedat (Allier, Moulins) ; Le Monnier (Sarthe, Saint-Calais) ; Liouville (Meuse, Commercy) ; Marmottan (Seine) ; Mas (Aveyron, Millau) ; Massot (Pyrénées-Orientales, Céret) ; Ménier (Seine-et-Marne, Meaux) ; Mollien (Somme, Péronne) ; Moreau (Creuse, Guéret) ; Th. Roussel (Lozère, Florac) ; Rouvre (Aube, Bar-sur-Seine) ; Souchu-Servinière (Mayenne, Laval) ; Thomas (Marne, Reims) ; Tiersot (Ain, Bourg) ; Turigny (Nièvre, Nevers) ; Vacher (Corrèze, Tulle) ; Vernhes (Hérault, Béziers).

Ballottages. — Allemand (Basses-Alpes, Digne) ; Garrigat (Dordogne, Bergerac).

Parmi les députés-médecins, nous en comptons un nouveau : M. David (Indre, Chateauroux).

Cinq seulement n'ont pas été réélus. Ce sont : MM. Bartoli (Corse, Sartène) ; Mallet (Gard, Uzès) ; Naquet (Vaucluse, Apt) ; Poujade (Vaucluse, Carpentras) ; Soye (Aisne, Vervins) ; Thomas (Marne, Reims).

Tous sont républicains à l'exception de deux, M. Bourgeois (Vendée, la Roche-sur-Yon), légitimiste et le baron Larrey, bonapartiste.

Enseignement médical libre.

Conférences cliniques sur les affections de l'utérus et de la syphilis. — M. le Dr Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, recommencera ses conférences cliniques le 7 novembre 1877, à neuf heures, et les continuera les samedis et mercredis, 7, à la même heure pendant l'année scolaire 1877-1878.

AVIS A NOS LECTEURS. — Nous publierons samedi prochain le **Numéro des Étudiants ;** *nous invitons tous ceux de nos lecteurs, qui auraient des renseignements* à nous communiquer, à nous les adresser au plus *tard le 1er novembre.*

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 25 octobre 1877, on a déclaré 849 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 32 ; rougeole, 9 ; scarlatine, 1 ; variole, 1 ; croup, 14 ; angine couenneuse, 26 ; bronchite, 29 ; pneumonie, 69 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 10 ; choléra nostras, » ; dyssenterie, » ; affections puerpérales, 3 ; érysipèle, 6 ; autres affections aiguës, 241 ; affections chroniques, 333, dont 145 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 52 ; causes accidentelles, 23. — Les 849 décès ci-dessus donnent une proportion de 22.2 par mille habitants et pour l'année.

Faculté de médecine de Paris. — A l'assemblée générale des professeurs de la Faculté qui a eu lieu hier, jeudi, M. Ball a fait part de ses pérégrinations infructueuses et l'incident a été clos sans débat. Ensuite, MM. les professeurs ont décidé de protester contre les nominations des professeurs complémentaires, dont deux, dit-on, ont remis leur démission entre les mains de M. le Doyen.

Concours. — *Internat* : Samedi, 20 octobre, question orale pour MM. les candidats volontaires d'un an : *Aponévroses du périnée ; infiltration d'urine.* — *Externat.* Questions : vendredi, 19 octobre, *muscles grand et petit dentelés* ; lundi, 21, *articulations huméro-cubitale* ; mercredi 23, *cavités orbitaires.*

Hôtel-Dieu. Logements particuliers. — Les internes et les chefs de service de l'Hôtel-Dieu, avaient adressé une pétition à M. le Préfet, se plaignant des locaux qui leur avaient été affectés dans le nouvel hôpital. L'administration a fait droit à leur demande. (*Gazette hebdom.*)

Ce renseignement n'est pas exact. La salle de garde, la chambre à coucher de l'interne de garde ne sont pas changées et si notre honorable collègue veut bien visiter vers 4 heures du soir, les locaux en question, il verra combien les critiques qui ont été formulées sont exactes. L'administration en a d'ailleurs reconnu le bien fondé et cherche, ce dont nous la félicitons, à les atténuer. Ainsi, le couloir de service qui sépare la salle de garde de la bibliothèque sera transformé en vestiaire pour les internes et les internes seront *prochainement* autorisés à faire leur garde dans leurs chambres qui, au moins, sont aérées suffisamment.

Assistance publique. — Le directeur de l'administration générale de l'assistance publique, à Paris, est autorisé à accepter le legs d'une somme de 1,500 fr., fait au bureau de bienfaisance du 10e arrondissement par le sieur Marchant. (Décret du 31 juillet 1877.) (*Recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine.*

École de Médecine de Bordeaux. — Le concours pour la place de premier interne à l'hôpital Saint-André, s'est terminé, le 19 octobre, par la nomination de M. Hirigoyen, interne de deuxième année. (*La Province médicale de Bordeaux.*)

Faculté des sciences de Besançon. — Par arrêté en date du 17 octobre 1877, la chaire de zoologie et de botanique de la Faculté des sciences de Besançon est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Avis aux boulangers. — Quelques cas d'empoisonnement s'étaient produits dernièrement dans le quartier de la plaine Monceau. Les victimes avaient mangé du pain fait par un boulanger qui chauffait son four avec du bois de démolition. Pour éviter de semblables accidents, voici l'ordonnance de police qui vient d'être rendue :

Article premier. — Il est formellement interdit de faire usage pour le chauffage des fours de boulangerie et de pâtisserie, de bois ayant été enduits de peinture, ayant subi des préparations chimiques quelconques.

Art. 2. — Les contraventions à la présente ordonnance seront constatées par des procès-verbaux ou rapports.

Art. 3. — Les sous-préfets des arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis, les maires des communes rurales du ressort de la préfecture de police, le colonel, chef de la 1re légion de gendarmerie, le chef de la police municipale, les commissaires de police et les agents sous leurs ordres, sont chargés chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution de la présente ordonnance, qui sera imprimée, publiée et affichée.

Prix de la Société française de Tempérance. — *Prix à décerner en* 1877. 1re *question.* — Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les différences qui, au point de vue des effets sur l'organisme, et à titre alcoolique égal, existent entre les vins et les eaux-de-vie naturels d'une part, et, d'autre part, les vins fabriqués ou simplement relevés avec des alcools de provenance purement industrielle et les eaux-de-vie de même origine. Le prix sera de 2,000 fr.

2e *question.* — Rechercher, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, si, à titre égal, l'addition à l'alcool d'un principe aromatique autre que celui de l'absinthe, tel que les essences d'anis, de badiane, de fenouil, de tanaisie et autres plantes analogues, augmente ses propriétés toxiques. Le prix sera de 1,000 fr.

3e *question.* — Etude comparée des législations relatives aux débits des boissons dans les divers États de l'Europe. Chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques. Le prix sera de 1,000 fr. Les mémoires écrits en français et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs devront être envoyés à M. le Dr Lunier, secrétaire général de la Société, rue de l'Université, 6, à Paris, avant le 1er janvier 1878.

Nécrologie. — Le département des Pyrénées-Orientales vient de voir

s'éteindre, à l'âge de 80 ans, un vénéré confrère, M. le docteur Pujol, qui, pendant un demi-siècle, a pratiqué la médecine dans le canton d'Argelès-sur-Mer. Pujol avait acquis une grande renommée. Il laisse un fils médecin. — (*Union médicale*). — Nous apprenons une douloureuse nouvelle. Un des jeunes médecins les plus distingués de la marine française, M. Albert Morice, vient de mourir à Toulon des suites d'une pneumonie contractée en Cochinchine. Ancien élève de l'école de Lyon, il entra dans la marine en 1871 avec le désir de satisfaire ses goûts pour les recherches d'histoire naturelle. Envoyé en Cochinchine, il y recueillit des matériaux de tous genres, en fit à son retour de nombreuses communications aux Sociétés d'anthropologie, de biologie, de géographie et sa thèse sur la *dengue* fut un travail remarqué. Les collections d'histoire naturelle dont il a enrichi le muséum de Paris et celui de Lyon témoignent de son amour pour la science et attestent toute l'étendue de la perte qu'elle vient de faire. Le docteur Morice n'avait que 29 ans.—M. le Dr Laugier (Jacques), de Marseille, vient de mourir. (*Sud médical.*) — La *Gazette des hôpitaux* annonce la mort de M. le docteur Abel Leflaive, chirurgien en chef des hospices de Beaune, décédé le 14 septembre dernier, à l'âge de cinquante-deux ans.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur Henri Lawson, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de l'hôpital Sainte-Marie, de Londres. M. Lawson a publié un grand nombre de travaux sur la pathologie du système nerveux. Il a dirigé pendant plusieurs années *Microscopical Journal* et le *Practitioner*, en collaboration avec M. Anstie. Il avait en Angleterre la réputation d'un savant habile et consciencieux. (*Gazette hebdomadaire.*)

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.
VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

5e ANNÉE. — N° 44. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 3 NOVEMBRE 1877

Le Progrès Médical (Numéro des Etudiants)

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Leçons sur le traitement des plaies.

Messieurs,

Il vous est sans doute arrivé, en parcourant nos services de chirurgie, d'être frappés des différences considérables qui existent entre des plaies de siége et d'étendue analogues.

Les unes poursuivent leur évolution sans manifestations générales; elles guérissent pour ainsi dire dans le silence. Le malade qui les porte n'en souffre guère; elles respectent toutes ses grandes fonctions. Rosées, de bel aspect, sans odeur, elles sont le siége d'une activité organique tout entière tournée vers la réparation.

D'autres, au contraire, écrasent leur blessé sous leur retentissement; ce blessé est un malade, il en a tous les aspects. Sa plaie est un foyer de désordres, soit qu'elle exhale d'abondantes sécrétions suppuratives, soit qu'elle se recouvre de produits altérés plus ou moins putrides, qu'elle se creuse d'excavations destructives, qu'elle s'entoure d'une ardente aréole inflammatoire, qu'elle devienne le carrefour de fusées purulentes plus ou moins profondes. La réparation y est nulle, c'est la destruction qui règne et qui, dans certains cas, franchit les barrières naturelles, mine les aponévroses, sape les pièces du squelette et tue le malade, ou ne le laisse échapper qu'à travers les plus grands périls et après de longs mois de souffrance.

Vous vous êtes demandé d'où viennent ces différences profondes et comment une même lésion peut être suivie parfois d'une guérison si facile, et parfois, au contraire, d'une si redoutable évolution pathologique.

Depuis que la chirurgie existe, c'est le sphinx qu'interrogent les générations d'observateurs, c'est le problème dont ils poursuivent la solution, c'est le sujet de discussions intéressantes que notre temps, si riche de recherches, n'a point encore complètement vidées.

Je ne puis vous exposer, malgré toute son importance, l'histoire doctrinale des plaies. Nous faisons ici de la clinique et il faut savoir se borner. De cette histoire, je ne veux retenir que quelques points. Pendant longtemps, pendant de longs siècles, les chirurgiens n'ont cherché qu'une chose; la panacée curatrice. Ils l'ont demandée aux astres, aux plantes, aux pierres, aux débris des cadavres et des momies, et il a fallu arriver jusqu'aux confins de nos temps modernes, pour que l'esprit de la Renaissance poussât les Paracelse, les Wurtzius, et plus tard les Magatus à se demander si cette panacée tant cherchée ne se trouvait pas dans l'évolution naturelle des plaies.

Au dernier siècle, sous l'empire des études dont les sciences naturelles étaient l'objet, les chirurgiens commencèrent à rechercher quelle était la marche normale des plaies. Mais à peine engagés dans ce travail, ils dévièrent en se partageant pour ainsi dire en deux camps à propos d'un procédé opératoire dont ils ne connaissaient même pas bien l'emploi et les applications. L'Académie de chirurgie contribua pour sa part à aggraver cette déviation de la science; les chirurgiens devinrent *suturistes* ou *antisuturistes*. La suture devenait le grand objectif et la réunion, but de cette suture, était perdue de vue.

Aujourd'hui tout ce travail a été repris de fond en comble: évolution naturelle, formations histogéniques, transformations des éléments anatomiques, résultats de cette évolution, essais thérapeutiques de tout genre, ont renouvelé nos connaissances, et, il faut bien le dire, profondément modifié nos idées sous beaucoup de rapports.

Laissez-moi vous raconter un fait bien vulgaire qui vous donnera une idée des changements accomplis: il y a près de trente ans, j'étais externe chez Blandin, et je vois encore d'ici une malade amputée du sein, qu'on pansait chaque matin; des flots de pus, qui s'échappaient de la plaie, réclamaient l'emploi d'un bassin pour recevoir les linges troués, les abondants plumasseaux de charpie, les couches de compresses, regorgeant de suppuration. Je croyais, à cette époque, qu'aucune grande plaie exposée ne pouvait guérir sans tout cet attirail de linges et de pus. Voyez aujourd'hui comment se comportent, dans nos services, les plaies du même genre lorsqu'elles marchent vers la guérison; les flots de pus ont disparu, la plaie est rose, propre, fournit à peine de quoi imbiber les pièces du pansement qui la recouvre, et la malade ne s'en trouve que mieux. — Ce n'est pas maintenant que je vous dirai le pourquoi de cette modification profonde, mais j'ai tenu, dès le début, à la signaler à vos esprits.

LES PLAIES, étudiées d'une façon générale, guérissent de quatre manières: deux sont principales, deux accessoires.

Lorsqu'une plaie vient d'être faite, traumatique ou chirurgicale, si elle n'est point contaminée par un poison qui tue incontinent, si le blessé ne succombe pas à une hémorrhagie violente et immédiate, on peut observer les phénomènes suivants, qui se produisent successivement à partir des premières heures consécutives. D'abord, hémostase à laquelle prennent part les parois vasculaires et les caillots sanguins. Ensuite, exsudation d'un liquide incolore, inodore, qu'on appelait autrefois *lymphe plastique* et qui se compose à la fois d'un exsudat et d'une genèse organique; en troisième lieu, organisation cellulo-vasculaire de la surface de la plaie, et enfin disparition graduelle de cette surface, par cicatrisation de son fond et rétraction de ses bords. Quand les choses marchent ainsi, on dit que la plaie guérit par *bourgeonnement*, car son fond est garni de bourgeons charnus, ou par *suppuration*, car ces bourgeons suppurent toujours plus ou moins, ou enfin par *cicatrice*, car la cicatrice est le résultat de ce mode de guérison.

Dans d'autres conditions, il peut arriver que, naturellement ce qui est rare, ou par artifice, ce que le chirurgien recherche, les deux surfaces d'une plaie récente se trouvent accolées, exactement juxtaposées, presque comme si les tissus n'avaient point subi de division; qu'il se produise dans cette même surface de séparation une sécrétion qui s'organise rapidement, que le contact organique redevienne vite une continuité organique rétablie par la formation de vaisseaux nouveaux, et vous aurez alors sous les yeux le second grand mode de guérison des plaies, auquel on a donné le nom de réunion *immédiate* ou *primitive*. Deux épithètes qui ne sont point absolument exactes, mais qui frappent l'esprit et établissent bien la différence entre cette guérison rapide et sans dégâts, et l'autre guérison lente et avec cicatrice. Les petites plaies des doigts, de la face, de la cornée, voire un certain nombre de plaies du crâne ou du reste du tégument, guérissent très-fréquemment de cette façon et nous en fournissent des exemples journaliers. Je viens de vous dire tout à l'heure que les mots *primitive et immédiate* n'étaient pas absolument exacts. On croyait, en effet, après Hunter, que dans ce mode de réunion, les éléments anatomiques préexistants se *juxtaposaient* et contractaient de nouvelles adhérences solides. On sait aujourd'hui qu'il n'en est point ainsi, qu'il y a une véritable genèse organique, une formation vasculaire, mais que genèse et formation sont si peu considérables et forment une couche si mince, qu'au regard de ce qui se passe dans les plaies exposées, on peut se borner à n'en tenir compte que sous le rapport de l'histologie.

A ces deux grands modes de guérison des plaies, il convient de joindre, sans parler de la *guérison sous-crustacée*, qui n'est qu'une des formes restreintes de la guérison cicatricielle, deux modes accessoires, qui sont : la *guérison sous-cutanée*, telle qu'on la voit s'opérer dans les ruptures ou plaies musculaires, tendineuses, aponévrotiques, osseuses, où l'évolution se fait plus rapidement et avec moins de retentissement que dans aucun autre genre de plaies, et encore ce qu'on a nommé *réunion immédiate secondaire* ou par *accollement des bourgeons charnus*. Vous observez cette dernière forme dans les plaies de l'espace interdigital, dans la cicatrisation irrégulière de certaines plaies de fistule à l'anus, où les faces opposées contractent des adhérences intempestives. Ce qui se passe ainsi fâcheusement dans certains cas, la chirurgie le recherche et l'utilise dans d'autres cas, soit pour abréger la guérison de plaies étendues, soit pour instituer des opérations réparatrices, fondées sur la propriété adhésive des bourgeons charnus.

En nous résumant ici, vous voyez qu'il existe deux grands modes de guérison des plaies, *la guérison par cicatrisation, la réunion immédiate*; les deux autres modes ayant une existence ou une application infiniment plus rare et moins importante.

Ceci étant connu, si l'on vous demandait, de deux plaies semblables, traitées l'une par la réunion primitive, l'autre par la cicatrisation, quelle est celle qui donnerait le plus de sang, qui serait la plus douloureuse, qui serait la plus exposée aux accidents des plaies, qui serait la plus lente à guérir? Votre réponse ne serait guère douteuse, et certainement vous feriez choix de la réunion primitive, à la seule condition qu'elle fût couronnée de succès.

Couronnée de succès ! c'est là la grosse question. Si encore on ne risquait que d'échouer dans cette tentative de réunion, il n'y aurait guère d'inconvénient, mais dans ces tentatives malheureuses, ce n'est pas seulement l'échec qu'on risque, mais toute la série des accidents qui précèdent et suivent cet échec. Il y a là de quoi rendre prudent. Cette réunion primitive, si désirable qu'elle soit, ne peut s'accomplir que dans de certaines conditions, à l'aide de certains procédés ; elle ne doit être recherchée que dans de certains cas et soigneusement évitée dans certains autres; de telle sorte que pour l'employer à bon escient et avec profit, il faut en connaître en détail les indications, les procédés, les contre-indications.

Cherchons donc d'abord dans quelle condition pourra s'opérer la réunion primitive. Pour regarder au fond des choses et résumer d'un trait cette condition fondamentale, nous dirons que ce qui est nécessaire avant tout et par dessus tout, c'est qu'il se produise entre les faces juxtaposées de la plaie une sécrétion exactement suffisante pour organiser les rapports nouveaux, et bornée à cette rigoureuse suffisance. Cela seul suffit, mais il s'en faut que cette condition, d'un caractère trop général, éclaire vos esprits et vous conduise à des déductions pratiques. La réalisation de ce but réclame elle-même des conditions qui, pour être accessoires, n'en ont pas moins la plus haute importance, et qui appellent une étude détaillée.

Mais avant d'entrer dans cette étude, débarrassons le sujet d'un certain nombre d'objections préalables. Cela nous permettra d'arriver à des formules plus simples et plus dégagées de toute restriction. (*A suivre*).

Assistance publique.

Femmes accouchées. — Le nombre des femmes accouchées aux frais de l'assistance publique pendant le 1er semestre de 1877 est de 9,304, sur lesquelles 164 sont mortes en couches. Ces chiffres se décomposent ainsi : Accouchements dans les hôpitaux, 2,690 ; décès, 129 ; mortalité, 4.79 pour 100. — Accouchements chez les sages-femmes de la ville désignées par l'administration, 1,006; décès, 13; mortalité, 1.20 pour 100. — Accouchements à domicile par des sages-femmes du bureau de bienfaisance, 5,605 ; décès, 22 ; mortalité, 0,39 pour 100.

Nous laisserons nos lecteurs tirer eux-mêmes la conclusion. Constatons seulement à quel point le *Progrès médical* avait raison lorsqu'il préconisait les accouchements à domicile, et combattait le mode proposé pour la reconstruction du nouvel hôpital des cliniques. (Voir les numéros 27 et 29 de l'année 1876).

MALADIES DU PREMIER AGE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS.— M. PARROT.

La syphilis héréditaire.

Messieurs,

Je veux d'abord vous souhaiter la bienvenue dans notre maison et vous remercier d'avoir répondu à mon appel. En venant ici le dimanche matin, dans cette saison, qui invite aux promenades champêtres, plutôt qu'à l'audition d'un cours, vous me donnez un témoignage d'intérêt et de sympathie, auquel je suis très-sensible et dont je tiens à vous exprimer ma gratitude. Je crois que la meilleure manière de le faire, est de vous apprendre quelque chose. C'est à quoi je m'efforcerai ; et j'espère que ce ne sera pas sans un véritable profit pour votre instruction pratique, que vous serez venus jusqu'à la rue d'Enfer.

Je reprends aujourd'hui, pour vous faire l'histoire de la syphilis héréditaire, les conférences que j'ai inaugurées en 1874, bien résolu à ne plus les interrompre, et à exposer chaque année, dans cet hospice, un des chapitres de la pathologie infantile. En le faisant, je crois répondre à un désidératum. Ce n'est pas que les maladies du premier âge, n'aient été décrites par d'autres, et souvent fort bien; mais les moyens d'investigation deviennent chaque jour plus nombreux, tant pour la clinique proprement dite, que pour l'anatomie pathologique; les points de vue d'où l'on peut envisager la maladie, s'élèvent, s'étendent; et de la sorte, permettent de modifier en la rendant plus parfaite, dit-il, l'œuvre de nos devanciers.

Chaque science a ses époques; dans l'époque médicale où nous sommes, je veux essayer de marquer le niveau de la syphilis héréditaire.

Dans mon livre de l'*Athrepsie*, j'ai fait voir, qu'en pathologie, il est indispensable de considérer un certain nombre de périodes dans l'enfance, et de préciser les maladies propres à chacune d'elles.

D'après ce plan, je me suis d'abord occupé des *nouveau-nés*, qualifiant ainsi, les enfants qui n'ont pas atteint le troisième mois de la vie extra-utérine ; et comme un type des maladies auxquelles ils sont exposés, j'ai décrit l'athrepsie.

Aujourd'hui, je m'occuperai encore des nouveau-nés, mais non exclusivement; et élargissant le cercle de mon observation, j'y introduirai tous les enfants du *premier âge*; je veux dire ceux qui ne sont pas complètement en possession de leurs premières dents; ou qui n'ont pas dépassé 30 mois. S'il m'arrive de vous parler de sujets plus âgés, ce ne sera que très-rarement et par exception. — J'ajoute que le fœtus aura sa part dans notre étude.

Vous le voyez : c'est l'*évolution* que je prends ici pour guide, n'en connaissant pas de plus sûr et de plus facile à suivre. Parmi les maladies qu'elle tient sous sa dépendance, je donne la seconde place à la syphilis héréditaire, ayant mis à la première, l'athrepsie, qui, dans un très-grand nombre de cas, existe indépendamment, de toutes les autres. Celles-ci ne peuvent être comprises, si on ne l'a pas étudiée préalablement; car souvent, elle modifie leur physionomie, leur marche, leurs terminaisons, à ce point, qu'on les méconnaîtrait, si l'on n'était prévenu de sa présence.

Plus d'une fois, dans le cours de ces entretiens, je trouverai l'occasion de vous dire, que c'est pour avoir méconnu cette vérité, que l'on a mis sur le compte de la syphilis héréditaire, des troubles fonctionnels et des lésions, qui ne relèvent que de l'athrepsie.

Je dis que, parmi les maladies d'évolution, la syphilis héréditaire mérite le second rang; car il n'en est peut-être aucune, qui accuse d'une manière plus générale, plus constante, plus accentuée, plus incontestable, l'influence qu'exerce sur la maladie, le développement physiologique de l'individu.

Son virus est identique à celui qui transmet le mal par contagion directe, puisqu'il provient de la même source; et pourtant, vous le verrez, grâce au terrain où il germe, ses

produits diffèrent absolument des autres. Ce qui donne à ce terrain sa qualité, sa physionomie propre, c'est l'âge, c'est la période de la vie où sont les individus malades. C'est donc l'âge qui mène le mal, et qui détermine dans la maladie syphilitique, la modalité spéciale et typique, que l'on qualifie d'*héréditaire*.

Je vous dis tout cela par avance et pour éclairer notre marche. A chaque instant, vous constaterez la justesse de ces remarques.

L'intérêt que présente la syphilis héréditaire, est donc considérable en pédiatrique; mais il n'est pas limité à ce domaine restreint, et garde son importance, lorsqu'on en sort, pour aborder celui de la pathologie générale; car il n'est aucune autre maladie, dont on connaisse avec un égal degré de précision: la cause, le début, la marche et les effets.

Je viens d'expliquer le choix de mon sujet, je vais essayer d'en marquer les limites, aussi nettement que possible.

La dénomination de syphilis héréditaire, dont je me servirai, à l'exclusion de tous les synonymes qu'on lui a donnés et qu-on lui donne habituellement, représente seul d'une manière nette l'idée que l'on doit attacher au mal qu'elle désigne; car *héréditaire*, veut dire: qui vient par le père ou la mère, et, dans l'espèce, qui vient du père ou de la mère.

Les termes de syphilis *congénitale*, *infantile*, des *nouveau-nés*, que chaque jour l'on emploie, sont défectueux. *Congénital* signifie : qui naît avec l'individu lui-même. C'est un qualificatif trop vague, car il s'étend aux cas où la syphilis est contractée au passage. Il n'implique pas que le mal procède du germe ou remonte à la vie intra-utérine. *Infantile* est encore moins précis: il dit seulement que la maladie s'est développée dans l'enfance.

Quant à l'expression *syphilis des nouveau-nés*, elle ne réveille qu'une idée, celle de l'extrême jeunesse des sujets, laissant indéterminée la source du mal, qui peut être le mamelon d'une nourrice, un vaccin impur, tout aussi bien que l'infection originelle.

La syphilis héréditaire a la même date que celle directement acquise; sans y remonter, je dois vous dire quelques mots, de ceux qui les premiers, l'ont fait connaître. Je ne m'arrêterai pas aux détails; vous les trouverez consignés en grand nombre, dans les livres de Mahon, de Bertin, de Diday et de tous les auteurs qui les ont copiés; je vous indiquerai seulement les travaux qui marquent un progrès.

On a connu la syphilis des nouveau-nés bien avant de savoir qu'elle pouvait être héréditaire. On constatait l'infection des petits enfants, mais on ne soupçonnait pas sa véritable origine; on croyait avec Gaspard Torella (1498) et Matthiole (1536), qu'elle venait des nourrices et de leur lait. D'après M. Diday, Paracelse (1529) le premier, l'aurait indiquée; « Fit morbus hereditarius et transit a patre ad filium. » — Toutefois, elle ne fut nettement affirmée qu'en 1553, par Augier Ferrier, lorsqu'il indiqua les trois modes d'infection du produit, tels qu'on les admet encore actuellement: par la semence du père, par celle de la mère et par la contamination de la mère durant la grossesse.

Fallope, dans un traité posthume du mal Français (1566), excellent pour l'époque où il fut écrit, fortifia cette manière de voir, de l'autorité de son nom. « Præterea videbitis puerulos nascentes ex femina infecta, ut ferant peccata parentum, qui vedentur semi cocti ».

« Souvent, dit Ambroise Paré, on voit sortir les petits enfants hors le ventre de leur mère, ayant ceste maladie, et tost après avoir plusieurs pustules sur leur corps; lesquels étant ainsi infectés, baillent la vérolle à autant de nourrices qui les allaictent. »

A partir de ce moment, il fut généralement admis que la syphilis pouvait être transmise par hérédité. Mauriceau, Boerhaave, Astruc, le soutinrent et les contradicteurs ont été peu nombreux. Il faut pourtant y compter Hunter, qui n'admettait l'infection vénérienne des nouveau-nés, qu'au moment du passage.

Pendant longtemps, l'étiologie et le traitement furent la préoccupation dominante des observateurs, qui s'attachèrent peu à la description clinique et qui, là-dessus, ne nous ont laissé que des renseignements fort incomplets. Ils parlent d'enfants couverts de pustules, demi-cuits; voilà tout. Il faut arriver au XVIIIe siècle pour trouver un médecin, qui ait décrit avec quelques détails, la syphilis des enfants; c'est le Suédois Hils Nosen de Rosenstein; mais le chapitre qu'il y consacre, est incomplet, confus, rempli de digressions et de détails inutiles, qui rendent sa lecture difficile, et l'on n'en peut tirer que peu de profit.

Un fait administratif modifia le train des choses, et, devint le point de départ d'un progrès considérable dans l'étude de la syphilis héréditaire. Ce fut la réunion des enfants atteints de ce mal, en un lieu unique, où les médecins chargés de les soigner, purent les observer en grand nombre, longtemps, régulièrement, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables à une semblable étude.

A la fin du siècle dernier, à Paris, les nouveau-nés syphilitiques, étaient portés à la Salpétrière et à Bicêtre. En 1780, ils furent réunis dans une maison hospitalière de Vaugirard, où l'on admit également les femmes enceintes et les nourrices atteintes de syphilis. En 1793, tous ces malades eurent pour asile le couvent des capucins de la rue Saint-Jacques. Dans ces divers établissements se succédèrent plusieurs médecins, auxquels l'on doit les premières descriptions méthodiques et importantes, de la syphilis héréditaire. Ce furent de 1781 à 1783, Colombier, Faguer-Desperrières et Doublet. Puis, Mahon, Cullerier et Bertin. Ce dernier nous a laissé un traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices (1810). — Rien d'aussi complet n'avait été fait jusque-là. On y trouve de nombreuses observations suivies de commentaires; mais dans ce travail remarquable pour l'époque où il parut, il n'y a actuellement que bien peu de renseignements à prendre. Il n'y est rien dit de l'anatomie pathologique; et l'étiologie est loin d'y être clairement exposée.

Je terminerai cet aperçu historique, en vous citant encore deux cliniciens; mais pour vous dire que dans leurs traités d'ailleurs si complets et si justement estimés, sur les maladies des nouveau-nés, ils n'ont fait aucune mention de la syphilis héréditaire. Le premier est Denis (1826). Il regarde comme superflue toute la peine que se sont donné les auteurs, pour décrire et classer les maladies syphilitiques des nourrissons, comme ayant des caractères tranchés. — L'autre est Billard. L'on ne peut expliquer qu'ayant observé ici même, à l'Hospice des enfants assistés, avec cette sagacité, attestée à chaque page de son remarquable livre, il ait gardé un silence absolu, sur une maladie si importante et dont les exemples ont dû se présenter en si grand nombre à son observation. (*A suivre*).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CHARCOT

IVe LEÇON. — **Pathologie générale de l'épithélium pulmonaire** (1).

Messieurs,

I. En terminant, dans la dernière séance, la description du revêtement épithélial pulmonaire, considéré dans les conditions normales, chez l'homme, pendant le cours de la vie extra-utérine, je vous faisais remarquer que ce revêtement, composé d'une seule couche de cellules plates, juxtaposées et soudées entre elles par un ciment, se confond en quelque sorte morphologiquement avec les endothéliums qui recouvrent les membranes séreuses, les parois des vaisseaux sanguins et lymphatiques, etc.

Un caractère commun à ces endothéliums dont l'épithélium pulmonaire reproduit le type morphologique, est, vous le savez, de se développer chez l'embryon aux dépens du feuillet moyen du blastoderme, tandis que les épithéliums proprement dits naissent des feuillets interne et externe.

(1) Voir les nos 25, 27 et 31.

Or, suivant M. His, auteur de travaux embryogéniques bien connus et quelques observateurs qui ont développé les vues qu'il a émises à ce sujet, il y a une distinction fondamentale à établir entre les épithéliums proprement dits et les endothéliums déjà séparés, vous le voyez, par le siége de leur développement. Ceux-ci doivent être assimilés aux cellules plates du tissu conjonctif, dont ils ne représentent qu'une simple modification quant à la forme, et dont ils possèdent, d'ailleurs, toutes les propriétés physiologiques.

Ils n'ont, à part certaines ressemblances, rien de commun avec les épithéliums, et ces deux ordres de tissus conservent leur autonomie et leur indépendance réciproques dans les diverses circonstances de la vie extra-utérine relatives aux phénomènes d'accroissement, de régénération, de formation néoplasique.

Ainsi, suivant M. Waldeyer, grand partisan dans le domaine pathologique de la doctrine de M. His, jamais le tissu conjonctif ne peut se développer pathologiquement aux dépens du tissu épithélial et inversement, jamais une cellule conjonctive ou endothéliale ne peut reproduire une cellule épithéliale; et pour ne citer qu'un exemple, relatif au tissu épithélial, les cellules du carcinome ou de l'épithéliome — c'est là une conséquence de la doctrine — doivent naître toujours au sein ou dans le voisinage immédiat d'un revêtement épithélial; si une tumeur carcinomateuse ou épithéliale se rencontre au sein du tissu conjonctif, elle y est de provenance étrangère, métastatique, c'est un foyer secondaire dont le germe vient d'ailleurs.

Je me garderai bien d'entrer dans le débat suscité par cette doctrine, parce qu'elle ne concerne pas directement l'objet spécial de nos études actuelles; je veux me borner à relever ici que le cas de l'épithélium pulmonaire, peut être considéré comme formant exception à la règle trop absolue qu'on voudrait poser; car, d'un côté, bien qu'en continuité directe avec le revêtement épithélial bronchique, il reproduit la forme des endothéliums; d'un autre côté, sous l'action des causes pathologiques, il se comporte, ainsi que nous l'avons laissé pressentir, tantôt à la manière des endothéliums développés aux dépens du feuillet moyen, tantôt à la manière des épithéliums proprement dits, dont il reprend, dans de certaines circonstances, à la fois, tous les caractères physiologiques et morphologiques.

Il y a là un point de vue devant lequel il ne sera peut-être pas inopportun de nous arrêter un instant; ce sera pour nous une occasion de vous présenter une sorte d'esquisse de l'anatomie pathologique générale de l'épithélium pulmonaire, et de justifier du même coup une assertion que j'ai émise dans la dernière séance, à savoir que les lésions de ces éléments tiennent une grande place dans l'anatomie pathologique du poumon.

II. Permettez-moi, au préalable, de vous rappeler, très-sommairement, quelques détails d'embryogénie élémentaire que nous devons utiliser chemin faisant.

Je place sous vos yeux un dessin représentant une coupe

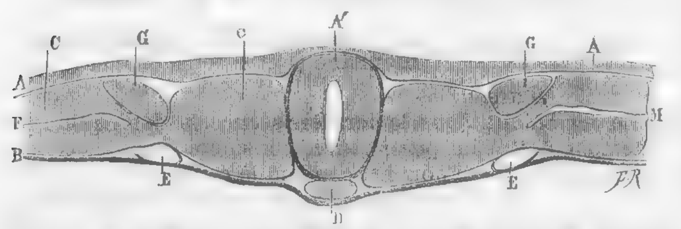


Fig. 84. — Coupe transversale de l'embryon de poulet vers la 50e heure de l'incubation. — A, feuillet externe. — A', coupe de la moelle épinière. — B, feuillet interne. — CC vertèbres primitives. — D, corde dorsale. — EE, aortes primitives. — F, cavité pleuro péritonéale. — GG, corps de Wolff. — M, feuillet moyen. — (Ranvier, *Leçons d'anatomie générale*, fig. 1.)

perpendiculaire à l'axe spinal et passant par la partie moyenne d'un embryon de poule, après 56 heures d'incubation (*Fig. 84*). Les principaux détails du développement sont déjà à cette époque très-accentués. Voici le feuillet externe ou épiblaste, l'ancien feuillet séreux; l'interne ou hypoblaste. Le moyen ou mésoblaste, divisé déjà, à cette époque du développement, en deux feuillets secondaires : somatopèvre et splanchioplèvre, laissant entre eux la cavité pleuro péritonéale.

Un mot maintenant relativement à ce qui concerne particulièrement le développement des poumons. A l'origine, les deux poumons sont, vous le savez, des bourgeons ou prolongements de l'œsophage. Déjà le troisième jour, de chaque côté de cette partie du tube digestif (*Fig. 85*), on trouve, par la dissection, deux prolongements ou diverticulums qui répondent à chacun des poumons. Les bourgeons, comme le tube digestif lui-même, se composent essentiellement de deux parties bien distinctes : 1° une couche de cellules *hypoblastiques* qui prennent bientôt le caractère d'un revêtement épithélial cylindrique; et 2° une couche épaisse de tissu *mésoblastique*. Par la suite, les culs-de-sac se ramifient, poussent des prolongements au sein du mésoblaste, prolongements se terminant

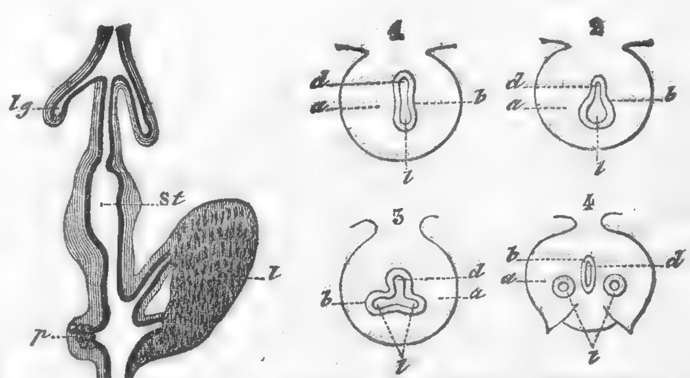


Fig. 85. — Schéma d'une portion du canal digestif d'un poulet du quatrième jour (D'après Götte). — Le trait noir intérieur représente l'hypoblaste, la partie externe moins sombre, le mésoblaste. — *lg*, diverticulum pulmonaire, présentant une extrémité terminale renflée qui forme la vésicule pulmonaire primitive. — *St*, estomac. — *l*, deux diverticulums hépatiques, dont les extrémités terminales sont réunies par des rangées non interrompues de cellules hypoblastiques. — *p*, diverticulum pancréatique et diverticulum vésiculaire qui en naissent *Fig.* 42 des *Eléments d'embryologie* de Foster et Balfour).

Fig. 86. — Quatre schémas destinés à montrer la formation des poumons (D'après Götte). — *a*, mésoblaste. — *b*, hypoblaste. — *d*, cavité du canal digestif. — *l*, cavité du diverticulum pulmonaire. — En 1, le canal digestif a subi un étranglement qui l'a séparé en deux canaux, l'un supérieur, l'autre inférieur; le premier étant le véritable canal alimentaire, le second le tube pulmonaire; ils sont en communication l'un avec l'autre. — En 2, le tube inférieur (pulmonaire) s'est élargi. — En 3, la portion élargie s'est étranglée de manière à former encore deux tubes qui communiquent l'un avec l'autre et, tous deux, avec le canal digestif. — En 4, ils se sont complètement séparés l'un de l'autre ainsi que du tube digestif, le mésoblaste a commencé également à présenter les signes de changements internes qui se sont produits (Fig. 43 de Foster et Balfour, *loc. cit.*).

par de petits renflements. Ces derniers répondent aux conduits alvéolaires et aux alvéoles, les autres aux ramifications bronchiques. Tandis que les cellules hypoblastiques formeront un revêtement sur toute l'étendue de la surface de ces cavités, le mésoblaste donnera naissance aux tissus élastique, musculaire, cartilagineux, conjonctif, etc. (*Fig. 86*), qui entrent dans la composition des parois des conduits aériens. Les vaisseaux y pénètrent vers le vingtième jour.

Nous ferons tout à l'heure, l'application de ces notions élémentaires; actuellement, j'en viens à la démonstration d'une des propositions que j'émettais à l'instant, à savoir que sous l'influence de certaines causes pathologiques, l'épithélium pulmonaire se comporte à la manière des endothéliums développés dans le feuillet moyen.

III. Il s'agira ici des modifications apportées par certaines formes du processus inflammatoire. Dans les inflammations aiguës des tissus vasculaires, il y a à distinguer, vous ne l'avez pas oublié, deux groupes de phénomènes : 1° les phénomènes vasculaires proprement dits, comprenant la distension des vaisseaux, l'émigration des leucocytes, la formation des exsudats; 2° les phénomènes cellulaires relatifs à une participation plus ou moins active des éléments extra-vasculaires préexistants.

Ce sont ces phénomènes du dernier ordre qu'on doit à M. Virchow d'avoir bien mis en lumière dans le domaine pathologique, mais dont il s'était un peu exagéré l'importance. Quoi qu'il en soit avec cet auteur, il y a lieu de distinguer ce qu'il appelle à tort ou à raison l'*irritation nutritive*.

Cet état est caractérisé par un gonflement de l'élément cellulaire, dont le protoplasma devient granuleux (tuméfaction

trouble) en même temps que se manifestent certains phénomènes de vitalité, tels que mouvements amiboïdes par exemple.

Dans d'autres cas, ou à un degré plus avancé, se produisent les phénomènes d'*irritation formative*. Ici les éléments tendent à se multiplier, à *proliférer*, et le mode le plus vulgaire qu'on observe en pareil cas, c'est la division par scission. Elle porte sur le nucléole d'abord, puis sur le noyau, puis sur le protoplasma de la cellule. Une variante de ce processus est la formation de grandes cellules ou plaques à noyaux. Elle a lieu quand le protoplasma ne se divise pas, et il se produit ainsi une variété de ces *cellules géantes* dont il nous faudra vous parler longuement à propos de la tuberculose.

Ce mode de multiplication, très-vulgaire dans l'état physiologique, ainsi que l'a montré Remak dans le cas du développement embryonnaire, l'est aussi, vous le savez, dans l'état pathologique.

Or, Messieurs, ces phénomènes de prolifération par scission ont été étudiés maintes fois dans tous leurs détails, à propos de l'inflammation expérimentale ou spontanée des parties revêtues d'un endothélium.

Je rappellerai les observations de MM. Cornil et Ranvier sur les résultats de l'inflammation expérimentale de l'épiploon chez les animaux adultes, par l'introduction, dans le péritoine, d'une faible solution de nitrate d'argent ou de teinture d'iode. Il est établi par ces expériences que la cellule endothéliale se gonfle d'abord, puis se détache, et subit, d'ailleurs, les divers phénomènes de la prolifération par scission.— Il se forme souvent, dans ces circonstances, de grandes plaques à plusieurs noyaux. — Chez l'homme, dans la péritonite relevant de l'état puerpéral, M. Kundrat (1) a observé des faits analogues. Les phénomènes sont, d'ailleurs, identiques pour les autres membranes séreuses, quel que soit le mode de l'inflammation, dans la péricardite rhumatismale par exemple. (Voy. Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 459, fig. 207.)

Dans le tissu conjonctif lâche, composé, vous le savez, de faisceaux fibrillaires revêtus çà et là de cellules plates, celles-ci se comportent absolument dans le phlegmon spontané ou expérimental, de la même façon que les cellules endothéliales des membranes séreuses. Je citerai à ce propos les observations de Ranvier, celles de Fleming, celles que nous avons faites dans le temps avec M. Debove (Cours inédit, *Sur l'inflammation en général*. 1872). En outre de la formation des exsudats et de la diapédièse des leucocytes, il y a lieu de relever dans tous ces cas, la multiplication par scission de cellules plates aboutissant à la formation d'éléments embryonnaires ou petites cellules rondes.

Les phénomènes de scission sont beaucoup moins manifestes, si jamais ils ont été nettement observés, dans les conditions pathologiques, en ce qui concerne : les épithéliums, proprement dits, ce n'est pas que ces épithéliums ne soient susceptibles de présenter une régénération et une multiplication très-actives. Je me bornerai à citer à ce propos le résultat des expériences que nous avons faites, M. Gombault et moi, sur la ligature du canal cholédoque. On sait, qu'au dessus du point rétréci, ce canal subit alors une distension considérable. Le revêtement épithélial cylindrique s'accommode à ces nouvelles conditions, et 12 ou 15 jours après l'opération on trouve la paroi du conduit dilaté tapissée uniformément par un épithélium cylindrique complet et très-régulier. Il n'y manque pas une cellule et celles-ci ne paraissent pas avoir augmenté notablement de volume. On ignore, quant à présent, suivant quel processus s'opère l'énorme multiplication des cellules épithéliales qui a lieu en pareil cas. (*Leçons sur les maladies du foie*, 1877, p. 164, 169, 229.) (*A suivre*).

(1) *Manuel d'histologie pathologique*, p. 75, fig. 41.

Ecole de médecine d'Arras. — M. Leprieur, chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie, est institué, en outre, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie près la dite école.

Faculté de médecine de Lille. — M. Robillard, bachelier ès-sciences, est nommé aide-préparateur de physiologie à la Faculté de médecine et de pharmacie.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les concours des hôpitaux.

Le corps médical occupe dans les hôpitaux de Paris un certain nombre de positions qui s'obtiennent toutes par le concours, et qui toutes, d'ailleurs à juste titre, sont vivement disputées, beaucoup moins à cause des modestes avantages matériels qu'elles procurent, qu'en raison des ressources scientifiques considérables qu'elles assurent à ceux qui les ont conquises.

Chaque service de médecine est dirigé par un médecin, et comprend en outre un interne et trois ou quatre externes. Une organisation analogue se retrouve dans les services de chirurgie; le nombre des élèves est seulement plus considérable, et généralement chaque service comprend deux ou trois internes, et cinq, six ou huit externes. En outre, à chacun de ces services est attaché un interne en pharmacie, et chaque hôpital possède un pharmacien en chef.

Tous, chefs de service ou élèves, médecins et pharmaciens, sont nommés au concours, et c'est encore par le concours qu'arrivent les deux prosecteurs chargés de diriger les travaux d'anatomie à l'amphithéâtre des hôpitaux. L'administration offre donc à l'activité et à l'ambition des étudiants en médecine, un certain nombre de places, et nous ne saurions trop les engager à s'en occuper dès le début de leurs études, et à donner à leurs travaux, dès ce moment, une direction qui leur permette, sinon d'atteindre à la position de chef de service, au moins d'arriver jusqu'à l'externat et l'internat. Nous avons pensé que, pour leur faciliter cette tâche, il ne serait peut-être pas inutile d'indiquer ici les conditions générales des concours qui donnent accès aux différentes fonctions confiées au corps médical ; nous le ferons rapidement, après avoir dit, toutefois, quelques mots de ces fonctions elles-mêmes.

Le chef de service, *médecin* ou *chirurgien*, reçoit par an une indemnité de déplacement de 1,200 fr., pour les hôpitaux du centre et de 1,500 fr., pour les établissements excentriques. C'est là, sans doute, un dédommagement bien minime pour le temps qu'il passe à l'hôpital ; mais heureusement, il trouve une compensation autrement précieuse dans la notoriété scientifique que lui assure son titre, gagné par des concours, et dans les éléments de travail que lui fournit son service. Là, en effet, il peut, plus facilement qu'en ville, étudier les malades d'une façon complète, suivre avec précision la marche de la maladie et les modifications qu'y imprime le traitement, confirmer le diagnostic par l'autopsie, etc. Il suffit d'ailleurs pour se convaincre de ce fait, de remarquer que la plus grande partie des travaux de nos maîtres a pour point de départ l'observation de malades de l'hôpital ; ajoutons que ces faits empruntent à la présence des personnes qui suivent le service, en quelque sorte une autorité plus grande : animé et soutenu par ce contrôle incessant, le médecin garde l'habitude de préciser et d'affirmer son diagnostic, de baser le traitement sur les indications ; il ne se contente pas de ces désignations vagues et de cette thérapeutique par à peu près, qui suffisent à beaucoup de médecins. On comprend, par là, l'estime que le public conserve en général pour les médecins des hôpitaux, et l'on ne peut que regretter les méfiances et les tracasseries dont ils sont trop souvent l'objet de la part de l'administra-

tion. Surveillé par le concierge qui note l'heure de son arrivée, le moment de son départ, le médecin n'a pas même dans son service l'autorité qui semble pourtant indispensable à sa position. Il ne peut, sans l'agrément du directeur, recevoir ou renvoyer un malade, et l'on voit parfois des directeurs, trop jaloux de leurs droits, maintenir des malades dans un service, malgré le médecin qui en est chargé. Cette ingérence administrative se retrouve jusque dans les plus petits détails et, par sa répétition, finit quelquefois par devenir fatigante; le plus souvent cependant, le médecin néglige ces ombres du tableau, et c'est presque toujours avec regret qu'il se voit, à 65 ans, obligé de quitter son service d'hôpital. Cette limite d'âge est fixée à 63 ans pour les chirurgiens.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux, après leur nomination au concours, sont d'abord chargés de faire les consultations du Bureau central et de remplacer les titulaires de chaque service, absents pour une raison quelconque; plus tard, au fur et à mesure des vacances qui se produisent, ils ont à leur tour un service, dans l'ordre de leur nomination.

Les *internes en médecine* ou en *chirurgie*, comme leurs chefs de service, ne reçoivent pas toujours tous les égards auxquels ils pourraient prétendre; mais l'importance des avantages qu'ils trouvent par d'autres côtés dans leur position fait que le titre d'interne des hôpitaux de Paris est toujours, et avec juste raison, très-recherché.

Ils sont nommés pour 4 ans et touchent 500 fr. la première et la seconde années, 600 fr. la troisième, et 700 fr. la quatrième; ils ne recevaient, il y a quelques années encore, que 400 fr. la première année. Certains d'entre eux sont logés et de plus chauffés et éclairés, mais d'une façon fort insuffisante pour peu qu'ils travaillent le soir; car ils ont droit, pour l'année, à 2 stères de bois et 7 kilog. d'huile. Ceux qui ne sont pas logés reçoivent pour subvenir à ces diverses dépenses, 400 fr. pour l'année.

L'administration aurait tout intérêt à retenir les internes à l'hôpital, pour les cas où il se présente dans la journée une opération, un accouchement difficile, etc. — Elle semble d'ailleurs disposée à entrer dans cette voie, et à loger les internes d'une façon convenable. Il n'en a pas toujours été ainsi, et il n'y a pas bien longtemps encore que l'hôpital Saint-Louis, par exemple, pouvait montrer des générations spontanées et surtout intempestives de champignons, dans des chambres destinées à être habitées par des internes.

L'interne est l'assistant le plus direct du chef de service; il suit la visite du matin, et fait lui-même le soir une contre-visite. Les internes sont chacun à tour de rôle, de garde à l'hôpital, pour parer aux accidents les plus pressés, pour recevoir les malades urgents, etc.— En dehors même de leurs jours de garde, ils sont d'ailleurs intéressés à quitter le moins possible l'hôpital, où se trouvent, pour eux, tant d'éléments d'instruction. S'ils habitent en ville, ils négligeront parfois trop souvent de faire le soir la contre-visite, qui est, en quelque sorte, un des priviléges les plus précieux de l'internat. Obligés d'examiner les malades entrés dans la journée, d'étudier les phénomènes nouveaux qui ont pu se produire chez les anciens malades du service, ils se trouvent là véritablement aux prises avec les difficultés de la clinique; aussi les professeurs de la Faculté, chargés des examens de doctorat, reconnaissent-ils immédiatement un élève ordinaire et un interne qui a fait ses visites du soir.

Si les internes n'habitent pas l'hôpital, ils ne peuvent plus profiter des faits intéressants qui se présentent dans la journée ou pendant la nuit; ils en arrivent parfois à ne plus faire leurs gardes, et laissent perdre de la sorte des occasions de s'instruire; en outre, ils prêtent ainsi le flanc aux critiques de l'administration, qui semble quelquefois assez disposée à les encourager dans leurs écarts; sans vouloir, en effet, enlever aux internes la possibilité de se faire remplacer par un externe dans un cas donné, on ne peut que regretter les facilités accordées à ce sujet par certains directeurs (et ce sont justement les plus autoritaires qui en usent ainsi). C'est là le plus souvent un piége, dans lequel les internes ont quelquefois le tort de se laisser tomber.

Pour augmenter les ressources scientifiques dont ils disposent à l'hôpital, les internes de plusieurs hôpitaux ont eu l'idée de créer des *bibliothèques*, qui s'accroissent chaque année par les collections de journaux envoyés gratuitement à la salle de garde, par les dons volontaires, et les subventions accordées à la plupart d'entre elles par le Conseil municipal. Cette institution des bibliothèques, dont la création remonte à quelques années seulement (1), ne saurait être trop encouragée.

On le voit, par cet exposé sommaire, les internes trouvent à l'hôpital des éléments d'instruction et spécialement d'instruction clinique, qu'ils ne trouveraient point ailleurs. Mais, en revanche, les soins empressés qu'ils donnent aux malades, le dévouement dont ils sont parfois les victimes, le zèle avec lequel ils peuvent, à juste titre, se flatter de remplir leurs fonctions, devraient suffire à payer l'administration des quelques sacrifices qu'elle s'impose pour eux. Nous ne croyons pas qu'elle fasse entrer en ligne de compte les prix qu'elle donne à la fin de l'année à quelques-uns d'entre eux.

Au mois de novembre, en effet, les internes sont *invités* à concourir pour des récompenses, qui sont généralement disputées par un très-petit nombre de concurrents. Les internes de première et de seconde années ont à se partager un prix (médaille d'argent), un accessit (des livres) et deux mentions. Ceux de la première division (3e et 4e année) ont devant eux un prix (médaille d'or), un accessit (médaille d'argent) et deux mentions. La médaille d'or donne, de plus, droit à deux années supplémentaires d'internat. Les internes attachent généralement peu d'importance à ces sortes de récompenses, et la médaille d'or, qui seule présente quelque attrait, n'est le plus souvent disputée que par 3 ou 4, quelquefois par 2 concurrents. Cela ne veut pas dire que les internes ne travaillent pas. Cela veut dire seulement qu'ils préfèrent travailler autrement, et ne pas absorber, dans la préparation d'un concours, un temps qu'ils peuvent employer d'une façon beaucoup plus utile.

Il y aurait lieu d'examiner s'il ne conviendrait pas de modifier les conditions de ce concours, et, par exemple, de transformer les deux années supplémentaires d'internat en bourse de voyage, etc., etc., mais c'est là un sujet dont la dis-

---

(1) Bicêtre (juin 1865), la Salpêtrière (octobre 1866), Saint-Louis, Saint-Antoine, Cochin, la Pitié (janvier 1869), la Charité (mai 1869), Hôtel-Dieu (1873), etc.

cussion nous entraînerait trop loin. Nous ferons seulement remarquer, pour le moment, que si les récompenses sont peu disputées, les internes concourent cependant tous pour les prix. En effet, ceux de seconde année, pour être autorisés à continuer leur internat, sont tenus de faire un simulacre de concours. Il en est de même des internes de 4e année qui veulent plus tard concourir pour le Bureau central. S'ils négligent cette formalité puérile (car ce n'est rien autre chose en vérité), et alors même qu'ils auraient mérité tous les éloges possibles dans le reste de leur internat, ils sont assimilés à de simples docteurs et doivent subir un stage de 4 ans, avant d'avoir le droit de se présenter au concours; on oublie, à ce qu'il semble, que les internes qui ont fait 4 années dans les hôpitaux avaient souvent commencé leurs études en même temps que d'autres étudiants qui, négligeant l'internat, ont pu se faire recevoir docteurs 3 ou 4 ans plus tôt. Cette mesure, qui atteint actuellement un certain nombre d'anciens internes, ne sera probablement d'ailleurs guère appliquée maintenant; car, prévenus par la mésaventure arrivée à leurs collègues, les internes accorderont à l'administration la satisfaction d'un pseudo-concours, à moins qu'une maladie survenue au moment voulu ne les dispense d'une corvée d'ailleurs peu gênante et pénible tout au plus pour l'amour-propre de gens qui ne savent pas tromper.

Nous aurions voulu parler plus longuement de l'internat; car c'est le but vers lequel doit tendre tout étudiant en médecine; forcé de nous limiter, nous ajouterons seulement ces quelques mots qui donnent de l'internat, à un point de vue particulier, une appréciation dont la fidélité ne sera contestée par personne.

« L'internat constitue dans son apparente modestie, une des plus belles et des plus utiles de nos institutions médicales..... Le titre d'interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris est devenu depuis longtemps, pour tous ceux qui le portent, un honneur commun, qui établit entre eux une sorte de fraternité, par laquelle, rattachés les uns aux autres, quelles que soient leur patrie et leurs conditions d'âge, de rang ou de fortune, ils se considèrent comme les enfants d'une même famille (1). »

A côté des internes, et destinés à les remplacer pendant leur absence, prennent place les *internes provisoires*. Ce sont les candidats qui, sur la liste de classement qui termine le concours de l'internat, font suite aux titulaires; souvent même plusieurs des premiers provisoires ont eu le même point que les derniers titulaires. Ils remplissent les fonctions d'interne, mais n'en ont point le titre, et doivent à la fin de l'année concourir de nouveau; or, trop souvent, il arrive que, s'étant endormis dans l'illusion de la position conquise, les malheureux provisoires subissent un échec à ce nouveau concours.

On a été, à cause de cela, jusqu'à conseiller aux candidats de se retirer du concours, s'ils voient qu'ils ne peuvent arriver titulaires, et de rester externes plutôt que de devenir provisoires. C'est là une erreur; car beaucoup de provisoires deviennent titulaires, et souvent même occupent les premiers rangs de leur promotion; il leur suffit pour cela de ne point perdre de vue la perspective du futur concours, quelque désagréable qu'elle puisse être. Ils profitent d'ailleurs, pendant qu'ils remplacent les internes, de tous les avantages de ceux-ci, et ceux qui ont su utiliser sérieusement cette année, se trouvent, à la fin de leur internat, avoir fait 5 années au lieu de 4.

L'*externat* n'est que la première étape de l'internat, et n'a par lui-même que peu d'importance. Les externes d'un service sont cependant mieux placés que les stagiaires pour profiter de leur séjour à l'hôpital. Ils prennent les observations des malades, soit seuls, soit sous la direction des internes, aident ceux-ci dans les pansements difficiles et font, eux-mêmes, les pansements de moindre importance. Sans doute, l'externat n'est pas un but, ce n'est qu'un moyen, mais un moyen qui, bien employé, conduit à l'internat. Au concours, en effet, les juges savent parfaitement distinguer les candidats qui ont suivi avec fruit les visites de l'hôpital, et ceux qui se sont contentés de signer la feuille de présence; car l'examen sérieux des malades est aussi indispensable pour bien décrire une maladie que la dissection pour l'anatomie.

Les externes des hôpitaux du centre (Hôtel-Dieu, Charité, Pitié, Cliniques) ne sont pas payés. Ceux des hôpitaux excentriques reçoivent un franc par chaque jour de présence, constatée par la signature. Dans les hôpitaux semi-excentriques (Cochin, Necker, Enfants malades, etc.), les externes se partagent, dans chaque service, une somme de 300 fr. par an.—Les externes sont nommés pour trois ans.

Nous aurions maintenant à parler des attributions des *prosecteurs* nommés au concours, parmi les internes en exercice ou les docteurs; mais ces attributions, ainsi que les conditions du concours, différant peu de celles que nous aurons plus tard à étudier à la Faculté, nous renvoyons ce sujet jusqu'à cette époque.

Nous laissons également de côté le *service pharmaceutique*, sur lequel il y aurait beaucoup à dire, et qui exigerait un remaniement complet.

Nous arrivons actuellement, après ce préambule un peu long, mais nécessaire, à l'examen des conditions des concours. Nous prendrons dans cet examen un ordre inverse de celui qui nous a guidé jusqu'à présent, c'est-à-dire que nous suivrons les candidats, de l'Externat au Bureau central, en passant par l'Internat.

Le *concours de l'externat* commence généralement dans les premiers jours d'octobre et se continue jusque vers la fin de décembre. Les candidats ont à subir deux épreuves orales, portant l'une sur l'anatomie, l'autre sur la petite chirurgie et les éléments de la pathologie. Nous publions plus loin (page 811), la liste des questions traitées dans les derniers concours. Cette liste peut *donner une idée* du genre de questions qui sont ordinairement posées; mais si l'on se borne à la suivre, on s'expose, ainsi que cela est arrivé tout récemment, à négliger l'étude de muscles fort importants, tels que les dentelés, les péroniers, les muscles de la main, etc., sous prétexte qu'ils n'ont pas été donnés dans les concours précédents.

Vingt candidats sont appelés le même jour à subir l'épreuve, pour laquelle il leur est accordé 5 minutes, après 5 minutes de réflexion. A la fin de la séance, le jury attribue à chaque candidat un certain nombre de points, pour lesquels le maximum est de 20, mais dont le chiffre oscille généralement entre 10 et 18. Le jury se compose de 4 mé-

(1) *Annuaire de l'Internat*, avant-propos. Nous profitons de l'occasion qui se présente pour regretter que cet annuaire de l'internat n'ait pas été continué et tenu au courant.

decins et de 3 chirurgiens du Bureau central, pris ordinairement parmi ceux nommés aux derniers concours.

Les étudiants font en général peu de frais pour se préparer au concours de l'externat ; c'est en disséquant qu'ils apprennent les os, les articulations ou les muscles qu'ils auront à décrire ; et c'est à l'hôpital qu'ils se préparent à la seconde épreuve. Quelques-uns, plus avisés, font cependant des conférences, analogues à celles dont nous parlerons pour l'internat ; c'est là, est-il besoin de le dire, une excellente chose, qui leur évitera de rester court au milieu d'une question, que cependant ils possèdent, et leur permettra de donner plus d'intérêt à leur épreuve.

Le *concours de l'internat* a lieu à peu près à la même époque que celui de l'externat. Il débute par une composition écrite durant deux heures, et portant sur l'anatomie et la pathologie médicale ou chirurgicale. La question est tirée au sort parmi trois questions choisies par le jury. Cette année, outre la question traitée par les candidats (*vaisseaux sanguins du poumon ; gangrène pulmonaire*), il y avait encore : *muqueuse linguale, cancer de la langue* et *vaisseaux du rein, accidents de la lithiase rénale*. (Voyez page 812, la liste des questions données aux derniers concours).

Dans les séances suivantes, les candidats lisent eux-mêmes leur composition devant le jury, et reçoivent à la fin de la séance une note, qui varie surtout de 20 à 28 (maximum : 30). Lorsque la lecture des compositions est terminée, les candidats sont classés d'après les points obtenus ; les uns sont éliminés, les autres, au nombre d'une centaine en général (3 pour 1 place), sont admis à subir la seconde épreuve. Cette épreuve consiste en une question d'anatomie et de pathologie, qui doit être traitée oralement en 10 minutes, après 10 minutes de réflexion. Le maximum des points attribués à cette épreuve est de 20. — Le jury se compose de 4 médecins et de 3 chirurgiens, tirés au sort parmi les médecins et chirurgiens du Bureau central ou des hôpitaux, titulaires ou honoraires.

A la fin du concours, les candidats sont classés d'après les points qu'ils ont obtenus. Les 35 ou 40 premiers (car le nombre des internes varie chaque année de 35 à 40 ou 42) sont nommés internes.

Les quatre premiers sont *lauréats* du concours des prix de l'Externat, qui se confond avec le concours pour l'Internat. Le premier reçoit une trousse de la valeur de 300 fr., et touche, dans sa première année, une rente de 800 fr., indépendamment de la somme qui lui est allouée comme aux autres internes. En outre, il reçoit quelques livres, ainsi que le candidat placé le second sur la liste.

Un certain nombre des candidats classés à la suite des internes titulaires, sont nommés internes provisoires. L'administration en réclame ordinairement environ une trentaine, mais ce chiffre trop considérable au commencement de l'année, devient tout à fait insuffisant au moment des vacances. Nous ignorons le motif qui empêche d'en désigner un plus grand nombre ; d'autant mieux que la nomination d'interne provisoire ne constitue pas un titre, et oblige quand même ceux qui le portent à concourir de nouveau. Nous avons déjà du reste insisté à plusieurs reprises sur ce point dans le *Progrès Médical*. Le concours de l'internat est très-sérieux, et réclame une préparation longue et pénible. Les candidats doivent non-seulement connaître d'une façon précise l'anatomie, et posséder en pathologie des notions assez étendues, mais ils doivent encore s'attacher à présenter la question sous une forme convenable et même attrayante. Car, on conçoit facilement, que sur 150 ou 200 candidats qui viennent tour à tour lire leur composition, le jury prenne plus d'intérêt à ceux qui, sans négliger le fond, ont su donner à leur travail un certain cachet d'originalité. Il n'est pas moins nécessaire qu'ils s'attachent à *bien* lire, sans précipitation et sans hésitation.

Les candidats à l'internat, pour se préparer au concours, suivent ordinairement une *conférence*, ou en d'autres termes se réunissent en nombre plus ou moins grand, sous la direction d'un interne, pour s'exercer à traiter des questions analogues à celles qui seront données au concours. Ils prennent là l'habitude d'un travail régulier, qui les force à étudier tous les sujets indistinctement ; en outre, ils se débarrassent peu à peu du laisser-aller et des incertitudes qui caractérisent généralement le candidat à l'externat, et arrivent à traiter une question quelconque avec méthode et parfois même de façon à rendre intéressant le sujet le plus ingrat ou le plus vulgaire.

Les étudiants sont souvent embarrassés dans le choix d'une conférence et se décident les uns pour une conférence peu nombreuse, les autres pour une grande réunion. Les premiers ont plus souvent la parole ; mais, à côté de cet avantage, ils en perdent d'autres qui se rencontrent plus particulièrement dans les grandes conférences. Là, en effet, la discussion est souvent plus fructueuse ; car les argumentateurs sont à la fois plus nombreux et souvent plus instruits. Il est d'ailleurs facile de combiner les deux choses. Les candidats suivant une conférence nombreuse peuvent, en outre, se réunir par petits groupes, et s'exercer individuellement en dehors des réunions hebdomadaires de la conférence. Cette méthode mixte est certainement préférable aux deux autres plus exclusives.

Le *concours des prix de l'Internat* a lieu au commencement de novembre. Les candidats sont partagés en deux divisions, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Les épreuves sont les suivantes : 1° une composition écrite de deux heures portant sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie ; — 2° une épreuve orale de pathologie externe (10 minutes) ; — 3° une épreuve orale de pathologie interne (10 minutes) ; — 4° les candidats de la première division (internes de 3e et 4e années) doivent en outre déposer avant le 15 août, un mémoire original sur un sujet qu'ils ont choisi, et qui repose en général sur les observations recueillies pendant le cours de l'Internat. Beaucoup de ces mémoires sont fort intéressants, et souvent sont utilisés par les candidats pour leur thèse inaugurale, ou publiés dans les journaux. Les points attribués aux différentes épreuves sont les suivants (au maximum) : 30 points pour la composition écrite ; 40 points pour le mémoire (cette note est généralement donnée avant les épreuves orales). Chacune des épreuves orales comporte un maximum de 20 points.

Mentionnons également ici le *concours pour le prix Civiale*. Ce prix institué par Civiale est donné tous les deux ans au meilleur mémoire présenté par un interne en exercice, et portant sur un point de la pathologie des voies génito-urinaires. Il est de la valeur de 1000 fr.

Dans les considérations qui précèdent, nous avons attri-

buée une importance prépondérante à l'Externat et à l'Internat, car ce sont les concours qui intéressent plus spécialement les étudiants en médecine, auxquels nous nous adressons surtout ici. Nous dirons cependant, pour finir, quelques mots des concours du Bureau central.

Le *concours pour le Bureau central* (*médecine*) comprend 5 épreuves : trois épreuves d'admissibilité, deux épreuves définitives. Ces épreuves sont les suivantes : — 1° leçon de 15 minutes sur un malade, pour l'examen duquel il est accordé 10 minutes ; 5 minutes de réflexion séparent ces deux phases de la première épreuve ; — 2° Leçon de 20 minutes après 20 minutes de préparation sur une question de pathologie interne ; — 3° Consultation écrite sur un malade après 10 minutes d'examen. Trois quarts d'heures sont donnés pour rédiger la consultation.

Chacune des épreuves éliminatoires comporte un maximum de 20 points. — L'élimination a lieu après chaque épreuve lorsque le nombre des candidats dépasse 24, ce qui a toujours lieu dans les concours de médecine où il y a généralement de 30 à 40 candidats pour 2 ou 3 places. Ainsi, après la première épreuve, on élimine au moins le quart des candidats, de sorte qu'il suffit d'un diagnostic malheureux pour remettre à un concours suivant un candidat parfois très-sérieux, mais auquel les réponses évasives du malade, ou le trouble inhérent à l'épreuve elle-même ont fait commettre une erreur de diagnostic. Ne vaudrait-il pas mieux faire cette élimination seulement après la deuxième épreuve, dans laquelle les surprises ne sont plus autant à redouter ?

Du reste, après cette seconde épreuve, a lieu une nouvelle élimination comprenant encore le quart des candidats restants. Enfin, après la troisième, a lieu l'élimination définitive, après laquelle on conserve seulement 5 candidats pour une place, 8 candidats pour deux places, et 10 candidats pour trois places.

Les épreuves définitives consistent en : 1° une composition écrite de 3 heures sur un sujet de pathologie interne, comportant forcément d'après les termes du règlement, une question d'anatomie pathologique ; 2° une leçon de 30 minutes sur deux malades pour l'examen desquels le candidat a eu 20 minutes. C'est là, par excellence, l'épreuve terrible du concours, le casse-cou, qui plus d'une fois a coûté leur nomination à des candidats arrivés près du but, et déjà presque assurés du succès.

Pour le *concours des chirurgiens*, les épreuves sont à peu près les mêmes ; il y a, de plus, une épreuve de médecine opératoire, très-importante ; et une autre modification porte sur l'épreuve des deux malades qui est supprimée et remplacée par l'épreuve sur un seul malade. Le nombre des candidats en chirurgie étant généralement inférieur à 20, il n'y a d'élimination qu'après la troisième épreuve ; il résulte de là une appréciation plus fidèle du mérite des candidats, qui n'ont plus autant à craindre les hasards du concours, et peuvent, par une épreuve supérieure, se relever d'une première épreuve médiocre.

Les candidats ne doivent d'ailleurs point se décourager lorsqu'ils ne sont pas nommés aussi vite qu'ils l'avaient espéré d'abord ; les plus heureux n'arrivent guère qu'après 3 ou 4 concours, très-rarement au premier ou au deuxième, et les exemples ne manquent pas de médecins très-distingués qui ont subi 10 ou 12 concours.

Arrivé au terme de cette excursion dans le domaine des concours des hôpitaux, nous voudrions avoir réussi à convaincre les étudiants qui débutent dans la carrière, de l'importance qu'il y a pour eux à ne jamais perdre de vue ce but qui s'offre à leur ambition. Ils doivent faire tous leurs efforts pour arriver à l'externat et à l'internat, et une fois internes, ils ne doivent pas encore s'arrêter, mais tâcher d'atteindre au plus haut degré de l'échelle. L'institution des concours n'est sans doute point parfaite ; elle présente quelques inconvénients, résultant d'ailleurs beaucoup moins de la nature même du concours que de vices dans l'application ; mais à côté de cela, elle offre des avantages incontestables. Parfois, et surtout dans les concours les plus élevés, on voit arriver des candidats qui n'étaient point désignés par l'opinion publique, mais il faut se dire, alors, que ces candidats favoris seraient arrivés bien plus tôt encore et plus facilement si le concours n'existait pas.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Année scolaire 1877-1878.)

Les Cours d'Hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 5 Novembre.

Physique médicale, M. Gavarret. — Physique générale. — Electricité. — Acoustique. — Météorologie. Mercredi, vendredi, à midi.
— Physique biologique. — Phénomènes physiques de la vision. Lundi, à 5 heures (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale, M. Jaccoud. — Maladies infectieuses. — Maladies constitutionnelles. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures.

Anatomie, M. Sappey. — Les appareils de la digestion, de la respiration et de la génération. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Pathologie et thérapeutique générales, M. Chauffard. — *Pathologie générale* : Continuation de l'étude des éléments morbides communs. — *Thérapeutique générale*. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Chimie médicale, M. Wurtz. — Chimie médicale. Jeudi, samedi, à midi.
— Chimie biologique. —Phénomènes chimiques de la digestion. Mardi, à 4 heures (petit amphithéâtre.)

Pathologie chirurgicale, M. Trélat. — Les hernies. — Maladies des organes génito-urinaires. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures.

Opérations et appareils, M. Léon Le Fort. — Opérations générales. — Thérapeutique des maladies des vaisseaux, des os et des articulations. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Histologie, M. Robin, suppléé par M. Cadiat, agrégé. — Etude des tissus et des systèmes organiques (2e *partie du programme imprimé*). Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (petit amphithéâtre.)

Histoire de la médecine et de la chirurgie, M. Parrot. — Histoire de quelques maladies épidémiques. — Variole et vaccine. — Rougeole. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Cliniques médicales, M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Lasègue, à la Pitié, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Hardy, à la Charité, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Potain, à l'hôpital Necker, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Clinique des maladies mentales, M. Ball, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Cliniques chirurgicales, M. Gosselin, à la Charité: tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Broca, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, tous les jours de 8 à 10 heures du matin,
— M. Verneuil, à la Pitié; tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Clinique d'accouchements, M. Depaul, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Cours cliniques annexes.

....

....

La Faculté protestant contre les nominations qui ont été faites par un ministère d'occasion, nous ne pouvons donner ici l'organisation de ces cours.

Cours complémentaire des maladies mentales.

....

(Voir la remarque ci-dessus).

Ecole pratique.

Les exercices de dissection commenceront à l'Ecole pratique le lundi, 22 octobre. — M. Sée, chef des travaux anatomiques, ouvrira son cours le 6 novembre. Il traitera des questions suivantes : Abdomen et membres. (Suite du Cours d'anatomie appliquée.)

MM. les prosecteurs et les aides d'anatomie feront des cours à l'Ecole pratique. Une affiche indiquera ultérieurement l'ouverture et le programme de ces cours.

Semestre d'hiver. — Division des études.

Première année : Chimie médicale, physique médicale, anatomie.

Deuxième année : Anatomie, histologie, dissections.

Troisième année : Anatomie, histologie, dissections, médecine opératoire, opérations et appareils, pathologie interne et pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale.

Quatrième année : Pathologie interne et pathologie externe, pathologie générale, médecine opératoire, cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale.

Avis. — *Inscriptions du 4e trimestre de l'année 1877 (1er trimestre de l'année scolaire 1877-1878). Consignations pour les examens. Travaux de dissection.*

1° Inscriptions. — Le registre, pour les inscriptions du 4e trimestre de l'année 1877 (1er trimestre de l'année scolaire 1877-1878), sera ouvert du 16 octobre au 15 novembre inclusivement. Les inscriptions seront reçues au secrétariat les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 9 heures à 11 heures du matin, et de 1 heure à 4 heures. Passé le 15 novembre, nulle inscription ne pourra être prise sans une autorisation spéciale accordée, suivant les cas, soit par M. le Recteur de l'Académie de Paris, soit par M. le Ministre de l'instruction publique.

2° Consignations. — Les consignations pour les examens seront reçues, à partir du 19 octobre, le vendredi et le samedi de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures.

3° Exercices de dissection. — Les exercices de dissection commenceront à l'Ecole pratique, le lundi 22 octobre. MM. les Etudiants qui doivent prendre part à ces exercices devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, à partir du 19 octobre, les vendredi et samedi de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures, et acquitter, en même temps, les droits réglementaires. Chaque Etudiant recevra, en outre de la quittance détachée du registre à souche attestant le payement des droits, une carte spéciale d'admission à l'Ecole pratique.

4° Cartes d'étudiants. — Les cartes d'étudiants seront délivrées au secrétariat, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions. MM. les Etudiants sont invités à réclamer ces cartes qui sont spéciales à l'année scolaire 1877-1878 et à déposer, en même temps, les cartes dont ils sont porteurs et qui s'appliquent à l'année dernière.

Les élèves qui commencent leurs études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat, jusqu'au 1er novembre : 1° leur acte de naissance, dûment légalisé ; — 2° un certificat de bonne vie et mœurs ; — 3° le diplôme de bachelier ès-lettres ; — 4° s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. *Ceux d'entre eux, dont les parents ou tuteurs ne résident point à Paris devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse au registre ouvert à cet effet.* Avant de prendre leur troisième inscription, les étudiants devront justifier du *diplôme de bachelier ès-sciences restreint.*

Les aspirants au titre d'officier de santé sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès-sciences ou celui de bachelier ès-lettres ; mais ils devront justifier du *certificat de grammaire*, obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

Semestre d'été.

Voici la liste des professeurs qui font leur cours pendant le semestre d'été : M. Charcot (*anatomie pathologique*) ; — M. Béclard (*physiologie*); — M. Peter (*pathologie médicale*) ; — M. Guyon (*pathologie chirurgicale*); — M. Regnauld (*pharmacologie*) ; — M. Bouchardat (*hygiène*) ; — M. Vulpian (*pathologie comparée et expérimentale*) ; — M. Baillon (*histoire naturelle médicale*) ; — M. Gubler (*thérapeutique et matière médicale*) ; — M. Tardieu (*médecine légale*) ; — M. Pajot (*accouchements*).

Jardin botanique et laboratoire d'histoire naturelle. Directeur : M. le professeur Baillon ; — Préparateur des cours : M. Mussat ; — Préparateur du laboratoire : M. Faguet. — Le *Jardin botanique*, situé rue Cuvier, n° 12, est ouvert du 15 mars au 1er novembre, sauf les dimanches et les jours fériés, de 6 heures du matin à 6 heures du soir. Le doyen de la Faculté, A Vulpian.

Avis a mm. les étudiants. Le *doyen* reçoit MM. les étudiants dans son cabinet tous les lundis de 10 heures à 11 heures, et le secrétaire les lundis, mercredis et vendredis, de 8 heures à 11 heures. MM. les internes seront reçus les lundis et vendredis, de 2 à 4 heures.

Musées. — 1° *Musée Orfila*, à l'Ecole de médecine, consacré à l'anatomie normale et à la zoologie, Il est ouvert de 11 h. du matin à 4 h. *Conservateur :* M. Houel. Nous apprenons que la Faculté est décidée à donner à ce musée une importance que depuis longtemps il avait perdue.

2° *Musée Dupuytren*, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole de Médecine. *Conservateur* : M. Houel. — Ce musée, consacré à l'anatomie pathologique, est ouvert tous les jours de 11 h. à 3 h. — On pourrait sans inconvénient ne le fermer que plus tard : à 4 h. en hiver et à 5 h. en été. Ce musée, de même que le précédent, est loin d'être à la hauteur des exigences de l'enseignement. Beaucoup de pièces anatomiques, destinées au musée, font un séjour trop prolongé dans les salles de préparation et de macération.

Bibliothèque. — La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte de 11 h. du matin à 5 h. du soir et de 7 h. 1/2 à 10 h. du soir. Il serait vivement à désirer que la bibliothèque restât ouverte jusqu'à 6 h. du soir, car le temps qui s'écoule entre l'heure actuelle de la fermeture (5 heures) et celle du dîner est à peu près perdue pour les étudiants. Depuis quelques mois, grâce à notre insistance, les ouvrages récents et les journaux de médecine sont mis à la disposition des étudiants aussitôt après leur apparition. — *Bibliothécaire* : M. Chéreau; — *Bibliothécaires-adjoints* : MM. Corlieu et Hahn ; — *Sous-bibliothécaires :* MM. Petit et Thomas.

En attendant la construction de ses nouveaux bâtiments, la Faculté a eu l'heureuse idée d'utiliser les maisons expropriées, rue de l'Ecole de médecine, jusques et y compris l'ancien café de la Rotonde, et d'y installer provisoirement : au rez-de-chaussée, un vaste laboratoire de chimie, au 1er étage des salles d'examen, ce qui rendra libre le Musée Orfila. De plus, on a installé dans l'ancienne maison Chardon, rue Hautefeuille, au rez-de-chaussée, une salle pour les épreuves d'anatomie et de médecine opératoire, le laboratoire de thérapeutique ; au 1er, le laboratoire de pathologie expérimentale ; enfin, le 2e étage sert de dépôt à une immense quantité de livres autrefois entassés dans des greniers.

Ecole pratique de la Faculté.

Anatomie et médecine opératoire. — Des sept pavillons consacrés aux dispositions, six appartiennent à l'enseignement officiel et un, le 7e, aux professeurs libres. — Chef des travaux anatomiques, M. Marc Sée. — Prosecteurs, MM. Humbert, Reclus et Richelot. — Aides d'anatomie, MM. Peyrot, prosecteur, Campenon, Duret et Kirmisson. M. Segond n'entrera en fonctions que le 1er avril 1878.

Chacun d'eux fait des cours théoriques et pratiques qui sont gratuits. Toutefois les prosecteurs et les aides d'anatomie ont la possibilité d'avoir un certain nombre d'élèves payants. Il serait préférable qu'on augmentât leur traitement, afin qu'ils puissent se consacrer exclusivement aux étudiants qui travaillent sous leur direction. Cela serait d'autant plus juste que pour être admis dans les pavillons de dissections, les étudiants en médecine payent à la Faculté 20 fr. pour la saison d'hiver et 10 fr. pour celle d'été. Cependant il serait juste de permettre aux prosecteurs et aux aides d'anatomie d'avoir des élèves payants en dehors des heures réglementaires.

Liste des prix de la Faculté de Médecine.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille d'or de 400 francs. Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies au numéro du lit qui lui a été désigné ; 2° la réponse à la question proposée. Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître. Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il juge digne d'obtenir ces médailles.

Prix Monthyon. — Le prix Monthyon, qui consiste en une médaille de vermeil et une somme de 300 francs en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté, avant le 1er juillet.

Prix Chateauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Chateauvillard, née Sabatié, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année par la Faculté de médecine de Paris au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Frémont. — M. Joseph Girod de Vienney, baron de Frémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Parmi nos 4,000 étudiants, il y en a malheureusement un grand nombre qui se trouvent dans les conditions énoncées dans le legs de M. le baron de Frémont. Il serait donc bien désirable que ce donateur généreux pût trouver des imitateurs. Par décret du 8 septembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté. Les candidats doivent se faire inscrire avant le 1er juillet de chaque année, au secrétariat de la Faculté, où il sera donné en même temps l'indication des pièces à fournir.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé tous les deux ans au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite, alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire désigne à M. le Ministre celles qui lui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable).

LABORATOIRES.

Laboratoires de la Faculté. — *Histologie normale* : professeur, M. Ch. Robin; sous-directeur : M. Cadiat; préparateur, M. Hermann. Une fois par semaine, le jeudi, pendant l'hiver, démonstrations pratiques gratuites. — *Physiologie*, professeur, M. Béclard; préparateur, M. Laborde. — *Anatomie pathologique*, professeur, M. Charcot; préparateur, M. Gombault ; aide, M. Brissaud. — *Pathologie expérimentale*, professeur, M. Vulpian ; préparateur, M. Bochefontaine. — *Thérapeutique* : professeur, M. Gubler ; préparateur, M. Leblanc. — *Chimie biologique* : préparateur, M. Gautier ; aide, M. Danlos. — *Pharmacologie* : professeur, M. Régnauld ; préparateur, M. Hardy.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguïté des emplacements, et de la parcimonie des distributeurs du budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux médecins et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses ; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur-directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution ; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires. Il y a encore le laboratoire de chimie de la Faculté où les élèves sont admis gratuitement, mais doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

Laboratoire de l'Hôtel-Dieu. — Ce laboratoire, annexé aux cliniques médicales de la Faculté, à l'Hôtel-Dieu, sera ouvert le 1er janvier 1878. Les élèves y sont exercés à l'étude pratique de l'anatomie pathologique, de la physiologie pathologique et de la chimie organique élémentaires, sous la direction de MM. Debove, directeur du laboratoire, E. Hardy, chef adjoint des travaux chimiques. Ce laboratoire, réorganisé par les professeurs Sée et Richet, paraît ne rien laisser à désirer, au point de vue de l'installation, grâce au concours bienveillant de l'administration hospitalière.

Laboratoire de l'hôpital des Cliniques. — Chef de Laboratoire, M. Latteux. — Aides, MM. Galippe et Planteau.

Laboratoire de la Pitié. — Chef de Laboratoire, M. Nepveu.

Laboratoire de la Charité. — Aux cliniques chirurgicale et médicale est attaché un laboratoire d'examen et de recherches histologiques et chimiques, accessible à tous les élèves qui en feront la demande. Chef des travaux anatomo-pathologiques : M. X. — Chef des travaux chimiques : M. Daremberg. — Aides et préparateurs : MM. Moindrot et Bergeron.

Amphithéâtre d'Anatomie des hôpitaux.

La réouverture de cet établissement a eu lieu le 15 octobre : les pavillons de dissection sont mis à la disposition des élèves pour l'étude de l'anatomie. L'amphithéâtre de Clamart, comme on l'appelle le plus souvent, a été spécialement créé pour les élèves de l'Assistance publique, internes et externes : mais tous les étudiants sont admis à suivre les cours qu'on y fait sur les sciences anatomiques. Il est situé rue du Fer à Moulin.

Les cours commenceront cette année dans la première semaine de novembre : M. le dr Tillaux, directeur de l'amphithéâtre de Clamart, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, reprendra ses leçons d'anatomie topographique en commençant par l'étude des diverses régions de la tête. Le cours a lieu tous les lundis et vendredis, à 4 heures de l'après-midi. M. Schwartz, prosecteur, fera le cours d'anatomie descriptive, les mardis et jeudis, à 4 heures. — M. le dr Henriet, prosecteur, fera le cours de physiologie, les mercredis et samedis, à 4 heures. — M. le dr Grancher, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire d'histologie, commencera cette année son cours par l'étude des voies respiratoires. L'administration met à la disposition des élèves des microscopes et des réactifs pour l'étude de l'histologie. Le cours d'histologie se fait les mardis et vendredis, à 2 heures. Nous rappellerons, en outre, que le Musée d'anatomie normale et pathologique de Clamart est ouvert tous les jours de 2 heures à 4 heures. La principale richesse de ce musée consiste dans les nombreuses pièces préparées par les concurrents pour le prosectorat de Clamart. Le classement d'un grand nombre de ces pièces a été fait par notre ami M. Duret, maintenant aide d'anatomie de la Faculté. C'est également par ses soins qu'a été dressé le catalogue actuel du musée.

COLLÉGE DE FRANCE

Cours de médecine expérimentale. Professeur, M. Claude Bernard. Les cours commenceront dans le courant de décembre. Pour les jours et heures, consulter l'affiche. Le professeur traitera cette année de la *technique physiologique*. Les démonstrations seront faites par M. d'Arsonval, préparateur du cours.

Cours d'anatomie générale. — M. Ranvier, professeur, commencera son cours dans les premiers jours de décembre (consulter l'affiche pour les jours et heures). Il continuera cette année de traiter de l'histologie du système nerveux.

Laboratoire d'histologie de l'Ecole pratique des hautes études. — Directeur : M. Ranvier. Directeur-adjoint : M. Malassez. Répétiteurs : MM. Chambard et Pitres. Ce laboratoire est spécialement destiné aux personnes qui veulent faire des recherches originales. Il est ouvert toute l'année et toute la journée. On s'inscrit de 2 à 4 heures.

Laboratoire de physiologie de l'Ecole pratique des hautes études (Laboratoire de recherches). — Directeur-professeur : M. Marey. Directeur-adjoint : M le dr François Franck. Ouvert tous les jours de midi à six heures. L'inscription préalable au secrétariat de la Faculté des sciences, constitue la seule formalité *nécessaire*. En outre, cependant le professeur-directeur du laboratoire demande que les élèves aient déjà des connaissances physiologiques suffisantes pour pouvoir entreprendre des *recherches personnelles*.

Ces recherches peuvent porter sur les différents points de la physiologie, mais plus particulièrement sur les phénomènes de mouvement. Les expériences ont, en effet, pour principal moyen de contrôle les appareils enregistreurs. Les travaux du laboratoire sont publiés chaque année dans un volume spécial. Les volumes déjà parus pourront donner une idée de la texture des recherches habituellement faites sous la direction du professeur.

Cours d'histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey, professeur. Consulter l'affiche pour les jours et heures du cours.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE

Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires
Année 1877-1878.

(Médecins et pharmaciens stagiaires.)

Du 1er janvier au 15 novembre.

Clinique médicale. M. Villemin, professeur. Tous les jours, de 8 à 10 h. du matin.

Clinique chirurgicale. M. Gaujot, professeur. Tous les jours, de 8 à 10 h. du matin.

Clinique des maladies vénériennes et cutanées. M. Mathieu, professeur. Mardi, de 8 à 10 h. du matin.

Du 1er mars au 15 novembre.

Ophthalmoscopie. M. Perrin, professeur. Mercredi, de 4 à 5 h. du soir.

Laryngoscopie et Otoscopie. MM. Gaujot et Villemin, professeurs. Mercredi de 3 à 4 h. du soir.

Du 1er février au 1er mai.

Anatomie appliquée. M. Mathieu, professeur. Lundis, mercredis et vendredis, de 2 à 3 h. du soir.

Du 1er mars au 1er juin.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée. M. Marty, professeur. Mardis et samedis, de 2 à 3 h. du soir.

Du 1er mars au 1er juillet.

Epidémiologie. M. Colin, professeur. Lundis et vendredis, de 3 à 4 h. du soir.

Du 1er mai au 15 novembre.

Blessures par armes de guerre. M. Gaujot, professeur. Mardis et samedis, de 4 à 5 h..

Hygiène et médecine légale militaire. M. Vallin, professeur. Mardis et samedis, de 3 à 4 h.

Médecine opératoire. M. Perrin, professeur. Lundis, mercredis et vendredis, de 2 à 3 h. du soir.

Du 1er juillet au 15 novembre.

Législation et administration militaires. M. Delaperrière, professeur. Lundis et vendredis, de 3 h. et demie à 4 h. et demie.

Du 1er mars au 15 novembre.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée. M. Marty, professeur. Mardis et samedis, de 2 à 3 h. du soir.

Du 1er mai au 1er août.

Analyse chimique. M. Burcker, professeur agrégé. Mercredi de 3 h. et demie à 5 h. du soir.

Pharmacie militaire et Comptabilité. M. Burcker, professeur agrégé. Lundi, de 3 h. et demie à 5 h. du soir.

Du 1er mai au 15 novembre.

Hygiène et médecine légale militaires. M. Vallin, professeur. Mercredis et samedis, de 3 à 5 h. du soir.

Du 1er mai au 1er août.

Matière médicale. M. Burcker, professeur agrégé. Vendredi, de 2 h. et demie à 3 h. et demie.

RÉPARTITION DU TEMPS.

MÉDECINS STAGIAIRES.

Tous les jours, de midi à 2 heures. Exercices pratiques. Sous la direction de MM. les professeurs-agrégés.

Dissection. M. Straus, professeur-agrégé, chef des travaux anatomiques.

Diagnostic. M. Lereboullet, professeur-agrégé.

Médecine opératoire. M. Delorme, professeur-agrégé.

Rapport sur la médecine d'armée. M. Laveran, professeur-agrégé.

Anatomie pathologique et histologique. M. Laveran, professeur-agrégé.

Appareils et bandages. M. Paingaud, professeur-agrégé.

Médecine légale militaire. Lacassagne, professeur-agrégé.

Lundi. De 2 à 3 h. Anatomie appliquée. M. Mathieu, professeur ; médecine opératoire, M. Perrin, id. — De 3 h. à 4 h. Epidémiologie. M. Colin, id.— De 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Législation et administration militaires. M. Delaperrière, id.

Mardi. De 2 à 3 h. Chimie appliquée. M. Marty, professeur. — De 3 à 4 h. Hygiène et médecine légale militaires. M. Vallin, id. — De 4 à 5 h. Blessures par armes de guerre. M. Gaujot, id.

Mercredi. De 2 à 3 h. Anatomie appliquée, M. Mathieu, professeur ; Médecine opératoire, M. Perrin, professeur. — De 3 à 4 h. Laryngoscopie, M. Villemin, professeur : Otoscopie, M. Gaujot, professeur. — De 4 à 5 h. Ophthalmoscopie, M. Perrin, professeur.

Jeudi. Equitation. — Visite aux établissements de salubrité.

Vendredi. De 2 à 3 h. Anatomie appliquée, M. Mathieu, professeur. — De 2 h à 3 h. 1/2. Médecine opératoire, M. Perrin, professeur. — De 3 à 4 h. Epidémiologie, M. Colin, professeur. — De 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Administration et législation militaires, M. Delaperrière, professeur.

Samedi. De 2 à 3 h. Chimie appliquée. M. Marty, professeur. — De 3 à 4 h. Hygiène et médecine légale militaires, M. Vallin, professeur. — De 4 à 5 h. Blessures par armes de guerre, M. Gaujot, professeur.

Dimanche. Equitation.

PHARMACIENS STAGIAIRES.

Lundi. De midi à 3 h. Travaux pratiques. — De 3 h. 1/2 à 5 h. Pharmacie militaire et comptabilité. M. Burcker, professeur-agrégé.— De 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Législation et administration militaires. M. Delaperrière, professeur.

Mardi. De midi à 2 h. Travaux pratiques. — De 2 à 3 h. Chimie appliquée, Marty, professeur. — De 3 à 4 h. Hygiène et médecine légale militaires. M. Vallin, professeur.

Mercredi. De midi à 3 h. Travaux pratiques. — De 3 1/2 à 5 h. 1/2 Analyse chimique. M. Burcker, professeur-agrégé.

Jeudi. Equitation ; Visite aux établissements de salubrité.

Vendredi. De midi à 2 h. 1/2. Travaux pratiques. — De 2 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Matière médicale. M. Burcker, professeur-agrégé. — De 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Législation et administration militaires. M. Delaperrière, professeur.

Samedi. De midi à 2 h. Travaux pratiques. — De 2 à 3 h. Chimie appliquée. M. Marty, professeur. — De 3 à 4 h. Hygiène et médecine légale militaires. M. Vallin, professeur.

Dimanche. Equitation.

L'Inspecteur du service de santé militaire, Directeur de l'Ecole,
[illegible] A. Didiot.

HOPITAUX

L'Administration générale de l'Assistance publique est située Avenue Victoria, n° 3 et quai Le Peletier, n° 4. — Directeur, M. de Nervaux. — Secrétaire-général, M. Bailly. — Chef de bureau du personnel et du service de santé, M. Legendre.

Nouvel Hôtel-Dieu. Parvis Notre-Dame, 416 lits. *Médecins :* MM. Sée. Visite à 8 h. 1/2. — Hérard. Visite à 8 h. 1/2, salle Sainte-Marie et salle Saint-Louis ; consultation le mercredi. Les élèves sont exercés à l'examen des malades et à la pratique de la percussion et de l'auscultation. — Guéneau de Mussy. Visite à 9 h., salles Saint-Charles et Sainte-Madeleine ; consultation le samedi à midi. — Fauvel. Visite à 9 heures, salles Sainte-Monique et Saint-Augustin ; consultation le jeudi. — Fremy. Visite à 9 heures, salles Saint-Antoine et Sainte-Anne ; consultation le lundi. — Oulmont. Visite à 8 h. 1/2, salles Sainte-Anne et Saint-Thomas; consultation le vendredi.

Chirurgiens : MM. Richet. Consultation les lundis et jeudis. V. salles Saint-Landry et Notre-Dame. — Cusco. Visite à 9 h. 1/2 ; consultation les mardis, jeudis et samedis, salles Saint-Agnès et Saint-Côme. (Maladies des yeux, le jeudi).—Guérin. Visite à 8 h. 1/4 ; consultation les mercredis et vendredis, salles Saint-Jean et Sainte-Marthe ; opérations le samedi.

Cliniques de la Faculté.— MM. Sée et Richet, professeurs. M. Sée les lundis, mercredis et vendredis. M. Richet les mardis, jeudis et samedis.— Chef de clinique, M. Sevestre. — Chef des laboratoires, M. Debove. — Chef des travaux chimiques, M. Hardy. Il existera à l'Hôtel-Dieu un laboratoire d'histologie, un laboratoire de chimie et de physiologie. Un local considérable a été attribué à ces laboratoires, qui sont installés d'une manière satisfaisante. Il y a de plus, à l'Hôtel-Dieu, cinq grands amphithéâtres et cinq salles de conférences, où les chefs de services et les fonctionnaires des laboratoires pourront faire des leçons théoriques et pratiques, qui seront annoncées par des affiches spéciales.

Bibliothèque. — La bibliothèque des internes, fondée seulement depuis 4 ans, compte aujourd'hui 800 volumes reliés ; une somme de 2,000 francs lui a été attribuée par le Conseil municipal, ce qui portera à 1,000 le nombre des ouvrages médicaux qui se trouvent à la Bibliothèque.

Hopital des Cliniques, place de l'Ecole-de-Médecine, 21 : 159 lits. — *Chirurgien* : M. le professeur Broca. Visite à 9 h. — Leçons de *Clinique chirurgicale*, les lundis, mercredis et vendredis. — Deux salles, l'une consacrée aux hommes, l'autre aux femmes.

Accouchements : M. le professeur Depaul. — Chef de clinique, M. Martel. Visite à 8 heures. — Leçons de *Clinique obstétricale* : mardi, jeudi et samedi. Les étudiants ne peuvent entrer que munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée au secrétariat de la Faculté, lorsqu'ils ont subi leur 3e examen de doctorat. Ceux qui remplissent cette condition ont le droit de rester à la salle d'accouchement, quand une femme est en travail, depuis huit heures du matin jusqu'à dix heures du soir. — Les étudiants qui se sont fait inscrire auprès du chef de clinique examinent, à tour de rôle, sous sa direction, les femmes enceintes, après la clinique du professeur, c'est-à-dire 3 fois par semaine. Il y a trois femmes examinées chaque fois, les étudiants appelés à pratiquer l'examen dans chaque séance sont au nombre de six.

L'enseignement des accouchements, tel qu'il existe aujourd'hui, exige des réformes sérieuses. Une seule clinique, un seul service dirigé par un accoucheur, sont complètement insuffisants pour le nombre considérable d'étudiants qui appartiennent à la Faculté de médecine de Paris, d'autant plus qu'ils n'ont accès dans cette clinique que depuis 8 heures du matin jusqu'à 10 heures du soir. Ils peuvent ainsi être dans l'impossibilité d'assister la nuit à l'accouchement de femmes qu'ils auront observées et étudiées pendant la journée. C'est pourquoi nous avons émis au Conseil municipal le vœu : 1° que l'administration de l'Assistance publique institue des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches, et aux nourrices ; 2° que ces services soient confiés à des médecins accoucheurs, de même que les services de médecine sont confiés à des médecins et les services de chirurgie à des chirurgiens ; 3° que les médecins accoucheurs soient nommés par un concours imposant aux candidats des connaissances générales et spéciales. Nous espérons que le Conseil municipal reprendra bientôt, en ce qui le concerne, l'étude de cette question ; c'est à la Faculté de médecine à prendre de son côté les mesures nécessaires pour favoriser et développer l'enseignement des accouchements.

Hopital de la Charité, rue Jacob, 47 ; 504 lits. — *Enseignement* : M. le professeur Hardy, professeur de clinique médicale. — Chef de clinique: M. Landouzy. — Aide de clinique : M. Moindrot. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Charles (H.) et Ste-Anne (F.). Consultation le mercredi à 9 h. 1/2. Examen au spéculum le vendredi à 10 h. Leçons au lit du malade les lundis, mercredis et vendredis à 8 h. 1/2. Interrogatoire des malades par les élèves le jeudi à 8 h. 1/2. Leçons au grand amphithéâtre avec présentation de malades et de pièces pathologiques les mardis et samedis à 9 h. 1/2. Autopsies pratiquées devant les élèves au grand amphithéâtre.

Clinique chirurgicale : Professeur, M. Gosselin. Leçon de clinique chirurgicale et opératoire les lundis, mercredis et vendredis à 9 h. Visite des malades à 8 h. Salle Sainte-Vierge (H.) et Ste-Catherine. Consultation, mardi, jeudi et samedi.

Chirurgie. — Service de M. le professeur Trélat : Salles Ste-Rose (F.) et St-Jean (H.). Visite des malades à 9 h. Le jeudi, conférences et opérations. Le samedi, examen à l'ophthalmoscope. Examen au spéculum le mardi. Consultation les lundis, mercredis et vendredis.

Médecins : M. Bernutz : Salles St-Joseph (F.) et St-Ferdinand (H.). Visite à 8 h. 1/2. Leçons sur les maladies des femmes. La date sera fixée ultérieurement. Consultation le samedi. — M. le professeur Vulpian : Salles Ste-Madeleine et St-Jean de Dieu. Visite des malades à 9 h. Consultation le jeudi.— M. Empis : Salles Ste-Marthe (F.) et St-Michel (H.). Visite des malades à 8 h. Consultation le vendredi. — M. Laboulbène : Salles St-Félix et St-Vincent. Visite des malades à 9 h. Examen des malades par les élèves. Consultation le samedi. Examen au spéculum le jeudi. — M. Bourdon. Service d'accouchements et crèche. Salles Ste-Marie, St-Bazile et St-Louis. Consultation le mardi.

Bibliothèque des internes de l'hôpital fondée et entretenue par M. le docteur Passant. Cette bibliothèque, dont le local est malheureusement insuffisant et mal éclairé (le jour vient par une unique porte) possède un nombre remarquable d'ouvrages sur l'anatomie, la physiologie, la médecine et la chirurgie ; c'est dire que sa composition est plus variée que celle des autres bibliothèques appartenant aux internes. Le défaut d'ouvrages modernes doit être

signalé. On y remarque en revanche une série de thèses reliées formant la collection de 1820 à 1850, don de la Société de chirurgie (200 volumes). Le dernier donateur est M. le docteur Moreau, fils du professeur (thèses de concours pour le professorat).

HOPITAL DE LA PITIÉ. — 1, rue Lacépède. — 709 lits. — *Médecins :* M. DESNOS : Salles Sainte-Marthe (H.) et Sainte-Geneviève (F.). Visite à 8 h. 1/2. Interrogatoire des malades par les élèves du service. Consultation le mercredi. — M. GALLARD : Salles du Rosaire (F.) et Saint-Athanase (H.). Visite à 8 h. 1/2. Examen et interrogatoire des malades par les élèves, sous la direction du chef de service. Leçons aux lits des malades. Maladies des femmes et visites au spéculum le jeudi. Leçons à l'amphithéâtre le mardi et samedi. — Il sera traité plus spécialement dans ces leçons des *maladies des femmes*, sans préjudice cependant des autres sujets afférents à la clinique interne. M. Gallard a l'habitude, toutes les fois que l'occasion s'en présente, de consacrer quelques-unes de ses leçons à l'étude de certaines questions d'*hygiène professionnelle* ou de *médecine légale pratique* et d'exercer les élèves à la rédaction des rapports médico-légaux. Consultation le mardi. — M. GOMBAULT : Salles Notre-Dame (F.) et femmes en couches, et Saint-Michel (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le jeudi. — M. DUMONTPALLIER : Salles Sainte-Eugénie (F.) et Saint-Raphaël (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le vendredi. — M. le professeur LASÈGUE. — Chef de clinique M. HANOT : Salles Saint-Paul (H.) et Saint-Charles (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le lundi. Leçons cliniques les mardis, jeudis et samedis à 10 heures. — M. le professeur PETER : Salles Sainte-Claire (F.) et Saint-Benjamin (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le samedi.

Chirurgiens: M. le professeur VERNEUIL : Salles Saint-Augustin (F.) et Saint-Louis (H.). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques, lundis, mercredis, vendredis. Consultations, mardis, jeudis et samedis. — M. L. LABBÉ : Salles Saint-Jean (F.), Saint-Gabriel (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations les lundis, mercredis et vendredis.

Il existe à la Pitié, une Bibliothèque médicale, fondée en 1869, par les internes en médecine.

HOPITAL LARIBOISIÈRE, rue A. Paré ; 634 lits. — *Médecins :* M. FÉRÉOL: Salles Ste-Joséphine (F.) et St-Vincent (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le vendredi. Spéculum le mardi. — M. JACCOUD : Salles Ste-Claire (F.) et Saint-Jérôme (H.). Visite à 8 1/2. Consultation le mercredi. — M. MAURICE RAYNAUD : Salles Ste-Mathilde (F.) et St-Landry (H.). Visite à 9 h. Consultation le mardi. Fait des leçons cliniques en hiver. — M. OLLIVIER : Salles Ste-Elisabeth (F.) et St-Henri (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le jeudi. Fera des leçons cliniques en hiver. — M. PROUST : Salles Ste-Marie (F.) et St-Charles (H.). Visite à 9 h. Consultation le samedi. — M. SIREDEY : Salles Ste-Anne (F. en couches) et Ste-Marthe *bis* (1 à 18) nourrices, Ste-Geneviève (F.), St-Augustin *bis* (H.) (11 à 30). Visite à 8 h. 1/4. Consultation le lundi. Spéculum le mercredi.

Les consultations pour les *maladies du larynx* et les examens laryngoscopiques ont lieu les mardis et jeudis à 9 h. (M. Maurice Raynaud).

Chirurgiens : M. PANAS : Salles Ste-Marthe (F.), Ste-Marthe *bis* (F.) (19 à 30, *maladies des yeux*), St-Ferdinand, St-Honoré (H.), St-Augustin *bis* (H.) (1 à 10, *maladies des yeux*). En été, M. PANAS fait le cours complémentaire de la Faculté sur les *maladies des yeux*. Opérations sur les yeux, le jeudi ; sur la chirurgie générale, le samedi. Leçon d'oculistique, C. le lundi. — Visite à 9 h. Consultation des maladies des yeux, tous les jours; chirurgicale, lundi, mercredi, samedi. — M. TILLAUX : Ste-Jeanne (F.), St-Louis et St-Augustin (H.). Opérations le mercredi. Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis, jeudis, samedis. Maladies des oreilles. Dimanche. à 9 h.

Bibliothèque des internes, installée dans une salle spéciale de travail. Elle a obtenu du Conseil municipal, en 1876, une subvention de 2.000 francs, et se compose actuellement de près de 900 volumes.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — Rue du Faubourg Saint-Antoine. — 594 lits. — *Médecins :* M. MESNET : Visite à 9 heures. Salles Sainte-Cécile et Saint-Hilaire. Spéculum le vendredi. Consultation le mardi. — M. BROUARDEL : Visite à 8 h. 1/2. Salles Sainte-Geneviève et Saint-Augustin. Spéculum le mardi. Laboratoire. Consultation le mercredi. — M. LANCEREAUX : Visite à 9 heures. Salles Sainte-Marguerite (accouchements), Sainte-Adélaïde et Saint-Antoine. Spéculum le vendredi. Laboratoire. Consultation le lundi. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ : Visite à 9 heures. Salles Sainte-Agathe, Sainte Marie (nourrices), Saint-Lazare. Spéculum le mardi. Consultation le samedi. M. Constantin PAUL : Visite à 9 heures. Salles Sainte-Jeanne et Saint-Eloi. Spéculum les mercredis et samedis. Laboratoire. Consultation le jeudi. — M. BALL : Visite à 9 heures. Salles Sainte-Thérèse et Saint-Louis. Consultation le vendredi. — M. FERNET : Visite à 9 heures. Pavillons III, IV, V, VII, VIII (varioleux). Spéculum le jeudi. Consultations le dimanche.

Chirurgiens : M. B. ANGER. Visite à 9 heures. Salles Saint-Barnabé, Sainte-Marthe. Consultations lundi, mercredi, vendredi. — M. LE DENTU : Visite à 9 heures. Salles Saint-Cristophe, Saint-Ferdinand. Pavillons I, II. Consultations les mardis, jeudis et samedis. Jour d'opérations, le jeudi. Examen des yeux et des oreilles le vendredi. — Bibliothèque des internes en médecine. 200 volumes, journaux, revues, thèses. Une subvention de 2.000 fr. vient d'être accordée par le Conseil municipal pour l'achat de livres nouveaux.

HOPITAL NECKER. — Rue de Sèvres, 151. — 418 lits. — *Médecins :* M. le professeur POTAIN. Chef de clinique, M. G. HOMOLLE : Salles Saint-Luc (H.), Sainte-Adélaïde (F.). Clinique médicale à 9 h. Consultations le jeudi.

Laboratoire du service de clinique : Chef des travaux histologiques, M. DUCASTEL ; chef des travaux chimiques, M. ESBACK. — M. BLACHEZ : Salles Saint-Louis (H.), Sainte-Thérèse (F.), Sainte-Eugénie (F. en couches). Consultation le mercredi. Spéculum le lundi. — M. DELPECH : Salles Saint-Ferdinand (H.) et Sainte-Anne (F.). Spéculum le jeudi. Consultation le lundi. — M. CHAUFFARD : Salles Saint-Jean (H.), Sainte-Eulalie (F.). Consultation le mardi. Spéculum le vendredi. La consultation est faite à tour de rôle, les vendredis par MM. Delpech ou Blachez ; les samedis par MM. Potain ou Chauffard.

Chirurgiens : M. DÉSORMEAUX : Salles Saint-Pierre (H.) et Sainte-Marie (F.). Le jeudi, à dix heures, examens à l'*endoscope* ; opérations le mardi. Consultations les mardis, mercredis et vendredis. — M. GUYON : Salles Saint-André (H.) et Sainte-Cécile (F.). Consultations les mardis, jeudis et samedis. *Fondation Civiale* pour les maladies des voies urinaires, salle Saint-Vincent ; leçon clinique et opérations le mercredi à 9 heures, leçon au lit du malade et opérations le samedi à 9 heures. Le Musée Civiale, près la salle Saint-Vincent, est ouvert tous les jours pendant l'heure des visites. Outre une nombreuse collection de calculs vésicaux, il renferme encore un grand nombre de pièces intéressantes sur les diverses affections de la vessie, de la prostate et de l'urèthre.

HOPITAL BEAUJON. — Faubourg Saint-Honoré, 208. — 416 lits. — *Médecins* : M. GUBLER : Salles Saint-Louis (H.) et Sainte-Marthe (F.). Visite à 8 h. 1/4. Consultation tous les mercredis et les samedis et quinzaine. — M. MOUTARD-MARTIN : Salles Saint-François (H.) et Sainte-Claire (F.). Visite à 9 h. Consultation tous les vendredis et les lundis et quinzaine. — M. MILLARD : Salle Beaujon (H.), Sainte-Monique (F.) et Sainte-Hélène (accouchements). Visite à 8 h. 1/4. Consultation tous les mardis et les samedis et quinzaine. — M. GUYOT : Salles Saint-Jean (H.), Sainte-Paule (F.). Visite à 8 h. Consultation tous les jeudis et les lundis et quinzaine.

Chirurgiens : M. LEFORT : 1[er] pavillon (H.), salle Sainte-Clothilde (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations les lundis, mercredis, vendredis. — M. GILLETTE : 2[e] pavillon (H.), salle Sainte-Agathe (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations les mardis, jeudis et samedis. Spéculum lundi et vendredi.

Bibliothèque. — La bibliothèque, placée dans un local attenant aux chambres des internes, renferme 200 volumes et un nombre considérable de thèses. La subvention de 2,000 fr., votée par le Conseil municipal de Paris, va lui permettre de s'accroître dans une forte proportion.

HOPITAL COCHIN. — 47, faubourg Saint-Jacques. — 200 lits. — *Médecins :* M. BUCQUOY. Visite à 8 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade. — M. Bucquoy fait chaque année des leçons cliniques au mois d'avril et au mois de juillet.

Chirurgien : M. DESPRÉS : Salles Saint-Jacques et Cochin. Il existe de plus un service de chirurgie comprenant 60 lits d'hommes. Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Il y a tous les jours, à l'hôpital Cochin, une consultation nombreuse en médecine et en chirurgie.

Accouchements : M. POLAILLON : Le pavillon d'accouchement est une annexe de la Maternité. Le chirurgien est professeur-adjoint de la Maternité. Ce service est interdit aux étudiants en médecine. Cependant, avec une permission spéciale du chef de service, quelques élèves peuvent assister à la visite qui a lieu tous les matins à 8 heures 1/2. Il se fait en moyenne à la Maternité de Cochin 60 à 65 accouchements par mois.

La Bibliothèque des internes en médecine vient de recevoir du Conseil municipal un don de 1,000 fr. Elle pourra rendre les plus grands services quand l'administration aura adjoint à la salle de garde un local suffisant.

HOPITAL TEMPORAIRE. — 42, rue de Sèvres. — Nombre de lits 334. — *Médecins :* M. DUGUET : Salles Sainte-Anne (H.), Saint-François (F.), Sainte-Marie (Crèche). — M. STRAUS : Salles Sainte-Geneviève (H.), Sainte-Marthe (H.), Saint-Joseph (F.), Sainte-Antoinette (varioleux). — M. RENDU : Salles Saint-Jean (F.), Saint-Louis (F.), Sainte-Hélène (H.), Saint-Ferdinand (F.). — M. DIEULAFOY : Salles Sainte-Thérèse (H.), Saint-Julien (F.). *Chirurgien :* M. NICAISE : Salle Saint-André (H.) (1).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE, boulevard de l'Hôpital : 3069 lits pour les vieillards et 662 pour les aliénés. — *Médecins* : MM. CHARCOT et LUYS. — *Chirurgien :* M. PÉRIER. — *Médecins aliénistes :* MM. DELASIAUVE MOREAU (de Tours) et A. VOISIN. — M. LUYS fait, pendant l'été, un cours sur la pathologie mentale ; M. VOISIN fait, durant l'hiver, un cours sur le même sujet. Il existe à la Salpêtrière une bibliothèque médicale fondée et entretenue par les internes en médecine. Elle se compose actuellement de plus de 1500 volumes, dont 398 ont été donnés par M. Passant. Elle a reçu, cette année, une subvention de 2.000 fr. du Conseil municipal.

— M. CHARCOT commencera son cours sur *les maladies des centres nerveux*, le dimanche 11 novembre à neuf heures et demie.

HOSPICE DE BICÊTRE, à Bicêtre. 1794 lits pour les *vieillards*; 540 lits pour les *aliénés*. — Infirmerie de l'hospice : *Médecin* : M. BOUCHARD. — *Chirurgien*: M. TERRIER. Aux salles des vieillards est annexée une petite salle de 10 lits destinée à recevoir les blessés du dehors, venant surtout de la commune de

(1) Cet hôpital sera fermé dès que l'hôpital Ménilmontant sera ouvert.

Gentilly, où existent beaucoup de carriers. La mesure prise par l'administration sous ce rapport est excellente; elle devrait être complétée par la création d'une salle de 10 à 20 lits où l'on recevrait les cas urgents de maladies internes. Les consultations ont lieu pour la chirurgie : les lundis, mercredis, vendredis, et pour la médecine : les mardis, jeudis et samedis.

Division des aliénés : 1re section, M. BERTHIER; — 2e section, M. LEGRAND DU SAULLE; — 3e section, M. FALRET. — Tandis que dans les hôpitaux et hospices extra-urbains, il y a des internes et des externes, à Bicêtre l'administration n'envoie que des internes titulaires et des internes provisoires. Il en résulte que, par suite du retour de la plupart des internes dans Paris, il n'y a plus à Bicêtre, durant les derniers mois de l'année, que quelques internes provisoires, des élèves externes ou même de simples étudiants en médecine faisant fonctions d'interne.

Bibliothèque médicale des internes en médecine. Fondée en 1865, elle renferme environ 2000 volumes, en y comprenant ceux dont l'acquisition a été faite avec les fonds provenant de la subvention accordée par le Conseil municipal en 1877 et ceux du legs Burlaud. Ces volumes traitent surtout des maladies mentales et nerveuses. Les élèves de cet hospice ont des avantages qu'il est bon de signaler : un sur trois des sujets non réclamés reste à l'amphithéâtre. Les sujets restants servent pendant l'hiver à la dissection, pendant l'été à la médecine opératoire.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES, rue de Sèvres, 149; 518 lits.— *Médecins* : (maladies aiguës) M. ARCHAMBAULT. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Louis (G.) et de Ste-Geneviève (F.). Consultation le mardi. Clinique le vendredi. Les leçons commenceront dans le milieu du mois de novembre. — M. BOUCHUT. V. à 8 h. 1/2. Salle Ste-Catherine (F.). Consultation le lundi. Cliniques au lit des malades et à l'amphithéâtre le mardi. Les leçons reprendront le 6 novembre. Il traitera du diagnostic de la méningite et des maladies nerveuses par l'ophthalmoscopie; démonstration des figures à l'amphithéâtre au moyen de la lumière oxydrique. — M. LABRIC : Salle St-Jean (G.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le vendredi.

Médecins. (Maladies chroniques) : M. J. SIMON. Visite à 8 h. 1/2 (F.). Consultation le jeudi pour les maladies chroniques. Le Samedi, consultation pour les maladies aiguës. Le mercredi à 9 h., clinique à l'amphithéâtre. Elles reprendront vers le 15 novembre. M. Simon s'occupera de la thérapeutique des maladies des enfants — M. MOLLAND. Salles St-Ferdinand, St-Michel, St-Joseph (G.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation pour les maladies chroniques le lundi, pour les maladies aiguës le jeudi.

Chirurgien : M. DE SAINT-GERMAIN. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Augustin et Ste-Thérèse, service des ophthalmies; St-Côme (G.), Ste-Pauline (F.). Le jeudi, clinique à l'amphithéâtre. Opérations tous les jours, sauf le jeudi, consultation. Le samedi, consultation d'orthopédie.

Il y a, à l'hôpital des Enfants, un service consacré aux varioleux. M. J. SIMON : Salles St-Vincent et St-Luce. Deux services consacrés au traitement de la teigne, salles St-Michel, St-Joseph, M. MOLLAND. — Ste-Elisabeth, Ste-Marthe, M. SIMON. Il existe, enclavé dans le grand hôpital, une sorte d'hôpital particulier appelé fondation Bilgrain. Les 100 lits qu'il devait contenir sont maintenant aménagés. Au rez-de-chaussée existent deux salles pour les affections chroniques, salle Saint Ferdinand, M. MOLLAND. — Salle Sainte-Marie, M. J. SIMON. — Au premier étage, deux salles pour les ophthalmies : Salles Saint-Augustin et Sainte-Thérèse. — M. DE SAINT-GERMAIN. Les teigneux (filles), entassées autrefois dans des greniers mansardés (salle Sainte-Marthe), sont logés convenablement au rez-de-chaussée, dans l'ancien local de la salle Sainte-Thérèse.

Il existe à l'hôpital des enfants une *bibliothèque* fondée par les internes en médecine, et contenant des ouvrages classiques et des mémoires originaux sur les maladies du jeune âge; enfin des collections de journaux depuis 1870.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — Rue de Charenton, 89. — 346 lits.— *Médecins* : M. BERGERON : Salles Saint-Benjamin (H.), Sainte-Mathilde (F.). Visite à 8 h. Consultations les lundis et jeudis. — M. TRIBOULET : Salles Sainte-Marguerite (F.), maladies aiguës. Sainte-Geneviève (F.), chroniques, dont 6 lits d'isolement et Sainte-Rosalie (F.), teignes, 48 lits dont 6 pour l'isolement. Visite à 8 h. Consultations les mercredis et samedis. — M. CADET DE GASSICOURT : Salles Saint-Joseph (G.), maladies aiguës, Saint-Augustin (G.), chroniques, et Saint-Vincent (G.), teigneux, 38 lits, dont 6 pour l'isolement. Visite à 8 heures 1/2 Consultations les mardis et vendredis. M. Cadet de Gassicourt a repris le lundi 29 octobre, ses leçons cliniques sur les maladies aiguës et chroniques des enfants, et les continuera les lundis et jeudis de chaque semaine à 9 heures.

Chirurgien : M. LANNELONGUE : Salles Napoléon (G.), Sainte-Eugénie (F.). Visite à 8 heures. Consultations tous les jours. Opérations les mardis et samedis. La prospérité de la Bibliothèque de cet hôpital, continue à laisser beaucoup à désirer, circonstance fâcheuse pour un établissement spécial et éloigné du quartier.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS, rue d'Enfer, n° 100 : 320 lits. — *Médecin :* M. PARROT. — *Chirurgien :* M. GUÉNIOT.

HOPITAL SAINT LOUIS, rue Bichat, n° 40, salle de consultation même rue, n° 42 : 823 lits dont 637 consacrés aux affections cutanées, 28 aux accouchements, le reste aux affections chirurgicales.

Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques. — La médecine générale n'est pas enseignée dans cet hôpital, mais en revanche on y trouvera accumulés tous les matériaux et tous les moyens d'étude propres à favoriser l'enseignement spécial de la pathologie cutanée.

Six chefs de services se partagent les lits réservés aux maladies de la peau : chacun d'eux fait la consultation un jour par semaine, et examine les jours suivants les malades admis dans les salles. Pendant les deux dernières années, en l'absence de cours officiel organisé par la Faculté, les six médecins de l'hôpital Saint-Louis faisaient tous, pendant le semestre d'été, une série de leçons théoriques et pratiques ; à la suite d'une commune entente ces leçons étaient réparties entre les différents jours de la semaine, de sorte que les étudiants avaient pour ainsi dire à choisir chaque matin entre les moyens d'instruction qui s'offraient à eux. Nous souhaitons vivement que cette excellente tradition se perpétue et survive aux tentatives d'organisation des cours complémentaires que nous voyons se produire en ce moment.

Médecins : M. HILLAIRET. Consultation externe le mardi ; examen des nouveaux le mercredi à 9 h. Salles Saint-Louis (H.) et Henri IV (F.). — M. LAILLER. Consultation externe le mercredi ; conférences cliniques toute l'année le vendredi à 8 h. 1/2 ; spéculum le lundi ; service spécial supplémentaire pour les enfants teigneux le samedi à 9 heures. Pavillon Saint-Mathieu (H.), salle Ste-Foy (F.). — M. VIDAL. Consultation externe le jeudi ; examen des nouveaux et conférence clinique le vendredi toute l'année ; traitement du lupus par les scarifications linéaires le mercredi ; spéculum le samedi ; leçon sur les affections cutanées le lundi à partir du mois de janvier. Salle Saint-Jean (H.) et (F.). Salle Saint-Ferdinand, accouchements ; laboratoire d'histologie dans le service — M. GUIBOUT. Consultation externe le vendredi ; examen des nouveaux le samedi ; spéculum et leçon clinique sur les maladies des femmes le lundi toute l'année. Salles Saint-Charles (H.) et Henri IV (F.).

M. BESNIER. Consultation externe le lundi ; examen des nouveaux le mardi ; conférences cliniques le mercredi toute l'année dans les salles ; cours élémentaire de pathologie cutanée le samedi, salle Saint-Léon. Salles Saint-Léon (H.) et Henri IV (F.), Laboratoire d'histologie, salle St-Léon. M. FOURNIER, chargé d'abord à Lourcine, puis à Saint-Louis, du cours complémentaire de la Faculté pour les *maladies syphilitiques.* Consultation le samedi ; examen des malades le dimanche et le lundi ; cours théorique et pratique, annexés avec ceux de la Faculté, salles Saint-Louis (H.) et Saint-Thomas (F.).

Musée pathologique. — Le musée, ouvert tous les jours de 8 h. à 11 h. sans formalité, contient plus de 400 moulages reproduisant les principales affections cutanées et parasitaires, 147 dessins et des photographies coloriées. La collection particulière de M. FOURNIER, jointe depuis deux ans au musée, se compose d'un grand nombre de pièces relatives aux affections syphilitiques et vénériennes.

L'hôpital Saint-Louis doit surtout sa réputation à l'enseignement spécial des affections cutanées, mais ses services d'accouchement et de chirurgie sont également des plus actifs. Le service d'accouchement, dirigé par M. VIDAL, contient 28 lits constamment occupés. Il s'y fait en moyenne 4 accouchements par jour, 866 par an (1875). Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité.

Cliniques chirurgicales. — Les services de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis sont, avec ceux de Lariboisière, les plus riches et les plus actifs des hôpitaux de Paris. 28,500 malades et blessés se présentent à la consultation, et 2,200 en moyenne sont traités dans les salles. — M. PÉAN, consultation externe lundi, mercredi, vendredi ; clinique et opérations le samedi toute l'année, à l'amphithéâtre, salles Saint-Augustin (H.), Sainte-Marthe (H. et F.). M. DUPLAY. Consultation externe mardi, jeudi et samedi; leçon clinique et opérations le jeudi toute l'année, à 9 h. 1/2, à l'amphithéâtre, salle Ste-Marthe (F.), Saint-Augustin (H.).

Bibliothèques. — Les élèves externes et stagiaires peuvent, moyennant une faible cotisation, consulter et emporter les livres d'une bibliothèque qui leur est exclusivement réservée. C'est à l'initiative de M. Lailler que les élèves doivent cet avantage que n'offre aucun autre hôpital. La bibliothèque, ouverte tous les matins, est placée dans l'une des salles du pavillon Saint-Mathieu, dans le service de M. Lailler ; il est question en ce moment de transférer dans une salle voisine le musée pathologique, dont l'installation actuelle est des plus médiocres. Une autre bibliothèque, enrichie cette année par un don du Conseil municipal de Paris, est aussi la propriété des internes en médecine de l'hôpital ; elle contient d'importantes collections de thèses et de journaux, des ouvrages médicaux variés et les principaux travaux français et étrangers sur les maladies de la peau.

HOPITAL DU MIDI, 115, boulevard de Port-Royal. — 336 lits consacrés exclusivement aux affections vénériennes et syphilitiques. — Les visites et consultations se font très-régulièrement tous les jours à 9 heures du matin. — *Médecins :* M. SIMONET : 1re division. Salles I, II, III, IV et V. Consultations les lundis et jeudis. — M. MAURIAC : 2e division. Salles VI, VII et VIII. Consultations les mardis et vendredis. M. Mauriac fera un cours dont le programme et la date d'ouverture seront annoncés ultérieurement.

Chirurgien : M. HORTELOUP : 3e division. Salles IX, X, XI et XII. Consultations les mercredis et samedis. La *collection particulière* de M. Horteloup où sont réunies un grand nombre de pièces moulées avec soin, présente un grand intérêt pour l'étude des *maladies vénériennes.*

HOPITAL DE LOURCINE, n° 111, rue de Lourcine ; 243 lits. *Médecins* : M.

Cornil. Salles Saint-Clément, Saint-Ferdinand et Sainte-Thérèse. Cette dernière salle renferme 6 berceaux pour les filles syphilitiques. Il serait à désirer qu'il existât aussi, dans cet hôpital, quelques berceaux pour les garçons nouveau-nés. Nous soumettons cette idée à l'administration. — M. Martineau : Salles Saint-Alexis et Saint-Louis. Leçons cliniques, les mardi et samedi de chaque semaine. — Le cours sur les maladies des femmes sera annoncé plus tard. — *Chirurgien* : M. Th. Anger : Salles Sainte-Marie (Accouchements et crèche) et Saint-Bruno. — Les étudiants sont admis dans cet hôpital sur la présentation de cartes spéciales, délivrées par M. le directeur de l'établissement.

Maison d'accouchement, boulevard de Port-Royal, 123 : 316 lits. — *Médecin* : M. Hervieux. — *Chirurgien en chef*, M. Tarnier. — *Chirurgien-adjoint*, M. Polaillon. Cet hôpital est complètement fermé aux étudiants ; il est réservé, par l'administration de l'Assistance publique, pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a deux internes, l'un est attaché au service de médecine, l'autre au service de chirurgie ; il n'y a pas d'externes. Cette maison comprend, en réalité, deux parties distinctes : l'Hôpital et l'Ecole. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant les six semaines qui précèdent l'accouchement ; une salle contenant 32 lits leur est destinée. Si ces femmes sont atteintes soit d'une affection médicale, soit d'une affection chirurgicale, ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (médecine), de 12 lits, l'autre (chirurgie) de 6 lits.

Lorsque l'accouchement est fait, si les suites des couches sont simples, les femmes restent dans les salles qui sont sous la direction de la sage-femme en chef, l'une contient 30 lits et l'autre 24. Chaque lit est séparé des autres par une cloison. Cinq nourrices sont attachées à ce service.

Dès qu'une femme présente quelques accidents, fièvre, douleurs abdominales, etc., elle est immédiatement séparée des autres et envoyée dans le service de médecine. Ce service est dans un corps de bâtiment distinct, et il est tout à fait isolé du précédent, comme situation, comme personnel, etc. Le service de médecine contient 21 lits, disséminés dans six salles. Cinq nourrices en dépendent.

Comme on le voit, les femmes malades sont complètement séparées des autres femmes; c'est ce système d'isolement, joint à la diminution du nombre des accouchements, etc., qui a permis d'obtenir un abaissement considérable de la mortalité. Cette mortalité, depuis quelques années, n'est plus que de un et demi à deux pour cent, chiffre qui est bien près du chiffre normal quand on considère qu'à la Maternité, comme à l'hôpital des Cliniques, sont envoyées, bien qu'en moins grand nombre, des femmes qui ont déjà subi des manœuvres en ville. — En dehors de ces trois services qui relèvent séparément du médecin, de la sage-femme et du chirurgien, ce dernier a un service de gynécologie contenant 8 lits.

L'Ecole d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves : elle est sous la direction du chirurgien en chef, M. le professeur Tarnier, assisté de Mme Callé, sage-femme en chef. Il y a deux aides sage-femmes, nommées au concours, qui sont chargées à tour de rôle de répéter aux élèves les leçons du professeur et de surveiller les accouchements ; de plus, les élèves sont divisés en dix séries qui se succèdent toutes les 24 heures à la salle d'accouchement ; chaque série a, à sa tête, des *chefs*, nommées au concours parmi les élèves de seconde année : ces chefs ont elles-mêmes pour mission de diriger leurs compagnes, de leur expliquer les difficultés de la théorie et de les initier à la pratique.

Toutes les élèves sont internes : elles ne peuvent sortir que six fois dans l'année, accompagnées de leur père, de leur mère ou de leur mari. Le prix de la pension qui était de 600 francs, pour une année, vient d'être élevé à 1,000 francs. La plupart des élèves restent pendant deux années à la Maternité.

Outre le cours d'accouchement, les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés, faites par M. Hervieux ; sur la botanique, faites par le pharmacien en chef; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires faites par l'un des internes.

Il existe enfin, dans le grand parc de la Maternité, un petit pavillon, construit sur les indications de M. le professeur Tarnier, pavillon à chambres complètement séparées où la surveillance est rendue facile par l'existence de vitres dormantes qui donnent toutes, à chaque étage, sur une pièce centrale où se tiennent les infirmières. Dans ce pavillon sont réalisées les conditions d'isolement complet, analogues à celles qu'on rencontre dans la pratique civile : il a été inauguré en juin 1876, et il a eu, depuis deux ans, la visite d'un grand nombre d'accoucheurs français, russes, anglais, allemands, italiens, américains, etc.

Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques: 750 lits. — MM. Lucas et Dagonet, médecins de l'asile Ste-Anne MM. Bouchereau et Magnan, médecins du bureau d'admission. — M. Magnan reprendra le mercredi 21 novembre, à 9 h, du matin les exercices pratiques sur le diagnostic de la folie et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Les leçons cliniques seront reprises au commencement de janvier.

Maison municipale de santé, rue du Faubourg Saint-Denis, n° 200 : 351 lits. — *Médecins* : MM. Labbée et Lécorché. — *Chirurgiens* : MM. Marc Sée et Cruveilhier. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service.

Hôpital Ménilmontant : 600 lits. Sera ouvert au commencement de l'année prochaine et remplacera l'hôpital Temporaire.

— Il existe encore d'autres établissements hospitaliers, tels que l'*Hospice des Incurables*, à Ivry ; la *Maison de retraite des ménages*, à Issy ; l'*Hospice de la Rochefoucauld*, route d'Orléans ; — l'*Institution Sainte-Périne*, à Auteuil, boulev. de Ste-Périne, *l'hospice Saint-Michel*, *l'hospice de la Reconnaissance*, etc., mais qui, en raison de leur situation, en général extra-urbaine, ne sont guère accessibles aux étudiants en médecine.

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose: 1° de médecins et de chirurgiens ; — 2° de prosecteurs (voir Amphithéatre des hopitaux, p. 807) ; — 3° d'internes et d'externes en médecine et en chirurgie ; 4° de pharmaciens ; — 5° d'internes en pharmacie. Tous sont nommés au *concours*. Nous nous bornerons à donner ici l'extrait des règlements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat :*

Art. 103. — Tout étudiant qui se présente au concours pour les places d'élèves externes, doit être âgé de 18 ans au moins et de 25 ans au plus (1). Toutefois, l'élève qui atteindrait 25 ans avant l'expiration de ses fonctions, peut, si sa conduite n'a donné lieu à aucune plainte, être autorisé à concourir de nouveau pour l'externat, et si les épreuves du concours lui sont favorables, être prorogé dans ses fonctions d'externe jusqu'à 28 ans, de telle sorte qu'il puisse conserver la faculté de se présenter au concours de l'internat jusqu'à la limite de l'âge fixée par le règlement. Il doit produire : 1° son acte de naissance ; 2° un certificat de vaccine (2) ; 3° un certificat de bonne vie et mœurs, délivré par le maire de la commune où il est domicilié ; 4° le certificat d'une inscription, au moins, prise à l'une des Facultés de médecine. Néanmoins les étudiants qui se présenteraient sans pouvoir produire encore ce dernier certificat, seront inscrits provisoirement, sous la réserve de justifier de la prise d'une inscription avant la clôture du concours.

Art. 119. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive ; il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion ; 2° une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer aux candidats, pour chacune de ces deux épreuves, est fixé à 20.

Afin de permettre aux nouveaux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours.

Concours de 1872 *et* 1873. — 1° *Anatomie :* Os temporal ; — Maxillaire inférieur ; — Clavicule ; — Omoplate ; — Os coxal ; — Tibia ; — Articulation temporo-maxillaire ; — Articulation scapulo-humérale ; — Articulation du coude ; — Articulation coxo-fémorale ; — Articulation du genou ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Muscle sterno-mastoïdien ; — Muscles de l'omoplate; — Diaphragme; — Muscle psoas-iliaque; — Fosses nasales; — Rapports des poumons ; — Conformation extérieure et rapports du cœur; — Crosse de l'aorte; — Aorte abdominale; — Artère maxillaire; — Artère fémorale ; — Veines du membre supérieur.

2° *Pathologie et petite chirurgie* : Furoncle ; — Brulûre ; — Symptômes des fractures ; — Phlegmon diffus ; — Vaccine et vaccination ; — Ventouses et leurs indications; — Hémorrhagies traumatiques, moyens hémostatiques ; — Administration du chloroforme ; — Contusion ; — Epistaxis, tamponnement des fosses nasales; — Symptômes et diagnostic de la pleurésie; — Epistaxis; — Vaccination; — Cathétérisme de l'urèthre : — Symptômes et diagnostic de la pneumonie ; — Ventouses ; — Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; — Appareil de Scultet ; — Fracture de la clavicule ; Saignée.

Concours de 1874. — 1° *Anatomie:* Artère fémorale ; — Scapulum ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Articulation temporo-maxillaire ; — Diaphragme ; — Crosse de l'aorte ; — Tiers supérieur du fémur , — Fosses nasales ; — Articulation du genou; — Muscle psoas ; — Artère humérale; — Muscles de la région antérieure de la jambe; — Artère axillaire; — Clavicule.

2° *Pathologie et petite chirurgie* : Furoncle ; — Fractures du radius ; — Signes et diagnostic des fractures en général ; — Signes et diagnostic de la pneumonie; — Des vésicatoires; — De la saignée au bras ; — Des brûlures ; — De la vaccination ; — Appareils inamovibles ; — De l'entorse ; — Appareil de Scultet ; — Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.

Concours de 1875. — *Anatomie :* 1° Articulation sterno-claviculaire; — Tiers supérieur de l'humérus; — Conformation extérieure et rapports de l'estomac; — Veines superficielles du membre supérieur ; — Omoplate ; — Psoas-iliaque; — Crosse de l'aorte; — Muscles de la région antérieure de la jambe;

(1) Le concours de l'externat a lieu habituellement au commencement du mois d'octobre. Les externes sont nommés pour trois ans.

(2) On devrait exiger un certificat de *revaccination*, datant de l'année, disions-nous l'an dernier, ce conseil n'a pas été suivi et cependant des morts, occasionnées par la variole, sont enregistrés tous les ans.

**

— Articulation tibio-tarsienne; — Tiers inférieur de l'humérus; — Caractères distinctifs des vertèbres; — Les trois muscles fessiers.

2° *Pathologie :* De la contusion; — Des ventouses, leur application; — Signes et diagnostic des fractures; — Signes et diagnostic de la pleurésie; — Des moyens hémostatiques dans les hémorrhagies traumatiques; — Séton, ses indications thérapeutiques; — Appareils inamovibles; — Des ulcères de la jambe et leur traitement.

Concours de 1876. — 1° *Anatomie :* Sterno-cléido-mastoïdien; — Rapports de l'estomac; — Artère axillaire; — Cubitus; — Articulation tibio-tarsienne; — Artères de l'avant-bras; — Diaphragme; — Caractères généraux et distinctifs des vertèbres cervicales; — Articulation scapulo-humérale; — Artère fémorale; — Muscle grand oblique de l'abdomen; — Paroi osseuse des fosses nasales; — Artères de la jambe; — Omoplate; — Articulation temporo-maxillaire.

2° *Pathologie et petite chirurgie.* — Vésicatoire; — Anthrax; — Cautère; — Epistaxis, tamponnement des fosses nasales; — Symptômes de la pneumonie; — Vaccine, vaccination; — Moyens hémostatiques; — Signes des fractures des os longs; — Symptômes et diagnostic de la rougeole; — Phlegmon diffus; — Panaris.

Voici maintenant les articles du règlement relatifs aux internes en médecine et en chirurgie :

Art. 102. — Les élèves externes reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne doivent pas être âgés de plus de 28 ans. Ils ne sont inscrits pour le concours de l'internat que sur le vu des pièces ci-après : 1° un certificat constatant leur service en qualité d'externe au moins depuis le 1er janvier précédent, sans interruption non motivée; 2° des certificats délivrés par les médecins ou chirurgiens et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

Art. 121. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées comme il est dit ci-après : 1° une épreuve d'admissibilité consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures; 2° une épreuve orale sur les mêmes sujets; il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue. Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves, est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite 30 points; pour l'épreuve orale, 20 points. Ces opérations terminées, le jury procède au classement des candidats.....

Questions écrites données en ces seize dernières années : 1861. — Structure du rein; hématurie. — 1862. Région inguinale; signes et diagnostic de l'étranglement intestinal au point de vue médical et chirurgical. — 1863. Muscles intercostaux, leurs usages, fractures de côtes. — 1864. Cordon testiculaire; varicocèle et son traitement. — 1865. Diaphragme; pleurésie. — 1866. Veine porte; ascite. — 1867. Artères des intestins; signes et diagnostic des hémorrhagies intestinales. — 1868. Muscles intrinsèques du larynx; caractères différentiels des laryngites. — 1869. Médiastin postérieur; diagnostic du pneumothorax. — 1871. Trachée et bronches; corps étrangers des voies aériennes. — 1872. Vertèbres cervicales; signes et diagnostic du mal de Pott. — 1873. Circulation du foie; cirrhose. — 1874. Rapports de l'œsophage; ses rétrécissements. — 1875. De l'endocarde et des endocardites. — 1876. Cœcum; ulcérations intestinales. — 1877. Vaisseaux sanguins du poumon; gangrène pulmonaire.

Le relevé suivant donnera une idée de la nature des questions orales :

Concours de 1872 : Nerf moteur oculaire commun; ses paralysies; — Péricarde; signes et diagnostic de la péricardite; — Enveloppes des bourses; hydrocèle; — Prostate; symptômes et diagnostic des calculs vésicaux; — Clavicule; fractures de la clavicule; — Trachée; symptômes et diagnostic de la rougeole; — Articulation temporo-maxillaire; luxations de la mâchoire; — Voies lacrymales; tumeurs lacrymales; — Fosse iliaque; abcès de la fosse iliaque.

Concours de 1873 : Circulation hépatique; symptômes et diagnostic de la cirrhose; — Muscles de l'orbite; séméiologie de l'exophthalmie; — Anatomie topographique du cou-de-pied; symptômes et accidents consécutifs de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné; — Rapports du rein; accidents consécutifs de la lithiase rénale; — Cœcum; invagination intestinale; — Anatomie de la joue; stomatite ulcéro-membraneuse; — Articulation scapulo-humérale; signes de la luxation de cette articulation; — Artère pulmonaire; hémoptysie.

Concours de 1874 : Muscles du voile du palais; paralysie du voile du palais; — Région prostatique du canal de l'urèthre, infiltration urineuse; — Voies lacrymales; tumeurs lacrymales; — Glotte; complications de la coqueluche; — Carotide externe; anévrysme artérioso-veineux.

Concours de 1875 : Artère rénale; diagnostic, pronostic et traitement de l'hématurie; — Articulation tibio-tarsienne; entorse; — Muscles du pharynx; signes et diagnostic de l'angine couenneuse; — Cœcum; colique de plomb; — Glande mammaire; des abcès du sein; — Portion sous-ombilicale du péritoine, symptômes, diagnostic et pronostic de la péritonite tuberculeuse; — Nerf moteur oculaire commun; des conjonctivites; — Articulation radio-carpienne; fracture de l'extrémité inférieure du radius; — Portion extra-crânienne du nerf facial; érysipèle de la face.

Concours de 1876 : Glandes de la peau; phlegmon diffus; — Dure-mère crânienne; symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse; — Diaphragme; symptômes de l'angine de poitrine; — Rapports du pharynx; symptômes de la scarlatine normale; — Grand hypoglosse, symptômes et diagnostic du cancer de la langue; — Articulation du coude; fractures de l'olécrâne; — Uretère; symptômes et diagnostic de la colique néphrétique; — Face inférieure du foie; symptômes et diagnostic du diabète sucré; — Veine cave inférieure; causes de l'ascite; — Médiastins; symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë.

Nous devons ajouter que tous les ans il y a, à l'assistance publique, un concours entre les internes, et que des prix sont décernés d'une part à la première division (internes de 3e et 4e années), d'autre part, à la seconde division (internes de 2e et de 1re années). Au concours de l'année 1875, on a donné les questions suivantes pour la composition écrite : *Anatomie et physiologie des nerfs de la peau;* — *Anatomie pathologique de l'érysipèle* (1re division); — *Anatomie et physiologie du nerf phrénique; diagnostic des péricardites* (2e division). Concours de l'année 1876 : *Pie-mère; hémorrhagies méningées* (1re division); — *Iris; lésions traumatiques de l'œil* (2e division).

Nous avons montré plus haut (p. 801) combien l'*externat* et surtout l'*internat* offrent d'avantages scientifiques aux étudiants en médecine, et nous ne saurions trop engager les étudiants laborieux à se préparer aux concours qui permettent d'arriver aux fonctions d'externes et d'internes. Voici les avantages matériels que ces institutions leur présentent.

Internes. — 1re et 2e années, 500 fr.; 3e année, 600 fr.; 4e année, 700 fr. — Les internes sont d'habitude logés. Dans le cas contraire, ils reçoivent une indemnité de 400 fr. — Le nombre des places vacantes, cette année, est de 35 à 40; celui des candidats de 288.

Externes.—1° Dans les hôpitaux, dits du *centre* : Charité, Clinique, Hôtel-Dieu, Pitié, les externes ne reçoivent aucune indemnité; — 2° Dans les hôpitaux *semi-excentriques*, comme Necker, les Enfants malades, Cochin, etc., les externes touchent par service 300 fr. par an; — 3° Dans les hôpitaux excentriques (Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, Sainte-Eugénie et Saint-Louis) les externes ont une indemnité d'un franc par jour. —Enfin, à la Maison de Santé, les externes ont collectivement par service 300 fr. par an, et de plus une indemnité individuelle de 300 fr.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE

Ecole pratique.

Cours autorisés pour le 1er semestre de l'année scolaire 1877-1878.

Par arrêté de M. le Ministre de l'Instruction publique, en date du 23 février 1877 et sur l'avis conforme de la Faculté, MM. les docteurs dont les noms suivent ont été autorisés à faire, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1877-1878, des cours sur les matières ci-après indiquées, savoir :

Berger. *Pathologie externe.*
Brochard. *Maladies des nourrissons.*
Bourceret. *Pathologie interne.*
Budin. *Accouchements.*
Chéron. *Gynécologie.*
Desmarres. *Maladies des yeux.*
Debove. *Pathologie interne.*
Delefosse. *Chirurgie des voies urinaires.*
Dieulafoy. *Pathologie interne.*
Dubuc. *Eaux minérales et maladies chroniques.*
Durand-Fardel. *Pathologie et chirurgie des voies urinaires.*
Fort. *Anatomie et physiologie.*
Galezowski. *Cours élémentaire sur les principales maladies des yeux.*
Gellé. *Maladies des oreilles.*
Gorecki. *Cliniques.*
Hallopeau. *Pathologie interne.*
Huchard. *Pathologie interne.*
Lararthe (Paul). *Maladies vénériennes et syphilitiques.*
Lacombe. *Pathologie interne.*
Latteux. *Histoire élémentaire pratique du microscope.*
Laugier. *Médecine légale.*
Labadie-Lagrave. *Pathologie interne.*
Lucas-Championnière. *Maladies de l'abdomen et des voies urinaires.*
Mallez. *Pathologie des reins. — Troubles dans l'excrétion urinaire. — Projection de tous les dépôts urinaires.*
Menière. *Thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus.*
A. Moreau. *Physiologie générale.*
Migon. *Accouchements.*
Nepveu. *Chirurgie de la région abdominale.*
Onimus. *Application de l'électricité à la médecine.*
Pinard. *Accouchements.*
Picard. *Maladies de l'appareil urinaire.*
Quinquaud. *Pathologie interne. (Système nerveux).*

RATHERY. *Pathologie interne.*
RECLUS et PEYROT. *Pathologie externe*, tous les soirs, de 5 à 6 heures, amph. n° 3.
RELIQUET. *Maladies des voies urinaires.*
RUCK. *Maladies de l'appareil respiratoire.*
SEVESTRE. *Pathologie interne.*
STRAUS. *Pathologie interne.*
TROISIER. *Pathologie interne.*
VERRIER. *Gynécologie : Médecine et chirurgie (Maladies inflammatoires de l'utérus.)*
VIGOUROUX (Romain). *Electrothérapie.*

Cours d'accouchements. — MM. BUDIN et PINARD commenceront le jeudi 15 novembre, à 4 h. 1/2, un cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties : 1° partie, Anatomie, Physiologie, Grossesse. — 2° Eutocie. — 3° Dystocie. — 4° Exercices pratiques et opérations. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Histoire naturelle, physique, chimie, thérapeutique, hygiène et médecine légale. Enseignement du dr MARTIN-DAMOURETTE. Cet enseignement se compose de deux cours distincts : l'un de *physique, chimie et histoire naturelle médicales*, pour la préparation *au 3e examen de doctorat* en médecine et au 1er examen de fin d'année. Plusieurs conférences sont affectées à l'interrogation des élèves sur les diverses matières qui sont l'objet de ces examens. Ce cours se fait à 2 h. 1/2. Un autre cours comprend la *thérapeutique, l'hygiène et la médecine légale* et il sert de préparation au 4e *examen de doctorat.* Il a lieu tous les jours à 1 heure. — La *durée* totale des cours est de deux mois ; mais en raison de la multiplicité des matières, une nouvelle série de leçons commence le 1er et le 15 de chaque mois. On s'inscrit de midi à 1 heure chez le dr Martin-Damourette, 70, rue de Seine.

Premier examen de fin d'année, troisième et quatrième de doctorat. — Le dr LELORAIN, licencié ès-sciences naturelles, recommence ses leçons particulières d'histoire naturelle, pharmacologie et thérapeutique ; préparation à ces examens, — plantes fraîches ou conservées, herbiers, droguier complet, collections de bois, fruits, etc. — Etudes pratiques dans les serres et galeries du muséum. S'inscrire chez le dr Lelorain de 4 à 6 heures, 16, rue Monge.

Conférences de clinique chirurgicale. — M. le docteur DUPLAY, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, reprendra ses conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Louis, le jeudi 8 novembre, à 9 heures et demie, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Visite des malades à 8 heures et demie ; opérations à 10 heures.

Clinique chirurgicale. — M. le Dr Alphonse GUÉRIN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses conférences sur les *maladies de l'utérus*, le lundi, 5 novembre, à 8 h. 1/2 et les continuera le lundi de chaque semaine. Opérations le samedi.

Pathologie interne. — M. le dr SEVESTRE, ancien chef de clinique de la Faculté, fera un cours de pathologie interne dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, les lundis, mercredis et vendredis, à 5 h. — Il commencera le lundi 12 novembre, et étudiera d'abord les maladies du tube digestif et de ses annexes.

Pathologie interne. — M. DEBOVE commencera son cours le mardi 6 novembre et le continuera les mardis et samedis suivants. Amphithéâtre n° 1. (*Maladies de l'appareil respiratoire*).

Pathologie interne. — M. LABADIE-LAGRAVE commencera son cours à l'école pratique, amphithéâtre n° 1, lundi 12 novembre, et le continuera les lundis et vendredis suivants. Il traitera des *maladies du cœur.*

Pathologie interne. — M. BOURCERET, commencera par traiter des *maladies de l'appareil respiratoire*, amphithéâtre n° 2, mardi, jeudi, samedi, de 3 à 4 heures.

Pathologie interne. — M. RATHERY, commencera son cours le mardi 13 novembre, amphithéâtre n° 3, et les continuera le mardi et samedi de chaque semaine de 8 à 9 h. du soir (*maladies de l'appareil digestif.*)

Conférences thérapeutiques. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : conférences thérapeutiques et visite des malades tous les jours à 9 h. — Cours de clinique thérapeutique à l'amphithéâtre, les jeudis à 10 h. pendant le semestre d'été.

Embryogénie normale et tératologique des animaux supérieurs. — M. DARESTE fait son cours au mois de février. Son laboratoire, à l'Ecole pratique, est ouvert à toutes les personnes qui veulent se renseigner *de visu*. Il a réuni depuis 18 mois une collection de pièces qui lui permettent de montrer immédiatement les différents faits de l'embryogénie. Cette collection s'accroît tous les jours et contiendra, dans une époque peu éloignée, toutes les pièces qui se rattachent à l'évolution du poulet et à la formation des monstres.

Anatomie. — M. le Dr FORT commencera un cours public le mercredi, 7 novembre 1877, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Maladies de la peau. — M. le Dr ROCHARD, rue de l'Eperon, n° 7. Consultations tous les jours à midi. — Conférences cliniques tous les lundis à midi.

Maladies des yeux. — M. le Dr LANDOLT fera pendant le semestre d'hiver un cours pratique sur la *réfraction*, l'*accommodation* de l'œil et leurs *anomalies*, avec expériences et démonstrations cliniques. Mercredi et samedi de 1 h. à 2 h., 5, rue du Pont-de-Lodi. M. Landolt commencera le mercredi, 7 novembre.

Maladies des yeux. — M. le Dr COURSERANT, 19, rue du Dragon. Consultations publiques tous les jours à une heure à sa clinique. Examens ophthalmoscopiques et conférences cliniques le vendredi à 2 heures.

Conférences sur l'oculistique et la chirurgie. — M. le Dr FANO, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, commencera ses conférences, le lundi, 12 novembre, à 1 h. de l'après-midi, à sa clinique, rue Séguier, 14, et les continuera tous les jours suivants à la même heure.

Clinique d'ophthalmologie. — M. le Dr Ch. ABADIE recommencera ses leçons mardi, 6 novembre, à sa clinique, 17, rue Séguier, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Maladies des yeux. — M. le dr A. DESMARRES. Cours cliniques et opérations tous les jours à midi, 8, rue Hautefeuille. Cours les mercredis et vendredis, de 5 h. à 6 h., amphithéâtre n° 2, à l'Ecole pratique.

Clinique ophthalmologique du Dr GALEZOWSKI, 26, rue Dauphine. — Les conférences cliniques ont lieu tous les jours, de 1 h. à 3 h. Les lundis et mercredis sont consacrés plus spécialement à l'étude des maladies externes de l'œil. Les mardis et les jeudis, les opérations ; les vendredis l'examen des malades avec l'ophthalmoscope, et les samedis la réfraction de l'œil avec le choix des lunettes.

A l'*Ecole pratique*, M. Galezowski fera un cours public sur la pathologie de l'œil les lundis et vendredis à 8 h. du soir, à l'amphithéâtre, n° 2. — Chaque séance sera suivie d'une démonstration ophthalmoscopique.

Maladies des yeux.—Leçons publiques. 1° De la réfraction et de l'accommodation, application du système métrique à ces études; 2° Des paralysies des muscles moteurs de l'œil. Du strabisme. Conférences cliniques et opérations. M. le dr Edouard MEYER commencera son cours le *lundi 12 novembre*, à midi et demi, à sa clinique, (rue de l'Ancienne-Comédie, 21; entrée : cour du Commerce, 3) et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. M. Virgile Caudron, chef de clinique, exercera les élèves à la pratique de l'ophthalmoscope, et leur facilitera l'examen des malades.

Maladies des voies urinaires. — Le Dr RELIQUET, ancien interne des hôpitaux de Paris, commencera son cours, le lundi, 12 novembre, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Dans ce cours complet, chaque année, le Dr Reliquet donne plus d'importance à des sujets généralement peu étudiés. Cette année, il consacrera plusieurs leçons aux affections des *voies génitales de l'homme* dont beaucoup provoquent des troubles de la miction. Comme toujours, avant de parler de la pathologie, il s'occupera de la physiologie des voies urinaires, et de celle des voies génitales.

A propos du traitement de chaque affection, les descriptions des différentes opérations trouveront naturellement leur place. — En étudiant les affections calculeuses, le Dr Reliquet, en raison de son expérience acquise, s'étendra plus que jamais sur la lithrotitie.

Clinique des maladies des voies urinaires. —Dr MALLEZ, 3, rue Christine. — Visite des malades tous les jours à midi et demi ; les dimanches à 10 heures et demie. Lundis, mercredis, vendredis à 1 heure, conférences cliniques et opérations. — *L'analyse chimique des urines et l'examen micrographique de leurs dépôts*, sont exécutés par M. le dr Jardin tous les jours, aux mêmes heures. Le *musée* d'anatomie pathologique de l'appareil urinaire et le laboratoire de chimie et de micrographie, sont à la disposition de MM. les médecins et des élèves. — *Cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire.* Mardis et jeudis à 5 heures du soir, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique.

Leçons pratiques sur les urines. — M. le Dr DELEFOSSE fera, à partir du 18 novembre inclus, rue Notre-Dame-de-Lorette, 14, tous les dimanches à 10 heures, un cours pratique pour les médecins-praticiens seuls : ils seront exercés aux analyses gratuitement. Les médecins qui voudront suivre ce cours sont priés de vouloir bien envoyer leur adhésion au professeur, rue Notre-Dame-de-Lorette, n° 14.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le Dr H. PICARD, commencera un cours public le jeudi 8 septembre à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les samedis, jeudis et mardis suivants à la même heure.

Policlinique de chirurgie des femmes, du docteur BERRUT, rue de Bellechasse, 29. Du 1er novembre au 31 août, le jeudi, à 9 heures du matin ; consultations libres ; à 11 h. leçon clinique libre. La première leçon aura lieu le 8 novembre ; elle sera consacrée à l'examen de la question du *secret médical* devant les tribunaux : 1° dans le cas de déclaration de naissance, 2° dans le cas de témoignage.

Maladies des oreilles. — M. le dr C. MIOT, rue Saint-André-des-Arts, 41; clinique les lundis, mercredis et vendredis, à midi.

Cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie.— M. le dr Ch. FAUVEL a commencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continuera les lundis et jeudis à 9 h.

Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée. Deux chefs de clinique, MM. Poyet et Coupard sont à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

Electrologie médicale. — M. le Dr A. Tripier reprendra son cours, au dispensaire de la rue Christine, n° 3, le samedi 1er décembre, et le continuera les samedis suivants à 1 heure. Il traitera cet hiver du *matériel électrique, des procédés généraux d'électrisation* et des *applications chirurgicales*. Clinique gynécologique les mardis, jeudis et samedis à midi.

Ecole pratique de gynécologie. — Accouchements. — Les cours de gynécologie et d'accouchement fondés en 1874 par le dr Migon, n° 13, rue du Jardinet, sont transférés rue Hautefeuille, n° 1 *bis*, et ouvriront le vendredi 9 novembre 1877. Ces cours comprennent : 1° leçons théoriques, comprenant la matière complète de l'obstétrique. Les lundis, mercredis et vendredis à 8 h. du soir ; 2° leçons pratiques (manœuvres, opérations obstétricales, examen des femmes malades par le toucher et le spéculum). Le mardi et le samedi à 4 h. S'adresser pour les conditions à la clinique du dr Migon, rue Hautefeuille, n° 1 *bis*, ou au concierge du dispensaire. Conditions particulières pour MM. les étudiants d'Alsace-Lorraine.

Thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus et de ses annexes. — M. le dr P. Ménière commencera son cours le vendredi 8 novembre à l'Ecole pratique, amphithéâtre, n° 2, à 3 heures et le continuera les vendredis suivants.

Hygiène et maladies des nourrissons. — M. le dr Brochard fera ce cours tous les *mercredis*, à 8 h. du soir, amphithéâtre n° 2.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS

Premier semestre. — Les cours de la Faculté s'ouvriront le mardi 10 novembre 1877, à la Sorbonne.

Géométrie supérieure. Les mercredis et vendredis, à midi et demi. M. Chasles, professeur. M. Ossian Bonnet, suppléant, exposera les travaux récents de géométrie supérieure.

Calcul différentiel et intégral. Les lundis et jeudis, à huit heures et demie. M. J. A. Serret, professeur. M. Bouquet, professeur de la Faculté, suppléant, traitera du *calcul différentiel et intégral*.

Mécanique rationnelle. Les mercredis et vendredis, à huit heures et demie. M. Liouville, professeur. M. Darboux, suppléant, traitera de la *composition* et des lois générales de l'*équilibre* et du *mouvement*.

Astronomie mathématique et mécanique céleste. Les mardis et samedis, à dix heures et demie. M. Puiseux, professeur, consacrera un certain nombre de leçons à la *théorie de la figure de la terre* considérée comme formée d'un noyau solide recouvert d'un fluide en équilibre. Il exposera ensuite les principes du *calcul des perturbations* et en fera l'application à diverses inégalités des mouvements des planètes et de la lune.

Calcul des probabilités et physique mathématique. Les lundis et jeudis, à dix heures et demie. M. Briot, professeur, traitera de la *théorie des fonctions périodiques et de leur application à des questions de physique mathématique.* Il traitera spécialement, dans le second semestre, de la théorie de la lumière.

Mécanique physique et expérimentale. Les mardis et samedis, à huit heures et demie. M. Bouquet, professeur. M. Tannery, suppléant, traitera de la *cinématique* et de ses applications à la *théorie des machines*.

Physique. Les mardis et samedis, à une heure et demie. M. P. Desains, professeur, traitera de la *chaleur*, du *magnétisme*, de l'*électricité*, de l'*électro-magnétisme* et de leurs principales applications.

Chimie. Les lundis et jeudis, à une heure. M. H. Sainte-Claire-Deville, professeur, exposera les *lois générales de la chimie ;* il fera l'*histoire des métalloïdes*.

Zoologie, anatomie, physiologie comparée. Les mardis et samedis, à trois heures et demie. M. Henri de Lacaze-Duthiers, professeur, étudiera les *principaux groupes des vertébrés*.

Minéralogie. Les mercredis et vendredis, à une heure et demie. M. Friedel, professeur, étudiera les *caractères généraux des minéraux et les principales espèces minérales*.

Jours et heures des cours.

Lundis : MM. Bouquet, 8 h. 1/2 ; Briot, 10 h. 1/2 ; H. Sainte-Claire-Deville, 1 h.

Mardis : MM. Tannery, 8 h. 1/2; Puiseux, 10 h. 1/2; P. Desains, 1 h. 1/2; De Lacaze-Duthiers, 3 h. 1/2.

Mercredis : MM. Darboux, 8 h. 1/2 ; Ossian Bonnet, midi 1/2 ; Friedel, 1 h. 1/2.

Jeudis : MM. Bouquet, 8 h. 1/2 ; Briot, 10 h. 1/2 ; H. Sainte-Claire-Deville, 1 h.

Vendredis : MM. Darboux, 8 h. 1/2 ; Ossian Bonnet, midi 1/2 ; Friedel, 1 h. 1/2.

Samedis : MM. Tannery, 8 h. 1/2 ; Puiseux, 10 h. 1/2; P. Desains, 1 h. 1/2; de Lacaze-Duthiers, 3 h. 1/2.

Seront professés pendant le second semestre :

Les cours d'algèbre supérieure, par M. Hermite ; — de calcul intégral, par M. Bouquet ; — d'astronomie physique, par M. X... ; — de mécanique, par M. Darboux ; — de physique mathématique, par M. Briot ; — de mécanique physique et expérimentale, par M. Tannery ; — la seconde partie du cours de physique, par M. Jamin ; — la seconde partie du cours de chimie, par M. Troots ; — la chimie organique, par M. Wurtz ; — le cours de zoologie, anatomie, physiologie comparée, par M. Milne-Edwards ; — le cours de physiologie, par M. Bert ; — le cours de géologie, par M. Hébert ; — le cours de botanique, par M. Duchartre.

Les candidats aux divers baccalauréats ès-sciences doivent s'inscrire au Secrétariat de la Faculté et consigner en même temps les droits de ces grades ; les registres sont clos irrévocablement cinq jours avant l'ouverture des sessions. Les sessions pour les divers baccalauréats s'ouvriront : l'une, le 10 juillet 1878 ; l'autre, le 25 octobre 1878. Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au Secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, avril et juillet.

Les sessions pour les trois licences auront lieu : la première en novembre 1877 ; la deuxième; du 1er au 31 juillet 1878. Les candidats sont tenus de s'inscrire et de consigner en même temps à la Faculté les droits de ce grade. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la session.

Vu et approuvé : *le Vice-Recteur de l'Académie de Paris*, A. Mourier.
Le doyen de la Faculté des Sciences : Milne-Edwards.

Laboratoire de physiologie. — Chef du laboratoire, M. P. Bert; — préparateurs, MM. Jolyet et P. Regnard. Ce laboratoire est libéralement ouvert aux *étudiants en médecine*, déjà avancés dans leurs études et qui désirent faire des recherches expérimentales pour leur thèse.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

Année scolaire 1877-1878. — Premier semestre. — Le registre des inscriptions sera ouvert le 20 octobre. — L'ouverture des cours est fixée au 6 novembre.

Directeur honoraire, M. Bussy. — Professeur honoraire, M. Berthelot.

Zoologie. M. A. Milne-Edwards, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à midi.

Pharmacie. M. ..., suppléé par M. Bourgoin, agrégé. Lundi, mercredi et vendredi, à 8 h. 1/2.

Histoire naturelle des médicaments. M. Planchon, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2.

Chimie générale. M. Riche, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 3 h. 1/2.

Physique. M. Le Roux, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 11 h.

Hydrologie et histoire des minéraux. M. Bouchardat, professeur.

M. Marchand, agrégé, est autorisé à faire un cours de botanique cryptogamique, pendant le 1er semestre, les mardis et jeudis, à 10 h.

Travaux pratiques. 1re année. Chimie. M. Prunier, chef des travaux.
— 2e année. — M. Personne, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques.
— 3e année. Botanique. M. Chatin, professeur.
Lundi, mercredi et vendredi, de midi à 4 h.

Second semestre, commençant le 1er avril 1878.

Botanique (1). M. Chatin, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à midi.

Toxicologie. M. Bouis, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 h.

Pharmacie. M. Baudrimont, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2.

Chimie organique. M. Jungfleisch, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 3 h. 1/2

Chimie analytique. M. Personne, professeur, chargé du cours. Lundi, mercredi et vendredi, à 5 h.

Travaux pratiques. 1re année. Chimie. M. Prunier, chef des travaux.
— 2e année. — M. Personne, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques.
Lundi, mercredi et vendredi, de midi à 4 h.
— 2e année. Botanique. M. Chatin, professeur. Lundi et mercredi, de midi à 4 h.
— — Physique. M. Le Roux, professeur. Vendredi, de midi à 4 h.

Le registre des inscriptions aux cours de l'Ecole sera ouvert du 20 octobre. Les élèves devront y inscrire eux-mêmes leurs nom, prénoms, âge et lieu de naissance.

Le même registre sera ouvert de nouveau, pour le renouvellement des inscriptions, pendant les quinze premiers jours de chaque trimestre de l'année scolaire.

Les élèves antérieurement inscrits ne peuvent prendre une première inscription de semestre qu'après avoir satisfait à l'examen du semestre précédent.

(1) Le cours de botanique sera complété par des herborisations commençant le premier dimanche de mai.

Tout élève qui se présente pour prendre *sa première* inscription est tenu de déposer entre les mains du secrétaire agent comptable :

1° Son acte de naissance ;

2° Le diplôme de bachelier ès-sciences ou les diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences pour l'inscription de première classe; pour l'inscription de seconde classe, le certificat d'examen de grammaire, conformément au décret du 14 juillet 1875.

3° S'il est mineur, le consentement, en forme régulière, de son père ou tuteur, l'autorisant à suivre les études pharmaceutiques ;

4° L'indication de son domicile à Paris et celle du domicile de ses père, mère ou tuteur;

5° Si l'élève réside dans une officine, l'autorisation à lui accordée par le pharmacien, de suivre les cours de l'Ecole. Mais l'élève ne pourra compter comme stage en pharmacie le temps correspondant à ses inscriptions scolaires.

Conformément aux prescriptions légales, un registre spécial est toujours ouvert à l'Ecole de pharmacie pour recevoir les inscriptions relatives au stage en pharmacie. Les élèves soumis au décret du 14 juillet 1875 doivent produire le certificat spécial en prenànt la 1re inscription de stage. Tout certificat de stage non appuyé de l'inscription sera considéré comme nul.

Travaux pratiques. — Les élèves, en prenant la 1re inscription de l'année scolaire, acquittent le droit afférent aux travaux pratiques. Les élèves de 2e classe qui tombent sous l'application du décret du 14 juillet 1875 acquittent le droit des Travaux pratiques par semestre de 50 fr.

La bibliothèque de l'Ecole est ouverte tous les jours de 11 h. à 4 h.

La salle des collections est ouverte tous les jours aux mêmes heures.

Le Directeur de l'Ecole,
A. Chatin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'*Académie des sciences* tient des séances publiques à l'Institut, tous les lundis à 3 heures. Elle se divise en deux grandes classes, celle des *sciences mathématiques*, dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend cinq sections ; et celle des *sciences physiques*, qui comprend les six sections suivantes, composées chacune de six membres : chimie ; — minéralogie ; — botanique ; — économie rurale ; anatomie et zoologie; médecine et chirurgie. — Cette dernière section a six membres correspondants français ou étrangers.

L'*Académie des sciences* décerne chaque année des prix dont quelques-uns ont trait aux sciences médicales (anatomie, physiologie, médecine et chirurgie, hygiène, physiologie expérimentale), et qui sont annoncés en temps opportun dans le *Progrès médical*.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de Biologie* tient ses séances tous les samedis, 4 heures, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (*Ecole pratique*). Les travaux de la *Société* embrassent toutes les branches de la biologie, mais plus particulièrement la physiologie expérimentale, l'histologie normale et pathologique, la clinique, la physique et la chimie médicales. Les étudiants en médecine qui ont déjà plusieurs années d'études, ont intérêt à suivre les séances de cette société. Ils pourront y entendre fréquemment, outre leurs professeurs de l'école et leurs maîtres dans les hôpitaux, des hommes tels que MM. Claude Bernard, Berthelot, Paul Bert, Ranvier, etc., qui comptent parmi les membres les plus assidus. Tous les ans la *Société de biologie* décerne le *prix Godard* qui est de la valeur de 500 francs.

Séance du 27 octobre 1877. — Présidence de M. Lépine.

M. Landouzy présente le cerveau d'un vieillard dans lequel il a trouvé une cicatrice ocreuse hémorrhagique occupant le centre ovale gauche, ayant la forme d'une lacune allongée du pied de la première circonvolution frontale à un centimètre en avant de la scissure pariéto-occipitale. Cette lésion entraîna un certain degré de dégénération descendante de la moelle. L'histoire clinique de ce fait, qui rentre dans la catégorie de ceux étudiés par M. Pitres, se résume ainsi : mai 1877, légère attaque apoplectique, hémiplégie droite, totale, complète, flasque. — Juillet : contracture, tardive et atrophie musculaire droite, épaississement des téguments des membres droits. Escharre au sacrum qui s'étend en octobre et envahit la région fessière droite. Mort par infection putride le 20 octobre. M. Landouzy insiste sur l'épaississement notable des téguments, constaté sur les membres atteints par l'atrophie musculaire : dans les régions où existait au maximum la macilence musculaire, les téguments avaient une épaisseur double et triple des téguments pris sur des points symétriques de côté opposé. L'augmentation d'épaisseur porte non sur la peau elle-même, mais sur la couche sous-cutanée. Il s'agit d'une adipose, d'une surcharge graisseuse du tissu conjonctif sous-cutané. Du reste, M. Landouzy a trouvé cet épaississement sous-cutané dans tous les cas de macilence musculaire symptomatique, ne ressortissant pas au type Duchenne-Aran. Un fait analogue a été étudié par M. Collette, interne de M. Gubler, dans les tissus qui entourent les articulations enflammées.

L'étude de ce fait clinique prouve que les actions trophiques du tissu conjonctif n'ont ni les mêmes centres, ni les mêmes voies de transmission que la peau et les muscles ; car en même temps que la nutrition musculaire s'affaiblit, la nutrition du tissu sous-cutané est simplement déviée. Il faut ajouter que, dans l'atrophie musculaire primitive, le muscle seul est atteint : c'est seulement dans les atrophies musculaires secondaires que l'on voit et l'adipose sous-cutanée et les lésions cutanées.

M. Charcot. La théorie pathogénique de ces troubles trophiques est encore à trouver. L'hypertrophie du tissu cellulo-graisseux dans certains cas d'atrophie musculaire, tenant à des lésions médullaires, a fait souvent porter à tort le diagnostic : paralysie pseudo-hypertrophique. Il en est ainsi pour quelques faits de paralysie infantile, de sclérose latérale amyotrophique. Quelques médecins allemands surtout sont tombés dans cette erreur.

M. Galezowski préconise l'emploi de la pilocarpine en instillations dans l'œil, pour obtenir la contraction pupillaire. L'action de cet alcaloïde est aussi énergique que celle de l'ésérine, et, de plus, elle ne cause pas, comme celle-ci, l'irritation du globe oculaire. — M. Galippe rappelle les expériences qu'il a faites sur ce sujet, en commun avec M. Bochefontaine.

M. Krishaber rappelle de fort intéressantes expériences sur la température, la circulation et la respiration dans leurs rapports avec la température ambiante, dans les étuves sèches ou humides. Dans l'étuve sèche à 75°, sa température s'éleva de 36°,6 à 39°,6, et le pouls de 73 à 160, sans qu'il ressentît grand malaise. Sous l'action d'une douche froide à 12°, le pouls s'abaissa brusquement, tandis que la température ne tomba que lentement, pour rester plusieurs heures au-dessus de la normale.

Dans l'étuve humide à 45°, la température monta jusqu'à 40°,2, et le pouls dépassa 185 pulsations, sans que M. Krishaber ressentît un malaise notable. Au bout de deux mois et demi, il put supporter 80° dans l'étuve sèche, et élever sa température à 41°,5. Toujours sous l'action des douches, la température baissa beaucoup plus lentement que le pouls. En outre, la respiration était accélérée, les sécrétions sudorales exagérées. M. Krishaber insiste sur ce fait que toutes les conditions de la fièvre la plus vive étaient ainsi artificiellement réalisées, sans aucun inconvénient pour la santé générale. Du reste, divers auteurs ont fait des expériences analogues sur les animaux, même à sang froid, et sont arrivés à des résultats également remarquables.

M. le Dr Romain Vigouroux communique une *théorie physique de la métallothérapie*. — On empêche, dit-il, l'effet habituel d'une plaque d'un métal donné, si on lui superpose un autre métal. On peut rétablir l'efficacité ainsi suspendue en enlevant la deuxième plaque ou bien en lui ajoutant une troisième plaque du même métal que la première. Dans cette expérience, l'action chimique de la peau sur la surface métallique n'a pas été empêchée ; l'auteur se refuse donc à voir dans cette action chimique la source de l'électricité qui occasionne les effets des applications métalliques. Pour lui, il n'y a dans ces applications qu'un fait d'*électricité de contact*, parfaitement explicable par la théorie de Volta. Celle-ci rend compte de toutes les expériences faites et en suggère de nouvelles [illegible] lement confirmatives. A l'appui de son opinion, il dit avoir reproduit directement l'effet de divers métaux en appliquant *une seule* lame de platine préalablement soumise à l'action d'un courant, ou bien *une seule* lame métallique reliée à un pôle de la pile, l'autre pôle restant isolé (procédé nouveau d'électrisation). Même les courants proprement dits n'agiraient qu'en déterminant la polarisation des électrodes, ce qu'il démontre par l'emploi d'électrodes impolarisables. Avec ceux-ci, l'effet du courant sur la sensibilité n'a plus lieu. L'auteur conclut que : un état électrique déterminé des organes périphériques de la sensibilité générale et spéciale, est une condition essentielle de la fonction. C'est en produisant une tension qui modifie cet état que les moyens mentionnés peuvent agir sur la sensibilité (et aussi sur la force musculaire et la température).

M. Charcot. Si la métalloscopie, aujourd'hui, est assez bien étudiée, il n'en est pas de m[illegible]
M. Burq a [illegible]
rageants. Chez trois hystériques hémianesthésiques à sensibilité *or*, la sensibilité a réapparu après l'emploi du chlorure d'or

et de sodium : il se produisit une rechute dès que les malades cessèrent de prendre leur médicament. Une hystéro-épileptique à crises séparées ayant été également soumise à ce traitement, les attaques hystériques ne se reproduisirent plus, tandis que les accès épileptiques étaient aussi fréquents qu'avant l'intervention thérapeutique. Une hémianesthésie à sensibilité cuivre parait être également guérie par l'emploi des préparations cupriques. — Relativement aux attaques, il convient d'être très-réservé.

M. GELLÉ présente à la Société un appareil destiné à l'éducation des sourds et des sourds-muets. Il est fondé sur ce principe que la sensibilité acoustique est notablement augmentée quand on met les deux oreilles en communication par un tube en caoutchouc. L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'*Académie de Médecine* tient ses séances publiques, 49, rue des Saints-Pères, tous les mardis à 3 heures. Elle se compose de cent membres *titulaires* répartis dans les 11 sections qui suivent : anatomie et physiologie, 10; pathologie médicale, 13; pathologie chirurgicale, 10 ; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10; médecine opératoire, 7; anatomie pathologique, 7; accouchements, 7; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10; médecine vétérinaire, 6; physique et chimie médicales, 10; pharmacie, 10. Il y a, en outre, une section d'associés libres qui peut compter 10 membres. — Le nombre des *associés nationaux* et celui des associés étrangers peut être de 20. — Le nombre des *correspondants nationaux* est de 100, celui des *correspondants étrangers*, de 50. Les uns et les autres sont divisés en 4 sections de la façon suivante :

1° Anatomie et physiologie, — pathologie médicale, — thérapeutique et histoire naturelle, — anatomie pathologique, — hygiène et médecine légale (correspondants nationaux, 50; étrangers, 25): — 2° Pathologie chirurgicale, — médecine opératoire, accouchements, (correspondants nationaux, 24; étrangers, 12); — 3° Médecine vétérinaire, (correspondants nationaux, 6; étrangers 3); — 4° Physique et chimie médicales; — pharmacie, (correspondants nationaux, 20; étrangers 10).

L'Académie résout les questions qui lui sont posées par les ministères, les préfectures de la Seine et de police, sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publique. Elle autorise ou interdit la fabrication et la vente des remèdes secrets et nouveaux, l'exploitation des sources thermales ou minérales. Elle désigne, sur la demande du gouvernement, des commissaires qui se transportent sur les lieux où sévissent les épidémies ou les épizooties et décident des mesures à prendre contre le mal. Elle propage la vaccine, et, enfin, discute des questions de science pure. Elle publie un bulletin qui contient le compte rendu de ses séances et de ses travaux, au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les lauréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu dans la première quinzaine de décembre, les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante, y sont en outre désignés.

L'Académie possède des collections et une bibliothèque riche en volumes, en gravures et en manuscrits; elle est ouverte aux membres seuls. Bibliothécaire, M. Briau, bibliothécaire-adjoint, M. Dureau.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis et samedis à midi et demi. On envoie en outre gratuitement du vaccin en plaques à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Directeur du service, M. Blot. Il existe aussi, pour les analyses et les recherches chimiques, un laboratoire, dirigé par M. Bouis.

Les travaux, les communications et les correspondances de toutes sortes doivent être adressés à M. le secrétaire perpétuel au siége de l'Académie, à moins qu'un des membres n'ait bien voulu se charger de faire la présentation. — Les bureaux de l'Académie sont ouverts, sauf les dimanches et fêtes, tous les jours de 10 h. à 3 h.

Séance du 30 *octobre* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. DEVILLIERS fait la lecture de son rapport officiel sur le *projet d'un établissement pour l'allaitement artificiel*. Le conseil municipal de Paris a, on s'en souvient, exprimé un vœu qui demande à l'administration de l'assistance publique de mettre en expérience l'allaitement artificiel de Paris, en s'entourant de toutes les données scientifiques pour faire cette expérience en vue de laquelle la ville de Paris mettrait à la disposition de cette administration soit un terrain convenable, soit une subvention suffisante, soit l'un et l'autre à la fois. L'administration de l'assistance publique n'osa pas se prêter à de semblables expériences, avant d'avoir consulté une commission médicale, composée de MM. A. Guérin, Moutard-Martin et Vulpian. Cette commission n'ayant pas voulu prendre une décision définitive, l'affaire est venue en dernier ressort devant l'Académie de médecine. Voici les conclusions du rapport de M. Devilliers : « L'Académie de médecine ne peut qu'approuver complètement l'opinion émise par la commission de l'administration hospitalière de Paris, et elle est d'avis qu'il serait dangereux de donner suite à l'idée émise par le Conseil municipal, au sujet d'un établissement à Paris, ou ailleurs, d'expériences en grand pour l'allaitement artificiel des enfants en bas âge. Mieux vaudrait donc que les sommes destinées par le Conseil municipal à fonder un établissement de ce genre, fussent réparties sous forme de prime d'encouragement aux mères nourrices et aux mères qui garderaient leurs enfants auprès d'elles.

M. J. GUÉRIN n'accepte pas les conclusions du rapport : pour lui, il serait utile d'accueillir favorablement le vœu exprimé par le Conseil municipal. L'allaitement artificiel, dans quelques cas indispensable, a fait de grands progrès depuis vingt ans. Ces progrès sont dus à la science ; et, aujourd'hui qu'il s'agit de rechercher les moyens propres à bénéficier de l'allaitement artificiel, la science ne doit pas repousser arbitrairement un moyen d'expérimenter une chose utile.

Après quelques paroles échangées sur cette question entre MM. Devilliers, J. Guérin, Colin, Devergie, Blot et Moutard-Martin, les conclusions du rapport sont adoptées.

M. VERNEUIL lit un long travail intitulé : *Faits pour servir à l'histoire de la désarticulation de la hanche. Remarques sur les procédés opératoires et le mode de pansement*. Le travail de M. Verneuil se trouve résumé dans les conclusions suivantes : 1° La désarticulation de la hanche comporte et comportera toujours un pronostic grave, d'une part, en raison des dangers inhérents aux affections qui la nécessitent, de l'autre, à cause des accidents traumatiques auxquels elle expose à titre de grande blessure ; 2° impuissants contre les premiers périls, nous pouvons prévoir et combattre, prévenir surtout, les accidents traumatiques, en acquérant la connaissance exacte de leur origine et de leur cause ; 3° parmi ces accidents, il faut noter au début la perte de sang trop considérable pendant l'opération, et plus tard la septicémie ; 4° à la crainte si fondée de l'hémorrhagie opératoire, on a opposé plusieurs expédients : rapidité extrême de l'exécution, compression préalable de la fémorale, de l'iliaque externe, de l'aorte, ligature préliminaire ou successive des vaisseaux fémoraux, etc. ; lesquels sont trop souvent inapplicables, insuffisants, incapables de réaliser l'économie du sang.

5° Le meilleur moyen d'atteindre ce but si désirable consiste : d'abord à refouler dans l'économie le sang contenu dans le membre, à l'aide de la bande élastique, puis à enlever la cuisse, comme s'il s'agissait d'extirper une volumineuse tumeur, en découvrant et en liant les vaisseaux principaux avant de les ouvrir. Ce procédé n'est ni brillant, ni rapide, mais il a donné de bons résultats à moi-même en 1864 et 1869 et à M. Rose, de Zurich, en 1875 ; 6° Pour prévenir la septicémie et ses diverses formes aiguë, chronique ou pyohémique, il est essentiel d'empêcher les fluides altérés de stagner dans une plaie trop favorablement disposée à les retenir ; utile, si on le peut, de combattre même les altérations des fluides susdits.

7° La réunion immédiate, adoptée par la totalité des chirurgiens et qu'ont en vue tous les inventeurs de procédés, est inapte à remplir les deux conditions précédentes ; elle favorise bien plutôt l'altération et la rétention des fluides ; ne serait-ce qu'au fond du cotyle, elle doit être abandonnée ; 8° Pour la même raison, il faut abandonner le procédé ovalaire latéral et le procédé à lambeau antérieur : on leur reconnait pour avantage l'occlusion naturelle de la plaie ; ils ont précisément pour inconvénients de masquer les parties profondes et d'exposer à la rétention des fluides.

9° Le procédé à lambeaux latéraux et même encore le procédé ovalaire antérieur sont bien préférables ; ils donnent à volonté une plaie béante, largement exposée, dans laquelle toute rétention est impossible ; très-facile, au contraire, toute application antiseptique. — 10° L'objection, tirée de la lenteur de cicatrisation d'une aussi vaste plaie, a peu de valeur si l'on songe qu'avec la réunion immédiate qui se targue surtout de hâter la guérison, celle-ci a toujours exigé une moyenne de deux longs mois. — 11° Les trois modes de pansement qui se disputent actuellement la suprématie peuvent être certainement employés après la désarticulation de la hanche ; cependant, comme il est difficile dans cette région, d'appliquer convenablement et correctement, aussi bien le bandage ouaté d'A. Guérin, que le pansement antiseptique de Lister, il convient de recourir au pansement ouvert avec topiques antiseptiques, d'une exécution très-aisée et qui a déjà fait ses preuves. — La séance est levée à cinq heures. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cette *Société*, l'une des plus anciennes et des plus importantes de Paris, tient ses séances tous les vendredis à 3 heures 1/2, à l'Ecole pratique, dans une salle placée au-dessus du musée Dupuytren. C'est là que sont

communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. — Tous les deux ans, la *Société anatomique* décerne le *prix Godard*. Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins, etc., peuvent concourir. — Le *Progrès médical* publie le compte rendu officiel des séances de cette Société. Les étudiants qui liront ces comptes-rendus y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat.

Séances de juillet 1877. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Infection purulente avec abcès métastatiques uniquement dans les articulations. — Influence de la diathèse rhumatismale sur la localisation de ces abcès ; par M. L. CAPITAN, externe des hôpitaux.

Th... Albert, 18 ans, entre, au mois d'avril 1877, à l'hôpital Cochin (service de M. DESPRÉS), pour une tumeur blanche du genou droit.

Bons antécédents héréditaires ; cependant il a parmi ses collatéraux une tante notoirement rhumatismante. Jusqu'en 1870, la santé de notre malade avait été bonne ; jamais il n'avait eu de rhumatismes. A ce moment, il fait une chute et commence à souffrir du genou. Néanmoins il n'est complètement forcé de s'arrêter qu'en 1875. Après avoir été soumis à des traitements variés qui tous échouèrent, il entre au mois d'avril 1877 à Cochin où l'on constate une tumeur blanche avec abcès circonvoisins et ostéïte ayant envahi une partie de l'extrémité supérieure du tibia et le tiers inférieur du fémur.

L'*amputation* est pratiquée le 1er juin au tiers moyen de la cuisse, au milieu de tissus enflammés. Réunion des lambeaux par des bandelettes de diachylon, un drain est laissé dans la plaie; pansement à l'alcool camphré au-dessus d'un linge troué cératé. L'opération est bien supportée. T. avant l'opération, 37°,8 ; après 37°,4 ; le soir 37°,5.

2 *juin*. Etat général bon. Légère céphalalgie ; le soir quelques petits frissons de courte durée. T. m. 37°,6 ; s. 38°,8.

3 *juin*. Etat général devenu rapidement grave ; céphalalgie violente ; teinte ictérique des téguments ; on craint l'infection purulente. Cependant la plaie est en bon état. Opium, sulfate de quinine. Pouls 120. T. m. 38°,3; s. 39°,1.

4 *juin*. A peu près même état, toujours très-affaissé. La suppuration est établie dans la plaie. P. 112. T. m. 41°,2 ; s. 39°,6.

5 *juin*. Détente générale, mais douleurs articulaires vagues surtout dans le poignet gauche, où il existe de la rougeur et de l'empâtement. Sulfate de quinine 50 gr. T. m. 39°,6; s. 40°,5.

6 *juin*. Céphalalgie vive ; douleurs plus vives dans les articulations des phalanges de la main droite. T. m. 40°,5 ; s. 40°,5.

7 *juin*. Même état. T. m. 40°,7 ; s. 39°,5. Pouls 100.

8 *juin*. Le poignet droit se prend à son tour, tandis que les douleurs diminuent dans le gauche. T. m. 40°,3 ; s. 39°.

9 *juin*. Un peu d'amélioration dans l'état général. T. m. 38°,9 ; s. 39°,3.

10 *juin*. Rétention d'urine complète. Le soir, il peut uriner seul, mais avec peine. T. m. 37°,7 ; s. 39°,5.

11 *juin*. La rétention d'urine a entièrement disparu. Céphalalgie. Douleurs articulaires persistantes dans le poignet droit avec induration remontant le long des tendons des extenseurs. De plus, douleurs dans la hanche droite et la colonne. T. m. 38°4 ; s. 39°,4.

12 *juin*. Même état ; la plaie est en bonne voie. P. 96. T. m. 39°,5 ; s. 40°.

13 *juin*. Les douleurs articulaires persistent en s'exagérant dans le poignet droit. Chute des ligatures. T. m. 39°,4 ; s. 40°.

14 *juin*. T. m. 39°,4 ; s. 40°,2. P. 100.

15 *juin*. La hanche gauche se prend à son tour. T. m. 38°,3 ; s. 40°,2.

16 *juin*. T. m. 39°,3 ; s. 40°,1.

17 *juin*. T. m. 38°,3 ; s. 39°,5.

18 *juin*. Au centre de la plaie du moignon apparaît un bourgeon médullaire volumineux, dû à l'ostéo-myélite de l'extrémité du fémur. P. 92. T. m. 38°,4 ; s. 39°,6.

19 *juin*. Diarrhée assez violente ; on cesse de mouiller le pansement et on enlève le drain et les bandes de diachylon qui unissaient les bords de la plaie. Les douleurs de hanches ont disparu. P. 100. T. m. 38°,3 ; s. 39°,3.

20 *juin*. Diarrhée suspendue ; quelques écorchures au sacrum. Au milieu du sternum, au niveau de la 3e côte, on constate l'existence d'un abcès gros comme un petit œuf, avec fluctuation très-nette, en partie réductible, très-douloureux au toucher, ou bien lorsque le malade tousse. Il est animé de battements assez forts isochrones à ceux du cœur, et présente par moments, à l'auscultation, une série de craquements et une transmission des bruits pulmonaires. En même temps, il existe de la bronchite avec nombreux râles sibilants et ronflants. Absolument rien aux sommets, quelques râles sous-crépitants à la base du poumon droit. P. 92. T. m. 38°,2 ; s. 39°,2.

21 *juin*. L'abcès du sternum a encore augmenté ; il est animé de battements assez forts et de mouvements d'expansion rappelant ceux d'un anévrysme. Une piqûre donne issue à du pus spumeux. On passe un drain. P. 100. T. m. 39°,3 ; s. 39°.5.

22 *juin*. Un peu d'agitation, diarrhée violente. Le poignet droit est très-enflé ; sur le dos de la main, foyer purulent avec fluctuation nette. On ouvre et on passe un drain à travers l'articulation pleine de pus. Bronchite généralisée. Pas de frisson. P. 100. T. m. 39°,2 ; s. 39°,4.

23 *juin*. Abcès au tiers inférieur du sacrum, sous-cutané, peu douloureux. Le poignet gauche est indolore, il semble néanmoins qu'il existe un peu de fluctuation à la face antérieure. T. m. 38°,8 ; s. 39°,2.

24 *juin*. Hier soir frisson pendant 10 minutes. On ouvre un nouvel abcès à la face postérieure du bras droit dans la gaine des extenseurs, à 5 ou 6 cent. au-dessus du poignet. La suppuration diminue au moignon. 50 centig. de sulfate de quinine. P. 112. T. m. 39°,1; s. 40°,7.

25 *juin*. Pas de frissons. Respiration faible. Céphalalgie assez violente. Un peu de délire. P. 108. T. m. 39°,7 ; s. 39°,2.

26 *juin*. Douleurs assez vives dans le coude gauche. On perçoit la fluctuation. Au tiers moyen du poumon droit, nombreux râles sous-crépitants fins. P. 112. T. m. 40° ; s. 36°,9.

27 *juin*. Délire continuel depuis hier; perversion de la sensibilité. La fluctuation est manifeste au poignet gauche. Au niveau de l'abcès du sternum, il se produit une disjonction des pièces moyennes et inférieures du sternum. Les deux fragments sont projetés en avant pendant l'inspiration ; il existe entre eux un intervalle de 5 millimètres environ ; douleur vive à la pression. — Douleur dans le genou gauche ; T. m. 40° ; s. 39°,6.

28 *juin*. La plaie présente un très-mauvais aspect ; la suppuration est suspendue, le bourgeon médullaire s'est détaché. Le malade est très-affaissé, la pupille contractée, les yeux à demi-ouverts et fortement portés en haut ; plaintes continuelles, secousses convulsives. Incontinence d'urine et de matières fécales ; l'abcès du sternum a été le siége d'hémorrhagies ; on y perçoit du gargouillement. Pouls petit, filant 144. T. 42°,2. Bientôt le malade tombe dans le coma, et il meurt à 11 heures du matin.

AUTOPSIE. A l'ouverture du thorax : poumons non adhérents, peu de liquide dans les plèvres. L'abcès siège au niveau du 3e espace intercostal. On pénètre facilement de l'extérieur dans une cavité parfaitement close ayant environ le volume d'un gros œuf et creusée dans le tissu conjonctif rétro-sternal très-induré, et ne présentant *aucune* communication avec le médiastin.

Moignon. Le pus remonte à la partie externe à 7 ou 8 c. de l'extrémité inférieure ; dans le canal médullaire l'ostéo-myélite remonte à 4 c.

Poignet droit. Crépitation osseuse produite par la disjonction de l'articulation radio-cubitale inférieure ; le pus s'échappe de la gaine des extenseurs, il descend à la face dorsale de la main et remonte également à 4 ou 5 c. au-dessus du poignet ; ce foyer étendu communique avec l'articulation par une perforation du ligament postérieur. Les cartilages articulaires sont érodés ; la tête du cubitus en est complètement privée.

A droite, le coude et l'épaule sont également pleins de pus. *A gauche*, rien dans l'articulation du poignet, mais la gaine des fléchisseurs est pleine de pus qui remonte jusqu'à 10 c. au-

dessus de l'articulation. Le coude et l'épaule sont pleins de pus. Le *genou gauche* est normal.

Le *Péricarde* renferme environ 100 gr. de liquide clair *Cœur* sain. *Poumons*: rien aux sommets; congestion surtout aux bords postérieurs. *Foie* un peu congestionné; un peu muscade par places. Volume et consistance normaux. *Reins* et *rate* également un peu congestionnés. Rien dans les intestins. En somme, sauf une légère congestion des différents viscères, *pas trace d'abcès métastatiques*.

Cerveau Ni liquide pathologique, ni pus; méninges un peu épaissies adhérentes par places à la surface du cerveau surtout sur le tiers inférieur des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes droite et gauche, sur la première temporale gauche et à droite sur la lèvre inférieure de la scissure de Sylvius. Dans tous ces points, en enlevant les méninges, on arrache une petite partie de la couche corticale sous-jacente. A la face interne des hémisphères, petites pertes de substance larges de 7 à 12 millim. profondes de 2 à 3 millim. disséminées surtout à la partie postérieure.

RÉFLEXIONS. Cette observation présente un double intérêt. 1° L'existence de cet abcès du sternum avec disjonction des parties inférieures et moyennes de l'os sans communication avec le médiastin est un fait assez rare, surtout dans les circonstances où on a pu l'observer ici.

2° Le fait de l'existence de ces arthrites suppurées multiples comme seules manifestations de l'infection purulente pourrait peut-être venir à l'appui de l'opinion qui attribue, au moins dans certains cas, un caractère particulier aux manifestations de l'infection purulente, suivant que celle-ci se présente chez un malade qui est sous l'influence de telle ou telle diathèse.

Ici nous avions affaire à un rhumatisant; les douleurs qu'il a éprouvées dans les articulations ont été tout d'abord dues à du rhumatisme simple; le genou gauche ne renfermant pas de pus bien que le malade en ait souffert, en est une preuve; ce n'est qu'ultérieurement que les arthrites sont devenues purulentes par suite de l'aggravation de l'état général. De plus la présence de rhumatisants dans la famille de notre malade permet de croire à l'existence chez lui de cette diathèse, qui, jusque-là latente, s'est manifestée tout à coup à la suite de l'amputation et a imprimé à l'infection purulente un caractère tout spécial.

2. Coexistence du cancer, du tubercule et de l'emphysème; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

M. MOUTARD-MARTIN présente un fait anatomo-pathologique intéressant par la coexistence de lésions qui sont rarement réunies sur le même sujet. Il s'agit d'une femme de 71 ans à l'autopsie de laquelle on a rencontré un cancer de la grande courbure de l'estomac. Il existait des tubercules pulmonaires dans une grande étendue des sommets des deux poumons et un l'emphysème très-marqué. Il existait également une cirrhose avec dégénérescence graisseuse du foie. — Cette femme présentait, en outre, une élongation du col utérin qui atteignait 7 cent. sans hypertrophie de son tissu. Le corps de l'organe mesurait 4 cent.

M. Moutard-Martin fait remarquer que la coïncidence de deux diathèses, tuberculeuse et cancéreuse par exemple, est loin de se présenter aussi rarement qu'on le pense généralement. Pour sa part, il en a rencontré quatre cas de ce genre. Chez la malade dont il est question en ce moment, la coïncidence du tubercule et de l'emphysème est intéressante et montre qu'il faut se garder de vouloir, comme on le fait souvent au lit du malade, rapporter *exclusivement*, dans un diagnostic, tous les symptômes au développement de tubercules ou à la dilatation emphysémateuse du parenchyme pulmonaire. Tubercules et emphysème sont deux lésions qui souvent existent ensemble; il importe de faire la part de chacune, ce qui souvent, il faut bien le reconnaître, présente de grandes difficultés.

4. Rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire; par M. LETOUSEY, interne des hôpitaux.

X, 24 ans, découpeur de cartons, entra, le 20 avril dernier, dans le service de M. FERRAND (hospice d'Ivry). Pâleur, maigreur considérable, sueurs nocturnes, toux habituelle, trois hémoptysies antérieures, tels étaient les symptômes rationnels qui nous firent diagnostiquer la phthisie pulmonaire. Depuis son enfance, ce jeune homme était faible, ordinairement essoufflé, incapable de se livrer à des travaux pénibles; mais chose à noter, jamais il n'avait eu de cyanose.

M. STRAUSS, qui remplaçait alors M. Ferrand, fit l'examen méthodique de la poitrine:

Du côté des poumons matité au sommet, écrasement et craquement humide.

Du côté du cœur; un bruit de souffle énorme s'entendait au premier temps et à la base; son maximum était à gauche sous la clavicule. Sa propagation était des plus manifestes et on entendait le souffle très-nettement à la pointe, dans le cou et jusqu'au niveau de la 10e vertèbre dorsale. Le pouls très-faible, surtout à droite, était régulier et fréquent. — En présence des antécédents du malade (palpitation, essoufflement datant de l'enfance), en raison de la phthisie dont l'évolution était manifestement ultérieure, enfin à cause des caractères du souffle cardiaque, M. Strauss diagnostiqua un rétrécissement de l'orifice pulmonaire ancien, sinon congénital, et ayant amené, probablement par nutrition incomplète, une phthisie pulmonaire.

L'AUTOPSIE est venue le 17 juillet confirmer ce diagnostic: Les *poumons* étaient forcés de tubercules du haut en bas surtout à droite. Aux sommets quelques cavernules. L'induration du tissu était telle qu'elle nous expliquait aisément la propagation du souffle cardiaque. Traces de pleurésie ancienne.

Le *cœur* était énorme; l'hypertrophie portait surtout sur le ventricule droit; l'oreillette droite était très-dilatée, remplie de caillots récents. L'orifice aortique était sain. — Les valvules de l'orifice pulmonaire étaient soudées par leur bord, sans trace d'athérôme ou d'endocardite. Elles représentaient un diaphragme à concavité dirigée en haut et percé à son centre par un orifice de 8 mm de diamètre. L'artère pulmonaire était de calibre normal. L'aorte dilatée surtout, relativement aux artères carotide primitive gauche et sous-clavière gauche et au tronc brachio-céphalique dont le calibre était très-petit. M. Ferrand chercha le canal artériel, le trou de Botal et la cloison interventriculaire; l'oblitération était complète.

Le *rein* et le *foie* étaient cardiaques, pas de tubercules ailleurs.

5. Carcinôme colloïde de l'intestin grêle; dégénérescence encéphaloïde des ganglions mésentériques; par M. REGEARD, externe des hôpitaux.

N..., 57 ans, est entrée le 6 juillet, salle Sainte-Joséphine, n° 1, service de M. FÉRÉOL, pour de la diarrhée et de l'œdème du membre inférieur gauche.

Aucun renseignement en ce qui concerne l'hérédité et le début de la maladie. Depuis 2 mois environ, cette femme a été prise de diarrhée; les digestions sont devenues lentes et pénibles; souvent après les repas, elle éprouvait de violentes coliques. Pas de vomissements et jamais de sang dans les selles. A la palpation abdominale, on sent une tumeur volumineuse, dure, bosselée et occupant le centre de l'abdomen. Cette tumeur est parfaitement indépendante du foie, et mobile dans le sens transversal seulement. Des pressions même peu ménagées n'occasionnent que peu ou pas de douleurs. La percussion ne donne qu'une submatité peu étendue, et la sonorité tympanique de l'intestin se retrouve dans son voisinage immédiat.

Il n'y a pas d'ascite; mais seulement un œdème très-prononcé et très-mou de la paroi abdominale, au niveau des parties déclives seulement. L'œdème du membre inférieur gauche est également considérable et mou; un peu au-dessous de l'arcade crurale, on sent un cordon dur et douloureux à la pression, suivant la direction des vaisseaux fémoraux.

La malade est très-maigre et d'une pâleur cireuse, cachectique, ne présentant pas de coloration ictérique des conjonctives. Rien d'anormal au toucher vaginal.

17 juillet. La diarrhée s'arrête subitement et le ventre se ballonne. C'est environ pour la troisième ou quatrième fois

que la malade éprouve le même phénomène. A partir de ce jour, elle s'affaiblit graduellement et meurt le 18, au soir.

AUTOPSIE.— Les organes thoraciques, les reins, l'utérus et ses annexes sont sains ; le foie est gras.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve tout d'abord l'estomac et les anses intestinales très-dilatés par des gaz. Après les avoir enlevés, on arrive à decouvrir la *tumeur* située au-devant de la colonne lombaire à laquelle elle adhère par le mésentère. A première vue, cette tumeur paraît constituée par une agglomération d'anses intestinales reliées entre elles par des adhérences, et par un grand nombre de ganglions mésentériques très-volumineux et dégénérés.

Les adhérences sont très-fortes et il est impossible de les détruire sans dilacérer l'intestin. On trouve, au-dessous du péritoine et au milieu des adhérences, de petits amas de matière colloïde qui se rompent avec la plus grande facilité sous une légère pression. Et cependant on ne rencontre aucune trace de cette matière libre dans la cavité péritonéale. On constate également au milieu des adhérences quelques points de suppuration isolés, formant de petits abcès péritonéaux.

En ouvrant une des anses intestinales englobées dans la tumeur et dont la cavité paraît très-dilatée, on s'aperçoit que les parois de l'intestin sont elles-mêmes le siége d'une dégénérescence colloïde très-étendue. Ces parois sont très-épaissies, très-friables et se déchirent avec la plus grande facilité. La surface de section a un aspect gélatineux ; et il est impossible d'y reconnaître à l'œil nu aucune des tuniques de l'intestin. La surface même de la muqueuse a subi elle-même la dégénérescence. La matière colloïde est sillonnée de tractus fibreux qui limitent des îlots gélatineux, lesquels s'en vont sous le lavage et ont en quelque sorte l'aspect de grains de grenade. Les *ganglions mésentériques* sont moins blancs à la coupe, et laissent écouler un suc épais. Ils offrent, en un mot, l'aspect de la dégénération colloïde médullaire.

La tumeur n'adhérait pas aux parties voisines. Elle comprimait la veine iliaque primitive gauche dont les parois adhéraient à un caillot que l'on suivait jusque dans la veine fémorale du même côté.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La *Société de chirurgie* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, n° 3. La plupart de ses membres appartiennent au corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires. — La Société de chirurgie dispose de trois prix : le prix Duval, le prix Laborie et le prix Gerdy. Les deux premiers sont annuels, le second est triennal. — Le prix Duval, de la valeur de 100 fr., a été fondé en 1854 à titre d'encouragement pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires de la marine. — Le prix Laborie, de la valeur de 1,200 fr., fondé en 1868, est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. — Le prix Gerdy, de la valeur de 2,000 fr., a été fondé en 1873. La Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents. Le sujet est toujours donné deux ans à l'avance. — Pour plus de détails voir le premier fascicule annuel des *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie.*

Séance du 31 *octobre* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. POLAILLON lit un rapport sur une observation présentée à la société par M. Porak, et relative à un cas de syphilis congénitale ayant déterminé des fractures spontanées des deux humérus. L'enfant dont il s'agit étant venu au monde par le siége, il était permis de supposer que ces fractures avaient été produites pendant l'accouchement et étaient le résultat des efforts de traction qu'on avait pu être obligé d'exercer indirectement sur la région du tronc. Au point de vue médico-légal, cette observation présente donc un très-grand intérêt, car elle enseigne au praticien qu'il doit se tenir en garde contre tout diagnostic rétrospectif capable de condamner prématurément les procédés mis en œuvre par l'accoucheur.

M. BOINET lit un rapport sur une observation de kyste ovarique ponctionné, et guéri à la suite d'une injection iodée. Le diagnostic n'a pas été porté avec assez de certitude, ou tout au moins les renseignements donnés dans la relation de ce fait, ne sont pas assez démonstratifs et suffisants pour qu'on soit en mesure d'approuver ou de blâmer la conduite que l'opérateur a jugé bon de suivre.

M. PASQUIER lit une observation d'adénome vrai de la parotide, opéré et guéri.

M. DELORE communique à la Société le résultat de la méthode qu'il met en pratique dans les cas de corps fibreux de l'utérus. Il a adapté, à la seringue de Pravaz ordinaire, une canule qui lui permet d'injecter de l'ergotine dans le tissu même de l'utérus, au niveau de la région cervicale. Il n'y a pas eu de diminution des tumeurs, mais les malades ont toujours été soulagés, et les hémorrhagies ont été beaucoup moins abondantes.

MM. DUPLAY et TESSIER ont eu de fort bons résultats en injectant de l'ergotine dans le tissu cellulaire sous-cutané, par la méthode de Hildebrand.

M. DELORE, en agissant immédiatement sur le tissu utérin, a pensé que la méthode de Hildebrand pouvait avoir une efficacité plus directe.

E. B.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

La *Société de médecine légale* tient ses séances le second lundi de chaque mois à 3 heures précises, au Palais-de-Justice dans la salle d'audience de la 5e chambre du tribunal civil. Entrée par le boulevard du palais, n° 2.

Ces séances, constituent de très-intéressantes conférences de médecine légale, auxquelles les étudiants, aussi bien que les médecins, trouveraient grand motif à assister. Les séances sont publiques. Déjà la Société a fait paraître 4 volumes de bulletins à la librairie J.-B. Baillière et fils.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

La SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX se réunit le 2e et le 4e vendredi de chaque mois, dans la salle des séances de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, 3. Les membres de cette société sont les médecins des hôpitaux civils et les médecins de l'armée ayant un service dans les hôpitaux militaires de Paris. Les uns et les autres présentent les faits intéressants de leur service, et ces faits sont souvent le point de départ de discussions intéressantes, surtout lorsqu'ils ont trait à des sujets à l'ordre du jour (thoracentèse, fièvre typhoïde, bains froids). En outre, tous les trois mois, le secrétaire général, M. Ernest Besnier, lit des rapports fort bien faits sur les maladies régnantes dans le trimestre précédent. Les compte-rendus des séances sont publiés chaque année.

SOCIÉTÉS DE MÉDECINE PUBLIQUE, D'ANTHROPOLOGIE, ETC.

La *Société de médecine publique*, fondée récemment, tient ses séances, rue de l'Abbaye, le dernier mercredi de chaque mois. La *Société d'anthropologie* (1er et 3e jeudi de chaque mois), la *Société de médecine de Paris*, la *Société d'hydrologie* se réunissent, comme la *Société de chirurgie*, rue de l'Abbaye, 3. Ce local, beaucoup trop exigu, ne permet qu'à un petit nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes sociétés, chose très-regrettable, vu l'intérêt que présentent pour les étudiants les discussions très-instructives sur les questions à l'ordre du jour. Nous citerons encore la *Société médico-psychologique* qui se réunit le dernier lundi de chaque mois, à 4 heures, dans la salle des thèses de l'Ecole de médecine. Les étudiants qui sont arrivés à la dernière année de leurs études, assisteront avec fruit aux réunions de ces diverses sociétés. La *Société de thérapeutique* se réunit à la mairie du 1er arrondissement, le 1er et le 3e vendredi de chaque mois. Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les sociétés d'arrondissement, qui n'ont qu'un intérêt secondaire pour les étudiants.

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. M. Coutenot, professeur de clinique interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1877-78, par M. Gauderon, suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Bleynie, ancien professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé professeur honoraire à ladite Ecole.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — *Concours de l'internat.* Les seize candidats élus par ordre de mérite, sont : MM. Genevay-Montoz, Chapuis, Robin, Dufour, Soller, Brizard, Auboyer, Bernard, Brossard, Coulomb, Hortolès, Badocle, Mathieu, Munot, Brottet, Gauch.

Huit candidats classés à la suite pourront être appelés aux fonctions d'internes provisoires : Ce sont : MM. Vassel, Bernay, Rocher, Magnanon, Blanc, Olivier, Imbert de la Touche, Fustier. — M. Genevay Montoz, originaire de Tullins (Isère), élève de l'école de Lyon, a reçu des mains de M. le président du concours la trousse d'honneur, prix Bonnet, fondé en 1862. — (*Lyon médical*).

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Un concours sera ouvert, le 1er mars 1878, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à ladite école.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Année scolaire 1877-1878 (semestre d'hiver).

Les cours de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant:

Opérations et appareils. — M. BOUISSON, professeur, commencera son cours le samedi 3 novembre, à 9 h. 1/2, matin, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur continuera l'exposé des opérations suivant les différentes régions du corps et s'occupera spécialement de celles qui se pratiquent sur la partie terminale du tube digestif et sur les organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme.

Pathologie chirurgicale. — M. BOYER, professeur, commencera son cours le samedi, 3 novembre, à 3 h. après-midi, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Le professeur terminera l'étude des lésions vitales du domaine chirurgical et commencera celle des lésions organiques.

Anatomie. — M. BENOIT, professeur, commencera son cours le vendredi, 2 novembre, à 2 h. après-midi, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

M. BIMAR, chef des travaux anatomiques, commencera son cours le vendredi, 2 novembre, à 4 h. après-midi, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

M. LANNEGRACE, prosecteur, commencera son cours, le samedi, 3 novembre, à 1 h. après midi, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Les diverses branches de l'anatomie seront enseignées.

Pathologie médicale. — M. ANGLADA, professeur, commencera son cours le samedi, 3 novembre, à 2 h. après midi, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur fera l'histoire des fièvres. Ce cours sera naturellement divisé en trois parties : 1° Fièvres continues ; 2° fièvres intermittentes ; 3° fièvres éruptives. Le cours sera terminé, s'il y a lieu, par l'étude des maladies des animaux transmissibles à l'homme.

Physiologie. — M. ROUGET, professeur, commencera son cours le samedi, 3 novembre, à 5 h. après midi, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur fera la physiologie de la respiration, de la digestion, de l'absorption, des sécrétions, du système musculaire.

Anatomie pathologique et histologie. — M. ESTOR, professeur, commencera son cours le vendredi, 2 novembre, à 5 h. après-midi, et le continuera les lundi, mercredi et vendedi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur s'occupera de l'étude des organes envisagés au point de vue de l'histologie normale et de l'anatomie pathologique.

Chimie médicale et pharmacie. — M. ENGEL, professeur, commencera son cours le samedi, 3 novembre, à 4 h. après-midi, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur consacrera chaque semaine une leçon à l'étude des principaux composés inorganiques qui existent dans l'organisme humain ou qui sont employés comme médicaments.

Les deux autres leçons seront consacrées à l'étude de la chimie organique. Le professeur étudiera successivement : 1° les carbones ; 2° les alcools; 3° les acides; 4° les éthers; 5° les amines; 6° les amides; 7° les substances non sériées (alcaloïdes, matières albuminoïdes, etc.)

Cours complémentaires.

Ophthalmologie. — M. JACQUEMET, professeur-agrégé, ouvrira un cours d'ophthalmologie le lundi, 5 novembre, à 9 h. 1/2 matin.

M. Jacquemet traitera des maladies de la cornée, de l'iris, de la choroïde, du cristallin, du corps vitré, de la rétine, du nerf optique et des lésions de l'accommodation. Des démonstrations opératoires, des exercices ophthalmoscopiques, optométriques; des études sur la perception des couleurs, compléteront ce cours sur les maladies des yeux.

Anatomie chirurgicale et opérations d'urgence. — M. MASSE, professeur-agrégé, ouvrira un cours d'anatomie chirurgicale et de chirurgie d'urgence. Ce cours aura pour objet l'étude anatomique des régions les plus importantes pour la pratique de la chirurgie usuelle et les opérations d'urgence. Une affiche spéciale fixera ultérieurement le jour et l'heure de ce cours.

Pathologie interne. — M. GRASSET, professeur-agrégé, commencera son cours complémentaire de pathologie le vendredi, 2 novembre, à 3 h. après midi, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Objet du cours : Maladies du système nerveux (fin) ; maladies des nerfs; névroses ; étude sommaire de quelques maladies générales dans leurs localisations sur le système nerveux.

Cours annuels.

Clinique interne. — MM. DUPRÉ et COMBAL, professeurs.

Clinique externe. — MM. COURTY et DUBREUIL, professeurs.

Tous les jours, à 7 h. matin, à l'hôpital Saint-Eloi.

Clinique d'accouchements. — M. DUMAS, professeur. — Mardi et samedi de chaque semaine, à 9 h. matin, à l'hôpital Saint-Eloi. MM. les élèves sont admis par série aux accouchements qui ont lieu dans la salle d'accouchements.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées (hommes). — MM. BENOIT et JAUMES, professeurs. — Tous les jours à 7 h., matin, à l'hôpital Saint-Eloi.

Cliniques spéciales à l'hôpital général.

Clinique des maladies des vieillards et des enfants. — MM. FONSSAGRIVES et ESTOR, professeurs. — Lundi, mercredi et vendredi, à 7 h. 1/2, matin.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées (femmes). — M. ESTOR, professeur. — Mardi, jeudi et samedi, à 7 h. 1/2, matin.

Clinique des maladies nerveuses et mentales. — M. CAVALIER, professeur. — Lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. matin.

Cours du semestre d'été.

Cours d'accouchements. — M. DUMAS, professeur. — *Cours de botanique et d'histoire naturelle médicale.* — M. MARTINS, professeur. — *Cours de thérapeutique et de matière médicale.* — M. FONSSAGRIVES, professeur. — *Cours de pathologie et de thérapeutique générales.* — M. CAVALIER, professeur. — *Cours de physique médicale.* — M. MOITESSIER, professeur.

Cours de médecine légale. — M. JAUMES, professeur. — *Cours d'hygiène.* — M. BERTIN, professeur. — *Cours d'hitoire de la médecine.* — M. CASTAN, agrégé, chargé du cours.

Laboratoires et Exercices pratiques.

Laboratoire d'anatomie pathologique et d'histologie. — Directeur : M. le professeur ESTOR; chef du laboratoire : M. BORDONE.

Laboratoire de physiologie. — Directeur : M. le professeur ROUGET. — Préparateur : M. FRANÇOIS.

Laboratoire de chimie. — Directeur : M. le professeur ENGEL. — Chef de laboratoire : M. de GIRARD, agrégé, chef des travaux chimiques. — Préparateur : N.

Laboratoire de physique. — Directeur : M. le professeur MOITESSIER. — Préparateur : M. LAURET.

Laboratoire de médecine légale. — Directeur : M. le professeur JAUMES. — Préparateur : M. PANAS.

Laboratoire de thérapeutique. — Directeur : M. le professeur FONSSAGRIVES. — Préparateur : N.

Laboratoire de clinique à l'hôpital Saint-Eloi. — Chef de laboratoire : M. HAMELIN, agrégé. — Aide de laboratoire : N.

Laboratoire de clinique à l'hôpital général. — Chef de laboratoire : M. APOLINARIO, interne intérimaire.

Ces divers laboratoires ne sont pas publics; mais un certain nombre d'élèves sont admis, sur leur demande, à y travailler sous la direction du chef de laboratoire.

Anatomie, dissections. — Les vastes pavillons, récemment installés pour les dissections, sont ouverts aux élèves depuis le 15 octobre. Des distributions y sont faites par M. le chef des travaux anatomiques, gratuitement aux élèves de l'Ecole pratique, moyennant rétribution aux autres élèves. — Les dissections sont dirigées par le chef des travaux, le prosecteur et les deux aides anatomistes.

Médecine opératoire. — M. le chef des travaux anatomiques fait en été un cours complémentaire de médecine opératoire, dans lequel il exerce les élèves à la pratique des opérations.

Chimie. — Tout l'été, les élèves de l'école pratique travaillent gratuitement dans un grand laboratoire spécial, sous la direction du chef des travaux chimiques.

Diagnostic médical, chirurgical et obstétrical. — Les élèves sont spécialement exercés aux divers moyens d'exploration clinique par MM. CHALOT, chef de clinique chirurgicale; CAVRIEN, chef de clinique médicale et Léon DUMAS, chef de clinique obstétricale.

PRIX ET CONCOURS DE LA FACULTÉ. — *Prix de fin d'année.*

Prix Fontaine. — Un prix de 500 fr. dû à la libéralité de M. Fontaine, est accordé chaque année à l'auteur de la meilleure thèse.

Ecole pratique d'anatomie. — Un concours a lieu tous les ans vers le mois de mai.

Ecole pratique de chimie. — Un concours a lieu tous les ans vers la même époque. — *Aide-anatomistes.* — Un concours a lieu tous les ans pour une place.

Internat. — Un concours a lieu tous les ans au mois de mars.

Internat des aliénés. — Concours spécial.

Préparateur de chimie. — *Aide naturaliste.* — *Préparateur de physique.* etc., à des dates irrégulières suivant les vacances.

Concours pour les places de *prosecteur, chef des travaux chimiques* ou *anatomiques, chef de clinique*, etc. Comme dans les autres Facultés.

Sociétés savantes.

Académie des sciences et lettres de Montpellier, dont une section de médecine. *Société de médecine et de chirurgie pratiques.* — Président : M. ESTOR, professeur. Secrétaire général : M. GRASSET, agrégé. Sociétés d'agrégés et de professeurs, de médecins de la ville, d'internes, etc.

Société médicale d'émulation. Président : M. le professeur FONSSAGRIVES. Vice-présidents : MM. HAMELIN et GRASSET, agrégés. — Société d'élèves. Tous les élèves, ayant huit inscriptions, peuvent y être admis, sur leur demande. Chaque élève, à tour de rôle, lit un mémoire clinique avec des observations. Ce mémoire est l'objet d'une argumentation régulière par trois autres membres désignés, et puis d'une discussion générale. Les séances sont publiques.

Bibliothèque et collections.

Bibliothèque. La bibliothèque est ouverte aux élèves tous les jours, sauf le mercredi, de midi à quatre heures, et tous les jours pour les lectures du soir, de sept heures et demie à neuf heures et demie. On ne donne pour les lectures du soir, que les ouvrages contenus dans la première grande salle. On peut, dans la journée, faire chercher et faire mettre de côté pour le soir les ouvrages contenus dans les autres salles de la bibliothèque. — Le dernier numéro de tous les journaux reçus est sur la table à la disposition de tout le monde. On peut demander les journaux de l'année non encore reliés. — Bibliothécaire : M. M. KÜHNHOLTZ-LORDAT. — Sous-bibliothécaire : M. GORDON.

Conservatoire : musée anatomique. Le Conservatoire est ouvert tous les jours aux élèves de midi à quatre heures. Conservateur : M. E. QUISSAC.

Jardin botanique. — Le jardin botanique et le Conservatoire botanique sont ouverts aux élèves, tous les jours, de onze heures à quatre heures.

Directeur du Jardin des Plantes : M. le professeur MARTINS. — Aide-botaniste : M. FAURE. — Conservateur : M. BARRANDON.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Cliniques, cours et exercices pratiques.

Cliniques : Cliniques obstétricale et gynécologique : M. Stoltz, *doyen*, professeur, à la maison de Secours : 4e année d'études. — Clinique médicale : M. Hirtz, professeur, suppléé par M. Bernheim, agrégé, à l'hôpital Saint-Charles ; 2e, 3e et 4e années d'études. — Clinique médicale : M. Victor Parisot, professeur, à l'hôpital Saint-Charles ; 2e, 3e et 4e années d'études. — Clinique chirurgicale : MM. Rigaud et Simonin, professeurs, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon) ; 2e, 3e et 4e années d'études. — Clinique ophthalmologique : M. Michel, professeur, à l'hôpital Saint-Charles ; 3e et 4e années d'études. — Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Béchet, adjoint (*hiver*), à la Maison de Secours ; 3e et 4e années d'études. — Clinique des maladies des vieillards : M. Demange, adjoint (*hiver*), à l'hôpital Saint-Julien ; 3e et 4e années d'études.

Semestre d'hiver. — *Cours* : Physique médicale : M. Rameaux, professeur, à l'amphithéâtre de physique ; 1re année d'études. — Médecine légale : M. Tourdes, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 3e et 4e années d'études. — Thérapeutique et matière médicale : M. Coze, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; 3e et 4e années d'études. — Anatomie générale descriptive et topographique : M. Morel, professeur ; 1re, 2e et 3e années d'études. — Pathologie externe : M. Bach, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 2e, 3e et 4e années d'études. — Accouchements : M. Herrgott, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 3e et 4e années d'études. — Pathologie interne : M. Hecht, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; 2e, 3e et 4e années d'études. — Histoire naturelle médicale : M. Engel, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; 1re année d'études. — Anatomie et physiologie pathologiques : M. Feltz, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; 3e et 4e années d'études. — Chimie médicale et toxicologie : M. Ritter, professeur, à l'amphithéâtre de chimie ; 1re année d'études. — Préliminaires de la thérapeutique : M. Grandjean, adjoint, à l'amphithéâtre des cours ; 3e et 4e annéee d'études.— Ostéologie, syndesmologie, myologie : M. Lallement, adjoint, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 1re année d'études.

Exercices pratiques. — Matière médicale : M. Coze, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; 3e et 4e années d'études.— Exercices pharmacologiques : M. Engel, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; 1re année d'études. — Anatomie et histologie pathologique : M. Feltz, professeur, au Laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques ; 3e et 4e année d'études. — Chimie physiologique et pathologique : M. Ritter, professeur, au Laboratoire de chimie physiologique et pathologique ; 1re année. — Dissections : M. Chrétien, agrégé, chargé des travaux anatomiques, à la Salle de dissection ; 2e et 3e années d'études. — Histologie : M. Chrétien, agrégé, chargé du cours d'histoire, au Laboratoire d'histologie normale ; 3e et 4e années d'études. — Bandages et appareils : M. Gross, agrégé, chef de clinique, à l'Hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon) ; 2e et 3e années d'études. — Diagnostic médical : M. Bernheim, agrégé, chef de clinique, à l'Hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Charles) ; 2e et 3e années d'études. — Diagnostic obstétrical : M. Marchal, chef de clinique, à la Maison de Secours ; 4e année d'étude.

Semestre d'été. — *Cours* : Médecine opératoire : M. Michel, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 3e et 4e années d'études. — Thérapeutique et matière médicale : M. Coze, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; 3e et 4e années d'études. — Botanique : M. Engel, professeur, au Jardin botanique ; 1re année d'études. — Physiologie : M. Beaunis, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; 1re et 2e½ d'années d'études. — Chimie médicale et toxicologie : M. Ritter, professeur, à l'amphithéâtre de chimie ; 1re année d'études. — Maladies des femmes accouchées : M. Roussel, adjoint, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 4e année d'études. — Pathologie générale : M. Demange, adjoint, à l'amphithéâtre des cours ; 2e et 3e années d'études. — Pathologie externe : M. Béchet, adjoint, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 2e, 3e et 4e années d'études. — Hygiène : M. Poincaré, adjoint, à l'amphithéâtre de physique ; 3e et 4e années d'études. — Maladies des enfants : M. Emile Parisot, adjoint, à l'amphithéâtre des cours ; 3e et 4e années d'études. — Histologie : Chrétien, agrégé, chargé du cours, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 2e et 3e années d'études.

Exercices pratiques. — Exercice de physique expérimentale : M. Rameaux, professeur, à l'amphithéâtre de physique ; 1re année d'études. — Médecine légale : M. Tourdes, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; 3e et 4e années d'études. — Matière médicale : M. Coze, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; 3e et 4e années d'études.— Herborisations : M. Engel, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; 1re année d'études.—Physiologie expérimentale : M. Beaunis, professeur, au Laboratoire de physiologie expérimentale ; 1re et 2e années d'études. — Histologie pathologique : M. Feltz, professeur, au Laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques ; 3e et 4e années d'études. — Chimie physiologique et pathologique : M. Ritter, professeur, au Laboratoire de chimie physiologique et pathologique ; 1re année d'études. — Histologie normale : M. Chrétien, agrégé, chargé du cours d'histoire, au Laboratoire d'histologie normale ; 2e et 3e années d'études. — Médecine opératoire : M. Chrétien, directeur des travaux anatomiques, à l'amphithéâtre de dissection ; 3e et 4e années. — Bandages et appareils : M. Gross, agrégé, chef de clinique, à l'Hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon) ; 2e et 3e années d'études. — Diagnostic médical : M. Bernheim, agrégé, chef de clinique, à l'Hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Charles) ; 2e et 3e années d'études.— Diagnostic obstétrical : M. Marchal, chef de clinique, à la Maison de secours ; 4e année d'études.

Dispositions réglementaires.

Aspirants au doctorat. — Les étudiants qui désirent suivre les cours pour parvenir au grade de docteur en médecine ou en chirurgie, doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté du 20 octobre au 16 novembre. Ils sont tenus de produire : 1° leur acte de naissance ; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° le consentement de leurs parents ou tuteurs, s'ils sont mineurs ; 4° le diplôme de bachelier ès lettres avant de prendre la première inscription, et celui de bachelier ès sciences restreint avant de prendre la troisième. Ceux dont les parents ou tuteurs ne résident pas à Nancy doivent y avoir un correspondant, auquel seront adressés tous les avis et notifications qui les concerneront. Les aspirants au doctorat doivent faire quatre années d'études, prendre 16 inscriptions et suivre, à partir de la 9e, le service de l'hôpital comme stagiaires. Ils ont à subir *trois examens de fin d'année*, le premier après la quatrième inscription, le deuxième après la huitième, le troisième après la douzième, et *cinq examens de fin d'étude*, et à soutenir une *thèse*.

Les frais d'études ou d'inscriptions, d'examen et de thèse pour diplôme de docteur, s'élèvent à 1,260 francs.

Aspirants au titre d'officier de santé. — Les étudiants qui n'aspirent qu'au titre d'officier de santé doivent produire, en se faisant inscrire : 1° un acte de naissance prouvant qu'ils ont 17 ans accomplis ; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° une autorisation de leurs parents ou tuteurs de suivre leurs études médicales près la Faculté ; 4° un certificat d'examen de grammaire ou un certificat délivré par un proviseur de lycée, attestant qu'ils ont fait leur quatrième.

Pour obtenir le diplôme d'officier de santé, ils doivent faire trois années d'études, prendre 12 inscriptions, faire un stage de deux années près d'un hôpital, et subir deux examens de fin d'année et trois examens de fin d'études, dont le dernier ne peut être subi qu'à 21 ans révolus.

Les frais d'études ou d'inscriptions et d'examens pour le diplôme d'officier de santé sont de 840 francs.

Les cours de la Faculté sont obligatoires pour les étudiants ; ils peuvent être suivis par des auditeurs bénévoles, qui sont tenus, en prenant leurs inscriptions sur un registre ouvert à cet effet, de produire un certificat de bonnes vie et mœurs.

Des prix afférents à chacune des quatre années d'études et proclamés à la séance solennelle de rentrée des Facultés: sont décernés à la suite de concours spéciaux ouverts à la fin de l'année scolaire. Un prix et des mentions sont également accordés aux auteurs des meilleurs thèses. Un prix, dit d'internat, fondé par le Dr Bénit, est donné par concours aux élèves aides de cliniques et internes.

Les parents ou tuteurs recevront un bulletin annuel faisant connaître la situation scolaire de leurs fils ou pupilles.

Les cours, cliniques et exercices, commenceront le 16 novembre 1877.

Le doyen de la Faculté de médecine, A. STOLTZ.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

Programme des cours. — Ouverture le 6 novembre 1877.

Semestre d'hiver.

Anatomie. — M. FOLET, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures.

Pathologie médicale. — M. HALLEZ, professeur, mardi, jeudi, samedi, à midi.

Histologie et anatomie pathologique. — M. COYNE, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à une heure.

Clinique médicale. — MM. CAZENEUVE et WANNEBROUCQ, professeurs, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. à l'Hôtel-Dieu.

Clinique chirurgicale. — MM. PARISE et HOUZÉ DE L'AULNOIT, professeurs, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h., à l'Hôtel-Dieu.

Clinique obstétricale. — M. PILAT, professeur, mardi, samedi, à 9 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu.

Médecine légale. — BAGGIO, professeur, mardi jeudi, samedi, à quatre heures.

Histoire naturelle médicale. — M. GIARD, professeur, mardi, vendredi, à midi.

Chimie médicale et toxicologie. — M. GARREAU, professeur, lundi, mercredi, samedi, à onze heures.

Physique médicale. — TERQUEM, professeur, jeudi, samedi, à midi.

Pharmacie et pharmacologie. — M. LOTAR, professeur, mardi, vendredi, à onze heures.

MM. BOUTEILLE, CASTELAIN, DEMON, CASTIAUX, THIBAUT, agrégés.

COURS COMPLÉMENTAIRES

M. HUIDIEZ. — *Ophthalmologie*, lundi et vendredi, à dix heures, au dispensaire ophthalmologique.

M. CASTELAIN. — *Maladies cutanées et vénériennes*, le mercredi, à dix heures.

M. CASTIAUX. — *Maladies des enfants*, le jeudi, à neuf heures et demie.

M. DEMON. — Chef des travaux anatomiques : *Conférences d'anatomie*, mardi, jeudi et samedi, à quatre heures.

TRAVAUX PRATIQUES. — LABORATOIRES.

M. COYNE. — *Conférences et travaux pratiques d'histologie et d'anatomie pathologique*, mardi et samedi, de 2 à 5 h.

M. MORAT. — *Conférences et travaux pratiques de physiologie*, lundi et vendredi, de 2 à 5 h.

M. DEMON. — *Dissections*, de 1 à 4 h.

M. THIBAUT, chef des travaux chimiques. — *Conférences et manipulations chimiques*, lundi, mardi, jeudi, vendredi, de 1 à 4 h.

M. LOOTEN, chef de clinique médicale.

MM. GOREZ et PATOIR, chefs de clinique chirurgicale.

Conférences et interrogations : MM. DEMON, CASTIAUX, LOOTEN, MOULADE, HALLEZ, OZIL.

Cours du semestre d'été.

Physiologie. — M. MORAT.
Pathologie chirurgicale. — M. MORISSON.
Pathologie et thérapeutique générales. — M. N...
Thérapeutique et matière médicale. — M. JOIRE.
Opérations et appareils. — M. PAQUET.
Clinique médicale. — MM. CAZENEUVE et WANNEBROUCQ.
Clinique chirurgicale. — MM. PARISE et HOUZÉ DE L'AULNOIT.
Clinique obstétricale. — M. PILAT.
Hygiène. — M. ARNOULD.
Accouchements. — M. PILAT.
Histoire naturelle médicale. — M. GIARD.
Physique médicale. — M. TERQUEM.
Chimie médicale organique. — M. LESCŒUR.
Pharmacie et pharmacologie. — M. LOTAR.
Maladies nerveuses et mentales. — M. BOUTEILLE.
Conférences d'anatomie. — M. DEMON.
Conférences et manipulations chimiques. — M. THIBAUT.

Extrait des décrets, règlements et instructions ministérielles.

Les étudiants des Facultés de médecine, en vue du doctorat, doivent produire, avant la première inscription, le diplôme de bachelier ès-lettres, et, avant de prendre la troisième, le diplôme de bachelier ès-sciences restreint pour la partie mathématique. Les étudiants pour le diplôme de pharmacien de première classe doivent produire le diplôme de bachelier ès-sciences avant la première inscription.

Les aspirants au titre d'officier de santé et de pharmacien de 2° classe, non bacheliers, pour prendre leur première inscription, devront justifier du certificat de grammaire délivré par un lycée, ou subir un examen devant une commission spéciale. Tout élève, pour prendre sa première inscription, doit produire l'extrait de son acte de naissance.

En exécution de l'arrêté du 7 décembre 1846, les élèves qui prendront leurs inscriptions passeront un examen à la fin de la première, de la seconde et de la troisième année (dit *Examen de fin d'année*).

Les inscriptions dans les Facultés de médecine sont prises et acquittées dans la première quinzaine de chaque trimestre, du 1er au 15 novembre, du 2 au 15 janvier, du 1er au 10 avril et du 1er au 15 juillet, et elles ne seront valables qu'autant qu'elles auront été régularisées par la signature des élèves sur le registre des présences. Cette régularisation a lieu pendant la dernière quinzaine de chaque trimestre.

Le Doyen de la Faculté, V. CAZENEUVE.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE DE LYON

Ouverture le 15 novembre 1877.

1° TABLEAU DES COURS. — PROFESSEURS TITULAIRES ET CHARGÉS DE COURS.

Anatomie. M. PAULET, professeur.
Physiologie. M. PICARD, chargé du cours.
Anatomie générale et histologie. M. RENAUT, professeur.
Anatomie pathologique. M. PIERRET, professeur.
Médecine expérimentale et comparée. M. CHAUVEAU, professeur.
Chimie médicale et pharmaceutique. M. GLÉNARD, professeur.
Physique médicale. M. MONOYER, professeur.
Histoire naturelle médicale. M. LORTET, professeur.
Pharmacie. M. CROLAS, chargé du cours.
Pathologie interne. M. BONDET, professeur.
Pathologie externe. M. BERNE, professeur.
Pathologie et thérapeutique générales. M. MAYET, chargé du cours.
Hygiène. M. ROLLET, professeur.
Thérapeutique. M. SOULIER, chargé du cours.
Matière médicale. M. CAUVET, professeur.
Médecine légale et toxicologie. M. GROMIER, professeur.
Médecine opératoire. M. Léon TRIPIER, professeur.
Cliniques médicales. MM. LÉPINE et TEISSIER, professeurs.
Cliniques chirurgicales. MM. DESGRANGES et OLLIER, professeurs.
Clinique obstétricale, M. BOUCHACOURT, professeur.
Clinique ophthalmologique. M. GAYET, professeur.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. M. GAILLETON, professeur.
Clinique des maladies mentales. M. ARTHAUD, professeur.

PROFESSEURS-ADJOINTS.

M. RAMBAUD, professeur-adjoint de clinique médicale.
M. LÉTIÉVANT, professeur-adjoint de pathologie externe.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE.

Clinique des maladies des femmes. M. LAROYENNE, chargé de cours.
Clinique des maladies des enfants. M. PERROUD, chargé de cours.
Accouchements. M. DELORE, chargé des fonctions d'agrégé.
Maladies cutanées et syphilitiques. M. DRON, chargé des fonctions d'agrégé.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants. M. FOCHIER, chargé des fonctions d'agrégé.
Pathologie interne. M. Raymond TRIPIER, chargé des fonctions d'agrégé.
Chimie organique. M. X. — *Botanique.* M. X.

2° ENSEIGNEMENT PRATIQUE. *A.* — *Cliniques.*

Les salles des malades, laboratoires et amphithéâtres de cours consacrés à l'enseignement clinique ont été installés dans les quatre grands hôpitaux de Lyon : Hôtel-Dieu, Charité, Antiquaille, hospice de Bron, et distribués de la manière suivante : A l'Hôtel-Dieu : Les deux cliniques médicales, les deux cliniques chirurgicales et la clinique ophthalmologique.

A la Charité : La clinique obstétricale, la clinique des maladies des femmes, la clinique médicale pour les enfants et la clinique chirurgicale pour les enfants. — A L'Antiquaille : La clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — A l'hospice de Bron : La clinique des maladies mentales.

b. — *Laboratoires.* Les laboratoires destinés aux démonstrations et travaux pratiques sont provisoirement installés dans les locaux suivants :

Pour l'anatomie et la médecine opératoire, dans les bâtiments provisoires du quai de la Vitriolerie.

Pour la physiologie, dans les bâtiments provisoires du quai de la Vitriolerie et à l'Ecole vétérinaire.

Pour l'anatomie pathologique, à l'ancienne Ecole de médecine, rue de la Barre. — Pour l'histologie, à l'ancienne Ecole de médecine, rue de la Barre.

Pour la médecine expérimentale et comparée, à l'ancienne Ecole de médecine, rue de la Barre et à l'Ecole vétérinaire.

Pour la chimie médicale et pharmaceutique, à l'ancienne Ecole de médecine, rue de la Barre et dans les bâtiments provisoires du quai de la Vitriolerie. — Pour la physique médicale, à l'ancienne Ecole de médecine, rue de la Barre.

Pour l'histoire naturelle, à l'ancienne Ecole de médecine, rue de la Barre et au Muséum, au palais Saint-Pierre. — Pour la pharmacie, dans les bâtiments provisoires du quai de la Vitriolerie.

Tous les élèves seront tenus de participer aux démonstrations et exercices pratiques qui seront faits dans ces laboratoires.

Les travaux de chimie et d'histologie pathologiques des cours cliniques seront exécutés dans les laboratoires annexés à chacun de ces cours.

3° AGRÉGATION. — Sont chargés des fonctions d'agrégés :

A. — *Section de médecine.*

Clinique et pathologie interne. MM. CLÉMENT, Paul MEYNET, Raymond TRIPIER. — *Médecine légale.* M. FRANÇAIS. — *Thérapeutique.* M. BERGEON. — *Maladies mentales.* M. CARRIER.

B. — *Section de chirurgie.*

Clinique et pathologie externe. MM. AUBERT, DELORE, DRON, FOCHIER, MARDUEL, Daniel MOLIÈRE.

C. — *Section des sciences accessoires et pharmaceutiques.*

Anatomie et physiologie. M. CHARPY.
Anatomie pathologique. M. COLRAT.
Histoire naturelle et pharmacie. M. DUCHAMP.
Conservateur des Musées et collections. M. le dr SOCQUET.
Bibliothécaire. M. le dr ICARD.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté depuis le 20 octobre 1877. Les registres seront irrévocablement clos le 15 novembre 1877.

ANNÉE SCOLAIRE 1877 1878. — *Semestre d'hiver.*

Cliniques médicales. M. TEISSIER, professeur, à l'Hôtel-Dieu, mardi, jeudi (Leçon), samedi, 8 h., 10 h. Médecine, 3e et 4e années d'études. —

M. Lépine, professeur, mardi (leçon, jeudi, samedi (Leçon). — M. Rambaud, professeur-adjoint. — Les jours seront indiqués ultérieurement.

Cliniques chirurgicales. M. Ollier, professeur, lundi, mercredi (Leçon), vendredi, 8 h.-10 h., à l'Hôtel-Dieu. Médecine, 3e et 4e années d'études. — M. Desgranges, professeur, lundi (Leçon), mercredi, vendredi (Leçon), 8 h.-10 h. Médecine, 3e et 4e années d'études.

Clinique obstétricale. M. Bouchacourt, professeur, à la Charité, mardi (Leçon), jeudi (Exercices cliniques), samedi (Leçon), 8 h.-10 h. Médecine, 3e et 4e années d'études.

Clinique ophthalmologique. M. Gayet, professeur, à l'Hôtel-Dieu, mardi, jeudi (Cours théorique), samedi, midi 1/2 -1 1/2 h. Médecine, 4e année d'études.

Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques. M. Gailleton, professeur, à l'Antiquaille, mardi (Leçon), jeudi et samedi (Conférences et exercices pratiques. Syphilis), 11 h.-midi. Médecine, 4e année d'études.— M. Dron, agrégé, chargé de cours complémentaires, à l'Antiquaille, mardi (Leçon), jeudi et samedi (Conférences et exercices pratiques. Dermatologie, 11 h.-midi. Médecine, 4e année d'études.

Clinique des maladies mentales. M. Arthaud, professeur, à l'hospice de Bron. Médecine, 4e année d'études.

Clinique des maladies des femmes. M. Laroyenne, chargé de clinique complémentaire, à la Charité, lundi, jeudi, 10 h.-11 h.. Médecine, 4e année d'études.

Clinique des maladies des enfants. M. Perroud, chargé de clinique complémentaire, à la Charité, mardi, vendredi, 8 h.-10 h. Médecine, 4e année d'études.

Clinique des maladies chirurgicales des enfants. M. Fochier, agrégé, chargé de clinique complémentaire, à la Charité, mercredi, samedi, 9 h.-10 h. Médecine, 4e année d'études.

N. B. — L'entrée aux cliniques n'est accessible aux élèves en médecine de 2e année que pendant le semestre d'été.

Pathologie interne. M. Létiévant, professeur adjoint, lundi, mercredi, vendredi. Cours de pathologie externe, 5 h.-6 h. Ecole de médecine. Médecine, 3e et 4e années.

Anatomie pathologique. M. Pierret, professeur, Autopsie une fois par semaine. Ecole de médecine.— M. Colrat, agrégé, chef des travaux. Médecine 3e et 4e années.

Médecine expérimentale. M. Chauveau, professeur. Travaux pratiques tous les jours. — ***, chef des travaux. Conférences et travaux pratiques, tous les jours. Ecole vétérinaire. Médecine 4e année.

Pathologie générale. M. Mayet, chargé des cours, mardi, samedi. Cours théoriques de pathologie générale, 1 h.-2 h. — M. Clément, agrégé, jeudi. Cours théoriques de pathologie générale, 1 h.-2 h. Ecole de médecine.

Thérapeutique. M. Soulier, chargé de cours, mardi, jeudi, 2 h.-3 h. — M. Bergeon, agrégé, mercredi, vendredi. Conférences : électrothérapie, hydrothérapie, eaux minérales, 2 h.-3 h. Ecole de médecine. Médecine, 4e année.

Médecine légale. M. Gromier, professeur, jeudi. — M. Français, agrégé. Conférences pratiques à jour indéterminé. A la Morgue. Médecine 4e année.

Accouchements. M. Delore, agrégé, chargé du cours complémentaire, lundi, mercredi, vendredi. Cours d'accouchement. midi-1 h. Ecole de médecine. Médecine 4e année.

Matière médicale. M. Cauvet, professeur.

Pharmacie. M. Guérin, chef des travaux, lundi, vendredi. Conférences pratiques et pharmacologie, 8 h.-11 h. Quai de la Vitriolerie. Pharmacie 3e année.

Histoire naturelle. M. Lortet, professeur, mardi, jeudi, samedi. Cours de zoologie médicale, 1 h.-2 h. Ecole de médecine. Médecine, 1re année d'études. — M. Duchamp, agrégé, chef des travaux, mercredi, vendredi. Conférences d'histoire naturelle, 10 h.-midi. Laboratoire d'histoire naturelle. Pharmacie, 1re et 2e années d'études.

Physique médicale. M. Monoyer, professeur, mercredi. Manipulations physiques, 1 h.-3 h. Laboratoire de physique. Médecine, 1re année d'études. — M. Imbert, chef des travaux, mardi, jeudi. Manipulations de physique, 10 h.-midi. Laboratoire de physique. Pharmacie, 1re année d'études.

Chimie médicale et pharmaceutique. M. Glénard, professeur, lundi, mercredi, vendredi. Cours de chimie minérale, 1 h.-2 h. 1/2. Ecole de médecine. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re et 2e années d'études. — M. X..., chef des travaux. Laboratoire de chimie. Pharmacie, 1re et 2e années d'études.

Anatomie. M. Paulet, professeur, lundi, mercredi, vendredi. Anatomie descriptive, 2 h.-3 h. Quai de la Vitriolerie. Médecine, 2e et 3e années d'études. — M. Charpy, agrégé, chef des travaux. Médecine, 2e et 3e années d'études.

Anatomie générale et histologie. M. Renaut, professeur, mardi, samedi. Cours d'histologie, 2 h.-3 h. Ecole de médecine. Médecine 1re et 3e années d'études. — M. Chandelux, chef des travaux, mardi, samedi. Démonstrations pratiques, 3 h.-3 h. 1/2. Ecole de médecine. Médecine, 1re et 3e années d'études.

Physiologie. M. Picard, professeur, mardi, jeudi. Conférences préparatoires, 2 h.-3 h. Quai de la Vitriolerie. Médecine, 2e et 3e années d'études. — M. Rebatel, chef des travaux. Médecine, 2e et 3e années d'études.

Pathologie interne. M. Bondet, professeur, mercredi, vendredi. Pathologie interne, 2 h.-3 h. Ecole de médecine. — Médecine, 3e année d'études. — M. R. Tripier, agrégé, chargé de cours complémentaires, lundi, jeudi. Conférences pratiques de médecine, 3 h.-4 h. Hôtel-Dieu. Médecine, 3e année d'études.

Semestre d'été.

Cliniques médicales. M. Teissier, professeur, à l'Hôtel-Dieu, mardi (Leçon), jeudi, samedi (Leçon), 8 h.-10 h. Médecine, 3e et 4e années d'études. — M. Lépine, professeur, mardi, jeudi (Leçon), samedi.— M. Rambud, professeur-adjoint. — Les jours seront indiqués ultérieurement.

Cliniques chirurgicales. M. Ollier, professeur, à l'Hôtel-Dieu, lundi, (Leçon) mercredi, vendredi (Leçon, 8 h.-10 h. Médecine, 3e et 4e années d'études. — M. Desgranges, professeur, lundi, mercredi (Leçon), vendredi.

Clinique obstétricale. M. Bouchacourt, professeur, à la Charité, mardi (Exercices cliniques), jeudi (Leçon), samedi (Exercices cliniques), 8 h.-10 h. Médecine, 3e et 4e années d'études.

Clinique ophthalmologique. M. Gayet, professeur, à l'Hôtel-Dieu, mardi, jeudi (Cours théorique), samedi, midi 1/2-1 h. 1/2. Médecine, 4e année d'études.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. M. Gailleton, professeur, à l'Antiquaille, mardi (Leçon), jeudi et samedi (Conférences et exercices pratiques). Dermatologie, 11 h.-midi. Médecine, 4e année d'études. — M. Dron, agrégé, chargé de cours complémentaires, mardi (Leçon, jeudi et samedi (Conférences et exercices pratiques, Syphilis), 11 h.-midi. Médecine, 4e année d'études.

Clinique des maladies des femmes. M. Laroyenne, chargé de clinique complémentaire, à la Charité, lundi, jeudi, 10 h.-11 h. Médecine, 4e année d'études.

Clinique des maladies des enfants. M. Perroud, chargé de clinique complémentaire, à la Charité, mardi, vendredi, 8 h.-10 h. Médecine, 4e année d'études.

Clinique des maladies chirurgicales des enfants. M. Fochier, agrégé, chargé de clinique complémentaire, à la Charité, mercredi, samedi, 9 h.-10 h. Médecine, 4e année d'études.

N. B. — L'entrée aux cliniques n'est accessible aux élèves en médecine de 2e année que pendant le semestre d'été.

Pathologie interne. M. Berne, professeur, lundi, merdredi, vendredi. Cours de pathologie externe, 5 h.-6 h. Ecole de médecine. Médecine 2e et 3e années.

Anatomie pathologique. M. Pierret, professeur. Autopsie une fois par semaine. Mardi, samedi. Cours d'anatomie pathologique, midi-1 h. Ecole de médecine. Médecine 3e et 4e années.

Médecine opératoire. M. L. Tripier, professeur, mardi, vendredi. Cours théorique, 2 h.-3. h. Quai de la Vitriolerie. Médecine 3e et 4e années.

Hygiène. M. Rollet, professeur, mardi, vendredi. Cours théorique, 5 h.-6 h. Ecole de médecine. Médecine 3e et 4e années.

Médecine expérimentale. M. Chauveau, professeur. Travaux pratiques tous les jours, mercredi, samedi. Cours théorique. 5 h.-6 h. Ecole de médecine. Médecine 4e année. — ***, chef des travaux. Conférences et travaux pratiques, tous les jours. Ecole vétérinaire.

Pathologie générale. M. Mayet, chargé de cours, mardi, samedi, jeudi. Cours théorique de pathologie générale, 1 h.-2 h. Ecole de médecine.

Thérapeutique. M. Soulier, chargé de cours, mardi, jeudi, 2 h.-3 h. — M. Bergeon, agrégé, mercredi, vendredi. Conférences. Electrothérapie, hydrothérapie, eaux minérales, 2 h.-3 h. Ecole de médecine. Médecine, 4e année.

Médecine légale. M. Gromier, professeur, mardi, jeudi, 5 h.-6 h. — M. Français, agrégé. Conférences pratiques à jours indéterminés. A la Morgue. Médecine, 4e année.

Accouchements. M. Marduel, agrégé, mardi, vendredi. Conférences pratiques d'obstétricie, midi-1 h. Médecine, 4e année.

Pharmacie. M. Crolas, chargé de cours, mardi, jeudi, samedi. Cours de pharmacologie, 1 h.-2 h. — M. Guérin, chef des travaux, lundi, vendredi. Conférences pratiques et pahrmacologie, 8 h.-11 h. Quai de la Vitriolerie. Pharmacie, 3e année.

Maladies mentales. M. Carrier, mardi, samedi. Conférences sur les maladies mentales et nerveuses, 3 h.-4 h. Médecine, 4e année.

Chirurgie des enfants. M. Aubert, agrégé, jeudi. Conférences pratiques sur la chirurgie des enfants, 7 h.-8 h. m. Médecine, 4e année.

M. D. Mollière, agrégé, lundi, vendredi. Conférences pratiques de chirurgie, 7 h., 8 h. m.

Les laboratoires d'anatomie, de physiologie, d'histologie, d'histoire naturelle, de physique, de chimie, d'anatomie pathologique, de médecine expérimentale et de pharmacie sont ouverts tous les jours aux élèves pour les travaux particuliers. — La bibliothèque de la Faculté est ouverte aux élèves du 1er novembre au 15 août, tous les jours.

Histoire naturelle. M. Lortet, professeur. Travaux pratiques tous les jours, 8 h. m., 6 h. s. Laboratoire et Muséum d'histoire naturelle. Médecine, 1re année d'études. — M. Duchamp, agrégé, chef des travaux, mercredi, vendredi. Conférences d'histoire naturelle, 10 h.-12 h. Laboratoire d'histoire naturelle. 1re et 2e années d'études.

Physique médicale. M. Monoyer, professeur, mercredi (Manipulations physiques) lundi, vendredi. Optique et acoustique, 1 h.-2 h. 1/2. Amphi-

théâtre. Médecine, 1re année. — M. Imbert, chef des travaux, mardi, jeudi. Manipulations de physique, 10 h.-midi. Laboratoire de physique. Pharmacie, 1re année d'études.

Anatomie générale et histologie. M. Renaut, professeur, mardi, samedi. Cours d'histologie, 2 h.-3 h., jeudi (Technique histologique, 3 h.-5 h. Ecole de médecine. Médecine, 1re et 3e années d'études. — M. Chandelux, chef des travaux, mardi, samedi. Démonstrations pratiques, 3 h.-3 h. 1/2. Ecole de médecine. Médecine, 1re et 3e années d'études.

Physiologie. M. Picard, professeur, mardi, jeudi, samedi. Cours de physiologie, 5 h.-6 h. Quai de la Vitriolerie. Médecine, 2e et 3e années d'études.

Pathologie interne. M. Bondet, professeur, mercredi, vendredi. Pathologie interne, 2 h., 3 h. Ecole de médecine. Médecine, 3e année d'études. — M. R. Tripier, agrégé, chargé de cours complémentaires, lundi, jeudi. Cours complémentaires de pathologie interne, 3 h.-4 h. Ecole de médecine. Médecine, 3e année.

École de médecine et de pharmacie de Nantes.

(Plein exercice).

Directeur : M. Laennec.

A cette Ecole, de même que dans les Facultés de médecine ou dans les Ecoles supérieures de pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année.

Année scolaire 1877-1878.

Semestre d'hiver. — Les cours commenceront le lundi 5 novembre 1877. *Anatomie*, tous les jours, à midi, M. Jouon, professeur, M. Raingeard, suppléant. — *Chimie*, lundi, mercredi, vendredi à 1 h., M. Andouard, professeur. — *Physique*, mardi, jeudi, samedi à 1 h., M. Pellerin, professeur. — *Matière médicale*, mardi, jeudi à 4 h. M. Ménier, professeur. — *Pathologie médicale*, mardi, jeudi, samedi à 4 h., M. Viaud-Grand-Marais, professeur. — *Médecine légale*, lundi, mercredi, vendredi à 4 h., M. Laennec, professeur. — *Hygiène*, lundi, jeudi à 5 h., M. Lapeyre, suppléant. — *Gynécologie*, mardi, vendredi à 5 h., M. Guillemet, suppléant.

Les dissections, obligatoires pour tous les élèves, sont dirigées par M. L. Bureau, chef des travaux anatomiques pendant toute l'année. — *Clinique médicale*, les lundis, mercredis et vendredis, MM. Malherbe père, Trastour, professeurs. — *Clinique chirurgicale*, les mardis, jeudis et samedis, MM. Heurtaux, Chenantais, professeurs.

Semestre d'été. — *Histoire naturelle médicale*, lundi, mercredi, vendredi à 1 h., M. Delamare, professeur. — *Anatomie pathologique et histologie élémentaire*, lundi, mercredi, vendredi à 3 h. (Tous les jours, exercices pratiques de 2 à 4 h., M. Malherbe fils, professeur. — *Physiologie*, lundi, mercredi, vendredi à 2 h., M. Jousset de Bellesme, professeur. (Expériences mardi, jeudi, samedi, de 4 h. à 6 h.). — *Pathologie chirurgicale*, jeudi, samedi à 1 h., M. Montfort, professeur. — *Médecine opératoire*, mercredi, vendredi à 1 h., M. Poisson, suppléant. — *Pharmacie et toxicologie*, mardi, jeudi, samedi à 2 h., M. Pihan-Dufeillay, professeur. — *Thérapeutique*, mardi, jeudi, samedi à 2 h., M. Chartier, professeur. — *Accouchements et clinique d'accouchements*, mardi, jeudi, samedi à 3 h., M. Vignard, professeur. — *Pathologie générale*, mercredi, samedi à 3 h., M. Kirchberg, suppléant. — *Chimie biologique*, lundi, vendredi à 3 h., M. Bertin, suppléant. — *Exercices pratiques de micrographie végétale*, lundi, ee 8 à 11 h., M. Ménier, professeur. — *Manipulations de physique*, mardi, de 8 h. h. à 11 h., M. Pellerin, professeur. — *Exercices pratiques de toxicologie*, mercredi, de 8 h. à 11 h., M. Herbelin, suppléant. — *Ophthalmologie*, tous les jours, au dispensaire de l'Ecole, professeur M. Dianoux. — *Petite chirurgie*, pendant les mois de novembre et décembre, professeur : M. Poisson, suppléant.

L'été, Herborisations dirigées par M. Ménier, tous les dimanches.

La *bibliothèque* est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 8 h. à 10 h. du matin, de 2 à 5 h. du soir, et de 7 à 9 h. du soir.

Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille

(Plein exercice).

Année scolaire 1877-1878.

Semestre d'hiver.

Les cours auront lieu, à partir du 15 novembre, dans l'ordre suivant :

Professeur honoraire : M. Bartoli.

Cliniques médicales. MM. Girard et Fabre, professeurs. Tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 8 heures du matin. Etudiants en médecine de 4e et de 3e années qui se destinent à l'officiat de santé.

Cliniques chirurgicales. MM. Chapplain et Combalat, professeurs. Tous es jours, à l'Hôtel-Dieu, à 8 heures du matin. Etudiants de 2e et 3e année.

Clinique obstétricale. M. Magail, professeur. Hôpital de la Conception. Les jours et heures seront indiqués par un avis spécial. Etudiants de 4e et 3e année.

MM. les chefs de clinique feront, en outre, des conférences dans le but d'exercer les élèves au diagnostic.

Pathologie interne. M. Bertulus, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures du soir. Etudiants en médecine de 2e et 3e année.

Chimie. M. Favre, professeur. Mardi, jeudi, samedi, 10 heures 1/2 du matin. Etudiants de 1re année et étudiants en pharmacie.

Anatomie. M. Rampal, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure 3/4. Etudiants en médecine de 1re et 2e année.

Hygiène et médecine légale, M. Seux fils, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures 1/2 du soir. Etudiants de 3e et 4e année.

Anatomie pathologique. M. Villard, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 11 heures du matin. Etudiants de 3e et 4e année.

Histologie et Physiologie expérimentale. M. Livon, professeur suppléant. Mardi, samedi, à 3 heures de l'après-midi, (conférence pratique) : jeudi, à 11 du matin. Etudiants de 2e et 3e année.

Toxicologie et physique. M. Caillot de Poncy, professeur suppléant. Lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures du soir. Etudiants de 1re année et étudiants en pharmacie.

M. Gamel, chef des travaux anatomiques, fera les lundis, mercredis et vendredis, à 1 heure 3/4, une leçon sur les sujets qui lui auront été indiqués par M. le professeur d'anatomie. Les pavillons d'anatomie seront ouverts pendant tout le semestre d'hiver, de 10 heures à midi et de 1 heure à 4 heures. Les dissections sont obligatoires pour les étudiants en médecine.

M. Robert, chef des travaux chimiques, dirigera les travaux pratiques de chimie et de pharmacie, qui auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, de 9 heures à midi. Il fera de plus une conférence par semaine sur les manipulations. Les travaux pratiques sont obligatoires pour les étudiants en pharmacie.

Semestre d'été.

Accouchement. M. Villeneuve, professeur.
Physiologie. M. Roberty, id.
Thérapeutique. M. Seux père, id.
Pathologie externe. M. Pirondi, id.
Matière médicale. M. Rousset, id.
Pharmacie. M. Roustan, id.
Histoire naturelle. M. Bouisson, id.
Gynécologie. M. Queirel, professeur suppléant.
Médecine opératoire. M. Vileneuve fils, id. id.
Ophthalmologie. M. Marcorelles, id. id.
Pathologie interne spéciale. M. Nicolas-Duranty, id. id.
Chimie biologique. M. N..., id. id.
Pathologie générale. M. N..., id. id.

CONCOURS POUR DEUX EMPLOIS DE SUPPLÉANTS.

Un pour les chaires de Sciences naturelles et un pour les chaires de Médecine.

Par arrêté en date du 18 juillet 1877, deux concours seront ouverts à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, savoir : Le 4 février 1878, pour un emploi de suppléant des chaires de sciences naturelles (botanique et zoologie élémentaire, chimie et pharmacie); le 19 février 1878, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine.

Conditions des concours. — Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, âgé de 25 ans, et s'il ne justifie des grades suivants, savoir; 1° Pour le suppléant de chaires de sciences naturelles : la licence ès-sciences naturelles ou physiques et le doctorat en médecine ou le titre de pharmacien de 1re classe; 2° Pour le suppléant des chaires de médecine : le doctorat en médecine. Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole de médecine, un mois avant l'ouverture du concours, et déposer, entre les mains du secrétaire, leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication de leurs titres universitaires, et s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils seraient les auteurs.

Les épreuves des concours consistent : 1° Chaires de sciences naturelles : 1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle. Cinq heures sont accordées pour la composition. Le Candidat ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé; 2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée, sur une question de chimie organique, après trois heures de préparation. Le candidat ne devra s'aider d'aucun ouvrage écrit ou imprimé; 3° Analyse d'une fleur et préparations microscopiques des parties caractéristiques de cette fleur; détermination de la famille à laquelle elle appartient; Dissection d'un appareil chez un animal (vertébré ou invertébré); Quatre heures sont accordées pour cette analyse et cette dissection, dans un laboratoire de l'école et sous la surveillance d'un membre du jury; Une demi-heure est accordée pour la démonstration publique des pièces préparées; 4° Reconnaissance de produits chimiques et pharmaceutiques. Vingt minutes sont accordées pour l'examen de ces produits et pour la démonstration publique de leurs caractères et de leur mode de préparation; 5° Appréciation des titres et travaux scientifiques, d'après un rapport écrit par un membre du jury.

2° Chaires de médecine : 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale, de séméiologie, ou de thérapeutique générale. Cinq heures sont accordées pour la composition qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les candidats ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé; 2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question de pathologie interne, après trois heures de préparation, dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Aucune note manuscrite, aucun ouvrage imprimé; 3° Préparation et examen histologique de pièces anatomo-pathologiques fraîches : examen et analyse de liquides ou secrétions morbides. Ces préparations et analyses se feront

dans un laboratoire approprié, où les candidats seront réunis sous la surveillance d'un membre du jury. Deux heures seront accordées pour ces préparations. Chaque candidat exposera ensuite, dans une leçon d'un quart d'heure de durée, les résultats de son examen et de ses préparations; 4° Examen clinique de deux malades qui ne seront pas connus des candidats. Dix minutes sont accordées pour l'examen de chaque malade. Le candidat aura ensuite un quart d'heure de réflexion, dans un cabinet surveillé, pour préparer sa leçon. Il exposera enfin dans une leçon orale d'une demi-heure de durée, les résultats de son examen clinique et le traitement à prescrire; 5° Appréciation des titres scientifiques des candidats. Cette appréciation se fera dans des rapports écrits par les membres du jury sur les travaux de chaque candidat. Les rapports seront lus en comité secret du jury.

Hospices civils de Marseille.

Concours pour une place de 2e chef-interne.

Le lundi 5 novembre 1877, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour une place de 2e chef-interne. Ce concours aura lieu devant la Commission administrative, assistée d'un jury médical. Les candidats devront être âgés de 21 ans accomplis, célibataires ou veufs sans enfants. Ils devront avoir 12 inscriptions de Faculté ou 14 d'Ecole préparatoire. Ne seront pas admis au Concours ceux qui seront docteurs en médecine. Les candidats auront à produire : 1° L'acte de leur naissance ; 2° Un certificat de moralité récemment délivré par le maire de la commune où ils ont leur résidence, constatant en outre qu'ils sont célibataires ou veufs sans enfants ; 3° Le certificat de leurs inscriptions. Ces pièces seront déposées au secrétariat de la Commission administrative, à l'Hôtel-Dieu, où les candidats se feront inscrire huit jours au moins avant le jour fixé pour l'ouverture du concours.

Programme des examens : 1° Anatomie et physiologie. — Question orale. 2° Pathologie externe. — Question écrite. 3° Accouchement. 4° Opération chirurgicale. 5° Clinique interne et externe. Sur chacune de ces matières la question sera la même pour tous les candidats. Seront appliquées à ce concours les dispositions de la délibération du 3 juillet 1869, en ce qui concerne la composition du jury, le pointage des épreuves et les précautions à prendre pour assurer l'intégralité des conditions du Concours.

Le 2e chef-interne sera nommé par la Commission administrative après le rapport du jury d'examen. Il sera spécialement attaché à l'Hôpital de la Conception. Il entrera en fonctions au 1er janvier 1878. La durée de son exercice est fixée à trois années. Le 2e chef-interne, à la fin de son exercice, et même plus tôt, en cas de vacance, pourra être nommé premier chef-interne, sans concours, par la Commission administrative. Les émoluments des chefs-internes sont fixés, pour le 2e à 700 fr. par an, et pour le 1er à 800 fr. par an. Ils sont, de plus, logés et nourris. Les candidats prendront connaissance, au Secrétariat de l'administration des hospices, de la délibération précitée du 3 juillet 1869 et du règlement du service des hôpitaux. Le candidat nommé sera tenu de se conformer à toutes les dispositions de ce règlement ainsi qu'aux changements et additions qui pourront y être apportés.

Concours pour deux places de médecins-adjoints et pour deux places de chirurgiens-adjoints. — Le lundi 4 février 1878, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour deux places de médecins-adjoints des hôpitaux. Le lundi 18 février 1878, à la même heure, un autre concours public sera ouvert au même lieu, pour deux places de chirurgiens adjoints des hopitaux. Ces concours auront lieu devant la Commission administrative, assistée d'un jury médical. Aux jours fixés pour l'ouverture des concours, les candidats devront avoir cinq années de pratique comme docteur de l'une des Facultés de France. Une année suffira pour ceux qui auront exercé dans les hôpitaux de Marseille, pendant trois ans consécutifs, à la satisfaction de l'administration, les fonctions de chef-interne. Les internes des mêmes hôpitaux qui auront accompli leur temps d'internat dans ces établissements, à la satisfaction de l'administration, seront aussi admis au Concours, s'ils justifient de deux années de doctorat.

Epreuves du premier concours : 1° Question d'anatomie et question de physiologie. 2° Question de pathologie médicale avec les applications hygiéniques qu'elle comporte. 3° Examen clinique de trois malades atteints de maladies internes. Les deux premières questions seront traitées oralement, après un temps de préparation, à huis-clos et sans livres, qui sera déterminé par le jury. Les candidats auront cinq heures pour traiter par écrit la question de pathologie, à huis-clos et sans livres. L'examen clinique des trois malades ne durera pas plus de trois quarts d'heure.

Epreuves du deuxième concours : 1° Question d'anatomie. — Questions de physiologie. Ces deux questions seront traitées oralement après un temps de préparation, à huis-clos et sans livres, qui sera déterminé par le jury. 2° Question de pathologie chirurgicale. Les concurrents auront cinq heures pour traiter cette question par écrit, à huis-clos et sans livres. 3° Examen clinique de trois malades atteints d'affections chirurgicales. L'examen de trois malades ne durera pas plus de trois quarts d'heure. Après l'interrogatoire, les concurrents auront vingt minutes pour donner leur avis développé sur le diagnostic, le pronostic et les indications thérapeutiques ressortissant à deux des malades, à leur choix. Le compte-rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite, pour la composition de laquelle il sera accordé une heure. 4° Deux opérations de grande chirurgie à pratiquer sur le cadavre. Les candidats auront vingt minutes pour ces deux opérations.

A la fin de chaque concours, la Commission administrative délibérera sur les rapports du jury d'examen et procédera, s'il y a lieu, à la nomination des médecins-adjoints et des chirurgiens-adjoints. Les médecins-adjoints forment, avec les chirurgiens-adjoints, le premier degré du corps médical des hôpitaux. Ils sont appelés, en cas de vacances, à remplir les fonctions de chirurgien ou de médecin, chefs de service, et à leur succéder suivant les conditions du règlement sur le service de santé. Ce règlement sera communiqué aux candidats, au secrétariat de la Commission administrative, à l'Hôtel-Dieu. En cas de nomination, ils sont tenus de se conformer à toutes ces dispositions, en ce qui les concerne, et à toutes autres que l'administration jugerait convenable d'adopter pour le bien du service. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du Concours. Ils auront à produire : leur diplôme de docteur, et, s'ils ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité, récemment délivré par le maire de leur résidence. Ils pourront déposer leurs titres scientifiques, manuscrits, imprimés, etc., s'il y a lieu, une note de leurs services.

Concours *d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.* — Le lundi, 3 décembre 1877, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour deux places d'élèves internes. Le lundi, 17 du même mois, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour une place d'élève externe. Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions. Ceux qui sont élèves externes, nommés par le concours et en activité de service, seront dispensés de ces formalités. Ils se borneront à se faire inscrire. Les élèves stagiaires, occupant provisoirement des places vacantes d'élèves, pourront être admis à jouir de la même faveur, sur l'autorisation de la commission administrative, qui consultera le temps de leur service et les rapports concernant leur conduite dans l'Hôpital. Cette autorisation devra être demandée huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Epreuves du premier concours. — 1° Préparation anatomique. — 2° Question d'anatomie et de physiologie (épreuve orale). — 3° Pathologie médicale et chirurgicale (épreuve écrite : Deux questions). — 4° Rédaction de deux observations, l'une de médecine, l'autre de chirurgie. — 5° Trois questions dites de garde à traiter de vive voix : Chirurgie, médecine, pathologie spéciale (accouchements et syphilis).

Epreuves du 2e concours. — 1° Anatomie (ostéologie, myologie), (épreuve orale). — 2° Pathologie chirurgicale élémentaire (épreuve écrite). — 3° Bandages et petite chirurgie. Après le rapport du jury d'examen, la commission administrative nommera les élèves. Les élèves nommés entreront en exercice au 1er janvier 1878. La fin de leur exercice est fixée au 31 décembre 1880. Les élèves internes qui, pendant leur internat, se seront fait remarquer par leur zèle à remplir leur devoir, pourront être autorisés par l'administration à occuper les mêmes fonctions pendant une quatrième année ; dans ce cas, ils continueront à recevoir le traitement des élèves internes de troisième année. Le traitement des élèves est fixé : Pour les internes de 1re année, à 800 fr. par an. Pour les internes de 2e année, à 900 fr. par an. Pour les internes de 3e année, à 1,000 fr. par an. Pour les externes, à 300 fr. par an. Les jours où ils sont de garde, les élèves sont nourris dans l'établissement. Les candidats prendront connaissance, au secrétariat de la commission administrative, du règlement sur le service de santé ; ils seront tenus en cas de nomination, de se conformer à toutes ses dispositions, en ce qui les concerne, et aux modifications qui pourraient y être apportées.

L'article 56 est modifié comme suit : En cas d'absence ou d'empêchement, le 1er chef-interne est remplacé par le 2e chef-interne. — Celui-ci par un élève interne. — Les élèves internes sont remplacés par les élèves externes — et ces derniers par les élèves stagiaires. En cas de vacance d'emploi, et en attendant la nomination d'un nouveau titulaire, le remplaçant jouit des avantages attachés à l'emploi. Les élèves remplaçants sont désignés par rang d'inscription. Le rang d'inscription est déterminé comme suit, sauf le cas de punition : — 1° Elèves internes, qui, ayant concouru pour le chef-internat et n'ayant pas obtenu la place ont été classés par le jury d'examen, comme capables d'en remplir les fonctions. — 2° Elèves internes classés dans l'ordre de leur nomination. — 3° Elèves externes, qui, ayant concouru pour l'internat et n'ayant pas obtenu la place, ont été classés par le jury d'examen, comme capables d'en remplir les fonctions — 4° Elèves externes classés dans l'ordre de leur nomination. — 5° Elèves stagiaires, qui, ayant concouru pour l'externat, et n'ayant pas obtenu la place, ont été classés par le jury d'examen, comme capables d'en remplir les fonctions. — 6° Elèves stagiaires classés dans l'ordre de leur inscription.

Ecole de médecine et de pharmacie de Bordeaux.
(Plein exercice).

Année scolaire 1877-1878.

Semestre d'hiver.

Anatomie. M. Bitot, professeur, lundi, mardi, vendredi, samedi, à midi et demi.

Chimie et toxicologie. M. Micé, professeur, mardi, jeudi, samedi, à dix heures.

Pharmacie et matière médicale. M. Métadier, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à dix heures.

Thérapeutique. M. de Fleury, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à une heure trois quarts.

Pathologie interne. M. Paul Dupuy, professeur, mardi, jeudi, samedi, à deux heures.

Clinique interne. M. Mabit, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures et demie.

Clinique externe. M. Azam, professeur, mardi, jeudi, samedi, à neuf heures et demie.

Semestre d'été.

Pathologie externe et médecine opératoire. M. Lanelongue, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à midi et demi.

Physiologie. M. Oré, professeur, mardi, jeudi, samedi, à quatre heures.

Histoire naturelle médicale. M. Perrens, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures.

Clinique interne. M. Henri Gintrac, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures et demie.

Clinique externe. M. Denucé, professeur, mardi, jeudi, samedi, à neuf heures et demie.

Accouchements et clinique obstétricale. M. Labat, professeur, mardi, jeudi, samedi, à sept heures du matin.

M. E. Gintrac, directeur honoraire. — M. Jeannel, professeur honoraire.

Semestre d'hiver. — COURS COMPLÉMENTAIRES.

Hygiène et médecine légale. M. Lande, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures.

Chirurgie. M. Demons, professeur, mardi, jeudi, samedi, à cinq heures.

Semestre d'été.

Histologie et anatomie pathologique. M. Vergely, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à trois heures et demie.

Chirurgie. M. Dudon, professeur, mardi, jeudi, samedi, à cinq heures.

Chef des travaux anatomiques. M. Dudon. Il fera des leçons sur l'ostéologie et la syndesmologie, tous les jours à huit heures du matin, pendant les mois de novembre et décembre, et sur la myologie le mercredi et le jeudi, à midi et demi, pendant les mois de janvier, février et mars.

Chef des travaux chimiques et pharmaceutiques. M. Carles. Il dirige les manipulations chimiques et pharmaceutiques et fait des conférences sur les éléments de la pharmacie. Les dissections sont gratuites et obligatoires; elles sont dirigées par le chef des travaux anatomiques. Les manipulations chimiques sont obligatoires pour les élèves en pharmacie, facultatives pour les élèves en médecine. Des herborisations ont lieu pendant l'été sous la direction du professeur d'histoire naturelle médicale.

EXTRAIT DES RÈGLEMENTS. — *Inscriptions.* Les élèves en médecine prennent, chaque trimestre, dans les quinze premiers jours de novembre, janvier, avril et juillet, une inscription pour laquelle ils versent une somme de 30 francs. Les élèves en pharmacie prennent aux mêmes époques, une inscription dont le prix est de 25 francs pour les étudiants qui aspirent au titre de pharmacien de 2e classe dans les conditions déterminées par le décret du 15 juillet 1875, et de 30 francs pour les élèves suivant l'ancien régime d'études. Les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe versent 30 francs par inscription.

La première inscription ne peut être prise avant 17 ans, et en novembre seulement, à moins d'autorisation spéciale.

Les pièces à fournir sont : 1° l'acte de naissance; 2° en cas de minorité, le consentement des parents ou tuteurs; 3° l'indication du domicile des parents et de celui de l'élève à Bordeaux; 4° pour les aspirants au doctorat, le diplôme de bachelier ès-lettres, et, dès la troisième inscription, celui de bachelier ès-sciences restreint;

Pour les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe, le diplôme de bachelier ès-sciences;

Pour les aspirants au titre d'officier de santé ou de pharmacien de 2e classe, le certificat de grammaire obtenu dans un lycée ou un certificat de capacité délivré par un jury spécial institué à cet effet.

Tous les ans, au mois d'août, les étudiants ont à subir un examen de fin d'année; ils ne sont admis à prendre les 5e, 9e et 13e inscriptions qu'autant qu'ils ont répondu d'une manière satisfaisante.

En attendant l'ouverture de la Faculté, les inscriptions en médecine et en pharmacie prises à l'école de Bordeaux et les examens de validation qui y sont subis, sont équivalents aux inscriptions et aux examens des écoles de plein exercice. (Décision ministérielle du 21 juillet 1876.)

Stage en médecine.

D'après le décret du 18 juin 1862 et les dispositions réglementaires s'y rapportant, tous les étudiants en médecine sont astreints au stage dans un des hôpitaux placés près de l'École après la quatrième inscription validée. Nul ne peut obtenir le grade de docteur en médecine ou d'officier de santé, s'il n'a accompli ce stage.

Tout étudiant en médecine ne peut, dans la période de ses études pendant laquelle il est soumis à l'obligation du stage, être admis à prendre une inscription au commencement de chaque trimestre que sur le vu des pièces suivantes :

1° Un certificat de l'administration des hospices constatant que l'étudiant a été inscrit, dans les dix derniers jours du mois précédent, comme élève stagiaire dans un hôpital pour y commencer son service au premier jour du présent trimestre;

2° Deux certificats du directeur de l'hospice et du chef de service, constatant l'accomplissement régulier du stage pendant le trimestre écoulé.

Les stagiaires ne sont admis à faire compter comme stage régulier que chacun des trimestres pendant lesquels ils auront pris une inscription près de l'école à laquelle ils appartiennent.

Stage en pharmacie.

La durée de ce stage est fixée à trois ans; il doit être distinct du temps de la scolarité attesté par les inscriptions. Les élèves stagiaires sont tenus de se faire inscrire, au secrétariat de l'école, dans le délai de quinzaine.

L'inscription est délivrée sur le vu de l'acte de naissance et d'un certificat de présence délivré par le pharmacien chez lequel l'élève est admis. Elle ne peut être accordée avant seize ans, et doit être renouvelée tous les ans, et dans le délai de quinzaine si l'élève change de ressort, sous peine de perdre le temps dont il ne pourra être justifié régulièrement.

Collation des grades.

Il y a chaque année, au mois d'avril et au mois de septembre, une session d'examen pour la réception des officiers de santé, pharmaciens de 2e classe, herboristes et sages-femmes.

CORRESPONDANCE

Les nouvelles Facultés et les Ecoles de plein exercice de l'Etat.

Depuis l'année dernière, nos Facultés de province ont vu certaines modifications s'introduire dans leur organisation; d'autres changements se préparent ou sont en voie d'exécution; personnel et matériel se sont renouvelés ou accrus. Le *Progrès médical* mentirait à son titre s'il ne tenait ses lecteurs au courant des améliorations réalisées ou projetées. Le concours de ses correspondants ne lui a pas fait défaut, et nous croyons qu'on lira avec intérêt les renseignements qu'ils nous font parvenir.

Faculté de médecine de Nancy.

Nancy, le 25 octobre 1877.

Monsieur le Rédacteur.

Vous me faites l'honneur de me demander des renseignements sur la situation et l'enseignement de la Faculté de médecine de Nancy, je m'empresse de vous signaler les quelques faits importants qui me semblent mériter quelque attention.

Dans le *Personnel enseignant*, nous avons à enregistrer la nomination de M. Ritter, ancien agrégé de la Faculté de Strasbourg, professeur-adjoint à la Faculté de Nancy, à la chaire de chimie médicale devenue vacante par la mort de M. Blondlot. Tout le monde, ici, a applaudi à la nomination du chimiste savant et expérimenté, dont l'enseignement est tant goûté et tant apprécié par les étudiants. Je ne puis passer sous silence *deux départs*, profondément regrettables à tous les points de vue, celui de M. Rodolphe Engel, nommé professeur de chimie médicale à la Faculté de Montpellier, et celui de M. Monoyer, appelé à la chaire de physique médicale de la Faculté de Lyon. Vous n'ignorez pas, sans doute, que M. Monoyer, agrégé de la section de physique, est, en outre, un spécialiste habile et qu'il a créé à la Faculté de Nancy une clinique d'ophthalmologie. La Faculté vient de confier ce service à M. Michel, le brillant professeur de médecine opératoire de notre Ecole.

L'an passé, un *nouveau laboratoire*, le laboratoire d'histologie normale a été ouvert aux élèves. Comme ses aînés, les laboratoires de chimie physiologique et pathologique, de physiologie normale, d'anatomie et de physiologie pathologiques, le laboratoire d'histologie normale a attiré un grand nombre d'élèves. La direction des travaux de micrographie avait été confiée à M. Chrétien, notre savant et estimé agrégé d'anatomie. J'ajouterai ici qu'il est regrettable que la Faculté de Nancy, dont on veut faire une Faculté *plus particulièrement scientifique*, n'ait pas été dotée d'une chaire d'histologie comme les autres Facultés de médecine de l'Etat. Ne vous semble-t-il pas, Monsieur le rédacteur, que ce soit là une création indispensable et la première à réclamer au Ministre. Je soulève la question, car le bruit a couru ici qu'une chaire d'hygiène avait été demandée. Or, il est permis de douter qu'un cours d'hygiène fût-il le plus intéressant, attire seulement un étudiant de plus à Nancy, tandis que personne ne contestera que l'agrandissement et la multiplication des laboratoires, une extension plus grande encore, donnée à l'enseignement pra-

tique, et par conséquent à celui de l'histologie, pourront faire le plus grand bien à la Faculté lorraine.

J'arrive à la *question des hôpitaux.* Celle-ci, je ne crains pas de le dire, fait la désolation des membres de la Faculté. Déjà, avant l'installation de la Faculté de médecine à Nancy, il avait été question de construire, dans la rue de la Prairie, un grand hôpital de 500 lits. Malheureusement, ce projet n'a pas pu se réaliser faute d'argent, dit on. Quand la Faculté de médecine a été créée, on proposa de transformer l'hospice Saint-Stanislas en hôpital des Cliniques. Il y a deux ans, on étudia le moyen d'améliorer et d'agrandir les hôpitaux existants. L'année dernière, on est revenu au premier projet et il a de nouveau été question de construire un grand hôpital sur le terrain dit la Prairie. C'est ainsi qu'un projet paraît après l'autre, que des Commissions et des rapports se succèdent, et pendant ce temps, les cliniques restent logées dans des locaux tout à fait insuffisants. Nous espérons, toutefois, qu'après les études faites l'année dernière, l'amélioration et l'agrandissement des services cliniques, si importants pour l'avenir de la Faculté, puissent bientôt être réalisés.

Pour les cliniques dites complémentaires, il y a également beaucoup à faire. On comprend difficilement qu'il existe, à Nancy, des établissements hospitaliers, qui n'appartiennent pas à la Faculté et où toutes les ressources ne sont point utilisées pour les élèves. Et pourtant, la chose est tellement vraie qu'un enseignement clinique complémentaire, autorisé dans un de ces établissements, a disparu, il y a quelque temps, du programme officiel de la Faculté, parce que le chef de service ne fait plus partie du corps enseignant.

Je vous soumets ces réflexions, monsieur le rédacteur, parce que je suis de ceux qui voudraient voir la Faculté de Nancy entrer dans la voie de prospérité qu'elle mérite d'avoir. Parmi les difficultés de tous genres, qu'il est impossible de vous énumérer ici, et qui arrêtent ou entravent le développement de notre école, toutes ne me semblent pas insurmontables, et, avec quelques mesures énergiquement prises, il serait facile de répondre à bien des critiques qui trouvent parfois écho, même dans la presse médicale de la capitale. La population de Nancy et de sa banlieue est certainement suffisante pour alimenter les services cliniques d'une faculté de médecine; les ressources nécessaires à cette institution existent dans le pays, mais il s'agit de pouvoir les utiliser. Les personnes qui se rappellent les circonstances dans lesquelles la Faculté de Nancy est née, celles qui connaissent les conditions, assurément mauvaises dans lesquelles elle a été installée et organisée, celles enfin qui sont à même de juger les difficultés de tous genres qui se sont présentées ou qui existent encore ne sauraient être mécontentes de la situation présente; toutefois, elles sont forcées d'avouer qu'il reste encore beaucoup à faire.

Le nombre des étudiants, qui, l'année dernière, ont suivi les cours et les cliniques de la Faculté, est resté à peu près celui de l'année précédente, malgré la mesure, déplorable pour Nancy, qui existe dans l'organisation du volontariat pour les étudiants en médecine, et qui nous enlève chaque année bon nombre d'élèves, forcés d'aller, l'an passé, à Versailles, cette année-ci à Lille, pour recevoir leur instruction militaire.

Un certain nombre de jeunes docteurs sont venus se grouper autour de la Faculté, les uns se disposant à concourir pour la place de chef des travaux chimiques actuellement vacante, ou celle de chef des travaux anatomo-pathologiques nouvellement créée ; les autres, se préparant au prochain concours d'agrégation. Plusieurs de nos jeunes confrères ont fait des *cours libres*. Ainsi, il y a eu l'année dernière un cours libre sur « les *fièvres éruptives et les maladies de la circulation*, » fait par M. Spillmann ; un autre sur « *les altérations du bassin chez la femme*, » par M. Alphonse Herrgott. Je dois encore vous signaler un cours libre sur les « *généralités sur l'aliénation mentale*, » par M. Christian, médecin en chef à l'asile des aliénés de Maréville. Grâce au bienveillant concours de M. le docteur Giraud, le directeur de cet établissement, M. Christian a pu compléter son enseignement théorique par des leçons cliniques faites à l'asile même.

Ce sont là quelques heureux symptômes, qui doivent certainement nous encourager, mais je ne puis vous cacher qu'ils ne sont pas suffisants pour rassurer tout le monde. Quoi qu'il en soit, ayons confiance dans l'avenir, et puissé-je l'année prochaine, vous signaler des améliorations plus importantes et constater des progrès plus sensibles.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, etc.

Installation de la Faculté de médecine de Lyon.

Lyon, le 30 octobre 1877.

Mon cher ami,

Je ne puis vous donner sur l'organisation de la Faculté de Lyon que des détails sommaires à la vérité, mais qui pourront fournir à vos lecteurs une idée générale suffisante de nos ressources. Nous sommes encore en pleine voie, et comme en flagrant délit d'organisation. Cette dernière est toute provisoire et l'on ne saurait trop louer les efforts qui ont été tentés par les administrateurs de la Faculté et de la ville pour nous permettre de commencer, dès le 20 novembre, notre enseignement classique. Les cliniques générales sont actuellement prêtes à fonctionner ; il en est de même des spéciales. Les cliniques médicales et chirurgicales au nombre de quatre, sont établies dans le plus grand hôpital central, l'Hôtel-Dieu, qui comprend 1,000 lits environ, et dans lequel le mouvement annuel des malades n'est pas moindre de 12 ou 13 mille.

Dans le second grand hôpital du centre de Lyon, la Charité, qui comprend 800 lits environ, sont, également à la portée des élèves, les cliniques d'accouchement, des maladies des femmes des maladies des enfants, médicales et chirurgicales. C'est aussi dans cet hôpital que se trouvent, et la maternité et l'école des sages-femmes. Tout y est donc disposé pour l'étude des maladies infantiles et de l'obstétrique aussi bien que de la pathologie du premier âge qui, confinée à Paris dans l'hôpital fermé des enfants assistés, est ici ouverte à tous car il existe dans ce même hôpital, une crèche importante (40 berceaux), dont la direction est confiée à l'un de nos agrégés les plus distingués.

Les services de la Faculté, consacrés aux cliniques spéciales, ne sont pas moins bien fournis que les précédents. La clinique ophthalmologique comprend 60 lits à l'Hôtel-Dieu. Celle des maladies cutanées est installée à l'Antiquaille, hôpital qui comprend 700 lits, consacrés aux dermatoses et aux maladies scrofuleuses et spécifiques. L'asile de Bron, réservé aux maladies mentales, comprend 1,000 aliénés environ des deux sexes et une clinique de la Faculté y est établie. Outre ces ressources déjà si importantes, l'hôpital de la Croix-Rousse resté, il est vrai, en dehors de la Faculté, en raison de son éloignement, mais dont les médecins traitants sont pour la plupart des professeurs ou agrégés, est à la disposition des élèves comme centre accessoire d'instruction. Cet hôpital comprend 400 lits environ. Si nous ajoutons à cet ensemble nosocomial, l'asile de convalescence de Longchêne (100 lits), nous arrivons au total de 4,000 lits pouvant profiter à l'instruction médicale dans notre ville. Tous ces hôpitaux sont assurés à la Faculté et si une faculté rivale voulait s'établir à Lyon, elle serait réduite à créer des hôpitaux nouveaux, indépendants de l'administration hospitalière actuelle.

Je passe à l'organisation des centres scientifiques divers et notamment des laboratoires de la Faculté. Ces derniers sont encore en voie d'organisation et installés dans des locaux provisoires, mais tous suffisamment pour que l'instruction y soit donnée et que des recherches originales y puissent être faites.

Le laboratoire d'anatomie générale est établi dans l'ancienne école de médecine, rue de la Barre, dans une galerie vitrée, de 14 mètres de long, permettant, par ses dimensions les démonstrations d'ensemble et l'installation de 25 personnes faisant des travaux originaux. Aussi un chef de laboratoire et un préparateur ont-ils été attachés à l'enseignement de l'histologie, afin d'effectuer la division du travail et de donner l'enseignement élémentaire, car à Lyon, les fonctionnaires de la Faculté, subordonnés aux professeurs, participeront activement à l'enseignement.

Le laboratoire d'anatomie pathologique, matériellement moins bien installé que le précédent, dans le même bâtiment, est néanmoins disposé de façon à rendre possible l'enseignement pratique, auquel participeront également un chef de laboratoire et un préparateur.

Les laboratoires de physique et de chimie ont une organisation analogue. Enfin, les laboratoires de physiologie, de médecine opératoire et les amphithéâtres de dissection sont placés sur le quai de la Vitriolerie, à côté de l'emplacement où ils seront définitivement installés. Comme tous les autres, l'enseignement physiologique doit être éminemment pratique et de nombreuses expériences seront faites devant les élèves pour servir de preuves et d'appui à l'enseignement théorique. Ce dernier sera surtout donné dans le second semestre et servira pour ainsi dire de synthèse à la portion expérimentale faite pendant l'hiver. Le cours de botanique, répondant à l'esprit général qui nous dirige, sera fait de telle façon qu'il

prendra le caractère exclusivement médical, qui souvent lui manque ailleurs, car à propos de chaque famille, l'histoire des drogues simples sera faite et ces dernières montrées aux élèves. Même observation à faire pour le cours d'histoire naturelle auquel viendront en aide les immenses collections du Muséum de Lyon, au sein duquel sera placé le laboratoire annexé à ce cours. Enfin, l'enseignement de la médecine expérimentale, fait théoriquement à la Faculté, sera complété par des démonstrations dans le laboratoire si important et si complet de l'Ecole vétérinaire de Lyon. Nous pouvons donc dire que, dès maintenant, tous les moyens de démonstration, si nécessaires dans les sciences biologiques, sont assurés aux élèves qui fréquenteront la Faculté de Lyon et qu'en quittant cette dernière, ils pourront s'ils l'ont voulu, avoir vu tout ce qui peut se faire voir et se démontrer exactement en médecine.

Cette organisation est néanmoins toute provisoire, et l'état définitif doit être bien au-dessus de l'état actuel. Lorsque tous les services auront été réunis dans un bâtiment unique, derrière lequel sera planté le jardin botanique, où sera installée la bibliothèque qui peut être jusqu'à présent considérée comme rudimentaire, mais qui comprend cependant les principaux ouvrages français et étrangers, la Faculté lyonnaise n'aura plus rien à envier à aucune autre. Malheureusement, ce résultat définitif doit être attendu encore pendant près de deux ans.

L'installation si rapide d'une multitude de choses diverses dans une ville qui, bien que constituant un centre médical des plus importants, ne possédait que des établissements imparfaits, témoigne de la grande intelligence et de l'extrême activité des organisateurs. La tâche de ces derniers a été singulièrement facilitée par la bonne volonté et les largesses de l'édilité lyonnaise; nous considérons tous comme notre devoir strict de répondre à tous ces efforts et à l'affluence des étudiants dont le nombre, d'après nos prévisions, atteindra 500 cette année,si même il ne le dépasse, de donner l'enseignement théorique et pratique des sciences médicales sous ces deux formes, élémentaire et élevée, avec tout ce que nous aurons de force, de bonne volonté et d'esprit de suite. Les élèves seront en outre assurés d'avoir ici la direction médicale suivie, qui trop souvent leur manque à leur début. Un guide sera remis à chacun d'eux par les soins du doyen; ce guide leur indiquera la marche à suivre dans leurs études et ils seront mis, de plus, en relation directe avec les maîtres qui les instruiront. Tel est, mon cher ami, l'aperçu sommaire de l'organisation actuelle de la Faculté; à chaque perfectionnement nouveau, j'aurai soin de vous écrire, considérant votre excellent journal, comme l'indicateur naturel de tout perfectionnement et de tout progrès. J. R.

L'enseignement de la médecine et de la pharmacie dans l'Ouest. L'école de plein exercice de Nantes.

L'enseignement de la médecine compte dans la région de l'Ouest proprement dite quatre écoles de médecine: trois écoles secondaires qui sont celles de Rennes, Angers et Poitiers; une de plein exercice, celle de Nantes. Lors de la création des facultés provinciales, l'Ouest a été complètement mis de côté. Il en résulte que les jeunes gens qui se destinent au doctorat sont obligés de se rendre à Paris pour y recevoir leur diplôme quels que soient d'ailleurs leurs moyens d'existence et les sacrifices que cet éloignement, toujours assez grand, imposera à leurs familles. Cela peut conduire un certain nombre de médecins à se contenter du diplôme d'officier de santé, diplôme que nous devons considérer peut-être comme un mal nécessaire, mais en tout cas, comme un mal. Chacun de nous a pu voir par l'analyse d'un rapport fait à l'Académie de médecine il y a quelques smaines (voy. *Progrès médical*, 1877, nº 41) combien la loi sur les officiers de santé laisse à désirer et comment d'ailleurs, à moins de recourir contre eux à des mesures absolument vexatoires, il est presque impossible dans la pratique de ne pas leur laisser toutes les prérogatives des docteurs. D'autre part, si on leur laisse ces prérogatives, l'intérêt des docteurs est lésé puisqu'on leur a demandé plus de garanties pour ne leur donner en retour aucun droit effectif supérieur.

Mais laissons la question d'intérêt; élevons-nous plus haut; que le lecteur réponde sincèrement à la question suivante: Quelle est la valeur en clinique d'un homme qui s'est contenté de trois à quatre ans d'études médicales? Tous ceux qui penseront comme nous à ce sujet en viendront à conclure que si l'on reconnait l'impossibilité de supprimer actuellement l'officiat, il faut, tout en le conservant jusqu'à nouvel ordre, favoriser le plus possible l'acquisition du grade supérieur. Or, un des moyens de favoriser les aspirants au doctorat, c'est de les mettre à même de terminer leurs études et de conquérir leur diplôme dans une ville de leur région. La création de *Facultés provinciales* a répondu en partie à ce besoin, nous demandons que notre région de l'Ouest ne soit pas plus déshéritée que les autres.

A l'époque où fut votée la loi sur les Facultés provinciales, on décida que certaines villes pourraient avoir une école de médecine de plein exercice, école où les étudiants pourraient prendre toutes leurs inscriptions et passer tous leurs examens de fin d'année. Les examens de doctorat seuls restaient réservés à une Faculté. Nantes fut une des villes qui fondèrent une école de plein exercice; nous dirons dans un instant où en est cette Ecole et quels progrès ont été accomplis surtout dans le matériel d'études, puisque le personnel enseignant était déjà complet au moment où l'Ecole a commencé à fonctionner. Nous devons parler auparavant de la modification apportée il y a quelques mois aux examens de doctorat et du danger que cette modification aurait pu avoir pour les Ecoles de plein exercice. On sait que les examens de fin d'année doivent être abolis et que les examens de doctorat au lieu d'être subis en bloc à la fin de la scolarité le seront à des époques déterminées, le premier (sciences accessoires) après la quatrième inscription; le second, dédoublé en anatomie et physiologie, après la douzième et les examens restants après la seizième inscription. Ces examens ne pouvant être subis que devant les Facultés, l'adoption sans réserve de cette mesure aurait annihilé absolument les avantages que rencontrent les étudiants dans les Ecoles de plein exercice.

Il a été heureusement décidé par le Conseil supérieur de l'instruction publique que le premier examen et le second examen dédoublés pourront être subis dans les Ecoles de plein exercice sous la présidence d'un professeur de Faculté. Nous ajouterons que la plupart des professeurs en province regrettent la suppression des examens de fin d'année qui étaient pour les élèves un bon stimulant et les forçaient à revoir les matières enseignées pendant l'année.

Voici maintenant quels ont été les progrès accomplis à l'Ecole de médecine de Nantes: on a construit un nouveau bâtiment qui comprend: au rez-de-chaussée, un splendide laboratoire de chimie; au premier étage, un laboratoire d'histologie animale et végétale. D'autre part, les laboratoires existant déjà ont été améliorés, des cabinets ont été construits pour les prosecteurs, le chef des travaux anatomiques, etc.

Il ne manque plus actuellement que deux laboratoires; mais l'un d'eux a une importance capitale: c'est le laboratoire de physiologie. Ce laboratoire et celui qu'on destine à la physique seront placés dans un nouveau bâtiment qui peut-être serait déjà construit, si des circonstances sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici, mais que tout le monde connaît, n'avaient retardé le vote d'une loi autorisant la ville de Nantes à faire un emprunt sur les fonds duquel doivent être payés nos laboratoires. En attendant, les professeurs de physique et celui de physiologie sont installés dans des pièces dépendant de l'ancienne école qui leur permettent de travailler déjà sérieusement.

Nous avons déjà eu occasion ici même de faire ressortir un avantage assez sérieux que possède Nantes, c'est la proximité de l'Ecole et de l'hôpital, voisinage qui évite aux étudiants une perte de temps assez considérable. Nous ajouterons que l'hôpital, très-considérable, offre un service de clinique médicale et un service de clinique chirurgicale qui ne le cèdent en rien aux bons services des hôpitaux de Paris.

Pendant la saison des dissections, il est fort rare que les sujets manquent. Les étudiants, divisés en série de sept à huit, reçoivent au moins six à huit sujets complets pendant les cinq mois qui s'étendent de novembre à avril. L'enseignement de l'anatomie a toujours été à Nantes l'objet de soins particuliers: Outre la commodité des dissections, l'étude est facilitée par un *musée anatomique* très-riche, qui sera dans peu complété par une collection d'anatomie pathologique suffisante pour tenir les élèves au courant des progrès de la science.

Disons encore, pour compléter ces informations, qu'un groupe de jeunes médecins nantais a projeté la création de *cours libres* qui seraient probablement à l'Ecole de Nantes ce que sont les cours libres de l'Ecole pratique à la Faculté de Paris. Nous ne savons malheureusement pas dans quelle mesure ce projet sera réalisé.

Nous terminerons comme nous avons commencé, en émettant le vœu que l'Ecole de plein exercice de Nantes se transforme bientôt en Faculté. Outre les considérations exposées plus

haut, nous ferons remarquer que les Facultés catholiques qui possèdent une organisation et un enseignement fort inférieurs aux nôtres ont acquis le privilége regrettable de partager avec l'Etat la collation des grades. Or, il parait étrange que l'Etat refuse à des établissements qu'il dirige des prérogatives qu'il accorde à certaines Facultés libres, où le même professeur a dû se charger de trois ou quatre chaires à la fois, tant le personnel enseignant était difficile à recruter !

Nous pensons que tous ceux qui considèrent la médecine comme une science dont le développement repose sur une entière liberté de recherches et d'appréciation des faits ; comme une science dont les adeptes doivent proclamer la vérité quelle qu'elle soit et quelque part qu'ils la trouvent ; nous pensons, disons-nous que ceux-là regrettent profondément ces tentatives que l'on fait pour brider la médecine par le dogme, comme on a déjà essayé de brider le droit et l'enseignement secondaire. Puisque l'Etat a pris charge d'âmes en créant une université française, il est juste qu'il lui donne les moyens de se perfectionner et de se soutenir à un niveau qui défie toute concurrence. A. M.

École de médecine de plein exercice de Marseille.

Marseille, le 28 octobre 1877.

Mon cher Rédacteur,

La rentrée de l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Marseille, est fixée au 15 novembre. Le tableau des cours, que je joins à cette lettre (p.825), montre que l'enseignement y sera, dès aujourd'hui, complet, et que le programme formulé par M. le Ministre, pour les Ecoles de plein exercice, est entièrement réalisé. Le budget annuel est de 130.000 fr.

Le corps enseignant se compose de : 17 professeurs titulaires ; 8 professeurs suppléants, tous chargés de cours complémentaires (histologie, gynécologie, ophthalmologie) ; d'un chef des travaux anatomiques, d'un prosecteur, de deux aides d'anatomie ; de 5 chefs de clinique et d'un chef de laboratoire, pour les travaux pratiques de chimie et de pharmacie.

L'*Ecole*, située en face de l'Hôtel-Dieu, occupe le bâtiment de l'ancien Palais-de-Justice. C'est un vaste local qu'on a pu, par des travaux bien entendus, parfaitement approprier à l'enseignement de la médecine. On y a installé : La *bibliothèque* (3 à 4.000 volumes), ouverte aux élèves de 10 h. à midi et de 2 à 6 h. ; Le *musée*, qui s'est enrichi, cette année, de nombreuses et très-intéressantes pièces d'anatomie normale et pathologique ; Un *grand amphithéâtre* pour les cours ; un *amphithéâtre* spécial pour le professeur de chimie ;

Un *laboratoire* pour les travaux pratiques de chimie et de pharmacie ; un *laboratoire* de physiologie et d'histologie. Ces laboratoires sont aujourd'hui suffisamment pourvus et très-assidûment fréquentés par les élèves. La meilleure preuve, du reste, qu'on y peut travailler et qu'on y travaille, nous est fournie par les nombreuses recherches qui y ont été déjà faites. Qu'il nous suffise de citer ici les intéressantes expériences de M. Cazeneuve et de M. Livon, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie, sur la fermentation ammoniacale de l'urine et la génération spontanée, et dont les résultats ont été récemment présentés à l'Académie des Sciences.

Non loin de l'*Ecole*, et dans un pavillon distinct, se trouve l'*amphithéâtre*, véritable institut anatomique où les sujets ne manquent jamais, et qui comprend : une grande *salle de dissection* pour les élèves, un *cabinet* de travail pour le professeur et un cabinet semblable pour le prosecteur et les aides d'anatomie. Enfin, je dois signaler d'une manière toute spéciale les ressources considérables dont dispose l'Ecole en moyens d'*instruction clinique* : les services cliniques seront, cette année, au nombre de 5 : 2 cliniques médicales ; 2 cliniques chirurgicales, et 1 clinique obstétricale. Cette dernière exceptée, toutes ont été installées à l'Hôtel-Dieu, dont les 250 lits ont été presque entièrement consacrés à cet enseignement. La clinique obstétricale, qui s'ouvrira prochainement, occupera un bâtiment nouvellement construit en dehors de la ville, sur un terrain faisant partie du domaine de l'hôpital de la Conception.

Hôpitaux et hospices : 1° L'hôpital de la Conception (700 lits environ), construit sur le modèle de Lariboisière, contient : la maternité, 2 services de médecine, 2 services de chirurgie, les vénériens des deux sexes, 1 salle pour les maladies des enfants, 1 salle pour les maladies contagieuses. — 2° L'hospice de la Charité (vieillards et enfants trouvés des deux sexes). — 3° Un grand hospice pour les aliénés des deux sexes.

En somme, si, à ces divers renseignements, nous ajoutons que Marseille est un centre de population considérable, qu'elle est le chef-lieu du 15e corps d'armée, et qu'à ce dernier titre, elle possède un hôpital militaire des plus importants, n'aurons-nous pas manifestement établi que dès le jour où l'Université se décidera à pénétrer plus avant dans la voie de décentralisation dans laquelle elle vient d'entrer, elle pourra trouver dans notre ville toutes les ressources nécessaires à la création d'une Faculté de Médecine vraiment digne de ce nom ?

Bien à vous de cœur. J. Fioupe.

L'École de médecine de Toulouse sera-t-elle transformée en Faculté ?

Toulouse, le 25 octobre 1877.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*,

Il y a un an, le *Progrès* donnait à ses lecteurs des renseignements précis sur la future création d'une Faculté de médecine à Toulouse. Depuis lors qu'a-t-il été fait ? Rien, et je le confesse humblement. Nos prévisions ne se sont pas réalisées. A la vérité, je pourrais invoquer le bénéfice des circonstances atténuantes, car la seule cause de notre déception est la dissolution de la Chambre des Députés, qui devait être appelée à statuer sur la réorganisation de l'enseignement supérieur, mais trève aux faits accomplis, et je vais me borner à vous entretenir de notre école secondaire de médecine et de l'enseignement qui y est donné.

Le personnel enseignant de l'école de médecine de Toulouse comprend treize professeurs titulaires et trois professeurs suppléants. Les cours qui y sont professés sont les suivants :

Semestre d'hiver (du 5 novembre 1877 au 31 mars 1878).

Anatomie : M. Bonamy, professeur titulaire. Lundi, mardi, jeudi et samedi à 3 h. M. le chef des travaux anatomiques fera un cours complémentaire, les mercredis et vendredis à 3 h. et le lundi à 2 h.

Pathologie externe. — M. Pegot, professeur titulaire. Lundi, mercredi et vendredi, à 11 h. 1/2.

Pathologie interne. — M. Guitard, professeur titulaire. (M. Caubet, suppléant). Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h.

Chimie médicale et pharmacie. — M. Filhol, professeur titulaire. Mardi, jeudi et samedi, à 11 h. 1/2.

Clinique interne. — M. Noguès, professeur titulaire. Mardi, samedi, à 7 h. 1/2 du matin.

Clinique externe. — M. Batut, professeur titulaire. Lundi, vendredi, à 7 h. 1/2 du matin.

Chirurgie des armées, soins à donner aux blessés en temps de guerre. — M. Labèda, professeur suppléant. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h.

Semestre d'été (du 1er avril au 31 août 1878).

Physiologie. — M. Joly, professeur titulaire. Lundi, jeudi, samedi, à 11 h.

Accouchements ; maladies des femmes et des enfants. — M. Laforgue, professeur titulaire. Mardi, jeudi, samedi, à 1 h.

Histoire naturelle et matière médicale. — M. Noulet, professeur titulaire, Lundi mercredi, vendredi à midi.

Médecine légale. — M. Marchant, professeur titulaire. Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h.

Hygiène. — M. Basset, professeur titulaire. Mardi, jeudi, samedi, à midi.

Clinique interne. — M. Bonnemaison, professeur titulaire. Mardi, jeudi, et samedi, à 7 h. 1/2 du matin.

Clinique externe. — M. Ripoll, professeur titulaire. Lundi, vendredi, à 7 h. 1/2 du matin.

Pathologie générale. — M. Caubet, professeur suppléant. Mardi, jeudi samedi, à 4 h. du soir.

Anatomie générale. — M. Fontagnères, professeur suppléant. Lundi, mercredi, vendredi, à 7 h. 1/2 du soir.

Tel est l'enseignement théorique, que les étudiants en médecine reçoivent à l'école de Toulouse. Cet enseignement est-il complet ? Nous le pensons pas. D'une part, en effet, certains cours qui nous paraissent obligatoires, tels que la médecine opératoire, l'histologie font défaut, et d'autre part il est des chaires qui n'ont pas leur raison d'être. Est-il plausible de créer des chaires de pathologie générale, d'anatomie générale dans une école secondaire ? Il est vrai, cette dernière chaire n'a jamais été occupée, mais elle le sera peut-être cette année, et fait inouï, on pourra voir l'anatomie générale professée à l'école secondaire de Toulouse, alors qu'elle ne l'est pas à Paris, à la Faculté de médecine. Que dire maintenant de la chirurgie des armées, et des soins à donner aux blessés en temps de guerre ? Est-ce à dire que, par hasard, la chirurgie des armées comporterait des études spéciales, et serait toute différente de la chirurgie civile ? Autrefois, l'école de Toulouse possédait deux professeurs de pathologie externe ; l'un enseignait l'étude des parties molles, l'autre l'étude des parties dures ; eh bien, aujourd'hui, comme pendant à la chirurgie enseignée dans nos hôpitaux, on a la chirurgie des armées ! Aussi, malgré le talent et l'érudition du professeur, la chirurgie des armées réclame des auditeurs, où comme l'a dit le poète :

Apparent rari nantes, in gurgite vastro.

Quant aux autres chaires, si toutes paraissent nécessaires, plusieurs font double emploi. Est-il, par exemple, de toute utilité que l'école ait quatre chaires de clinique ? Assurément non, ni le nombre des élèves, ni le nombre des malades intéressants, n'exigent cette superfétation. Mais, en province, tout est anormal ; à Paris, le professeur de clinique fait son service toute l'année scolaire, à Toulouse il n'en est pas de même. Sur quatre professeurs de clinique, deux font le service le semestre d'hiver, et deux autres le semestre d'été. On invoquera la fatigue, les occupations, la clientèle ; mais encore une fois, peut-on admettre que ce qui est possible à Paris est impossible à Toulouse?

Chose étrange, malgré ce luxe de professeurs, on a pu voir cette année, au mois d'août, la clinique interne sans professeur ; tous avaient disparu : professeurs de clinique, chefs de clinique, rien, rien. Aussi, sans le moindre scrupule, on n'a pas hésité un seul instant, à confier cette fonction à un jeune docteur, n'appartenant nullement à l'Ecole, et dont le seul mérite, est celui d'être arrivé second sur deux candidats dans un concours pour deux places de médecin des hôpitaux. Parlerais-je des autres chaires ! je ne le dois pas, car j'aurais mauvaise grâce à insister plus longtemps, mais je ne saurais passer sous silence les lacunes que présente l'enseignement pratique.

Si l'on doit attendre quelques services des écoles secondaires de médecine, c'est assurément par l'enseignement pratique qui y est donné, et par enseignement pratique, nous entendons l'étude de l'anatomie, et la clinique au lit du malade. Or, j'estime que l'Ecole de Toulouse est une des premières écoles de province, si ce n'est même la première, et cependant je ne crains pas d'affirmer que même ici, cet enseignement laisse beaucoup à désirer. Au point de vue de l'étude de l'anatomie, les desiderata sont nombreux. On a beau avoir des professeurs excellents, des maîtres remarquables, cela n'est point suffisant, car le professeur ne saurait s'astreindre à suivre les élèves à l'amphithéâtre. Aussi, arrive-t-il que malgré le nombre considérable des sujets d'étude, mis à la disposition des élèves, il n'y a pas de bonne dissection possible. Qu'attendre, en effet, de jeunes gens, qui mis en présence d'un cadavre, sont livrés à eux-mêmes ? Les sujets d'anatomie, sont *charcutés*, c'est le mot, et entrent en décomposition sans avoir été mis à profit. Il y a, à la vérité, un chef des travaux anatomiques, un prosecteur, mais, tandis que l'on est obligé de faire un cours complémentaire d'anatomie, l'autre est astreint à préparer le cours du professeur titulaire. A cela, des appointements dérisoires, inférieurs à ceux des garçons de laboratoire. En outre, une salle de dissection humide, ne possédant pas un seul calorifère, pas un seul aide d'anatomie et des garçons de salle, point.

Si l'on regarde aux moyens d'études, dont peuvent disposer les élèves, même insouciance, même dénûment. Le musée d'anatomie renferme des pièces d'une certaine valeur, qui pourraient être très-utiles aux étudiants, soit pour préparer leurs examens, soit pour s'instruire, cependant on se garde bien de les livrer à leurs regards. En fait d'ostéologie, il n'est pas un seul squelette qui leur soit confié.

Quant à la bibliothèque, si elle renferme un certain nombre d'ouvrages, elle est loin de posséder les ouvrages nécessaires. Veut-on faire des recherches sérieuses, impossibilité complète ; veut-on se tenir au courant de la science, impossible de trouver un seul journal. Croyez bien, que ce n'est pas une réclame pour le *Progrès*, qui du reste n'en a nul besoin ; mais on demanderait en vain soit l'*Union médicale*, la *Gazette Hebdomadaire*, etc., etc.

Pour ce qui a trait à l'enseignement clinique, même insuffisance, car tout se borne à la visite faite par le chef de service, ou à la leçon clinique faite à l'amphithéâtre. Les autopsies sont très-rares ; encore si elles étaient faites en conscience ? Non, la science a beau faire des progrès, les mêmes errements persistent. On est en présence d'un cas de sclérose de la moelle, vous croirez qu'on va mettre la pièce de côté, la faire durcir, et l'examiner plus tard au microscope ? Détrompez-vous, « *le microscope n'a jamais guéri un malade, et son usage ne s'explique guère que dans les cabinets ou les laboratoires des savants.* » Aussi, a-t-on des microscopes, mais sont-ils soigneusement enfermés dans leurs boîtes, et pour cause. Si l'on a à examiner une tumeur, on l'envoie à l'Ecole vétérinaire, car à l'Ecole vétérinaire on fait du microscope. Après cela, parlerai-je des cliniques complémentaires, pour les maladies des yeux, du larynx, non, car il est inutile d'insister.

Mais, dira-t-on, à qui incombe la faute de cette insuffisance ? En parlant de l'Ecole de Toulouse, je n'ai pas eu l'intention de faire son procès ; j'ai pris pour exemple l'Ecole de Toulouse, comme il m'eût été loisible de prendre n'importe quelle autre école. Aussi, mes récriminations ne sauraient viser ni directeur, ni professeurs, chacun ici fait son devoir, et toute la responsabilité doit incomber aux personnes qui régissent l'enseignement supérieur. Ces Messieurs font des lois, émettent des décrets, mais tous ces actes tombent à faux, car, en vérité, on ne saurait demander à des savants qui habitent les régions éthérées, de regarder un peu à leurs pieds, et de se rendre un compte exact des hommes et des choses qui tombent sous leur juridiction.

L. C.

P. S. Quoique l'étude du droit soit distincte de celle de la médecine, je dois vous annoncer l'ouverture de l'Institut catholique de Toulouse, qui se résume dans une Faculté libre de droit. Les professeurs nommés sont la plupart de jeunes docteurs, deux pères jésuites, deux abbés, et l'ancien procureur de la République à Foix, qui fut révoqué pour avoir fait fermer les cafés et autres établissements de ce genre pendant les offices. C'est vous dire que l'esprit de tolérance ne dominera guère dans l'enseignement de ces Messieurs. Quant à la Faculté catholique de médecine, elle est ajournée à l'année prochaine, la souscription n'ayant atteint que 2,100,000 francs.

École de médecine de Bordeaux.

Bordeaux, ce 30 octobre 1877.

Mon cher Rédacteur,

Voici un aperçu de la situation actuelle à l'Ecole de médecine de Bordeaux.

Le traitement alloué aux professeurs est augmenté de 1,000 fr. Quant au personnel, rien n'est changé. Toujours douze professeurs titulaires, quatre suppléants et pas un seul chef de clinique. Les chaires d'anatomie et de physiologie, celles de thérapeutique, de chimie et de pharmacie, n'ont pas de suppléants. Les concours parmi nous se réduisent actuellement à ceux du prosectorat et de l'adjurat d'anatomie. Avec cette réserve de bon augure (il faut l'avouer), que les emplois finiront de plein droit, si, comme nous l'espérons, la Faculté est inaugurée en novembre 1878.

Il était pourtant bien simple d'adopter le projet émis par une bouche très autorisée, de faire fonctionner l'Ecole actuelle, comme Faculté, en attendant que les nouveaux plans fussent exécutés. S'il en eût été ainsi, les élèves, victimes forcées de cette situation critique, ne se verraient pas dans la nécessité de quitter notre ville à la fin de leur quatrième année ou plutôt à la fin de leur troisième.

Il y a cependant un symptôme favorable : l'évacuation de l'Hospice des Incurables, de la Maternité et de l'Ecole d'accouchements. Ce local est destiné à l'édification de la nouvelle Faculté. Hier, 29 octobre, a eu lieu sur le domaine de Canolle-Pelegrin l'installation des malades appartenant aux hospices que je viens de citer. La Maternité et l'Ecole d'accouchements ont été transférées dans leur local définitif. Les Incurables dans les bâtiments des Enfants trouvés. Restent deux bâtiments inachevés, où seront logés les vieillards, pour avoir accompli le grand projet de l'Hospice général. Malheureusement, l'administration des hospices n'ayant pu trouver un acquéreur pour les autres hospices intra-muros, il résulte qu'elle est obligée de faire seulement vitrer et construire les escaliers de façon à permettre la surveillance. La vente de ces deux derniers établissements permettra leur achèvement extra-muros, et il faut le dire la somme à enfouir est encore assez ronde, puisqu'elle atteint le chiffre de 3,000,000. La ville est libre, si elle le veut, de faire commencer les travaux de la Faculté.

Ce bouleversement dans les hospices a entraîné la création d'une place nouvelle de chef interne résidant à l'hospice de Pelegrin. A défaut d'affiche officielle, je vous envoie les conditions du programme de ce concours annoncé dans les journaux de notre ville.

En outre, dorénavant, un premier interne résidera à l'hospice des Enfants trouvés. Cette place est réservée à l'interne de deuxième année, ayant obtenu la place de second au concours du premier internat.

Les concours des hôpitaux viennent de se terminer. Voici les résultats définitifs du premier internat et de l'internat : Ceux de l'adjonction ne sont pas entiers, car on ne sait encore le nombre de candidats que l'on prendra. Je vous donne cependant les noms des six premiers, sûr d'avance qu'on poussera beaucoup plus loin.

Premier internat : MM. Hirigoyen, attaché à Saint-André, Grégory, attaché aux Enfants trouvés. — *Internat :* MM. Lacouche, Bouret, Bompar, Jage, Dumagny.

Adjonction : MM. Lapervenche, Lacroix, Busquet, Courtin, Abadie, Morice.

Agréez, mon cher rédacteur, etc.

Enseignement de la médecine dans les facultés étrangères.

Nous pensons intéresser les lecteurs du *Progrès Médical*, en publiant quelques documents sur l'enseignement de la médecine à l'étranger, dans ce numéro même, consacré à l'enseignement médical à Paris. On pourra ainsi comparer facilement les ressources dont l'étudiant peut disposer dans les grands centres intellectuels de l'Europe.

A. Ecoles anglaises.

Chaque étudiant doit être inscrit dans les bureaux du conseil général de médecine, après avoir fait preuve d'une éducation générale suffisante, soit par l'obtention d'un des diplômes d'une des grandes Universités du royaume, soit en ayant passé un examen préliminaire roulant sur un programme publié par le conseil de médecine. L'étudiant peut alors commencer à s'occuper de médecine de plusieurs façons : 1° il peut, pendant un an, suivre les cours et les cliniques d'un hôpital de province ; 2° il peut être, pendant un an, l'élève particulier d'un chirurgien, à la condition que ce maître ait une position officielle reconnue par le conseil médical;

3° il peut entrer de suite dans une école de médecine légalement reconnue.

Le minimum du temps que l'on doit consacrer aux études médicales est de quarante-cinq mois; ce temps court à partir du jour où l'étudiant a été inscrit près le conseil médical, et deux ans et demi au moins ont dû être passés dans une école de médecine. On n'obtient le premier degré ou *licence*, qu'après avoir subi deux examens au moins; le premier porte sur les connaissances théoriques, et le second sur la pratique des sciences médicales. Pour ce qui est des études mêmes, nous en empruntons l'ordre au programme du Guy's Hospital :

Pendant la première session d'hiver, l'étudiant s'occupera surtout d'anatomie, de physiologie, de chimie; pourra visiter quelques-uns des malades externes et se familiarisera ainsi avec les maladies et les blessures les plus communes. Dans la première session d'été, l'étudiant s'occupera surtout de chimie pratique, de matière médicale, de botanique, d'anatomie comparée. Les cours de la seconde année porteront à peu près sur les mêmes matières, qui forment le programme du premier examen près le collège des chirurgiens. Pendant ce temps, l'élève pourra obtenir quelques-uns des bas grades dans l'hôpital.

Aussitôt après avoir passé le premier examen, l'élève entrera à l'hôpital même où il recevra l'instruction clinique et s'occupera des autopsies. C'est alors que l'étudiant devra passer par tous les grades médicaux et chirurgicaux, sans lesquels l'école ne lui délivrera pas de diplôme.

Il doit avoir été panseur, aide-chirurgien, aide de médecine. Pendant la troisième année, l'élève peut être successivement aide de chirurgie et de médecine pour le dehors, aide d'autopsies, aide d'accouchements et panseur pour les dents. Pour que l'éducation médicale fût parfaite, il serait à désirer qu'il eût obtenu un ou tous les grades plus élevés, d'assistant de médecine ou de chirurgie, et d'accoucheur résident.

Nous pourrions citer d'autres programmes variant un peu les uns des autres; dans tous, on trouve cette tendance à faire passer l'étudiant en médecine par toutes les cliniques de l'hôpital successivement. Il y a là une différence sensible entre l'enseignement donné en Angleterre et celui de Paris, où le stage peut se faire dans le même service pendant un temps indéfini; l'organisation des cliniques anglaises se rapproche de celle de l'école du Val-de-Grâce, dont les élèves changent de service tous les trois mois.

Les principales écoles de Londres, sont : Saint-Bartholemew's, Charring Cross, Saint-George's, Guy's, London, Saint-Mary's, Middlesex, Saint-Thomas's, Wesminster Hospitals et les Facultés de King's et University Colleges. Il existe aussi une école de médecine pour les femmes. En Ecosse et en Irlande, on compte beaucoup d'écoles secondaires attachées aux principaux hôpitaux, il nous suffira de citer celles d'Aberdeen, de Glascow, d'Edimbourg, de Dublin (Trinity College).

Le nombre des étudiants, moins considérable qu'en France, est réparti entre beaucoup d'écoles, mais aucune de celles-ci n'est gratuite, le prix des cours est même assez élevé et peut aller dans quelques écoles jusqu'à 2,000 fr, par an; par contre, de nombreuses bourses sont données au concours, et les élèves *assistants* sont payés à un prix relativement élevé, c'est ainsi qu'au *Guy's Hospital*, à *Saint-Mary's*, il y a des positions de 2,500 fr. et que les house-surgeons (analogues aux internes de Paris) touchent 1,800 fr. par an.

Toutes ces fonctions ne sont valables que pour six mois ou un an, ce qui permet à tous les élèves un peu laborieux d'avoir, au cours de leurs années d'étude, au moins pendant six mois, les avantages de l'internat. Nombre d'hôpitaux spéciaux existent qui permettent aux élèves d'étudier à fond une branche de l'art médical.

Le grade de licencié en médecine permet d'exercer, après validation par le conseil de santé, et ce n'est que dans un but scientifique que l'on acquiert le titre de docteur. Quelques écoles donnent encore le double diplôme de médecin et de chirurgien, ou un de ces diplômes isolé, c'était aussi une des vieilles pratiques de l'Ecole de Paris, aujourd'hui inusitée parmi nous, le diplôme de docteur en médecine autorisant l'exercice de la chirurgie.

B. Ecoles allemandes.

L'empire allemand possède vingt Universités qui confèrent les grades en médecine, ce sont celles de Berlin, Bonn, Breslau, Erlangen, Fribourg en Brisgau, Giessen, Göttingen, Greifswald, Halle, Heidelberg, Iéna, Kiel, Könisgberg, Leipzig, Marburg, Munich, Rostock, Strasbourg, Tübingen et Würtzbourg. Les professeurs sont divisés en ordinaires et extraordinaires, et assistés de *Privat-docenten*, analogues à nos professeurs libres, mais reconnus par l'Etat sans être rémunérés par lui.

Dans ces Facultés, le futur étudiant en médecine doit satisfaire aux examens de sortie des gymnases, puis il obtient le titre de docteur après un temps d'études variable, ce titre ne permet la pratique de la médecine qu'après que le candidat a satisfait au *staat-examen*.

Un médecin étranger peut être reçu docteur de la Faculté de Berlin après avoir fait preuve de quatre années d'études à l'étranger, satisfait à un examen général sur les sciences médicales et soutenu une thèse imprimée à ses frais : les examens se passent en allemand ou en latin, leur coût total est de 525 fr. Cette Faculté est surtout intéressante par l'enseignement de Virchow, elle a compté, en 1877, 281 élèves; à Bonn, il n'y a que 120 élèves; à Breslau, que 177, etc. A Leipzig, Munich, Tübingen, on en compte environ 400; à Rostock, il n'y a que 34 élèves pour 11 professeurs! Il y a en tout (1876-77) 3,605 étudiants en médecine, ce qui fait une moyenne de 180 par Université.

C. Ecoles autrichiennes.

Les aspirants au titre de docteur en médecine doivent subir, en Autriche, trois examens. Avant le premier examen, le candidat doit prouver : *a*) qu'il a une instruction générale suffisante; *b*) qu'il a disséqué pendant deux sessions et qu'il a suivi les cours de la Faculté pendant quatre sessions; *c*) qu'il a subi, devant une Université, un examen de botanique, zoologie, minéralogie. Avant le deuxième examen, il faut : avoir étudié cinq ans la médecine, suivi pendant quatre sessions les cliniques de médecine et de chirurgie, et pendant une session au moins, celles d'ophthalmologie et d'accouchements; les trois examens reviennent à près de 700 fr. Il n'y a que cinq Universités, celles de Vienne, Cracovie, Gratz, Inspruck et Prague.

L'Université de Vienne compte 56 professeurs et 70 professeurs libres pour 755 élèves; il y a un peu moins d'élèves dans les autres Facultés, ce qui porte à environ 2,000 le nombre des étudiants autrichiens.

D. Ecoles suisses.

Il y a quatre Universités en Suisse, celles de Bâle, Berne, Genève et Zurich. Les deux premières sont peu importantes; l'organisation toute récente de celle de Genève est déjà connue de nos lecteurs (*Progrès médical*, 1876, p. 259, 304, etc.); nous rappellerons que la durée des études médicales y est de six ans, et qu'on obtient successivement les grades de bachelier et de docteur en médecine après des examens plus étendus, mais comparables à ceux du doctorat de Paris. A Zurich, la thèse est le prétexte d'une cérémonie; elle est, comme à Paris, laissée au choix du candidat.

L'organisation du corps professoral suisse ressemble à celle des Universités allemandes, mais le genre des études et celui des examens les rapprochent des Facultés françaises. Les examens s'y passent en français ou en allemand.

E. Ecoles belges.

D'après les statuts de l'Université de Bruxelles, les médecins étrangers peuvent obtenir le grade de docteur en médecine en Belgique. On n'exige pas de ces praticiens l'assiduité au cours, mais ils doivent venir en personne se faire inscrire et passent ensuite trois examens portant sur l'ensemble des connaissances médicales et plusieurs épreuves cliniques. Les examens se passent en français, peuvent se succéder dans le cours de la même semaine et reviennent à 540 fr. tous frais compris; il n'y a pas de thèse imprimée. Le titre de docteur ainsi acquis ne confère pas le droit d'exercer en Belgique.

F. Ecoles italiennes.

Plusieurs Universités d'Italie différaient dans leurs statuts, le nombre des examens variait beaucoup pour acquérir les mêmes droits; récemment, un décret a réglé des conditions uniformes pour toute l'Italie. La durée des études est de six ans au moins; après ce temps, on a la licence complète, qui permet d'exercer sur toute l'étendue du territoire. Le programme des cours obligatoires comprend, en outre de ceux de la Faculté de Paris, des manipulations physiques, chimiques, pharmaceutiques, des épreuves pratiques d'ophthalmologie, de dermatologie, et l'examen d'un aliéné si c'est possible.

On tient à ce que chaque élève fasse preuve d'au moins 18 heures de cours par semaine. L'examen qui donne le droit de *laureate* et la licence plénière, comprend jusqu'à une autopsie à propos de laquelle le professeur de médecine légale fait passer un examen complet. Nous regrettons de ne pouvoir donner *in-extenso* le programme auquel est astreint l'étudiant en médecine, on y trouverait un grand nombre de rapprochements intéressants entre l'organisation de ces Universités et celle de nos Facultés des sciences ou des lettres : même obligation de passer par trois stages avant d'arriver au doctorat, cours obligatoires, exercices pratiques entrant pour une large part dans l'obtention du diplôme; il n'y a pas de thèse imprimée à soutenir (1).

Les documents complets nous faisant défaut sur les autres universités de l'Europe, nous devons borner ici notre étude, renvoyant le lecteur aux programmes publiés par les journaux étrangers. Henry de BOYER.

HYGIÈNE PROFESSIONELLE.

Au moment où tant de jeunes gens quittent leur familles, pour venir faire leurs études à Paris et changent pour ainsi dire entièrement de manière de vivre, avant que leur développement physique ne soit achevé, il n'est pas inutile de leur rappeler les dangers auxquels leur santé est exposée et de leur donner, à ce propos, quelques conseils.

Il faut que l'étudiant s'acclimate à cette existence nouvelle, dans ce milieu des grandes villes chargé de substances organiques en voie de décomposition, dans ces chambres généralement si peu spacieuses, si peu aérées, alors, surtout, que son alimentation n'est pas suffisamment réparatrice et qu'il est presque fatalement condamné à l'usage des boissons frelatées. La vie dans les laboratoires, les salles de dissection ou d'hôpital, en mettant l'étudiant en médecine dans des conditions toutes particulières de réceptivité morbide, nécessite surtout le respect minutieux des prescriptions hygiéniques.

(1) Résumé d'après *The London medical Record*, du Dr Hart.

Nous ne parlerons pas ici de la *nostalgie*, dont on a tracé un si noir tableau, et qui, pour certains auteurs tels qu'Haspel, serait la source de tant de maladies. Si l'isolement dans lequel l'étudiant vit au début de son séjour à Paris n'est pas sans inconvénient, si la dépression morale qu'il engendre n'est pas sans influence sur les fonctions animales et végétatives, on ne saurait d'autre part oublier combien de distractions offre la capitale au nouveau venu, combien chemins de fer et télégraphe ont diminué les distances et facilité les communications.

Mais rien n'est à négliger en ce qui concerne les conditions physiques pour ainsi dire de la vie. Que l'étudiant choisisse un logement clair, élevé, spacieux, exposé de préférence au midi ou au levant, donnant sur des rues larges ou des cours spacieuses : que sa nourriture soit saine, réparatrice, aussi voisine que possible de celle à laquelle il est habitué.

Quelques conseils encore pour ceux qui fréquentent les hôpitaux et les amphithéâtres : prendre quelque nourriture avant la visite du matin à l'hôpital pour éviter l'action nocive des miasmes rapidement absorbés par un estomac en état de vacuité : changer de vêtement à la sortie des salles de dissection : dans les premiers temps surtout, éviter un séjour trop prolongé dans ces locaux chargés d'émanations dangereuses, consacrer une grande partie de la journée aux exercices physiques et à cette vie en plein air de la province, plus nécessaires que jamais dans l'adolescence. Parmi les précautions à prendre, nous insisterons encore sur la *revaccination*.

A ceux qui taxeraient ces quelques conseils de banalité, nous rappellerons l'exemple de leurs anciens atteints, au moment d'un examen ou au milieu d'un concours, d'une de ces graves maladies, conséquence d'un acclimatement imparfait, d'une méconnaissance ou d'un dédain injustifié des prescriptions hygiéniques.

BIBLIOGRAPHIE.

Du Diabète phosphatique. — Recherches sur l'élimination des phosphates par les urines. — Conditions physiologiques modifiant l'élimination des phosphates. — Influence du régime alimentaire. — Variations pathologiques; par le Dr L.-J. Teissier, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Librairie J.-B. Baillière.

Le titre du travail inaugural de M. Teissier en indique l'importance. Depuis bien des années déjà, la question de l'élimination des phosphates préoccupent les cliniciens. On rencontre, en effet, de temps à autre, des malades qui présentent l'ensemble symptomatique du diabète sucré ; la polyurie, la polydipsie, les névralgies, les douleurs rhumatoïdes, l'amaigrissement, les troubles de la vue, les éruptions furonculaires, la tuberculose, les accidents du côté des yeux, etc., mais les urines, franchement acides, ne contiennent pas trace de glycose ; elles renferment seulement une grande quantité de *sels phosphatés*. Cette élimination des phosphates est un phénomène constant, et quoiqu'en pareille circonstance, l'urée soit aussi éliminée en excès, le rôle prépondérant, dans l'espèce, doit être, ainsi que le fait remarquer M. le Dr Teissier, attribué à la déperdition des phosphates ; d'où le nom de *diabète phosphatique*, proposé de nouveau par l'auteur.

M. le professeur Teissier, de Lyon, avait déjà publié quelques cas analogues. En Angleterre, Dicklinson, Bird, avaient également signalé le phénomène, mais sans s'y arrêter longuement, sans en saisir surtout toute l'importance ; les autres auteurs ne se sont guère préoccupés que de l'élimination des phosphates dans le diabète sucré.

M. le Dr Teissier a repris la question dans son ensemble ; il l'a examinée sous toutes ses faces, et son œuvre, à la fois clinique et physiologique, marque un véritable progrès ; certaines des questions relatives à la polyurie sont surtout éclairées d'un nouveau jour. Le travail de l'auteur comprend deux parties. La première est l'étude clinique du diabète phosphatique ; les différentes formes de cette affection ; sa description générale ; sa symptomatologie ; sa parthogenèse ; son étiologie ainsi que l'anatomie pathologique, le diagnostic, le pronostic, le traitement, sont successivement passés en revue ; enfin, les questions relatives au rôle de la phosphaturie dans la production de la cataracte ; l'influence de la phosphaturie diabétique sur les suites de l'opération de la cataracte, sur la consolidation des fractures, sont également traitées tout au long ; elles sont, d'ailleurs, appuyées sur un grand nombre d'observations et sur l'expérimentation.

M. Teissier a été conduit, par l'étude clinique, à admettre plusieurs séries de faits. Dans la première série sont rangés les cas de polyurie phosphatique avec troubles fonctionnels du système nerveux, troubles très-accusés. Dans la seconde se trouvent les cas accompagnés ou terminés par des lésions pulmonaires. La troisième comprend les phosphaturies diabétiques marchant de pair, ou alternant avec la glycosurie.

La quatrième est la description de faits variés dans lesquel, il n'existe ni phénomène prédominants de nervosisme, ni lésions pulmonaires, ni alternance, ni coexistence avec la polyurie ; ces cas sont surtout caractérisés par la similitude de leur marche avec le diabète sucré ; ils en diffèrent essentiellement en ce que jamais on n'a constaté la présence du glycose dans l'urine.

Les faits de la première catégorie, ainsi que les auteurs l'avaient déjà fait remarquer, sont de véritables névroses, caractérisées par de la polyurie et une élimination exagérée des principes phosphatés. Tous les autres cas sont bien le véritable diabète phosphatique ; car, outre les symptômes du diabète, il existe des altérations constitutionnelles et fatalement l'affection a une marche consomptive.

Dans la seconde partie de son travail, M. Teissier étudie successivement : 1° la quantité normale d'acide phosphorique éliminée par les urines ; son dosage ; ses variations ; 2° les variations de l'acide phosphorique éliminé par les urines, dans quelques états pathologiques. L'auteur conclut de ses recherches :

1° Les phosphates abondent dans les urines des phthisiques au début de la maladie ; ils diminuent à mesure que l'on arrive à la période de la cachexie tuberculeuse.

2° Ils diminuent dans la chlorose vraie ; cette différence peut être d'une grande utilité pour le diagnostic et le traitement. — 3° Ils augmentent dans les maladies du cerveau et de la moelle : cette notion peut être d'un sérieux secours pour soupçonner et reconnaître une maladie de la moelle, alors qu'elle s'annonce seulement par des névralgies rebelles.

4° Ils augmentent dans le rhumatisme chronique. — 5° Ils diminuent généralement dans le cours des maladies aiguës fébriles. — 6° Ils n'augmentent pas, malgré une alimentation plus abondante, dans le cours de la convalescence ; on les trouve plutôt diminués.

De nombreux tableaux d'analyses terminent l'important travail dont nous venons de rendre compte ; il fait grand honneur à son auteur et à l'École clinique de Lyon.

Dr F. Raymond.

Catalogue et atlas du Musée Dupuytren, publié par M. Houel, conservateur des collections, agrégé libre de la Faculté, etc., tome II. Paul Dupont et G. Masson, éditeurs, 1877.

Le tome II de cette publication, dont l'importance et l'utilité sont justement appréciées par les travailleurs, est comme le premier volume, consacré aux altérations des os. Le premier chapitre renferme la description des altérations des os causées par les tumeurs, les collections liquides, les productions organiques développées dans leur voisinage, dans les cavités qu'ils forment ou dans l'épaisseur même de leur tissu. Le chapitre suivant comprend les pièces ressortissant aux nécroses : nécroses des os de la tête, nécroses des os des membres. Aux nécroses font suite les exostoses et les hyperostoses toujours classées dans le même ordre : exostoses de la tête, exostoses des membres. Après, viennent les kystes, les cancers, les sarcomes, les enchondromes, puis les déformations des os, les déformations du bassin, le rachitisme, les déviations de la colonne vertébrale, enfin, les malformations des extrémités, pieds bots et mains bots.

Ce volume qui contient plus de trois cents articles ne le cède en rien, par le nombre et l'intérêt des pièces, à l'importance du tome premier, dont nous annoncions récemment la publication (1). L'Atlas donne, d'après un procédé d'impression photographique, en dix-neuf planches, la reproduction de trente-sept des pièces les plus importantes et qui peuvent être considérées comme des types des principales altérations des os.

La rapidité avec laquelle paraît ce tome II nous fait espérer que les volumes III et IV vont suivre, sans retard, leurs aînés et que nous verrons, avant qu'il soit longtemps, se terminer l'œuvre considérable à laquelle M. Houel consacre si généreusement ses efforts.

L. Landouzy.

Manuel de thérapeutique, par M. le dr Armand B. Paulier, ancien interne des hôpitaux. — Octave Doin, éditeur à Paris.

Nous signalons à l'attention de nos lecteurs le nouveau Manuel qui vient compléter la collection des livres classiques. Comme le fait avec raison re-

(1) Voir le n° 26, 30 juin 1877.

marquer l'auteur, les gros traités sur la thérapeutique ne manquent pas; il n'y a pas de manuel proprement dit. Il a voulu combler cette lacune. Son travail est un résumé consciencieux, clair, méthodique et complet des nombreux et volumineux ouvrages classiques ou autres, publiés sur la thérapeutique et la matière médicale. Il contient, en outre, d'après les recherches les plus récentes, quelques chapitres entièrement nouveaux sur *les anesthésiques en général*, *le sulfure de carbone*, *le nitrite d'amyle*, *l'acide salicylique*, *l'eucalyptus globulus* et *le jaborandi*. M. Armand B. Paulier a eu enfin l'heureuse idée d'ajouter aux ouvrages de thérapeutique ordinaire, un article spécial avec tableaux récapitulatifs sur les *eaux minérales*; — un résumé du traitement des *empoisonnements aigus*, — et quelques pages, d'après Rilliet et Barthez, West, H. Roger et Jules Simon, sur les substances les plus journellement employées dans la *Médication des enfants*.

Le principal reproche qu'on puisse adresser à cet ouvrage, c'est l'absence d'une classification; l'auteur y répond d'avance en montrant l'impossibilité de présenter actuellement un classement rationnel des médicaments. Il offre en échange à ceux qui tiennent absolument à une classification celles de Gubler, de Bouchardat, de Trousseau et Pidoux et de Germain Sée.

En résumé nous croyons que ce nouveau manuel pourra être consulté avec fruit, non-seulement par les étudiants sur le point de passer leur quatrième examen de doctorat, mais par les jeunes praticiens souvent fort embarrassés au début de leur carrière médicale dans le choix ou l'emploi de telle ou telle substance médicamenteuse.

VARIA

Protestation des agrégés de l'Ecole de Médecine.

La protestation suivante a été remise aujourd'hui à M. le doyen de la Faculté de médecine et sera directement envoyée à M. le Ministre de l'Instruction publique :

Les agrégés de la Faculté de Médecine de Paris, après délibération à l'unanimité des membres présents à la réunion : Considérant que les agrégés sont nommés au concours pour prendre part à l'enseignement officiel de la Faculté et aux examens; — qu'il est indispensable pour l'avenir de la Faculté de ne causer aucun préjudice à l'institution de l'Agrégation, le concours pour le professorat étant supprimé depuis l'année 1852 ; — que les dispositions ci-dessous visées lèsent les droits acquis par le concours de l'agrégation rendent illusoires les futurs concours et abaissent fatalement leur niveau.

Considérant, de plus, que les cours complémentaires ont été faits jusqu'ici par des agrégés désignés par la Faculté ; que les cours complémentaires ceux déjà institués et qu'il serait nécessaire de créer peuvent être confiés aux agrégés qui ne sont déjà que trop rarement utilisés pour l'enseignement ; que l'incompétence des agrégés libres ou en exercice à l'égard de certains cours reste encore à démontrer :

Protestent : 1° contre les dispositions du décret du 20 août 1877 qui permettent à des médecins et chirurgiens étrangers au corps des agrégés de prendre part à l'enseignement officiel de la Faculté et de participer à ses examens; 2° contre l'arrêté ministériel du 11 octobre 1877, qui charge de cours complémentaires trois médecins des hôpitaux non agrégés. Ont signé :

Agrégés en exercice : Delens, Monod, Terrier, Pozzi, Charpentier, de Lanessan, Duguet, Lancereaux, Legroux, Blum, Bourgoin, Duval, Berger, Bouchard, Marchand, Grancher, Fernet, Gay, Hayem, Bergeron, Farabeuf.

Agrégés libres : Grimaux, Laboulbène, Proust, Brouardel, Gariel, Cruveilhier, Panas, Fournier, Gautier, Després, Ledentu, Duplay, Nicaise, Blachez, Bouchut, Ollivier, Raynaud, Tillaux, Damaschino, Houel, Marc Sée, Constantin Paul, Lannelongue, Guéniot, Lécorché.

Exposition des œuvres du corps universitaire.

Le Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, a adressé aux recteurs la circulation suivante :

Paris, le 8 septembre.

Monsieur le Recteur,

L'Exposition universelle de 1878, qui doit montrer autant que possible les diverses branches du travail français, serait incomplète si elle ne réservait pas une place aux œuvres du corps universitaire. Sans doute, on ne peut pas donner, par la simple vue, au monde savant et encore moins au public ordinaire, une idée exacte de ce que renferment de nouveau, d'élevé ou d'utile de pareils travaux. Par leur nature même, les ouvrages de l'esprit, qui sont tout à la fois l'honneur d'une nation et la source supérieure des découvertes pratiques, échappent à l'appréciation des yeux. C'est pourquoi il a paru impossible, jusqu'ici, de faire figurer dans une exposition les travaux du corps universitaire, qui, par l'enseignement qu'il donne et par les études qu'il publie, représente cependant une des plus nobles expressions de l'activité nationale. A mon tour, je dois renoncer à l'espérance de montrer à tous la valeur de certaines recherches, le progrès intellectuel qui se manifeste dans telle ou telle méthode, les mérites de pensée et de style d'une thèse originale, en un mot l'importance même des ouvrages dont je parle. Mais je crois que nous pouvons en montrer le nombre, la variété et la suite. L'Exposition qui s'ouvre nous offre une occasion naturelle de le faire ; je vais plus loin : elle nous rappelle, comme un devoir, que nous avons à chercher tous les moyens possibles de montrer sous ces deux phases le labeur de notre pays, qui se compose toujours des efforts alternatifs de la pensée spéculative et de la réalisation pratique. Il ne faut pas que les regrets que nous éprouvons en présence des difficultés, de l'impossibilité d'exposer d'une manière complète et véritablement satisfaisante les produits de l'esprit, deviennent des fins de non-recevoir. Voici comment on peut, Monsieur le Recteur, non-seulement donner une vue générale des travaux du corps enseignant, mais même en faire saisir le caractère et l'objet.

I. J'ai décidé qu'il sera formé dans le Palais de l'Industrie une vaste bibliothèque composée exclusivement des ouvrages de toute nature qui ont été publiés par nos professeurs de 1867 à 1878. Cette bibliothèque devra comprendre depuis la plus modeste brochure jusqu'à l'ouvrage le plus étendu, depuis la grammaire ou le traité d'arithmétique le plus élémentaire d'un instituteur jusqu'aux œuvres les plus élevées de nos professeurs du haut enseignement ou des membres de l'Institut. A côté des recherches de nos historiens, de nos mathématiciens ou de nos chimistes, on y trouvera les œuvres littéraires et poétiques de pure imagination.

II. Un catalogue méthodique sera rédigé avec le plus grand soin et mis à la disposition du public. Ce catalogue ne sera pas seulement un guide nécessaire à celui qui voudra se diriger dans cette vaste collection : ce sera aussi une œuvre de bibliographie spéciale, un résumé des travaux du corps enseignant, une vue d'ensemble. J'insiste sur ce mot, car c'est l'ensemble de ces œuvres que je connais et que je veux faire connaître. Quant aux ouvrages que les lettres, les spécialistes voudraient particulièrement étudier, ils seront mis tous les jours à leur disposition pendant la matinée. Tel sera notre double travail. Le vôtre, Monsieur le Recteur, qui doit être immédiat et très-actif, sera de prescrire la réunion des œuvres dont je parle. Vous porterez mon projet à la connaissance de vos administrés et vous les inviterez à vous envoyer toutes les publications qu'ils ont fait paraître depuis 1867. Un exemplaire de ces publications sera suffisant ; mais chaque ouvrage ou chaque brochure devra être accompagné d'un bulletin détaché, portant les indications suivantes :

1° Titre exact de l'ouvrage ; 2° format ; 3° nom de l'éditeur ; 4° millésime; 5° nom de l'auteur ; 6° son grade lors de la publication de la première édition ; 7° son grade lors de la dernière édition ; 8° est-il disposé à donner son ouvrage à l'Université. C'est, il n'est pas besoin de le dire, une seule édition et la dernière qui doit être envoyée. J'ajouterai que je désire recevoir les volumes brochés. Mon ministère se chargera de la reliure, qui sera uniforme et sur laquelle il est essentiel de mettre des indications semblables placées dans le même ordre.

Il est évident, et les auteurs le comprendront les premiers, que l'Etat agissant ici dans leur intérêt et dans l'intérêt de l'Université, nous ne pouvons nous astreindre à renvoyer tous les ouvrages qui nous seront adressés. Tout au contraire, il est désirable que nous conservions dans un centre commun les livres qui figureront à l'Exposition, je me propose d'en former une sorte de bibliothèque de l'Université, et il serait important de rendre cette bibliothèque aussi complète que possible. Vous inviterez en conséquence les auteurs qui feraient don de leur ouvrage à le déclarer sur leur Bulletin (au n° 8).

Les volumes seront centralisés, dans chaque chef-lieu de département, par les inspecteurs d'Académie, et y demeureront jusqu'à ce que j'aie décidé dans quelles conditions ils devront m'être expédiés. Vous recevrez prochainement des instructions à ce sujet. Toutefois, vous laisserez les auteurs qui le préféreraient libres de faire apporter au ministère, par leur éditeur ou leur libraire, leurs ouvrages et les bulletins qui doivent les accompagner.

Le temps presse, Monsieur le Recteur, le travail préparatoire de l'Exposition doit être poursuivi sans relâche. Je compte sur votre zèle et j'y ferai de fréquents appels. Ma demande d'aujourd'hui réclame un soin particulier dans l'exécution. Il faut que chacun des membres du corps enseignant placé sous votre direction soit informé de mon désir, il faut en répandre aussi la connaissance dans votre académie en dehors de vos administrés, afin d'engager les professeurs mis à la retraite depuis 1867 et les familles de ceux qui sont morts dans ces dix dernières années à faire figurer à l'Exposition tous les travaux accomplis pendant les années d'activité. Les auteurs qui n'auraient de leurs ouvrages aucun exemplaire disponible, devront au moins envoyer un bulletin conforme au modèle donné plus haut.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très-distinguée. Le Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts,

Joseph Brunet.

NOUVELLES

Académie de médecine. — *Concours pour une place de stagiaire aux eaux minérales (Concours Vulfranc Gerdy)*. — Ce concours aura lieu au mois de novembre 1877 ; le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1878. Le concours comprend deux épreuves publiques : 1° Une épreuve écrite sur un sujet de physiologie ou de pathologie ; 2° une épreuve orale de 20 minutes après 20 minutes de réflexion sur la physique et la chimie appliquées aux questions hydrologiques. Sont admis au concours les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens de doctorat et qui ont rempli pendant deux ans au moins les fonctions d'internes titulaires, nommés au concours dans les hôpitaux des villes où existe soit une Faculté de médecine, soit une Ecole de plein exercice, soit une Ecole préparatoire.

Les deux mois de novembre et de décembre, pendant lesquels a lieu le

concours, sont admis en déduction des deux années d'internat exigées des candidats. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie pendant la dernière semaine d'octobre 1877, en déposant les pièces qui justifient des conditions exigées. La liste d'inscription sera close le 31 octobre à 4 heures de l'après-midi. Signé : Béclard.

N.-B. — Un exemplaire du règlement du concours Vulfranc Gerdy est déposé au secrétariat de chaque Faculté ou Ecole de médecine, pour être communiqué à MM. les candidats.

Hopital de la Charité. — *Clinque chirurgicale.* — M. le professeur Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, le lundi 5 novembre, à 8 heures et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Concours pour la place de chef interne, médecin résidant a l'hospice général de Pellegrin. — Ce concours sera ouvert le mardi 8 janvier 1878. Ne seront admis audit concours que les docteurs en médecine ou en chirurgie, non mariés ou veufs sans enfants. Les inscriptions seront reçues, jusqu'au samedi 22 décembre inclusivement, au secrétariat de l'Administration des Hospices, cours d'Albret, 91. En se faisant inscrire les candidats déposeront : Leur diplôme de docteur, délivré par l'une des Facultés de médecine de France ; leur acte de naissance et un certificat du maire de la commune de leur résidence, constatant qu'ils sont célibataires ou veufs sans enfants ; un certificat de bonne conduite et de moralité, délivré par le même fonctionnaire ; un engagement écrit de se conformer au règlement du service de santé, aux décisions et délibérations ultérieures de la Commission administrative des Hospices, ainsi qu'aux mesures de discipline prévues par le règlement. L'admission au concours est subordonnée à la décision de la commission. Le jury d'examen sera composé de sept juges, savoir : Le président de la réunion médico-chirurgicale de l'hôpital Saint-André et six autres membres de cette réunion, dont trois médecins et trois chirurgiens.

Le programme du concours comprend quatre épreuves : 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie chirurgicale ; 2° L'examen clinique de deux malades atteints d'affections internes, avec dissertation sur ces cas ; 3° L'examen analogue de deux cas de maladies externes ; 4° Une épreuve opératoire ayant pour objet : 1° Une opération chirurgicale précédée des considérations anatomiques et pathologiques qui s'y rapportent ; 2° Une opération obstétricale avec démonstration. Le temps accordé à chaque candidat pour la première épreuve, est de quatre heures, et d'une heure pour chacune des trois suivantes.

Le chef interne nommé sera nourri, logé, chauffé et éclairé ; il recevra un traitement annuel de 600 fr. et une indemnité de déplacement fixée à 100 fr. par an. La durée de son service est de quatre ans, dont deux seront passés à Pellegrin et deux à l'hôpital Saint-André. Si, pendant la durée de son exercice, il se marie, cette circonstance équivaudra de plein droit à une démission, et il sera immédiatement pourvu à son remplacement.

Faculté de médecine de Nancy. — Le directeur des autopsies à la Faculté de médecine de Nancy prendra, à l'avenir, le titre de chef des travaux d'anatomie pathologique. — M. Garnier (Léon), né à Bar-le-Duc, le 9 février 1855, est nommé préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Engel, fils, démissionnaire. — Sont nommés aides de clinique à la même Faculté, en remplacement de MM. Guyot et Debel, démissionnaires, MM. Schmitt (Marie-Xavier-Joseph), né à Strasbourg, le 11 février 1855 ; Bugnot (Flavien-Henri), né à Neufchell (Moselle), le 26 novembre 1855.

Ecole de pharmacie de Nancy. — M. Haller, chargé des fonctions d'agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie, est autorisé à faire à ladite école un cours complémentaire de chimie analytique pendant l'année scolaire 1877-1878.

Ecole de pharmacie de Montpellier. — M. Collot, licencié ès-sciences naturelle, pharmacien de 1re classe, est chargé provisoirement, pendant l'année scolaire 1877-1878, des fonctions d'agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie.

Ecole de médecine de Clermont. — M. Bertrand, professeur de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine, est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1877-1878, par M. Huguet, suppléant à ladite école.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

En vente **aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL,**

De midi à cinq heures.

Bétous (I.). Etude sur le tabes spasmodique. In-8 de 48 pages. 1 fr. 50

Bourneville. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie. In-8 de 200 pages avec 5 fig. dans le texte de 3 planches. 4 fr.

Duplay. Conférences de clinique chirurgicale, faites aux hôpitaux de Saint-Louis et Saint-Antoine, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Pitres (A.). Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales. Paris, 1877. In-8 de 148 pages, avec deux planches chromo-lithographiques. Prix : 4 fr. Pour les abonnés du *Progrès Médical*, 2 fr. 75.

Raymond. Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques. In-8° de 140 pages avec figure dans le texte et 3 planches. 3 fr. 50. Pour les abonnés, 2 fr. 50

Reclus (P.). Du tubercule, du testicule et de l'orchite tuberculeuse. In-8 de 212 pages avec 5 planches en chromo-lithographie, 5 fr. Pour nos abonnés, 4 fr. franco.

Trélat (U.). Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital de la Charité, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

Barth et Roger. Traité pratique d'auscultation et de percussion. 9e éd. 1 vol. in-8, cart. 7 fr.

Béclard. Traité élémentaire de physiologie. 6e éd. 1 très-fort vol. gr. in-8 de 1,260 pag. avec 240 fig. intercalées dans le texte, cart. 16 fr.

Becquerel. Traité élémentaire d'hygiène privée et publique. 6e éd. 1 très-fort vol. gr. in-18, cart. à l'anglaise. 10 fr.

Béhier et Hardy. Traité élémentaire de pathologie interne. 5 vol. in-8. Les tomes I. II et III ont paru. Prix de chacun, 12 fr.

Le tome IV est sous presse.

Chevalier et Baudrimont. Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales, 5e éd. *sous presse* pour paraître en 1878.

Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus des ovaires et des trompes. 1 vol. gr. in-8, avec fig. intercal. dans le texte, cart. 19 fr.

Cruveilhier et Marc Sée. Traité d'anatomie descriptive. 5e éd. 2 vol. gr. in-8 avec près de 1,300 fig. tirées en noir et en couleur, et intercalées dans le texte. 45 fr. br. et 48 fr. cart. à l'anglaise.

L'ouvrage a été publié en 7 parties qui se vendent chacune séparément.

Desmares. Leçons cliniques sur la chirurgie occulaire. 1 vol. in-8 avec fig. cart. 8 fr.

Dorvault. L'officine ou répertoire général de pharmacie pratique. 9e éd. 1 très-fort vol. gr. in-8 de 1,601 pag. à 2 col. 18 fr. br., 20 fr. cart. et 21 fr. relié.

Fleury. Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie, 4e éd. 1 très-fort vol. gr. in-8 avec fig dans le texte. 17 fr.

Peter. Leçons de clinique médicale. Tome I. 2e éd. 1 fort vol. in-8, cartonné, 15 fr

Le tome II est sous presse.

Rodet et Baillet. Botanique agricole et médicale. 2e éd. 1 très-fort vol. in-8 avec de nombreuses fig., cart. 17 fr.

Rodet et Mussat. Cours de botanique élémentaire suivi d'un vocabulaire des mots techniques les plus généralement usités dans la description des plantes. 3e éd. 1 vol. gr. in-18 avec fig., cart. 7 fr. 50.

Tillaux. Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie. 1 très-fort vol. gr. in-8 de plus de 1,200 pages, avec 250 fig. tirées en noir et en couleur et intercalées dans le texte, cart. à l'anglaise. 25 fr.

Trousseau et Pidoux. Traité de thérapeutique et de matière médicale. 9e éd. considérablement augmentée avec la collaboration de M. Constantin Paul, agrégé de la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux. 2 très-forts vol. in-8 de chacun 1,150 pag. 28 fr.

Verrier. Guide du médecin praticien pour le diagnostic et le traitement des maladies utérines, suivi d'un appendice sur la stérilité. 1 fort. vol. in-18 avec 133 fig. intercalées dans le texte, cart. 7 fr.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIERE ET FILS

19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain, à Paris.

BIBLIOTHÈQUE DE L'ELEVE EN MEDECINE

COLLECTION D'OUVRAGES POUR LA PRÉPARATION
AUX EXAMENS DU GRADE DE DOCTEUR ET D'OFFICIER DE SANTÉ
AUX CONCOURS DE L'EXTERNAT ET DE L'INTERNAT.

Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent, 14e *édition*, par E. Littré et Ch. Robin. 1 beau vol. gr. in-8 de 1800 pages à 2 colonnes, avec 550 fig. 20 fr.

Amette. Code médical, 3e édition. 1 vol. in-18. 4 fr.

Langlebert. Guide de l'étudiant. 1 vol. in-18. 2 fr. 50.

Premier examen.

Anger. Anatomie chirurgicale. 1 vol. in-8 et atlas. 40 fr.

Beaunis. Physiologie. In-8 cart. 14 fr.

Beaunis et Bouchard. Anatomie descriptive et embryologie. 1 vol. in-8. 18 fr. — Anatomie et dissection. 1 vol. in-18. 4 fr. 50.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

5e ANNÉE. — N° 45. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 10 NOVEMBRE 1877

Le Progrès Médical

DERMATOLOGIE

De la lèpre anesthésique mutilante. — Deux observations avec réflexions ;

Par le Dr **THAON** (de Nice.)

Les discussions récentes sur la *sclérodermie*, à la Société médicale des hôpitaux et à la Société de biologie, donnent de l'intérêt à deux observations de *lèpre anesthésique mutilante* que nous reproduisons ici, en les accompagnant de quelques commentaires.

Entre la sclérodermie et la lèpre anesthésique la ressemblance est grande, si grande que nous avons laissé échapper un fait de lèpre anesthésique, le prenant pour un cas de sclérodermie vulgaire. Les médecins de Nice (1), généralement en éveil sur tout ce qui touche la lèpre, ont d'abord refusé de reconnaître au malade de notre observation 1, les caractères d'un lépreux; mais après un examen complet et la discussion qui suivit notre présentation, le doute ne fut possible pour aucun d'eux.

Cela prouve la rareté de cette espèce de lèpre, même dans un pays où l'on retrouve quelques foyers d'endémicité. D'ailleurs, le Dr Rambaldi, médecin en chef de la léproserie de San-Remo, nous écrivait qu'il n'avait pas vu, depuis longtemps dans son hôpital, d'exemple de cette variété. Les trois faits que nous avons observés en peu de temps prouvent que cette maladie n'est pas aussi rare qu'on le croit, mais qu'elle passe inaperçue.



Fig. 84.

Les principaux symptômes sont : des troubles de nutrition tels que l'atrophie de la peau, du tissu adipeux, du tissu musculaire, du tissu osseux; des ulcérations; des fistules osseuses. Ces lésions s'accusent par des déformations, dont nous reproduisons ici des spécimens dans les fig. 84, 85, 86, 87 dessinées par un médecin distingué, le Dr Medynski. La maladie se localise surtout aux quatre extrémités et à la face; elle envahit ces régions simultanément ou d'une façon successive.

Les *fig. 84* et *85* représentent une des mains de notre malade n° 1; on est frappé de l'aspect de cette main. Au lieu de cet admirable organe si merveilleusement disposé pour l'exercice du tact et de la préhension, on n'a plus qu'une sorte de palette rigide. Par suite de l'atrophie des muscles interosseux et des groupes musculaires thénar et hypothénar, par suite de la disparition de tous les coussinets graisseux, la main est aplatie, étalée et montre des reliefs parallèles, formés par les métacarpiens. La dernière phalange a été éliminée ou résorbée à peu près sur tous les doigts, elle est remplacée par un lambeau charnu, recouvert de peau saine et d'un ongle incomplet. Ce rudiment de phalange ainsi que la deuxième phalange sont couchés sur la face palmaire et maintenus par des brides profondes, qui paraissent appartenir à des ligaments périarticulaires devenus rigides. La première phalange est dans la rectitude et maintenue dans cet état par une prépondérance des extenseurs, dont les cordons se dessinent à la face postérieure de la main. La main n'est plus qu'une griffe, mais une griffe aplatie, représentée par l'attitude que prend la main, lorsqu'il s'agit de s'accrocher aux aspérités d'un mur. Les malades ne peuvent plus porter les aliments à la bouche, ils ne peuvent plus s'habiller; en voulant s'accrocher aux objets, ils se blessent à chaque instant, et sur beaucoup de points on reconnait les traces de ces traumatismes.



Fig. 85.

Ce qui leur reste de mouvements est rendu encore plus difficile par l'*anesthésie* des membres. Chez nos deux malades, l'anesthésie était complète jusqu'au poignet, sauf une sensation vague de contact, lorsqu'on traversait les parties molles avec une épingle ; la sensibilité à la douleur restait émoussée jusqu'au deltoïde, et la sensation à la cha-

(1) *Soc. médicale de Nice*, 6 oct. 1876.

leur était même abolie sur quelques points de la région scapulaire.

Le champ de l'anesthésie est plus ou moins large, mais deux faits sont à remarquer : 1° l'anesthésie est d'autant plus complète que l'on s'éloigne du centre, pour se porter vers la périphérie ; 2° il est impossible de limiter cette anesthésie à un nerf plutôt qu'à tel autre : à la main, tout est envahi, plus haut l'anesthésie se répartit irrégulièrement, par plaques, par zones irrégulières, sans aucune systématisation.

La *fig. 86* nous montre les altérations correspondantes du côté des pieds : des orteils, les uns sont effilés par l'absorption du tissu osseux, les autres sont raccourcis par la disparition des phalanges, le gros orteil est courbé en bas par la rétraction des tissus péri-articulaires ; dans l'ensemble, ce pied apparaît comme s'il avait été raccourci, rasé au niveau des phalanges. Vers la face plantaire, on voit des ulcérations en tous points semblables aux *ulcères perforants*, siégeant, comme eux, vers les extrémités des 1er et 5e métatarsiens, qui sont les piliers antérieurs de la voûte plantaire. L'anesthésie est aussi complète aux pieds qu'à la main, et diminue en remontant vers le membre, sauf l'insensibilité à la température qui est absolue jusque vers la région fessière. Les troubles fonctionnels sont une fatigue rapide dans la station debout, une marche chancelante, mal assurée, causée par de l'anesthésie plantaire.



Fig. 86.

La peau, qui avait une coloration bistrée au niveau des membres supérieurs, mais qui conservait toute sa souplesse, a pris des caractères particuliers vers les membres inférieurs. Elle est épaissie, lardacée, sur les pieds et jusqu'à mi-jambe ; elle masque ainsi en partie l'amaigrissement, causé par l'atrophie du tissu adipeux et des muscles.

La face (*Fig. 87*) offre, elle aussi, un cachet spécial : chez nos deux malades, on constate l'existence d'un ectropion, monolatéral, dans l'observation I, et bi-latéral dans l'observation II; cet ectropion est localisé à la paupière inférieure. En outre, les os malaires font une saillie exagérée, le nez est aplati, les traits sont immobiles. Cette figure squelettique et frappante d'immobilité est due à l'atrophie du tissu adipeux, et des petits muscles faciaux, dont le jeu est nécessaire à l'expression de la physionomie ; l'ectropion reconnaît la même cause. En interrogeant la sensibilité, on note qu'elle est obtuse vers le front, nulle vers les ailes du nez et sous les paupières inférieures, intactes vers le menton.

Tel est le tableau de la maladie, arrivée à une période avancée ; notre malade n° 1 en est arrivé à ce triste état, au bout de 12 années ; le second malade, avec des lésions moins étendues, mais déjà caractéristiques, n'a pu nous fournir de renseignements sur le début de sa maladie.— C'est une maladie essentiellement chronique, mais procédant par crises aiguës. Nous avons pu assister à quelques-unes de ces poussées. — Les jambes ou les bras se gonflent, deviennent chauds, prennent une teinte érysipélateuse, parsemée de bulles nombreuses : une fièvre vive, précédée de frisson, revient très-régulièrement tous les soirs et fait monter le thermomètre jusqu'à 40°, 5 ; des douleurs très-aiguës arrachent des cris au malade. Une fois la crise terminée, la peau conserve, aux bras, une coloration qui finit par arriver à la teinte brune ; aux jambes, la peau reste infiltrée par le tissu lardacé, sur une étendue plus grande qu'avant la poussée.



Fig. 87.

En outre de ces crises violentes, les malades sont sujets à des douleurs d'intensité et de caractère variables ; le n° 1 exprimait sa souffrance en disant qu'il avait la sensation de chiens qui lui rongeaient la chair; le n° 2 accusait des douleurs aux jambes, en tout comparables aux douleurs fulgurantes. Ce même malade nous disait, que bien avant d'avoir eu la moindre déformation, il avait remarqué qu'en plongeant les mains dans l'eau, ses doigts blanchissaient, devenaient insensibles, comme s'ils étaient restés quelque temps dans l'eau glacée ; c'était une véritable asphyxie locale.

A part les troubles que nous venons d'énumérer, les fonctions s'accomplissent très-régulièrement, et surtout il n'y a aucun phénomène du côté des centres nerveux : l'intelligence est parfaite, il n'y a aucune paresse des sphincters.

Quelle est cette maladie bizarre, et comment peut-on

établir sa parenté avec la lèpre ordinaire, et les rattacher toutes deux à la même souche ?

Nous reconnaissons dans cette maladie tous les troubles d'une *trophonévrose* : atrophie du tissu adipeux, des muscles, des os ; ulcération; troubles paralytiques de la sensibilité ; phénomènes douloureux, allant jusqu'aux douleurs fulgurantes; troubles des vaso-moteurs, symptômes d'asphyxie locale et poussées d'érysipèles bulleux, accompagnées de fièvre et laissant après elles de la pigmentation de la peau ou une véritable infiltration. Comme l'a dit M. Charcot, c'est le tableau le plus complet d'une trophonévrose.

La raison anatomique de tous ces troubles a été donnée par Virchow. Il a montré un des premiers que dans la lèpre, les troncs nerveux étaient frappés d'une hypertrophie de la gaîne conjonctive, qui étrangle les tubes nerveux : cette névrite hypertrophique serait la cause de tous les phénomènes consécutifs; elle agirait comme la névrite qui succède aux traumatismes et qui amène des paralysies, des ulcérations, des éruptions variées d'herpès, de zona, de pemphigus. Chez nos deux malades, la disparition des tubes nerveux est complète vers la main et les pieds, elle est partielle à mesure que l'on se rapproche de la racine des membres, aussi la sensibilité réapparaît à ce niveau, mais sans ordre, au hasard des filets nerveux atteints.

Que de différences entre cette trophonévrose si complète et la sclérodermie ! Nous avons pu observer les exemples les plus frappants de cette dernière affection, présentés dans les sociétés savantes, et entr'autres la malade de M. Siredey; mais nous avouons que la confusion n'est pas possible avec les malades dont il est parlé ci-dessus.

D'ailleurs aux différences symptomatiques qui ressortent de notre exposition s'en joignent d'autres. La lèpre anesthésique mutilante partage avec les autres lèpres le pouvoir de se transmettre héréditairement. Elle n'est pas toujours essentielle, mais peut exister sur le même individu, avec les tubercules de la peau et des muqueuses. Elle a donc par ses symptômes, par sa marche, par son étiologie tous les caractères d'une affection complète.

Observation I. — Faraut, 70 ans, né à Contes, a exercé les professions de postillon et de jardinier. Père mort à 82 ans, mère morte à 85 ans, tous deux ont succombé à un catarrhe bronchique. 2 enfants, un garçon marié et bien portant, une fille morte à 5 ans 1/2. Pas d'exemple de lèpre tuberculeuse dans le village où il est né. Début supposé de la maladie, il y a 12 ans, par des douleurs aux chevilles et aux genoux. Puis ulcérations plantaires et aux orteils, apparaissant et disparaissant ; pour une de ces ulcérations, un médecin lui a fait l'ablation du gros orteil.

Il est à l'hospice des incurables de Nice depuis huit ans. Il se sert à peine de ses mains depuis quatre ans, marche très-difficilement depuis cette époque. Il est sujet à des douleurs nocturnes et trois ou quatre fois par an à des crises de fièvre, avec douleurs aiguës, et inflammation de la peau à une des extrémités. Il a de l'ectropion de la paupière inférieure droite depuis deux ans.

Etat actuel. — Les mains présentent l'aspect d'une palette rigide : elles sont disposées, comme lorsque dans l'acte de grimper, on s'accroche aux aspérités d'un mur. Cette déformation tient à l'atrophie des muscles de la main, à la disparition du tissu adipeux, d'où l'aplatissement de la main et son rétrécissement dans le sens transversal. En outre, les dernières phalanges sont représentées par de petits moignons charnus, recouverts de peau et dépourvus d'os. Ces rudiments, ainsi que les secondes phalanges, sont couchés vers la paume de la main et maintenus ainsi par des brides fibreuses profondes. Les premières phalanges sont dans l'extension permanente, mais peuvent encore être fléchies par le malade. Sur les saillies osseuses, on voit bon nombre de points calleux ou ulcérés. Les ongles ont disparu ou sont déformés. La main ne peut plus servir au malade, pour aucun des usages journaliers ; pour porter la nourriture à la bouche, il glisse la cuillère entre deux des premières phalanges.

L'avant-bras est amaigri. La peau présente ses caractères de souplesse habituelle, mais elle est très-amincie, elle offre vers l'avant-bras une teinte bronzée particulière. La sensibilité est absolument disparue de la main ; vers le poignet, la sensibilité au contact reparaît ; vers le coude le malade commence à percevoir la douleur, et il faut remonter jusque vers l'épaule pour trouver la sensation de température.

L'électrisation par les courants induits appliqués sur les interosseux, palmaires et dorsaux, fait encore exécuter quelques mouvements à la première phalange.

Les pieds paraissent un peu gonflés, et les jambes quoique très-effilées, ne montrent pas de saillies ; ce gonflement, qui déguise l'amaigrissement, tient à l'épaississement de la peau, dont l'épaisseur est triplée ou quadruplée. Elle donne la sensation d'un tissu résistant, lardacé ; elle glisse facilement sur les parties profondes, elle est lisse, et présente des teintes brun-jaunâtres.

Les pieds semblent raccourcis, surtout le pied gauche, dont le gros orteil est replié vers la face plantaire ; les autres doigts sont effilés, diminués de longueur, et par la palpation on reconnaît que une ou deux phalanges ont été éliminées ou résorbées. Vers l'extrémité antérieure des premier et cinquième métatarsiens, on voit des cicatrices calleuses d'anciens ulcères ; un de ces ulcères est ouvert et conduit jusqu'à l'os, ramolli par un trajet direct.

La plante et le dos des pieds sont complétement insensibles, les jambes perçoivent une sensation vague de contact, vers le genou la douleur commence à être sentie, mais le malade n'a la sensation de température que vers la région fessière. La marche est assez pénible, le malade dit qu'il pourrait marcher sur des charbons ardents sans les sentir. Au moment des crises, la peau rougit, se couvre de phlyctènes : déjà quelques jours avant, le malade sent des douleurs vives, et a des accès de fièvre vespérale, débutant par un frisson, la température varie entre 39° et 40°,5. La crise dure une ou plusieurs semaines, la poussée locale a lieu à un bras ou aux deux jambes ; elle laisse après elle une infiltration plus étendue aux jambes.

Le malade accomplit toutes ses fonctions régulièrement, et dans les moments de calme, il est très-alerte pour son âge.

Observation II. — Madame Cauvin..., 77 ans ; père mort à 80 ans de catarrhe bronchique ; mère morte à 78 ans de rhumatisme. Elle a eu huit enfants, un est mort de phthisie pulmonaire, deux autres sont morts un à 15 mois et l'autre à 18 mois. Il est à remarquer que la malade est née et habite le même village de Cantes, d'où venait notre malade de l'observation I.

Rien de précis comme début, la malade s'était aperçu depuis quelques années qu'elle avait des douleurs nocturnes aux bras et aux jambes, et qu'en plongeant les mains dans l'eau, les doigts prenaient une teinte blanche et restaient endormis pendant quelque temps.

Etat actuel. — Toutes les fonctions s'accomplissent bien, les troubles et les lésions sont localisés à la face et aux quatre extrémités. — *Face :* On est frappé à première vue par l'existence de deux ectropions de la paupière inférieure. La paupière est tout à fait renversée, la muqueuse est un peu gonflée, elle est d'un rouge foncée ; aucune bride ne retient la paupière renversée, on dirait que la peau est trop courte, ou bien que les fibres de l'orbiculaire sont paralysées. Les traits de la face ont une certaine fixité, cependant la malade exécute toutes les grimaces qu'on lui demande.

Elle a la sensation de quelque chose d'endormi en plusieurs points, notamment au front et vers l'orifice buccal. La peau a ses caractères normaux, sauf sur une certaine étendue du front, où elle est un peu épaissie, sans rougeur et sans tubercules. — La sensibilité est obtuse sur le front, sur le dos du nez et sur les joues.

Membres supérieurs. — La main est amaigrie, aplatie, les métacarpiens font saillie, les espaces interrosseux sont amincis, les régions thénar et hypothénar sont aplaties, le pannicule graisseux de la paume de la main a disparu, les muscles de la main sont atrophiés. Les doigts sont fléchis vers la paume de la main, dans leur articulation de la 1re avec la 2e phalange ; la 1re phalange est dans l'extension. Quelques-unes des dernières phalanges sont résorbées, d'autres sont effilées, le moignon charnu persiste avec la peau intacte et l'ongle rayé et déformé. Anesthésie complète aux mains, à peine un peu de sensation de contact.

Les avant-bras et les bras sont normaux, les muscles et la peau sont intacts. La sensibilité au contact existe partout ; la sensibilité à la douleur reparaît vers le moignon de l'épaule ; la sensibilité à la température est abolie même au niveau des fosses scapulaires. La malade peut encore se servir de ses mains pour porter les aliments à la bouche, grâce au mouvement d'opposition du pouce qui est conservé ; mais elle ne peut plus s'habiller, et elle est très-gênée pour tout travail.

Membres inférieurs. — Les pieds et le bas des jambes paraissent un peu gonflés ; à ce niveau la peau est normale, sauf un épaississement uniforme, produit par une infiltration du derme. — Les orteils présentent en certains points des ulcérations. Les unes superficielles, les autres allant jusqu'à l'os ; quelques petites phalanges manquent sur plusieurs points. Il existe une anesthésie complète des pieds ; la malade ne sent pas sur quoi elle marche; cela la trouble beaucoup, lorsqu'elle se trouve dans l'obscurité, mais en fermant les yeux, elle ne vacille pas. Il y a de l'insensibilité à la température jusque vers la racine des membres.

Nous n'avons rien constaté d'anormal dans la sensibilité du côté des yeux, de la langue, du gosier. — La malade se plaint beaucoup d'élancements, de douleurs rapides et lancinantes, de sensations de brûlure. Elle n'a jamais eu de crises avec fièvre et rougeur de la peau.

Société de Médecine Légale. Séance du Lundi 12 novembre 1877, à 3 heures précises, au Palais de Justice. Ordre du jour : Communication de M. Fraboulet, juge d'instruction à St-Brieuc, membre correspondant de la Société, Rapport de M. Legroux, sur les ecchymoses sous-pleurales. Discussion du rapport de M. Ladreit de la Charrière, sur les signes de la mort et sur la crémation. Discussion du rapport de M. Demange, sur les mesures législatives concernant les aliénés dangereux (vote sur les conclusions). Discussion du rapport de M. Pénard, sur le tarif des expertises judiciaires. Communications de M. Billod, sur l'aphasie. Communication de M. Bardy-Delisle, sur l'empoisonnement par l'arsenic.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Note sur un cas de lésion traumatique du foie.

Par **Daniel MOLLIÈRE**, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les observations réunies dans la thèse d'agrégation de M. Roustan (*Des lésions traumatiques du foie*, Paris. Delahaye, 1875) et les expériences bien connues de M. Terrillon ont prouvé, jusqu'à l'évidence, que les plaies du foie ne sont pas fatalement mortelles, comme l'avaient professé les anciens. Je n'ai pas la prétention de rien ajouter à ces intéressants travaux, j'ai cru cependant devoir publier le fait suivant, car il présente des particularités intéressantes. Et d'abord il a été recueilli chez un sujet doublement prédisposé à de fâcheuses complications et par l'alcoolisme et par la syphilis: et d'autre part, il nous permet d'étudier les caractères imprimés à la courbe thermique par les lésions du foie, en l'absence de toute complication. Dans ce cas, en effet, il n'y a pas eu de péritonite, et cependant la température est restée au-dessus de la normale pendant toute la durée de la suppuration du foie.

J'insisterai aussi sur les caractères du pus ictérique et muqueux qui s'écoulait par cette plaie, sur l'absence de toute modification importante dans la composition des urines, sur l'innocuité de cette large ouverture péritonéale qui, pendant un temps si considérable, est restée béante sans qu'il y ait eu inflammation de la séreuse abdominale. Enfin j'appellerai l'attention sur le traitement qui a été suivi, et qui n'a peut-être pas été sans influence sur l'heureuse terminaison des accidents. Je crois, en effet, qu'en immobilisant, à l'aide du collodion la paroi abdominale, j'ai empêché l'aspiration de l'air dans la cavité du péritoine par les mouvements respiratoires. Aussi, toutes les fois que l'occlusion me paraît contre-indiquée après la kélotomie, je cherche aujourd'hui à immobiliser la paroi abdominale en étalant à sa surface une épaisse couche de collodion. Quoi qu'il en soit, voici les détails de mon observation :

Le nommé François F..., âgé de 41 ans, fut apporté dans mon service le 21 août 1876. Il venait de tomber d'une hauteur de trois mètres et, dans cette chute, une paire de ciseaux de tapissier (dont la longueur est de 25 cent. environ) qu'il portait dans sa poche, était entrée fermée dans son flanc droit à une profondeur considérable.

A son entrée à l'hôpital, je constatai sur la ligne iléo-axillaire et dans le dixième espace intercostal, une plaie triangulaire, les deux branches du triangle ayant trois et quatre centimètres. Les vêtements du malade et le brancard sur lequel on l'avait apporté étaient baignés d'un sang qui s'échappait encore en quantité considérable à travers la plaie. Le malade était du reste complètement exsangue. Ses lèvres étaient absolument décolorées, sa face pâle, ses extrémités froides, son œil hagard. Le pouls était à peine perceptible. En introduisant le doigt dans la plaie, je le fis pénétrer sans peine dans le parenchyme dilacéré du foie. Il pénétra au-delà de la deuxième phalange, mais je ne jugeai pas prudent de pousser plus loin mon investigation. — Croyant la mort imminente, je fis coucher ce malheureux, recommandant de le maintenir dans un repos absolu et de lui appliquer sur sa blessure des vessies remplies de glace concassée.

Le lendemain, le patient était calme, il avait dormi toute la nuit. Pas de douleur abdominale. Imitant alors la pratique suivie par M. Léon Labbé après la gastrotomie qu'il a dû pratiquer l'an dernier pour extraire une fourchette, je fis couvrir l'abdomen de mon blessé d'une épaisse couche de collodion.

22 août. Les bords de la plaie se sont recoquevillés et l'on voit, entre les 10e et 11e côtes la surface perforée du foie, légèrement grisâtre. On voit l'organe s'abaisser et s'élever à chaque mouvement respiratoire. Il n'y a pas de péritonite, pas d'adhérences.

23 août. La suppuration s'est établie, mais on voit toujours le foie au fond de la plaie, obéissant aux mouvements respiratoires. — Pas d'adhérences entre l'organe malade et la paroi abdominale. — Pas la moindre douleur du côté de l'abdomen.

26 août. La suppuration s'est établie. Le pus qui s'écoule par la plaie est jaune, il a une coloration ictérique très-marquée. Il est épais et surtout visqueux. Il sort à travers de la plaie lentement, adhère à ses bords. Son aspect rappelle celui des crachats de la pneumonie bilieuse des anciens. L'examen microscopique permet de constater dans ce pus la présence du pigment biliaire en abondance, de leucocytes nombreux et d'une quantité considérable de cellules hépatiques plus ou moins déformées mais parfaitement reconnaissables. L'analyse des urines ne révèle rien d'anormal.

Pendant les jours suivants, on continua les applications glacées sur la région blessée. On doubla la couche de collodion étendue sur l'abdomen. Régime sévère. Quelques lavements laxatifs de temps à autre. Mais surtout immobilité absolue, et le malade observe cette dernière prescription avec une ponctualité parfaite.

Le 5e jour. Point douloureux dans la région cardiaque. L'oreille perçoit à ce niveau des bruits de frottement qui ont évidemment pour siége le péricarde. — Vésicatoire *loco dolenti*. Ces accidents se sont rapidement dissipés et nous avons pu voir la vaste plaie dont nous venons de parler, se rétrécir chaque jour, la suppuration présentant toujours les mêmes caractères à l'œil nu et au microscope. — Au 1er octobre, il ne restait plus qu'une petite fistule. Le *15 octobre*, la suppuration était tarie et la cicatrisation était complète. Le *21*, on permet au malade de se lever; l'analyse des urines est encore négative. Le *5 novembre*, notre homme quitte l'hôpital complètement guéri. Je l'ai revu le 15 avril 1877. Sa santé ne laisse rien à désirer.

Tableau des températures :

Dates.	Matin.	Soir.
21 *août*	38°,5	38°,8
22 —	38°,4	38°,6
23 —	38°,4	39°,
24 —	39°,	39°,
25 —	39°,2	39°,
26 —	38°,8	39°,2
27 —	39°,	38°,8
28 —	38°,8	39°,2
29 —	38°,6	39°,2
30 —	38°,4	39°,
31 —	39°,	39°,
1er *septembre*	38°,2	39°,
2 —	38°,4	38°,8
3 —	38°,4	39°,2
4 —	38°,	38°,8
5 —	37°,8	38°,6
6 —	38°,3	38°,4
7 —	37°,8	38°,2
8 —	38°,4	38°,6
9 —	38°,2	38°,4
10 —	37°,8	38°,3
11 —	37°,8	38°,4
12 —	38°,2	38°,4
13 —	38°,2	38°,4
14 —	38°,8	38°,4
15 —	38°,2	

Il est à noter que : 1° ce malade était alcoolique ; il boit au minimum deux litres de vin par jour, sans compter de nombreux petits verres d'eau-de-vie, et il avoue de fréquents excès de boisson; 2° qu'il était aussi syphilitique depuis huit ans, et avait perdu son premier enfant à 3 mois, d'accidents syphilitiques héréditaires.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le chauffage du nouvel Hôtel-Dieu.

Nos lecteurs n'ont pas oublié un article publié au mois d'août dernier dans le *Progrès Médical*, sur le nouveau mode de chauffage employé à l'Hôtel-Dieu de Paris. Les appareils viennent d'être mis en expérience et, depuis quinze jours environ, les salles de l'hôpital sont chauffées par le nouveau procédé. — Un des premiers reproches qui lui ait été fait a porté sur l'irrégularité de la chaleur apportée à chaque local. Tandis que certaines salles, placées plus près des générateurs, sont vraiment trop chaudes, il en est d'autres, plus éloignées, qui ne reçoivent qu'une quantité insuffisante de calorique. Il est certain qu'on arrivera facilement par le réglage des appareils à remédier à cet inconvénient ; mais, pour l'instant, les malades souffrent beaucoup d'essais et d'expériences qui auraient dû être faits avant l'ouverture de l'hôpital. On verra plus loin que nous n'exagérons rien.

Nous voudrions tout d'abord insister sur ce fait que le réglage des appareils, tel qu'il existe, est très-défectueux. Dans la plupart des procédés de chauffage par les calorifères installés au loin, des registres sont placés dans le local même dont l'on veut élever la température, de sorte

que les personnes placées dans ce local peuvent régler elles-mêmes et obtenir la quantité de chaleur nécessaire. A l'Hôtel-Dieu, rien de pareil. Les bouches de chaleur ne sont pas munies de registres, ou du moins ces registres sont hors de la portée de tout le monde : il faut pour les faire mouvoir avertir un mécanicien qui, seul, au moyen de clefs spéciales, peut arrêter ou augmenter le dégagement de l'air chaud. Si bien qu'un infirmier ou une religieuse, de garde la nuit, au lieu d'aller chercher un ouvrier dans le sous-sol, aime encore mieux ouvrir les fenêtres, ce qui, en somme, est encore le seul procédé de ventilation usité jusqu'à présent à l'Hôtel-Dieu. C'est très-simple, mais nous nous demandons pourquoi les machines à vapeur destinées à la ventilation persistent à rester immobiles, elles qui tournaient à la parade il y a trois mois, le jour de la visite du « Maréchal. »

La chaleur excessive, suivie des courants d'air amenés par l'ouverture subite et surtout mal réglée des fenêtres, avaient déjà amené plusieurs accidents. Les bronchites se multipliaient dans certains services et les phthisiques, si nombreux à l'Hôtel-Dieu, pouvaient, sans sortir de leurs salles, passer plusieurs fois par jour de la température du pôle à celle des tropiques. Cela semblait devoir leur être nuisible, et les chefs de service se plaignaient que tant de millions eussent été engloutis pour un pareil résultat. L'Administration, de son côté, affirmait que tous ces inconvénients étaient passagers et qu'ils cesseraient quand serait écoulée la période des expériences ; qu'en un mot, ils n'étaient pas inhérents au procédé même de chauffage et de ventilation.

Mais voici qu'un fait grave vient de se passer et cela dans le service et sous les yeux mêmes d'un de nos plus savants hygiénistes. Des malades, en assez grand nombre, ont été pris subitement de vertiges, de nausées, de vomissements. Les personnes attachées au service étaient atteintes de céphalalgies intenses. Les médecins mêmes dans leur visite étaient frappés d'une odeur singulière qui se dégageait des poëles ; quelques plaintes avaient déjà été adressées isolément aux membres de l'administration, quand un accident subit vint amener l'enquête dont nous allons parler.

Un des employés de l'hôpital, travaillant depuis quelque temps auprès d'un des appareils de chauffage mourut subitement. La rumeur ne manqua pas d'attribuer à des gaz qui se seraient dégagés des cylindres de fonte, la mort de cet homme. L'examen anatomique démontra qu'il n'en était rien et que le malade avait simplement succombé à une hémorrhagie cérébrale. Mais ce malheur eut un avantage : les médecins, les administrateurs s'émurent, le directeur de l'administration générale accourut, et une commission de chimistes vient d'être nommée. Il s'agit de rechercher la présence du gaz oxyde de carbone dans l'air des salles chauffées par le nouveau procédé. Il est peu probable qu'on en trouve, car il est contraire aux théories connues que des poëles de fonte remplis d'eau chauffée seulement à 60° puissent dégager de l'oxyde de carbone. La fonte ne laisse transsuder ce gaz que lorsqu'elle est chauffée au rouge, et encore faut-il que le gaz soit produit à l'intérieur. Or, *à priori*, on ne voit pas comment il se formerait de l'oxyde de carbone dans un vase simplement rempli d'eau.

Quoi qu'il en soit des conclusions de la commission, il n'en demeurera pas moins établi que le devoir de l'administration des hôpitaux est de hâter les expériences de ventilation et de faire cesser un état de chose qui, intoxication à part, est nuisible à la santé de malades qu'elle est chargée de guérir.

Les erreurs de la France médicale

Le 20 octobre, la *France médicale*, écrivait « qu'il était de notoriété publique que le titulaire d'une des plus importantes sections de la Salpétrière, M. Trélat père, avait dû abandonner depuis deux ou trois ans la direction de son service et qu'il n'y avait pas été remplacé. » Et, s'appuyant sur cette vacance, elle concluait à la possibilité d'installer à la Salpétrière, sans léser personne, la clinique du professeur de pathologie mentale.

Quelques jours plus tard (27 octobre), nous démontrions que le service de M. Trélat était supprimé, que les bâtiments qu'il occupait avaient reçu une nouvelle destination, et que s'il en était ainsi, ce n'était ni la faute des médecins de la Salpétrière, ni celle de l'administration de l'Assistance publique. La responsabilité en revient à MM. les inspecteurs généraux des asiles d'aliénés. En ce qui nous concerne, comme membre du Conseil général de la Seine, nous avons protesté contre cette suppression et notre ami, M. le Dr Ch. Loiseau, a consigné quelques-unes de nos vues relativement au service des aliénés du département de la Seine dans son Rapport. Voici dans quels termes :

« Tout d'abord il a paru à la majorité de la Commission, que le nombre des lits occupés à Bicêtre et à la Salpétrière, pourrait être porté à un chiffre plus élevé que celui qui est indiqué dans le mémoire de M. le préfet. Il y a certainement dans ces quartiers d'hospices des parties défectueuses, où il serait mieux de ne pas réinstaller les malades, et les travaux qui vont commencer dans la 4e section nous priveront, pendant l'année 1877, d'un certain nombre de places ; mais la commission a visité les dortoirs abandonnés depuis deux ans, où à la condition d'espacer les lits plus qu'on ne l'avait fait auparavant, on pourrait placer un certain nombre de malades qu'on transfère au loin aujourd'hui, dans des asiles qui n'offrent pas d'avantages sur ces quartiers d'hospices. L'administration paraît d'ailleurs disposée à entrer dans cette voie. M. le préfet de la Seine a demandé à M. le directeur de l'Assistance publique d'autoriser momentanément, en raison des exigences actuelles du service des aliénés, l'envoi à Bicêtre d'un plus grand nombre de malades que ne le comporte le chiffre maximum, fixé en dernier lieu à 540.

» La commission a, de plus, agité la question de savoir s'il ne conviendrait pas de reconstruire partiellement, les parties les plus défectueuses des quartiers de Bicêtre et de la Salpétrière, ou d'établir dans des conditions économiques, des sections nouvelles dans les terrains de culture maraîchère qui avoisinent les sections d'aliénés. Dans cet ordre d'idées, deux systèmes se sont produits : l'un consisterait à faire des constructions nouvelles sur les terrains de l'Assistance publique, en passant avec elle une convention à cet effet. Dans l'autre système, pour éviter les difficultés que pourraient amener les divergences d'intérêt et des vues différentes en matière administrative, le département acquerrait ces terrains de l'Assistance publique, et en y ajoutant, à la Salpétrière, par exemple, des enclaves de peu d'importance, y ferait successivement édifier des services départementaux. »

Quant aux motifs qui nous ont guidé dans cette circonstance, nous les exposerons dès que, le mois prochain, nous aurons de nouveau l'occasion d'examiner les réformes qu'il convient d'apporter dans nos asiles d'aliénés.

La *France médicale* avait assuré qu'il existait à la Salpétrière une section d'aliénées vacante ; nous lui prouvons qu'elle se trompe..... ce qui peut arriver à tout le monde. Que devait-elle faire ? Reconnaître son erreur, répondra tout esprit impartial. Eh bien, non. Elle ne dit rien à ce sujet et, dans son numéro 87, elle déplace absolument la question. « Nous allons chercher, dit-elle, à démontrer au *Progrès médical* que nous ne nous sommes pas trompé et

que nous sommes mieux *renseigné qu'il ne le suppose.* » Et, abandonnant complètement la question en litige : *service de M. Trélat*, elle entretient ses lecteurs de l'organisation des services de l'hospice. Avant d'examiner quelques-unes de ses assertions, nous allons donner des renseignements généraux sur la Salpêtrière.

D'après le budget de 1877, l'hospice de la Vieillesse-Femmes renferme 3,731 lits, se décomposant ainsi :

Lits d'indigentes ou d'infirmes............	2,778 lits.
— d'infirmerie.........................	291 —
— d'aliénées...........................	662 —
Total.......	3,731 lits.

Auxquels il convient d'ajouter :

Lits supplémentaires montés récemment dans l'Asile d'aliénées..........................	28 —
Total.......	3,759 lits.

Si, à cette population, nous ajoutons :

Le personnel nourri.....................	515
— non nourri.................	38
Les journaliers des deux sexes............	151
Nous arrivons au chiffre de..............	4,463

personnes qui peuvent recourir aux soins des chefs du service de santé, savoir : deux médecins et un chirurgien, attachés à l'*Hospice* proprement dit ; — trois médecins attachés à l'*Asile des aliénées*. Donnons maintenant la parole à la *France médicale* :

« Les médecins non aliénistes sont, dit-elle, au nombre de deux : M. le professeur Charcot et M. le Dr Luys. Ce dernier possède un fort beau service comprenant 85 malades. Ce service suffit aux besoins d'un enseignement très-remarquable. »

Arrêtons-nous un instant sur ces premiers renseignements et voyons s'ils sont exacts. Le service de M. Luys se compose : 1° des salles Saint-Denis (24 lits), Saint-Thomas (9 lits), Saint-Mathieu (24 lits), Saint-Vincent (12 lits), Saint-Jean (25 lits), Saint-Nicolas (10 lits), Sainte-Anne (24 lits). Total : 128 lits, c'est-à-dire que la *France médicale*, qui assure qu'elle est bien renseignée, se trompe de 33 lits. Nous devons ajouter qu'une autre salle de 28 lits, la salle Saint-Philippe, est annexée à ce service et que, en cas de besoin, cette salle est occupée et placée sous la direction de M. Luys. En réalité, les circonstances l'exigeant, M. Luys a 156 lits de *maladies aiguës* à sa disposition. Continuons notre citation :

« Quant à M. le professeur Charcot, son service se décompose de la manière suivante :

1° Infirmerie (une salle de plus que M. Luys).	109 malades.
2° Incurables..........................	316 —
3° Epileptiques et hystériques non aliénées...	130 —
Total................	555 malades.

A l'*Infirmerie* (maladies aiguës), M. Charcot possède les salles suivantes : Sainte-Marthe (18 lits), Saint-Alexandre (24 lits), Saint-Luc (13 lits), Saint-Jacques (24 lits), Saint-Paul (12 lits). Total : 91 lits et non pas 109 ; deux salles de *moins* que M. Luys et non pas une salle de plus. Donc, sur ce point encore, la *France médicale* commet une nouvelle erreur.

La *section des Incurables* comprend 316 lits, attribués surtout à des malheureuses, encore jeunes, c'est-à-dire n'ayant pas droit à l'hospice par leur âge, pour lesquelles les médecins et les chirurgiens des hôpitaux ont signé un certificat d'*incurabilité* ; c'est le *caput mortuum* des hôpitaux de Paris : hémiplégies anciennes, cancroïdes ayant détruit une partie du visage, cancers utérins, rhumatismes chroniques, scrofuloses invétérées, vieilles ataxiques, etc., etc. Il s'agit donc là d'une catégorie de malades qui ne sont nullement comparables aux lits de l'Infirmerie consacrés aux affections aiguës qui peuvent se développer parmi les vieillards de l'hospice. Administrativement, ces 316 lits se décomposent ainsi :

Lits de gâteuses (dont 60 octogénaires)......	111	316
Lits de *cancérées* (1) : lupus, cancers du sein, de l'utérus, etc)...........................	158	
Lits de cancérées (moribondes)............	47	

Dans la petite infirmerie, formée des salles Sainte-Rosalie (26 lits), Sainte-Cécile (21 lits), on fait venir, outre les moribondes, celles des incurables qui présentent de nouveaux accidents ou une maladie intercurrente. En réalité, c'est tout au plus de ces 47 lits qu'il faudrait tenir compte, puisque, à part l'examen, qui est fait lors de l'admission, ces malades ne sont visitées que s'il survient un état aigu, comme les milliers de vieilles femmes.

En troisième lieu, vient la *section des épileptiques et des hystériques non aliénées* au nombre de 130 (120 adultes et 10 enfants). Tous les médecins instruits savent qu'il n'y a aucun parallèle à établir entre ces malades et les malades ordinaires. Excepté celles qui ont eu des accidents durant les dernières 24 heures, et qui viennent à l'infirmerie composée de 30 lits, pour la plupart des autres, on n'a plus, une fois l'observation prise et le traitement institué, qu'à les voir de temps en temps, pour consigner les modifications qui se sont produites. Voici, d'ailleurs, la classification administrative :

A l'infirmerie de la section.................	30	130
Gâteuses..................................	13	
Épileptiques indigentes, incurables, travaillant dans les divers ateliers de l'établissement (buanderie, lingerie, tapisserie, etc.).........	86	

D'où il suit que le service de M. Charcot embrasse seulement 168 malades, dont 91 lits à l'infirmerie générale (2). Certes, son service, comme celui de M. Luys, est de ceux auquel peut s'intéresser et s'attacher un médecin doué d'une bonne dose de patience et de beaucoup de bonne volonté. Mais, avant que M. Charcot n'ait si vivement attiré l'attention sur la Salpêtrière, avant qu'il n'eût créé, avec le concours de son ami M. le professeur Vulpian « l'*Ecole de la Salpêtrière*, » pour employer les expressions de M. le professeur Béhier, personne n'avait protesté contre l'organisation de cet établissement dont les services étaient peu recherchés, où souvent les médecins ne faisaient que passer.

Aujourd'hui que, grâce à un labeur persistant de quinze années, grâce à la collaboration dévouée de ses élèves, M. Charcot a montré combien étaient considérables les ri-

(1) C'est le terme administratif.

(2) Le *service de chirurgie*, confié à M. Périer, se compose des salles Saint-Antoine et Saint-Michel (39 lits). On y soigne les administrées blessées et celles des aliénées qui, à la suite d'accidents, ne pourraient recevoir des soins suffisants dans leurs sections. Le chirurgien est chargé, en outre, de la consultation des vieillards.

chesses de la Salpêtrière, même en dehors du domaine de l'aliénation mentale, pour le récompenser de ses travaux « universellement appréciés, » la *France médicale* trouve tout simple de proposer de lui enlever une partie de ses malades, et cela, sans profit pour l'enseignement des maladies mentales qui est le seul que réclame la Faculté. Déposséder des hommes qui, par les services qu'ils ont rendus à la science, méritent les plus grands égards, le respect de tous, est souverainement inique. Et s'il y a lieu d'introduire des changements dans l'organisation de la Salpêtrière, il est du devoir de l'administration d'attendre le moment de la retraite des médecins en exercice (1).

Passons à une autre assertion de la *France médicale :*

« Il y a quelques années, M. Charcot *a réuni* à son service la moitié *la plus intéressante* du service de M. Delasiauve. Il s'agissait des épileptiques non aliénées. »

Les mots ont, sans doute, mal rendu la pensée de l'auteur; aussi ne nous arrêterons-nous pas au sens ambigu de cette citation. C'est en 1870 que, en vertu d'une décision administrative, les épileptiques, réputées non aliénées, ont été séparées des épileptiques dites aliénées, distinction que, pour notre part, nous n'avons jamais bien comprise; mais cette distinction existe; elle n'a été créée ni par M. Charcot, ni par nous. Prenant cette décision, que devait faire l'administration? Confier cette section à un médecin des hôpitaux ou bien à l'un des deux médecins de la Salpêtrière. C'est à la seconde mesure qu'elle s'est arrêtée, estimant sans doute qu'un service dans lequel *trente malades à peine* réclament des soins journaliers, n'exigeait pas un nouveau chef de service. Alors, suivant la coutume, elle l'a proposé au plus ancien des médecins de l'établissement, M. Charcot.

L'auteur avance que les épileptiques non aliénées formaient la « moitié la plus intéressante du service de M. Delasiauve ». A cet égard, il se trompe encore. Nous connaissons très-bien les deux services dans lesquels nous avons été successivement interne, et que nous fréquentons tous les jours depuis sept ans, et nous pouvons affirmer sans craindre d'être contredit, que des deux services d'épileptiques, le plus varié, le plus intéressant et le plus riche, c'est celui de notre vénéré maître M. Delasiauve.

« Il y a quelques semaines enfin, reprend la *France médicale*, M. Charcot a fait installer ses épileptiques non-aliénées dans les bâtiments inoccupés de M. Trélat, section vacante depuis deux ans. Voilà ce que le *Progrès médical* appelle une destination nouvelle. »

Il n'y a pire sourd que celui qui ne veut pas entendre. Nous sommes donc obligé de répéter que la section de M. Trélat est *supprimée depuis deux ans* Pourquoi? Nous allons l'expliquer.

Pour les aliénées de la Salpêtrière, le Département est locataire de l'Assistance publique. Or, les Inspecteurs généraux, représentants du Ministre de l'Intérieur, ont trouvé défectueux, insalubres, les locaux de la section de M. Trélat et n'ont plus voulu y laisser mettre de nouveau des aliénées, préférant, à tort selon nous, les transférer dans des asiles de province. L'Administration a dû chercher comment elle utiliserait ces locaux devenus libres. Elle les a fait réparer et y a installé des malades qui lui appartiennent, les épileptiques non-aliénées. Il est résulté de tous ces changements, *décidés avant la création de la chaire de pathologie mentale*, que, aujourd'hui, la décision, prise en 1870, est entièrement réalisée, c'est-à-dire que la séparation, jusqu'ici incomplète, des deux catégories d'épileptiques, est absolue.

Insister davantage serait superflu; de toutes les explications qui précèdent et qui montrent la situation sous son vrai jour, il ressortira évidemment pour tout lecteur, qui n'a pas de parti-pris, que la *France médicale s'est prononcée légèrement et sans avoir approfondi les principales données de la question.* B.

(1) Ici se place une autre erreur de la *France médicale* : « Tous les dimanches, écrit-elle, *pendant les mois de mai et de juin,* M. Charcot fait un cours qui comprend une dizaine de leçons. » La vérité est que depuis sa nomination à la Faculté de Médecine, M. Charcot fait ses leçons cliniques à la Salpêtrière *pendant les mois de novembre et décembre* (Voir page 858.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 novembre 1877.—Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Pouchet a choisi, pour étudier le développement des globules rouges chez l'adulte, un animal de la famille des sélaciens, qui ont des éléments anatomiques gigantesques, le chat de mer. Dans son sang, on trouve trois variétés de globules blancs: des leucocytes gigantesques à noyaux ovoïdes, à protoplasma granuleux, d'autres sphériques plus petits, enveloppés de protoplasma, d'autres enfin à noyaux sphériques, non granuleux, avec nucléole clair central, et entourés d'une mince couche protoplasmique. La rate aussi présente quelques particularités. Ces artères donnent des capillaires artériels très-longs, sans ramifications, qui aboutissent à un organe spécial, renflement en forme de saucisson. Ce renflement a un aspect strié et renferme des noyaux en abondance. Il ne paraît pas exister de lymphatiques. Quant à la boue splénique, elle est remplie par les leucocytes et les éléments propres ne sont autres que les globules blancs de la 3e catégorie. Ainsi tous les éléments de la rate se retrouvent dans le sang et il est possible qu'ils subissent diverses modifications dans le torrent circulatoire. Ce sont probablement les leucocytes de la 3e variété qui se transforment en globules rouges, car on trouve dans le sang des éléments intermédiaires entre les leucocytes et les hématies.

M. Duval présente à la Société des dessins à l'appui de sa description des origines du facial. A côté des fibres radiculaires de ce nerf, on trouve un faisceau en fer à cheval, racine bulbaire du trijumeau. Lorsqu'on le coupe vers le tiers inférieur, on voit se produire une fonte purulente du globe oculaire. Cette racine de la 5e paire semble aller à la rencontre du centre cilio-spinal.

M. Magnan communique une intéressante observation de paralysie générale. Son malade présenta successivement en 24 heures de l'hémiplégie à gauche, puis des convulsions épileptiformes à droite, enfin une attaque épileptiforme à gauche. A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes: 1° sur l'hémisphère gauche un foyer de congestion active occupant les 2/3 moyens de la frontale antérieure, la partie postérieure des 2e et 3e frontales; 2° sur l'hémisphère droit deux lésions, d'une part un foyer apoplectique de la première frontale, à deux centimètres en avant de la frontale ascendante, d'autre part un foyer de congestion sur les 3 frontales.

M. Charcot fait remarquer que dans une de ces parties, cette observation n'est pas conforme aux faits par lui décrits. Peut-être l'examen du centre ovale, fait à l'état frais, eût-il démontré l'existence d'une lésion sous-jacente aux zones motrices, ce qui suffirait pour expliquer les phénomènes observés.

M. Malassez dépose, au nom de M. Picard, une note sur les rapports de l'urée avec le foie.

M. Franck présente à la Société un appareil qui lui a servi à étudier la commotion et la compression cérébrales. M. Franck attribue les symptômes qu'on observe dans ce cas, et en particulier l'arrêt du cœur et de la respiration, à un spasme vasculaire réflexe des vaisseaux encéphaliques. Il se produirait alors une anémie brusque des centres nerveux.

M. Couty cherche à rendre compte du mécanisme de la

mort, qui survient lorsque des gaz sont introduits dans le système artériel. Souvent, il se produit un arrêt brusque du cœur, probablement par anémie du myélencéphale. D'autres fois, la mort est plus lente : on observe alors une chute progressive de la tension artérielle qui tient sans doute à plusieurs causes : passage de l'air dans les veines, arrêt du sang dans les capillaires, anémie des centres vaso-moteurs. Du reste, on peut introduire une notable quantité de gaz dans l'arbre artériel sans que la mort survienne.

L. Dreyfus-Brisac.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 *novembre* 1877. — Présidence de M. Bouley.

M. J. Guérin, à propos du procès-verbal, déclare que, partisan de l'allaitement maternel, il ne peut cependant méconnaître l'importance pratique du vœu exprimé par le Conseil municipal de Paris, de mettre en expérience l'allaitement artificiel, en s'entourant de toutes les données scientifiques pour faire cette expérience en vue de laquelle la ville de Paris mettrait à la disposition de l'administration de l'assistance publique, soit un terrain convenable, soit une subvention suffisante, soit l'un et l'autre à la fois. Ce vœu n'est ni une utopie, ni une immoralité. Le Conseil municipal de Paris comprend un certain nombre de médecins, soucieux des intérêts de l'humanité, non moins que des progrès de la science. — L'allaitement artificiel est dans beaucoup de cas une nécessité qui s'impose ; sa pratique en est fatalement abandonnée tantôt à l'impéritie aveugle, mais dévouée, tantôt à une industrie coupable. — Les résultats de ce double mode d'emploi ne peuvent que fournir des conclusions erronées et incapables de servir à l'appréciation scientifique et pratique de ce mode d'élevage.

M. Proust, candidat pour la section d'hygiène, fait la lecture d'un mémoire intitulé : *Résultats de l'enquête officielle sur les cas de rage observés en France de* 1850 *à* 1876. — L'auteur, après avoir présenté quelques conclusions sur l'étiologie et la symptomatologie de la rage, formule, comme ressortant de l'enquête générale du comité d'hygiène, quelques vœux au sujet de la prophylaxie de cette redoutable affection. 1° La cautérisation étant jusqu'ici le seul moyen connu de la prophylaxie de la rage, il serait important d'obtenir par des statistiques non seulement le nom du caustique employé, mais la manière dont la cautérisation a été appliquée, le temps qui s'est écoulé depuis l'inoculation rabique jusqu'au moment de la cautérisation. La seule chance de salut qui soit offerte aux personnes mordues, consiste, en effet, dans la cautérisation la plus prompte et la plus complète qu'il soit possible. — La prophylaxie de la rage est la question vraiment pratique : la règle suprême est d'empêcher l'apparition d'une maladie qui n'a pas encore donné un seul cas de guérison. Il appartient aux enquêtes ultérieures de préciser le terme dans lequel une cautérisation énergique peut encore être un moyen de salut. — 2° La transmission contagieuse se faisant souvent par de petits chiens familiers : King-Charles, griffons, dont la maladie, au début, n'inspire aucune défiance, une instruction, ayant pour objet de vulgariser les premiers symptômes de la rage, serait, contre ce genre de contagion, d'une très-grande efficacité. Le chien n'est pas dangereux, seulement au moment où, suivant l'heureuse expression de M. Boulley, il a perdu sa raison. Quand il n'est plus dominé que par les instincts féroces que la maladie a éveillés en lui ; il est plus perfide lorsque le sentiment affectueux est encore vivace, lorsque sa bave étant déjà virulente, il se montre plus caressant que d'habitude à l'égard des personnes qui lui sont familières, et se livre ainsi à des lèchements dangereux. — L'opinion si répandue, que la rage canine se caractérise toujours et nécessairement par l'horreur de l'eau est absolument fausse. Les chiens enragés ont si peu l'horreur de l'eau qu'on en a vu traverser les rivières à la nage pour aller se jeter sur des troupeaux de moutons qu'ils avaient aperçus sur l'autre bord. 3° La police sanitaire, applicable à la race canine, devrait en tout temps recevoir sa rigoureuse application, aussi bien l'hiver que l'été, aussi bien contre les chiens suspects que contre les chiens malades. Les mesures prescrites dans ce cas devraient être : port obligatoire d'un collier règlementaire ; saisie des animaux errants et de ceux qui n'ont pas de collier ; abattage des chiens saisis ; abattage des chiens malades ; abattage ou séquestration pendant 8 mois et dans une fourrière des chiens suspects. Enfin, rappeler dans l'instruction, qu'en cas d'accident grave ou de mort d'homme, le propriétaire du chien enragé peut être poursuivi d'office, sans préjudice des dommages-intérêts qui peuvent être réclamés par les familles.

4° Il serait utile de rappeler aux préfets qu'ils sont armés par les lois et règlements sur la matière, du droit de faire abattre tout animal enragé, et de faire abattre également ou séquestrer pendant 8 mois, les chiens rendus suspects par une morsure.—Tel est, d'après M. Proust, l'ensemble des dispositions qui, strictement suivies, diminueraient certainement le nombre des cas de transmission de la rage des animaux à l'homme et amèneraient peut-être progressivement dans notre pays la disparition d'une cause de mort, la mort par la rage.

M. Gubler fait la lecture de son rapport sur un mémoire de M. Oré (de Bordeaux) faisant suite à son travail sur l'empoisonnement par l'agaric bulbeux. Ce rapport fait ressortir la gravité des lésions intestinales déterminées par l'agaric-bulbeux et relatées dans le travail de M. Oré.

La séance est levée à cinq heures. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de juin 1877. — Présidence de M. Charcot.

20. Abcès du foie. — Dysenterie chronique de nos pays. — Difficultés du diagnostic; par M. Ferdinand Dreyfous, interne des hôpitaux.

D..., 28 ans, plombier, malade depuis longtemps, arrive dans un assez piteux état, le 17 mars 1877. Depuis longtemps il a un écoulement de l'oreille gauche. A 10, 11 ans il eut des douleurs rhumatismales au genou.

Il n'a jamais voyagé, *jamais n'a habité les pays chauds.* Aucun antécédent de tuberculose.

L'an dernier, il a fait ses 28 jours et en est revenu fatigué.

Toutefois, il était bien portant lorsque au mois de janvier de cette année, il fut soigné par un médecin des environs de Paris (Suresnes). Le 12 janvier, il ressentit des douleurs de ventre qui ne paraissent pas à cette époque avoir été accompagnées de diarrhée. En effet le médecin, en raison de sa profession, crut à des coliques de plomb, lui fit des injections de morphine, et ordonna des purgatifs. A la suite de ce traitement il serait entré en convalescence dans le mois de février. Toutefois il aurait pris pendant ce mois jusqu'à dix-sept purgatifs. Sa maladie de foie, pour le praticien et pour lui, aurait commencé au mois de *mars.* A cette époque il a ressenti un violent point de côté à droite (au flanc et au côté droit). Depuis cette époque, dès le lendemain, les selles dysentériques auraient apparu et il rendit dans ses selles « des râclures de boyau ». Jamais il n'a eu de frisson, jamais de jaunisse. On lui mit un vésicatoire au côté droit, et le diagnostic porté fut : *Dysenterie chronique*; *hépatite.* Sur ces entrefaites, n'ayant pas d'amélioration, il se décida à entrer à l'hôpital : il était alors dans l'état suivant :

Etat actuel, 17 *mars* 1877. Amaigrissement considérable (une vingtaine de livres). Face pâle, jaune, cachectique. Fièvre tous les soirs. Anorexie sans inappétence complète : selles fréquentes et peu abondantes avec coliques intestinales.

Voix intacte : M. Audhoui, l'ausculte, trouve la respiration pure. Le foie est considérablement augmenté de volume : il déborde les fausses côtes : il est douloureux à ce niveau à la pression de la main, bien que la matité remonte assez haut dans la cage thoracique.

En présence de ces symptômes M. Audhoui qui avait déjà vu post mortem une hépatite suite de dysenterie de nos pays, accepte le diagnostic du praticien. « *Hépatite suite de dysenterie chronique.* » *Traitement : Calomel 0 gr. 50 c. deux fois aujourd'hui.*

18 *mars.* Ses selles se composent de glaires : elles contiennent du sang pur, des débris sanglants et comme charnus

qui nagent dans un liquide rouge-brun ressemblant à de la lavure de chair. Il dit avoir fait une vingtaine de selles hier, un degré.

20 *mars*. Un gramme de calomel. A la percussion du foie on trouve : hauteurs (verticales).

A l'extrémité interne de la clavicule....	22 cent.
— externe —	25
Ligne axillaire.....................	19
Ligne verticale postérieure...........	16 à 17

On voit donc que la ligne de niveau paraît être une courbe à convexité supérieure, ce qui confirme dans l'opinion d'une affection du foie. Les symptômes généraux font penser à la suppuration : fièvre tous les soirs. Teinte pâle de la face, d'un blanc jaunâtre cireux, se rapprochant de la teinte de la pyohémie plutôt que de celle des phthisiques. Sueurs la nuit.

Douleur tantôt à gauche tantôt à l'hypochondre droit. Il se couche sur le côté gauche, et ne peut pas, dit-il, se coucher sur le côté droit, à cause de la douleur.

22 *mars*. Ce matin la douleur est plus circonscrite au dixième espace intercostal droit en un point limité. — Hier ans une des selles était un ascaride lombricoïde.

22, *soir*. Douleurs lancinantes à gauche. Toujours de violentes coliques, continues ; selles nombreuses, la nuit toutes les heures, le jour toutes les deux heures : on y trouve du sang et des débris d'*apparence* charnue.

23 *mars*. 1/4 de lavement au nitrate d'argent qui n'a pu être gardé.

Depuis une heure, douleur atroce, très-vive, au côté droit, lancinantes (coups de couteau), injection de morphine.

24, *matin*. A fait ce matin une selle composée de matières fécales liquides mêlées de sang et de glaires. — Pilules de diascordium et bismuth. Ce *soir*, il a encore eu une selle ressemblant à des crachats. — *En outre la douleur de l'hypochondre droit est telle que le malade est obligé de s'arrêter en parlant pour respirer*, et qu'il a une insommie presque continuelle. Il ne mange pas et transpire abondamment la nuit.

25 *mars*. Encore cinq ou six selles.

26 *mars*. N'a pas eu de selle dans la journée ni la nuit ; mais ce matin les selles dysentériques ont reparu. A deux heures du soir il prend du laudanum qui arrête la diarrhée: mais les coliques persistent.

28 *mars*. La diarrhée a repris ce matin. Vin.— Viande crue. — 40 gouttes de laudanum.

29 *mars*. Aussitôt qu'il prend du laudanum sa diarrhée s'arrête. Transpire la nuit de tout son corps ; sa tête est couverte de sueurs et ses cheveux sont tout humides.

30 *mars*. Les sueurs abondantes lui sont si pénibles qu'elles l'empêchent de dormir.

1 *avril*. On essaie le tannin 0 g. 20 contre les sueurs profuses.

2. Elles paraissent un peu moindres.

4. La diarrhée est moindre (viande crue et laudanum) ; mais il sue toujours. On veut essayer du *régime lacté pur*.

6. La diarrhée a reparu: l'eau de chaux qu'on ajoute au lait ne l'empèche pas de continuer.

8. Moins de sueurs.

15. Moins de diarrhée.

20 *avril*. On réexamine l'hypochondre droit : la *tumeur fait saillir les côtes* ; il n'y a pas d'œdème de la paroi ; la matité décrit une courbe à concavité inférieure en arrière ; et à la base du thorax, du côté droit, en arrière, on trouve une absence complète des vibrations et la disparition du murmure vésiculaire. Pensant donc avoir affaire à une collection purulente dans le foie, M. Audhoui se décide à faire une *ponction exploratrice*.

21. Elle est pratiquée le 21 avec un trocart très-fin, l'aiguille la plus fine de l'appareil Potain, et ne donne issue *qu'à quelques gouttes de sang*.

25. Douleurs violentes à l'hypochondre droit — injection de morphine. Diarrhée ; *fièvre intense*.

2 *mai*, *matin*. L'état général est toujours déplorable ; le malade épuisé par la diarrhée, les sueurs, ne se nourrit pas. Un nouvel examen de l'hypochondre droit fait penser *à un épanchement pleural*. La voussure est considérable : la matité « *tanquam percussi femoris* » remonte jusqu'au 4e espace dans l'aisselle, et remonte très-haut en arrière. Il n'y a *pas de tumeur*, ni de saillie nette *du côté de l'abdomen*.

Enfin la matité nous semble diminuer ou disparaître pour reparaître ensuite, lors des changements de position du malade.

Hauteur de la matité	dans l'aisselle............	23 cent.
	près de la colonne vertébrale.	17 cent.

Une nouvelle *ponction* est décidée ; on la fait dans *le 8e espace intercostal* en employant le trocart moyen de l'appareil Potain. Les deux premiers demi-litres de liquide aspiré sont d'une couleur brun-rouge (couleur de chocolat à l'eau) ; le dernier demi-litre est un liquide très-épais, moins rouge et plus purulent, d'un jaune verdâtre, ressemblant à de la purée de pois, et qui sort difficilement.

Pendant la ponction le malade est gêné, parce qu'il est obligé de rester appuyé sur son côté gauche un certain temps. En le percutant on trouve une différence très-nette.

Hauteur de la matité	dans l'aisselle	15 cent.
	dans le dos..	16 cent.

On fait ensuite l'injection d'un premier litre d'eau faiblement additionnée de teinture d'iode qu'on aspire ; pour en injecter ensuite un deuxième, puis un troisième, puis un quatrième. En aspirant le 3e litre, le pus avait reparu ; après la dernière injection, le liquide sort clair et transparent.

En percutant après la 2e injection, je constatai un *bruit hydoaérique* très-net dans l'aisselle. — A la fin de l'opération, il avait disparu et la sonorité de la poitrine dans l'aisselle et en avant était normale.

M. Hayem qui a bien voulu examiner le liquide qu'on avait aspiré, n'y a trouvé que des globules de pus. Pour lui ce liquide a les caractères du pus d'ancienne date, quel qu'en soit le siége. T. après l'opération 37°, 2. Traitement : potion de Todd.

Soir. Le malade se sent amélioré ; il est faible, et la rougeur de ses pommettes contraste avec la pâleur de son visage ; les pupilles sont très-dilatées. T. 38°, 4 ; P. 92 ; R. 24. Le foie ne déborde plus les côtes ; le murmure vésiculaire s'entend en avant et en arrière, affaibli, mais très-appréciable. Depuis quelques jours le malade est *devenu sourd de l'oreille droite*.

3 *mai*. Il n'a pas transpiré, demande à manger, mais la diarrhée a encore paru hier et ce soir il rend dans ses selles une sorte de caillot sanguin aplati en forme de membrane ; ventre ballonné. Surdité, bourdonnements d'oreilles. *Poumons* : frottements dans l'aisselle ; souffle doux à la base et en arrière, râles vibrants en avant.

Soir. Il eut dans la journée un accès d'oppression, accompagnée d'une vive douleur au côté droit.

T. 38°,8 ; P. 116 ; R. 32.

4 *mai*. Même état 37°,8 ; P. 100 ; R. 20.

Soir 39°,8 ; P. 108 ; R. 32.

5 *mai*. Soir 39° ; P. 104 ; R. 28.

6. Soir il mange et se trouve mieux.

T. 39°,5 ;

7.	—	T. 38°,8 ; P. 100 ; R. 20. Œdème des membres inférieurs.
8.	—	39°,2 ; P. 116 ; R. 32.
9.	—	38°,8 ; P. 100 ; R. 24.
10.	—	39°,4 ; P. 116 ; R. 28 face bouffie.
11.	—	39° ; P. 108 ; R. 20
12.	—	38°,8 ; P. 104 ; R. 32.

13. T. Ax. 39°, 4.

14. T. Ax. 39°, 3.

Depuis longtemps déjà le malade a de temps à autre des accès d'oppression très-pénibles et qu'on calme à peine par l'application de sinapismes et l'administration du sirop d'éther. Il a toujours 2 ou 3 selles par jour : le pouls est petit ; et l'état général est déplorable.

15. En présence de ces symptômes et surtout de la reproduction de l'épanchement, on se décida à agir à nouveau. En effet les sueurs et la fièvre persistaient. La voussure en arrière, la matité dans l'aisselle avaient reparu : cette dernière occupait *juste* en arrière *le même niveau* qu'autrefois lors de la

première ponction. On entend en arrière un souffle lointain par endroit, tubaire par moment. (Son existence paraît plaider en faveur de la pleurésie). En avant le foie déborde moins les fausses côtes que lors de la première ponction : la matité commence au 3e *espace intercostal* droit et descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal.

Sous la clavicule, on entend la respiration soufflante avec expiration prolongée à droite, et un retentissement très-fort des battements du cœur. T. 37°,4; P. 70; R. 28. On fait une *nouvelle ponction* sur la *ligne axillaire dans le même espace intercostal*. On retire *un litre et demi* de pus légèrement sanguinolent, mais verdâtre, encore épais. On fait ensuite trois injections faiblement iodées, puis une quatrième plus fortement iodée. A la fin, en aspirant ce dernier liquide, on retire encore des grumeaux purulents. *Soir*: T. 38°; P. 96; R. 24. Le malade se trouve mieux ; — la matité a diminué de hauteur. — Souffle à la base du poumon droit et *égophonie vraie* ; *pas d'égophonie aphone*. En présence de cette deuxième opération qui, comme la première, a donné issue à du pus, l'opération de l'*empyème* est décidée en principe, il ne reste qu'à fixer le jour.

16, *soir* : T. 39°; P. 104 ; R. 24. A eu vers 3 heures un accès d'oppression.

17. Quelques nausées ; oppression violente ; les selles dysentériques continuent.

18. Journée un peu meilleure; toujours des accès d'étouffement.

19. Même état.

20 *matin*. Le malade se plaint de gène pour avaler : il a du *muguet*. A la percussion, en avant : il y a de la *submatité sous la clavicule droite*, c'est-à-dire à un endroit où jusqu'ici il n'y en avait jamais eu, puis matité dans toute la hauteur. En arrière la matité remonte jusqu'à 2 ou 3 centimètres de l'épine de l'omoplate. Murmure vésiculaire lointain, pas de pectoriloquie aphone. En somme ce qui nous frappe *c'est la rapidité de la reproduction du liquide* dans la plèvre.

21 *matin*. A l'auscultation souffle amphorique à la base du thorax, et à la partie antérieure.

La dernière ponction datait du 15 ; en cinq jours l'épanchement s'était reproduit, l'état général n'avait fait que s'aggraver ; il avait apparu du muguet ; le malade est un peu écorché à la région sacrée. Il n'y avait pas de temps à perdre. M. Guérin fut appelé pour pratiquer l'opération de l'empyème. Le malade fut placé sur le côté sain ; on choisit *l'espace intercostal où avaient été faites les deux ponctions*. M. Guérin arrive sur la plèvre, l'incise. Et quel n'est pas notre étonnement de voir sortir du liquide *séreux*, un peu louche, mais sérofibrineux.

Mardi dernier, nous plaçant au même espace (un peu plus en avant, il est vrai) nous retirions du pus dense, difficile à aspirer. Et aujourd'hui il s'échappe par l'incision un liquide séreux. Nous devions avoir à l'autopsie l'explication de ce fait bizarre et malheureux. Quoi qu'il en soit, un tube à drainage est laissé à demeure, puis un pansement ouaté appliqué sur la poitrine.

Soir. Il souffre dans le ventre et au creux épigastrique ; grande gêne respiratoire ; facies très-altéré. *Traitement* : rhum, bagnols ; opium 0 gr. 05.

22 *matin* : le pouls n'est pas trop petit ; mais il y a des intermittences de temps à autre. Se plaint toujours du ventre et de la gêne respiratoire qu'il attribue au pansement.

23. Il répond avec difficulté, ne veut pas être changé de position ; bouche sèche, dents noires, fuligineuses ; prostration profonde.

24. Mort dans la matinée.

AUTOPSIE faite le 25 mai 1877.

Thorax: La moitié droite du thorax est diminuée par la présence d'une tumeur sous-diaphragmatique qui refoule le poumon droit. Les deux *poumons* sont sains ; il y a seulement de la splénisation aux deux bases ; le poumon droit considérablement diminué offre quelques adhérences au diaphragme.

La plèvre pariétale droite est rouge, vascularisée : il n'y a pas de liquide dans la cavité (le liquide a été évacué au moment de l'empyème) ; elle offre en un mot les lésions qui se rapportent à une pleurésie sérofibrineuse récente.

Si l'on considère les points où ont été faites les ponctions, et celui où a été pratiquée la pleurotomie, voici ce que l'on constate : Les deux piqûres ont été faites *dans le 8e espace intercostal* droit, l'une plus en avant, l'autre plus en arrière. L'aiguille a dès lors pénétré dans le cul-de-sac costodiaphragmatique. Elle a alors pénétré dans la tumeur sous-diaphragmatique en traversant le feuillet pleural, le diaphragme, puis le péritoine, et enfin le foie. A ce moment, si nous nous en rapportons aux phénomènes cliniques, il n'y avait pas encore d'épanchement pleural, et les plèvres sous-diaphragmatique et costale étaient étroitement appliquées l'une contre l'autre. Au contraire, lors de l'empyème, ces deux feuillets étaient séparés par une *couche* de liquide interposé.

Cœur : normal. — Péricarde très-mince au point de laisser apercevoir le cœur par transparence.

Cavité abdominale. A la surface des anses intestinales se voient des produits pseudo-membraneux verdâtres encroûtés de pus. La cavité péritonéale contient un liquide louche : de plus dans la fosse iliaque droite et le petit bassin on trouve du vrai pus liquide ; phlegmoneux ; le feuillet pariétal est très-épaissi et recouvert de fausses membranes.

Viscères : L'estomac n'a rien de particulier ; l'intestin grêle n'offre pas d'ulcération. C'est surtout le *gros intestin* qui offre des altérations importantes. D'abord les parois sont considérablement épaissies et ses différentes tuniques, infiltrées, se distinguent facilement par une section longitudinale de l'intestin. La couche musculaire, et la couche celluleuse sous-muqueuse, grisâtre ont chacune près de 3 millimètres d'épaisseur. Enfin la muqueuse offre des altérations intéressantes à la face interne du cœcum et au milieu du colon transverse.

Partout ailleurs jusqu'à l'anus les parois sont seulement épaissies. Nous décrirons les altérations du cœcum qui sont les plus marquées : toute la muqueuse est ulcérée ; elle est littéralement couverte d'*ulcérations* de profondeur et de dimensions variables, mais de forme et de direction toujours les mêmes. Toutes sont arrondies, à bords taillés à pic ; toutes ont leur grand diamètre transversal. Les plus petites ont les dimensions d'une pièce de 0, 20 centimes ; les plus grandes ayant jusqu'à 2 centimètres de longueur. Le fond est formé soit par la celluleuse grisâtre et sphacélée, soit par les fibres musculaires circulaires, nettement visibles, soit enfin par le péritoine lui-même. Souvent le fond de l'ulcère est recouvert ou par du pus concret qui se détache facilement, ou par une pseudo-membrane grisâtre. Les parties qui entourent l'ulcère sont en général pleines ; les ulcérations les moins avancées sont entourées d'un bourrelet muqueux circulaire. Il ne reste guère de muqueuse saine dans le cœcum. Et les bords des ulcérations sont en même temps en rapport avec trois ou quatre ulcérations contigües. Les altérations se prolongent dans le colon ascendant sur une hauteur de six centimètres. — Enfin l'appendice du cœcum n'est qu'une surface suppurante ; sa cavité est pleine de pus grisâtre. Il est impossible d'y distinguer les altérations de chaque tunique. (Pas d'ulcérations dans le rectum.)

Rappelons que la péritonite était surtout marquée dans la fosse iliaque droite. Tous les ganglions, mésentériques, sous-hépatiques, ceux qui avoisinent le cœcum, ceux du petit bassin sont tuméfiés.

Reins : pâleur, anémie ; pas de dégénérescence amyloïde. *Rate* : rien à noter.

Foie. Le foie occupe l'hypochondre droit qu'il déborde en bas; il occupe l'épigastre et l'hypochondre gauche. Mais surtout il remonte du côté du thorax. Au-dessous du diaphragme on sent une collection liquide, rénitente, mais très-nettement fluctuante, ayant le volume d'un œuf d'autruche, recouverte par le centre aponévrotique. On peut donc penser soit à une péritonite circonscrite (thèse de Foix), soit à un abcès du foie.

Une ponction pratiquée avec précaution donne issue *à un litre de pus* phlegmoneux. Enfin, une incision suivant la hauteur du foie, permet de reconnaître le siége et les rapports de l'abcès. C'est une véritable poche kystique, de toutes parts limitée par une membrane blanchâtre. Lisse à sa face adhérente, où elle est en rapport avec le tissu hépatique, elle est au contraire tomenteuse à sa face libre, et donne insertion à

des débris pseudo-membraneux dont quelques-uns ont une longueur de 5, 6 centimètres, et qui rappelleraient le contenu de certains kystes hydatiques suppurés. D'une façon générale la poche est régulièrement arrondie. On peut cependant distinguer une paroi inférieure en rapport avec le tissu hépatique proprement dit, une face supérieure dont l'épaisseur, en certains points, est moindre d'un centimètre, et qui cependant est formée de dedans en dehors par les couches suivantes :

1° Membrane kystique; 2° une mince couche de tissu hépatique; 3° le péritoine (ses deux feuillets adhérents); 4° le diaphragme; 5° la plèvre; le tout intimement soudé. Quant au tissu du foie, qui entoure la poche, il est refoulé, aplati, comprimé. Pas de pus dans la veine porte.

Réflexions. — Avait-on là un kyste suppuré ou un abcès? L'existence de la membrane kystique, l'aplatissement du tissu hépatique voisin parlaient en faveur de la première opinion.

La clinique pouvait-elle juger le différend? La dysenterie et l'hépatite avaient apparu en même temps. Mais l'existence seule de la dysenterie n'est-elle pas un argument en faveur de l'abcès du foie, sans admettre l'existence d'un kyste hydatique qui aurait coïncidé avec la dysenterie?

Nous demandâmes à l'histologie de nous éclairer à son tour Voici la note qu'a bien voulu me remettre mon excellent ami M. Chambard.

La pièce à examiner consiste en une portion de la paroi de l'abcès excisée au niveau de la région du foie qui était adhérente au diaphragme. Après durcissement dans l'alcool, la gomme et l'alcool, des coupes sont pratiquées normalement à la surface de l'organe, coloriées par le picro-carminate d'ammoniaque et conservées dans la glycérine additionnée de 10/100 de cette matière colorante.

A. — *Vue d'ensemble.* — A un faible grossissement, Ocul. 1, obj. 2. Hartn. permettant de voir l'ensemble de la préparation, on constate que celle-ci présente en procédant de dehors en dedans les cinq plans suivants : 1° la séreuse pleurale diaphragmatique; 2° le diaphragme; 3° le tissu hépatique qui, même à ce grossissement paraît considérablement altéré; 4° une membrane fibreuse, membrane enkystante de l'abcès; 5° une couche granuleuse qui repose à l'endroit pultacé et friable qui revêtait les parois de la cavité remplie de pus.

B. — *Analyse des préparations.* — 1° Plèvre diaphragmatique. Rien de particulier. Légère infiltration de cellules lymphatiques autour des fentes lymphatiques.

2° *Section transversale du diaphragme.* — Les faisceaux musculaires apparaissent coupés en travers. Aucune altération, ni des parois qui les constituent, ni du tissu conjonctif qui les sépare.

3° *Foie.* — La lame de tissu hépatique qui sépare l'abcès de diaphragme est assez mince. Son épaisseur est d'environ un centimètre. A un faible grossissement on voit déjà les résultats de la compression excentrique qu'elle a dû subir : Les espaces interlobulaires notablement agrandis sont allongés dans le sens de la surface de l'organe, il en est de même des lobules qui ont perdu toute forme distincte et n'apparaissent plus que comme des traînées plus foncées, parallèles entre elles et dirigées dans le même sens. Cet aplatissement des lobules hépatiques est porté à son maximum dans les régions les plus voisines de la membrane fibreuse enkystant l'abcès.

Ces différences de degré de l'altération subie pas le parenchyme hépatique, selon qu'on l'observe immédiatement au-dessous du diaphragme ou au voisinage de la collection purulente, nous oblige à l'étudier dans ces deux conditions.

A. — *Parenchyme hépatique loin de l'abcès.* — Les espaces interlobulaires sont considérablement agrandis et entièrement formés de tissu fibreux. Ils sont aplatis et dirigés dans le sens que nous avons indiqué. On y trouve la division interlobulaire de la veine porte et de l'artère hépatique ainsi que de nombreuses divisions de conduits biliaires interlobulaires très-apparents et même un peu dilatés et dont le revêtement épithélial est intact. Les lobules sont également aplatis dans leur ensemble. Leur veine centrale a disparu. Les capillaires sanguins interlobulaires qui n'offrent plus de direction déterminée sont considérablement dilatés et remplis de sang. Les cellules hépatiques sont aplaties, atrophiées, leur noyau a cessé d'être visible. Sur un grand nombre de points, la dilatation des capillaires interlobulaires poussée à l'extrême a provoqué une atrophie presque complète des cellules hépatiques qui leur sont interposées. En cet endroit la lésion ressemble à celle qui peut être observée dans les foies muscades très-avancés.

B. — *Parenchyme hépatique près de l'abcès.* — Dans cette région la distinction entre les lobules et les espaces interlobulaires ne peut plus être reconnue. Le tissu hépatique ne consiste plus qu'en traînées irrégulières de cellules très-aplaties et presque méconnaissables, séparées par des fibres conjonctives. Cette région est parcourue par des traînées fibreuses dans lesquelles on retrouve intactes les branches de la veine porte et de l'artère hépatique ainsi que de nombreux canaux biliaires parfaitement conservés.

4° *Membrane enkystante.* — Se continue insensiblement avec la zone hépatique forme des lames conjonctives parallèles séparées par des lits de cellules plates, elle se rapproche du type de tissu conjonctif dit engerinaut.

5° *Zone granuleuse.* — Au fur et à mesure qu'on se rapproche de la cavité de l'abcès on voit des fibres conjonctives de la membrane précédente devenir plus minces et les cellules plates qui les séparent se gonfler et tendre à devenir globuleuses. Bientôt entre les fibres conjonctives dissociées apparaissent de nombreuses cellules lymphatiques et une matière granuleuse; la partie de la zone granuleuse qui était en contact avec le pus est formée de fibres conjonctives rares et toutes fines et dissociées par une matière grenue, très-riche en cellules lymphatiques.

Résumé et définition histologique. — La pièce examinée fait partie des parois d'un abcès du foie *actuel* quelle qu'ait été primitivement la nature et la composition du liquide que contenait la cavité que limite cette paroi. Ce liquide, examiné peu de temps après l'autopsie ne contenait ni membranes hydatiques, facilement reconnaissables, ni crochets d'échinocoques.

La zone la plus interne des préparations représente la section d'une membrane fibreuse qui entourait et enkystait la collection purulente. Les régions internes de cette zone sont le siége d'un processus irritatif qui tend à faire revenir à l'état embryonnaire les cellules plates du tissu conjonctif et sont infiltrées de cellules lymphatiques. Cette membrane conjonctive était donc, par la zone interne la source d'une production purulente encore en pleine activité.

En dehors de cette membrane enkystante se trouve le foie qui est le siége d'altérations considérables. La pression qu'il subit de dedans en dehors, aplatit les lobules au point d'effacer leur veine centrale et de rendre leur forme méconnaissable. D'autre part il existe une hépatite interstitielle qui débute par l'agrandissement des espaces interlobulaires et concourt avec le refoulement exercé par la collection purulente à amener l'atrophie des lobules et individuellement des cellules qui les constituent. Enfin les lobules sont le siége d'une congestion capillaire, énorme en certains points, qui a pour conséquence en beaucoup d'endroits la disparition presque complète des cellules hépatiques. Plus en dehors encore se trouvent le diaphragme et la plèvre diaphragmatique qui n'ont subi aucune altération.

Résumé. — Les faits intéressants à noter dans cette observation sont relatifs à la clinique, et à l'anatomie pathologique,

Au point de vue *anatomique*, j'insisterai : 1° Sur le siége des ulcérations qui ont pour lieu d'élection le cœcum et non le rectum; 2° le volume considérable de l'abcès du foie; 4° la rareté de ces abcès consécutifs *à une dysenterie chronique de nos pays.* M. Audhoui a vu un autre cas de suppuration du foie consécutif à une dysenterie de nos pays. Mais on trouva à l'autopsie de petits abcès multiples, disséminés dans l'épaisseur du foie, et non pas une collection purulente, *volumineuse, unique, bien limitée*; 4° l'impossibilité de retrouver histologiquement aucune trace de la membrane kystique, dans l'hypothèse d'un kyste hydatique suppuré.

Au point de vue clinique, on doit retirer de ces faits un enseignement pratique important.

Lorsqu'on se décide à faire l'opération de l'empyème, *au moment même* où l'on va faire l'incision, il faut *toujours faire une ponction exploratrice*, alors même qu'on aurait fait la veille une ponction suivie d'évacuation de pus. M. Moutard-Martin signale un cas où Trousseau, sûr du diagnostic d'après les seuls signes rationnels, fit la pleurotomie pour une pleurésie séreuse. Nous avions ici plus que des signes rationnels pour nous faire croire à un épanchement purulent. Et c'est ce qui explique qu'on n'ait pas fait de ponction au moment même de l'opération.

M. Houel, met sous les yeux de la Société une pièce anatomique déjà présentée par M. Verneuil à la Société de chirurgie. Il s'agit d'un cas de *spina-bifida*, dans lequel une exostose s'insérant sur le corps et les disques des vertèbres lombaires et ayant la forme d'un fer de lance, fait saillie dans le canal rachidien et divise la moelle sur la ligne médiane. Cette pièce est déposée au musée Dupuytren.

Séance du 5 juillet 1877. — Présidence de M. Charcot.

1. Abcès du ligament large gauche; pelvipéritonite avec abcès pelvien communiquant avec la vessie; rétrécissement du rectum; par M. F. Balzer, interne des hôpitaux.

Gad..., âgée de 40 ans, sage-femme, était entrée le 24 octobre 1877, au n° 9 de la salle Saint-Joseph, à l'hôpital Temporaire. Cette malade était donc depuis deux mois à l'hôpital, lorsque M. Lépine prit la direction du service le 25 décembre 1876. Les renseignements sur son état antérieur et ses antécédents sont fort incomplets : nous savons seulement qu'elle a eu deux grossesses, suivies chacune d'une pelvipéritonite, et c'est à la suite de la dernière qu'elle est entrée à l'hôpital. On sait aussi qu'elle n'a jamais été bien portante depuis son premier accouchement, et qu'elle a toujours souffert dans le bas-ventre. Au moment où nous l'observons, elle continue à éprouver de temps en temps des douleurs assez vives du côté du petit bassin, mais l'attention est surtout attirée par les symptômes d'une cystite chronique accompagnée d'évacuation considérable de pus. La quantité d'urine est à peu près normale, elle est habituellement rouge, très-fétide, et le dépôt purulent occupe ordinairement dans le vase le tiers de la hauteur du liquide, et présente souvent une teinte brunâtre. La miction n'est pas très-douloureuse, mais elle a lieu fréquemment.

La constipation est très-intense : la malade ne va à la selle qu'avec des purgations légères ou des lavements. Appétit presque nul. Aucun trouble notable du côté du cœur et des voies aériennes. La malade se plaint de temps en temps de ressentir des douleurs à la partie antérieure des cuisses, sur le trajet du nerf crural. Le ventre est légèrement ballonné, et très-sensible à la palpation dans la région sus-pubienne.

La malade se maintient à peu près dans le même état pendant tout le mois de janvier. La quantité de pus varie quotidiennement dans les urines ; elles conservent toujours la même odeur infecte. Elle prend comme traitement des capsules de térébenthine. L'amaigrissement n'est pas très-marqué et ne paraît s'effectuer qu'avec beaucoup de lenteur. Elle se plaint souvent de douleurs assez vives dans la région lombaire.

27 *janvier*. La malade ressent dans la journée des douleurs très-vives qui, après s'être fait sentir dans le bas-ventre, envahissent rapidement tout l'abdomen. On apprend que la malade a des frissons depuis trois ou quatre jours. Le facies est grippé, la langue rouge, les yeux excavés. Plusieurs vomissements de bile dans la journée. Constipation opiniâtre.

28 *janvier*. Même état. Prescription : frictions sur le ventre avec l'onguent mercuriel belladoné. Eau de seltz; potion de Rivière. Lavement avec 1 gramme de sulfate de quinine.

29 *janvier*. Les vomissements ont cessé depuis hier. Le ventre continue à être très-douloureux, complétement inaccessible à l'exploration. La malade a été très-soulagée par une injection sous-cutanée de 0,01 centigramme de chlorhydrate de morphine. On continue le sulfate de quinine.

1er *février*. La langue est rouge, et présente en plusieurs points les dépôts blanchâtres caractéristiques du muguet. Collutoire au borax.

3 *février*. Les vomissements recommencent. Apparition de la diarrhée. Le muguet a disparu. L'urine renferme toujours la même quantité de pus; de plus, on croit apercevoir des parcelles de matières fécales. En examinant un jour une matière jaunâtre, épaisse, semblable à du pus concret, on voit au microscope qu'elle est constituée par une quantité considérable de cristaux d'acides gras.

Les jours suivants, on essaye des injections intra-vésicales avec une solution très-étendue d'acide salicylique : l'injection revient colorée en brun, et entraînant des débris noirâtres semblables à ceux qu'on a déjà observés dans l'urine. Ces injections désinfectent un peu l'urine, mais elles sont mal supportées par la malade, et les douleurs atroces qu'elles occasionnent obligent à les faire cesser. Les vomissements sont très-rares, et la malade conserve le sommeil, grâce aux injections de morphine. Mais rien ne peut arrêter la diarrhée qui a succédé à la constipation opiniâtre du début, et la malade s'affaisse rapidement. — Mort le 11 février.

Autopsie. Les deux poumons sont congestionnés aux deux bases. Le cœur est sain, rempli de caillots noirs.

La cavité péritonéale ne renferme pas de liquide : la séreuse paraît normale, à sa partie inférieure, sur le foie et dans la région épigastrique. La rate, au contraire, est enclavée au milieu des adhérences : elle est d'ailleurs saine ainsi que le foie. Les reins sont également normaux : les bassinets présentent seulement une injection assez vive.

A la partie inférieure de l'abdomen, on voit les organes du petit bassin recouverts par les anses de l'intestin grêle qui leur sont étroitement accolées par des adhérences anciennes et très-serrées. En voulant détacher celles qui unissent l'épiploon à l'utérus et au ligament large gauche, on arrache une portion de celui-ci, et l'on voit s'écouler un flot de pus concret. Pour ne pas détériorer davantage les organes du petit bassin, on scie de chaque côté les deux branches du pubis : on obtient ainsi facilement tout le paquet formé par le rectum et les organes génito-urinaires. On constate d'abord que le ligament large gauche ne forme plus qu'une vaste poche, pouvant contenir environ un verre de pus, et ne présentant aucune communication avec les organes voisins. Ses parois ont de deux à quatre millimètres d'épaisseur; elles sont recouvertes par le péritoine, parfaitement lisse à l'extérieur, sauf au niveau des adhérences épiploïques ; elles présentent une face interne, inégale et tomenteuse. On retrouve facilement, dans leur épaisseur, la trompe à la partie supérieure, et l'ovaire, qui est atrophié, à la partie inférieure et externe.

Ce phlegmon du ligament large a entraîné une déviation considérable de l'utérus qui est attiré à gauche, ainsi que le vagin. L'utérus est en outre très-congestionné, et paraît augmenté de volume dans tous ses diamètres. Le ligament large droit n'est pas enflammé, mais l'ovaire droit renferme plusieurs kystes, du volume d'une noisette ; le plus gros, offre la grosseur d'un œuf de poule.

Par suite de la déviation utérine et de l'existence d'un autre foyer que nous allons décrire, le rectum et la vessie ont contracté des rapports anormaux, et se trouvent en contact immédiat sur la ligne médiane : de chaque côté du rectum, on voit un vaste foyer irrégulier et anfractueux, qui l'entoure de tous côtés. Ce foyer, dont les parois sont noirâtres et indurées, s'étend en bas presque jusqu'au voisinage de l'anus ; en haut, il remonte jusqu'à la partie moyenne de la face postérieure de la vessie. A ce niveau, après avoir ouvert la vessie, dont les parois épaissies et inégales présentent une coloration ardoisée très-prononcée, on voit en pressant à la partie postérieure du foyer périrectal, sourdre sur la muqueuse un liquide purulent par une fente extrêmement étroite, succédant à un trajet fistuleux irrégulier. Ce trajet, dans lequel le stylet s'engage difficilement, se dirige de haut en bas, en formant une soupape de façon à empêcher le passage de l'urine dans le foyer. Au contraire, les matières contenues dans le foyer pourraient y pénétrer assez facilement, et l'on cherche alors s'il n'existe point de communication avec le gros intestin.

Celui-ci présente un calibre très-réduit et des parois

épaisses et contractées. En l'incisant de haut en bas, on arrive dans une sorte de cul-de-sac situé au niveau des adhérences avec la vessie. Arrivé là on éprouve une certaine difficulté à trouver le bout inférieur de l'intestin pour l'inciser. Au lieu de se continuer directement avec le bout supérieur, il forme avec celui-ci un angle droit dans l'étendue de quatre centimètres environ, puis il se continue avec le rectum, après avoir présenté un nouveau coude à angle droit. Le calibre de l'intestin est très-rétréci dans la portion horizontale de ce trajet : il permet à peine l'introduction du petit doigt. On ne voit pas de perforation de l'intestin ; mais l'amincissement de sa paroi au niveau du cul-de-sac que nous avons signalé, permet de supposer qu'il a dû exister en ce point une petite fistule qui aura pu s'oblitérer ultérieurement. De plus, en détachant les adhérences très-étroites qui unissent à ce niveau la vessie et l'intestin, on voit que le foyer périrectal forme en ce point un clapier étroit, au fond duquel on trouve l'orifice externe du trajet fistuleux qui s'ouvre dans la vessie.

Dans toute l'étendue de la portion sinueuse de l'intestin, la muqueuse est saine, excepté au niveau du point aminci; l'inflammation n'a donc vraisemblablement porté que sur la séreuse, et c'est à elle qu'il faut rapporter la formation des adhérences qui ont changé la direction normale de l'intestin et amené cette forme assez rare de rétrécissement. La pièce offre, en outre, un exemple très-net de phlegmon parfaitement limité au ligament large, fait d'autant plus remarquable qu'il existait en même temps une pelvipéritonite ancienne avec vaste foyer périrectal communiquant avec la vessie. Ces lésions, qu'on a rarement l'occasion d'observer, nous ont paru présenter assez d'intérêt pour que nous ayons cru pouvoir présenter cette pièce à la Société, malgré les lacunes de l'observation clinique.

2. Guérison spontanée d'un kyste hydatique du foie ; par M. A. Surre.

Cette pièce anatomique a été trouvée à l'Ecole Pratique sur un sujet déjà avancé en âge, destiné aux travaux de médecine opératoire. C'est une *tumeur* du volume d'une mandarine développée en partie sur le bord gauche du foie. Elle est inégalement sphérique, un peu aplatie sur le côté libre, rosée, à surface lisse rénitente. A la coupe, elle offre une résistance fibreuse. Incisée, elle présente une cavité dont le diamètre vertical est de 24 millim., et le diamètre transversal de 28 millim.. Les parois ont une épaisseur qui varie entre 2 millim. à la partie externe et 9 millim. à la partie supérieure et à l'inférieure ; celle attenant au foie mesure 5 millim. Elles sont rosées sur leur moitié externe et d'un gris jaunâtre sur leur moitié interne ; elles paraissent formées de couches concentriques, disposition qui leur donne un aspect feuilleté.

L'*examen microscopique* fait au laboratoire de la Charité par M. J. Renaut a montré que cet aspect feuilleté était formé, non par une vésicule hydatique proprement dite, mais par des couches superposées de tissu fibreux offrant une structure tout à fait analogue à celle des plaques fibreuses de périhépatite ou de périsplénite.

La paroi interne, formée par la vésicule mère, est épaissie et semble être par places le siége de concrétions ; sur les autres points, elle laisse voir par transparence la couche moyenne qui présente un aspect jaune et granuleux et dont elle peut être facilement détachée.

La poche renferme un grand nombre d'hydatides dont les plus petites ont le volume d'une tête d'épingle, tandis que les plus grosses ont dû atteindre le volume d'une amande. Quelques-unes sont encore adhérentes aux parois de la vésicule mère. Toutes ont perdu leur transparence, toutes sont affaissées sur elles-mêmes ; elles sont mortes, mais elles sont encore distinctes et n'ont point été transformées en un magma sébacé tel que celui que décrivent les auteurs. A la partie supérieure, au niveau du point où le kyste s'élève au-dessus de la face supérieure du foie, est un diverticulum pouvant à peine contenir un haricot. Il renferme une vésicule également opaque et affaissée. — Le tissu hépatique, situé au voisinage de ce kyste, était sain.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

I. Du sarcocèle syphilitique ; leçons professées par M. le dr Alfred Fournier, recueillies et rédigées par A. Pichard. Paris, Delahaye, 1875.

II. De l'épididymite syphilitique, précédé de quelques considérations sur les périodes secondaire et tertiaire, par le dr Adolphe Balme. Paris, Delahaye, 1876.

III. Etude clinique sur la glossite interstitielle syphilitique; par le dr Anatole Hugonneau. Paris, Delahaye, 1876.

IV. Cas de syphilis gommeuse précoce et réfractaire à l'iodure de potassium; par le dr Ch. Mauriac. Paris, Delahaye.

V. Des laryngopathies pendant les premières phases de la syphilis ; par les drs Krishaber et Ch. Mauriac Paris, Masson, 1876.

VI. Les syphilitiques de la campagne de Fernand Cortès ; par le dr Jourdanet. Paris, G. Masson, 1877.

VII. Expériences sur l'inoculabilité de quelques lésions de la peau ; par le dr C. S. Douaud (de Bordeaux).

I. Parmi les questions de clinique délicates que soulèvent les tumeurs du testicule, l'une des plus intéressantes a trait à l'influence de la syphilis sur cet organe. En effet, la notion parfaite des altérations que la vérole peut amener dans l'appareil testiculaire, permet au clinicien de sauver beaucoup de testicules qu'on eût jadis sacrifiés et de procurer aux malades par l'application du traitement spécifique une de ces guérisons rapides et brillantes que notre art nous permet trop rarement d'obtenir. M. Fournier a fait à Lourcine une série de leçons recueillies par M. Pichard, dans lesquelles se retrouvent les remarquables qualités de lucidité et de précision qui sont la marque de son talent. Il étudie successivement : 1° L'épididyme secondaire ; 2° le sarcocèle scléreux; 3° le sarcocèle gommeux.

L'épididyme secondaire, bien décrit il y a une quinzaine d'années par M. Dron, de Lyon, consiste dans la production d'une nodosité dure et indolente, ne dépassant pas le volume d'une olive, souvent beaucoup plus petite, occupant presque toujours la tête de l'épididyme (globus major) rappelant par sa consistance l'induration chancreuse et guérissant par le traitement spécifique des accidents secondaires. Cette lésion est intéressante, surtout au point de vue du diagnostic avec l'épididymite blennorrhagique et avec le tubercule de l'épididyme.

En traitant du sarcocèle scléreux, M. Fournier rapproche avec soin cette sclérose du testicule de la sclérose du foie et du rein. Il montre comment l'hypertrophie conjonctive des cloisons interlobulaires et de l'albuginée augmentent d'abord le volume de la glande spermatique pour l'atrophier ensuite lorsque la période de rétraction du nouveau tissu est arrivée. Le sarcocèle gommeux ne serait pour M. Fournier que la production de gommes soit circonscrites soit diffuses dans un tissu de sclérose à la première période. L'aboutissant de ce processus pathologique pourrait être le fongus bénin du testicule.

La symptomatologie et le diagnostic du testicule syphilitique sont étudiés par M. Fournier avec une méthode parfaite : l'indolence, la bilatéralité fréquente de la tumeur, son volume médiocre, l'absence de bosselures sont indiqués comme moyens de diagnostic et enfin, chose qu'on doit toujours avoir présente à l'esprit, l'iodure de potassium administré pendant quelques semaines vient trancher la question soit en guérissant le malade soit en éliminant l'idée de syphilis, dans le cas où l'on n'obtiendrait aucune amélioration.

II. M. Balme étudie dans sa thèse l'épididymite syphilitique en elle-même et au point de vue de ses rapports tant avec les autres lésions testiculaires de la syphilis qu'avec l'évolution générale de cette maladie constitutionnelle. Je ne reviendrai pas sur la description de l'épididyme secondaire, que j'ai résumée plus haut en quelques lignes, je me bornerai à dire que la thèse de M. Balme est fondée sur un certain nombre d'observations très-bien prises, empruntées pour la plupart à M. Fournier.

En passant, un mot de statistique : sur deux mille trois cents observations empruntées à la clientèle civile de M. Fournier, M. Balme a relevé soixante-dix cas de sarcocèle syphilitique sur lesquels l'épididyme était altéré trente fois. Treize fois seulement, l'épididyme seul était pris.

Je terminerai en résumant une opinion de M. Balme sur les périodes de la syphilis, opinion qui ne me paraît pas acceptable sans restriction : comparant la vérole à une graine et le vérolé à la terre ensemencée, il pense que la syphilis peut s'arrêter dans son évolution et sommeiller pendant plusieurs années pour reprendre ensuite sa marche et donner lieu à des accidents secondaires, si c'est à la période secondaire que le temps d'arrêt s'est montré. On pourrait donc voir des accidents secondaires survenir de longues années après le début de la syphilis.

Si la syphilis devait nécessairement parcourir la série des accidents dits secondaires avant d'arriver aux accidents tertiaires, la comparaison de M. Balme se justifierait; mais on sait aujourd'hui que les choses sont loin de se passer toujours ainsi; que les accidents intermédiaires (syphilides ulcéreuses) ou franchement tertiaires (gommes, etc.), peuvent apparaître presque d'emblée. Nous ne pouvons constater là une évolution semblable à celle de la graine qui germe et dans laquelle chaque modification amène nécessairement une modification ultérieure, pourvu que les conditions de terrain, d'atmosphère, d'humidité soient convenables. La comparaison de M. Balme est jolie et ingénieuse, mais il y a quelquefois de l'inconvénient à trop vouloir simplifier les choses.

III. Certaines lésions curieuses et peu communes de la langue ont eu depuis quelques années le privilége de fixer l'attention des observateurs; c'est ainsi qu'on a étudié le psoriasis de la langue et sa tendance à aboutir au cancroïde; l'ulcère tuberculeux de la langue et depuis quelques années seulement le glossite syphilitique.

D'après M. Hugonneau, Wunderlich aurait signalé dès 1854, sous le nom de glossite disséquante, une affection chronique de la langue présentant tous les caractères de la glossite interstitielle syphilitique; mais c'est au Dr Saison (thèse de Paris, 1870) que revient l'honneur d'avoir rapproché l'effet de la cause et montré la syphilis derrière la lésion linguale.

Cette affection étant rare et peu connue, on ne nous saura peut-être pas mauvais gré de résumer rapidement son histoire. Elle est à la langue ce qu'est au testicule le sarcocèle syphilitique, elle consiste dans l'inflammation scléreuse des nombreuses cloisons qui, partant de la membrane fibro-muqueuse de la langue, séparent les uns des autres les faisceaux musculaires délicats qui composent cet organe.

La maladie débute toujours par la face dorsale de la langue; elle commence par être superficielle et n'envahit que plus tard le parenchyme lingual; elle est plus fréquente chez l'homme (alcool, tabac, etc.) que chez la femme.

Elle comprend une période hypertrophique et une période atrophique. Dans la première, la langue grosse, dure, douloureuse, présente sur sa face dorsale des sillons creux, remplis d'épithélium macéré; on y observe des papilles volumineuses et souvent des ulcérations qui siégent dans nombre de cas sur les points où la langue est en contact avec les dents; d'autres fois ce sont des ulcérations fissuraires occupant le fond des sillons décrits plus haut.

La seconde période consiste dans la rétraction du nouveau tissu; elle détermine la formation d'un sillon profond antéro-postérieur et plusieurs sillons irréguliers présentant des papilles que recouvre un épithélium macéré. Enfin l'atrophie augmentant la langue devient tout à fait ligneuse, lisse, luisante, divisée en petits lobules et donne la sensation d'une langue de bois. — Le traitement spécifique qui paraît avoir quelque action au début de la maladie devient complétement inutile lorsqu'elle est très-avancée.

IV. Nous disions plus haut que la syphilis est loin de se conformer toujours au programme que lui ont tracé les syphiliographes. Le cas rapporté par M. Mauriac en est une preuve bien remarquable et montre aussi, comme cet auteur le fait observer, que l'on ne saurait baser un pronostic sérieux sur le plus ou moins de gravité de l'accident primitif. Nous voyons en effet dans l'observation qu'il rapporte, un malheureux jeune homme de dix-neuf ans qui, après six mois de continence, après un seul rapport sexuel, voit au bout de vingt-cinq jours un chancre se développer. Cinq semaines après le début, il est pris d'une faiblesse musculaire intense d'un état vraiment cachectique, en même temps que d'une roséole discrète. Dix semaines après le chancre, apparition sur la jambe droite d'une gomme qui s'ulcère. Bref, pendant près de quatre ans, le malade présente une série de gommes et enfin une arthropathie grave du genou. Toutes ces lésions évoluent sans paraître influencées par le traitement spécifique administré dans toute sa rigueur.

Ces faits de syphilis, dans lesquels le traitement spécifique ne paraît avoir aucune action, ne sont heureusement pas très-communs. Je ferai remarquer que dans le cas de M. Mauriac, de même que dans deux cas de syphilis rebelle que j'ai observés, le même malade a tendance à présenter toujours le même accident pendant plusieurs années. L'un présentera des gommes; l'autre des syphilides ulcéreuses du pharynx ou de la peau qui se perpétueront, et l'on verra manquer les autres accidents. Il y a évidemment là une prédisposition particulière, une faiblesse de tel ou tel tissu, tel ou tel système sur lequel vient se fixer la syphilis. La thérapeutique manque malheureusement de moyens applicables à ces cas. Il y a là un desideratum. Le mercure et l'iodure de potassium sont d'excellents remèdes, il est vrai; mais quand ils échouent, que faire de vraiment efficace?

V. Le travail de MM. Krishaber et Mauriac commence par l'exposé de quatorze observations de syphilis secondaire laryngée; ensuite ces observations sont réunies en un tableau qui met en regard les faits saillants de chacune d'elles. Dans une seconde partie, les auteurs mettent en œuvre les matériaux amassés dans la première et tracent une histoire dogmatique de la syphilis secondaire du larynx. Les manifestations les plus communes de cette maladie sur le larynx seraient d'abord l'inflammation catarrhale occupant le plus fréquemment les cordes vocales inférieures. Elle consiste en une rougeur plus ou moins intense avec ou sans arborisations vasculaires, s'accompagnant du dépôt d'une sécrétion plus ou moins abondante. D'après MM. Krishaber et Mauriac, lorsque le catarrhe dure longtemps, il peut conduire à l'hypertrophie des parties malades, d'où résultent des troubles permanents de la phonation.

Les plaques muqueuses du larynx, tour à tour admises et niées par les auteurs, ont été constatées *de visu* par MM. Krishaber et Mauriac, qui les admettent comme des lésions rares de la syphilis laryngée. Ils les ont vues tantôt sous forme de plaques muqueuses végétantes, tantôt sous forme d'érosions bien limitées.

Ces points établis, nos auteurs consacrent plusieurs chapitres à l'étude des symptômes de l'étiologie, du diagnostic et du traitement. Le diagnostic présente parfois d'assez grandes difficultés, surtout quand les malades étaient atteints préalablement d'une autre affection comme d'une laryngite glanduleuse, par exemple. Les manifestations secondaires de la syphilis résistent beaucoup et sont parfois très-rebelles au traitement. Dans deux cas, MM. Mauriac et Krishaber les ont vues disparaître sous l'influence d'affections fébriles (une angine aiguë dans un cas, un érysipèle dans l'autre). M. Mauriac avait déjà fait connaître des faits où l'érysipèle avait exercé une heureuse influence sur les manifestations de la syphilis, et Ricord avait déjà noté l'influence favorable de l'érysipèle sur la marche du chancre phagédénique.

VI. M. le dr Jourdanet, auquel on doit déjà une intéressante étude sur les climats de montagne et l'influence de la pression atmosphérique sur l'homme a trouvé dans une chronique espagnole du XVIe siècle des faits qui lui semblent se rapporter à la syphilis et qui seraient de nature à faire incliner vers l'origine américaine de la vérole ou tout au moins à faire admettre son existence en Amérique avant que les habitants de ce pays n'eussent eu aucune communication avec les Européens. Cette étude très-intéressante se termine par les conclusions suivantes, que je résume : 1° Il y avait, d'après Bernal Diaz, un certain nombre de syphilitiques parmi les compagnons d'armes de Fernand Cortez. — 2° Bien que leur mal eût pu prendre sa source en Europe même et surtout à Cuba, avant

leur départ pour le Mexique, il y a des raisons de croire que plusieurs d'entre eux étaient bien portants avant d'entreprendre la campagne.

3° Ne pouvant avoir aucun rapport avec des femmes européennes, il est fort probable que quelques-uns prirent au Mexique même le germe de leur maladie. — 4° Il paraît certain d'après les écrits du P. franciscain Sahagun que la syphilis existait chez les Aztèques avant l'arrivée des Espagnols.

5° Il en résulterait que la syphilis existait réellement en Amérique avant la découverte de ce pays et que si Christophe Colomb ne l'apporta pas en Europe, il eût pu du moins l'apporter lorsqu'il revint de son premier voyage.

VII. D'après les expériences de M. Douaud, on pourrait inoculer l'herpès (preputialis, labialis) et obtenir des vésicules analogues, inoculables elles-mêmes; l'eczéma et l'ecthyma n'ont donné que des résultats négatifs ainsi que l'herpès zona. M. Douaud croit que ses expériences ne sont pas assez nombreuses pour faire révoquer en doute l'inoculabilité de l'ecthyma admise par M. Vidal. Il n'hésite pas à admettre l'inoculabilité de l'impétigo.

Le point intéressant de ce travail est évidemment ce qui a trait à l'herpès. Ce genre doit être la manifestation symptomatique de causes diverses ; ainsi, il est bien probable que l'herpès récidivant des parties génitales n'est pas dû à la même cause que l'herpès labialis fébrile. Il y a là des points obscurs que les inoculations pourront peut-être éclaircir. Signalons en terminant un résultat assez remarquable, s'il n'est pas une simple coïncidence.

M. Douaud, après s'être pratiqué sur l'avant-bras gauche un certain nombre d'inoculations qui ont réussi, a vu se développer à la paume de la main une affection cutanée qu'il considère comme de l'herpès récidivant, car elle reparait tous les trois ou quatre mois. Il y a probablement là une simple coïncidence. Le liquide des vésicules de la paume de la main n'est pas inoculable. Ne serait-ce pas là plutôt de l'eczéma? On sait qu'à la paume de la main les vésicules eczémateuses sont souvent confluentes et peuvent simuler l'herpès.

Dr A. Malherbe.

BIBLIOGRAPHIE

Ueber acute apoplectiforme Bulbarparalyse. (*Sur la paralysie bulbaire, apoplectiforme aiguë*) ; par J. Herrenstadt.— Dissertation inaugurale; Breslau, 1877.

Lorsque Duchenne découvrit la paralysie glosso-labio laryngée, il en fit ce que nous appelons dans le langage de l'école une entité morbide ; mais de nombreux travaux parmi lesquels il faut citer en première ligne ceux de M. Charcot, vinrent démontrer que le syndrome en question pouvait être produit par des lésions multiples, qu'il était comparable à ce point de vue au syndrome hémiplégie par exemple. Ces diverses formes de paralysie glosso-labio laryngée ont pour caractère commun d'être produites par des lésions bulbaires. portant principalement sur les noyaux d'origine des nerfs de cette partie des centres nerveux, d'où la dénomination de paralysie bulbaire, qui tend à se substituer à celle primitivement donnée par Duchenne. Les paralysies bulbaires peuvent être produites par une atrophie primitive ou secondaire des cellules nerveuses (atrophie musculaire progressive, sclérose symétrique des cordons latéraux, paralysie générale spinale subaiguë, etc.), par un ramollissement (par embolie ou thrombose) par un foyer hémorrhagique, par une tumeur, etc.

L'auteur de la thèse que nous analysons étudie un groupe de paralysies bulbaires caractérisé par ces deux circonstances, que la marche de la maladie a été aiguë, que son début a été brusque, apoplectique. Il résume l'état de la science sur cette question et rappelle les principaux travaux ayant trait à son sujet ; il donne en outre trois observations personnelles et inédites que nous analyserons brièvement.

La première observation est celle d'une femme de 34 ans, prise subitement de paralysie glosso-labio-laryngée et d'hémiplégie gauche. Peu à peu son état s'améliora, et elle paraissait en pleine voie de guérison lorsque tout à coup survint une nouvelle attaque plus grave que la première, qui ne s'accompagna d'aucun trouble de la motilité des membres. Le mari de cette malade était syphilitique, elle-même portait quelques engorgements ganglionnaires. On s'appuya sur ces renseignements pour faire le diagnostic suivant : affection syphilitique des artères ayant amené une thrombose des artères du bulbe. L'événement parut justifier ce diagnostic. Sous l'influence de frictions mercurielles, les accidents s'amendèrent de telle façon, qu'après plusieurs mois, il restait seulement quelques traces des accidents précédemment décrits.

La seconde observation est celle d'un homme de cinquante ans, qui fut pris subitement de paralysie glosso-labiée, sans aucun autre trouble du système nerveux central ou périphérique.

Quelques semaines plus tard, sans aggravation des phénomènes bulbaires, survint une hémiplégie gauche. Peu à peu les accidents s'améliorèrent, la parole revint, et l'hémiplégie diminua, au point que le malade put reprendre ses occupations. — Un an après, nouvelle paralysie glosso-labiée à début brusque qui paraissait s'amender, lorsqu'au bout de cinq semaines, les phénomènes bulbaires s'aggravèrent brusquement, la démarche devint incertaine, des accès épileptiformes compliquèrent la situation, et le sujet mourut dans un état de mal épileptique qui se prolongea vingt-quatre heures. Les artères périphériques étant scléreuses, on admit qu'il s'agissait d'accidents produits par une thrombose des artères vertébrales. Malheureusement l'autopsie ne put être faite.

Herrenstadt rapporte enfin l'observation d'une femme de 36 ans, prise subitement d'hémiplégie droite et de paralysie glosso-labiée. Elle allait beaucoup mieux, lorsque trois semaines plus tard, une nouvelle attaque aggrava les phénomènes bulbaires et amena une parésie de la motilité des deux côtés du corps; cette malade paraissait en voie de guérison lorsque l'observation fut publiée. L'existence d'une syphilis antérieure fit admettre qu'il s'agissait de thromboses, reconnaissant comme cause une altération syphilitique des artères du bulbe.

Aucune de ces observations n'est suivie d'autopsie, fait d'autant plus regrettable que le diagnostic étiologique peut donner prise à la critique. L'altération syphilitique des artères, dans la première et la troisième observation, est une hypothèse à laquelle on peut faire de nombreuses objections; il n'est même pas bien démontré que le sujet de la première observation ait été syphilitique. L'absence d'autopsie nous oblige encore à faire quelques réserves sur le siége de la lésion. M. Charcot, dans des leçons encore inédites, décrit certaines formes de pseudo-paralysies glosso-labiées dues à des lésions des hémisphères, les observations de H... ne doiventelles pas y être rattachées ? L'existence dans les observations précédentes de troubles liés à des lésions cérébrales semble justifier cette hypothèse. D.

CORRESPONDANCE

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille.

Lille, le 6 novembre 1877.

Nous avons, dans notre *Numéro des Etudiants*, publié le programme des cours de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille qui est entrée, le 6 de ce mois, dans la deuxième année de son existence. On a pu voir, par ce simple programme, que son organisation est aujourd'hui complète, et qu'elle peut répondre aux exigences de l'enseignement malgré tous les obstacles qu'elle a trouvés sur sa route dès ses premiers pas. Là, en effet, à Lille, se rencontre le seul exemple, pensons-nous, de deux Facultés de médecine rivales et luttant pour l'existence dans la même cité : d'une part l'Etat, d'autre part l'opinion et le capital catholiques. Dire quelle est la puissance rivale, cela suffit pour indiquer à quelles difficultés, à quelles oppositions la jeune Faculté a eu à faire. Elle en sortira, grâce aux sacrifices que s'impose la ville, grâce au zèle des professeurs, au concours intelligent des familles, grâce aussi, nous en sommes assuré, à la ferme

volonté de l'Etat qui comprend que l'Université de France ne peut subir un échec.

Pour arriver au résultat, rien n'a été négligé. La Faculté s'est astreinte à l'enseignement de la médecine pratique. Faire des praticiens, telle est la raison d'être spéciale de nos grandes écoles de province; élever le niveau des connaissances chez les médecins des villes et des campagnes, faciliter l'arrivée au doctorat des étudiants pauvres que les frais d'études et de séjour à Paris en éloignaient, arriver ainsi à supprimer indirectement l'officiat, tel est le but. Avant peu, nous l'espérons, la démonstration sera faite et l'utilité de cette décentralisation sera reconnue par tous. Lille va travailler à cette démonstration.

Outre les cours théoriques qui sont au complet, un grand développement est donné à l'enseignement clinique général qui est réparti entre quatre chaires: une de clinique médicale et une de clinique chirurgicale à l'hôpital Sainte-Eugénie, où les élèves et les maîtres laïques coudoieront les élèves et les maîtres de la Faculté catholique, deux autres chaires analogues à l'hôpital Saint-Sauveur qui est abandonné tout entier à la Faculté de l'Etat. Les services de clinique sont largement munis de vastes salles d'autopsie, avec des laboratoires histologiques, d'amphithéâtres de cours, etc.

Les laboratoires de physiologie, d'histologie normale et pathologique, de chimie, sont installées dans des locaux provisoires, mais suffisants, et l'habile direction de MM. Coyne, Morat et Lescœur, en a su faire déjà un lieu de travail et de recherches qui porteront bientôt leurs fruits. Une place d'honneur, dans cette installation, est donnée à la science zoologique; M. Giard y a créé une petite école dans la grande, et cinq des élèves de la Faculté passaient brillamment à la fin de l'an dernier, les examens de la licence.

Pour répondre à ce besoin d'enseignement direct et pratique dont nous parlions tout à l'heure, il a été établi à la Faculté de médecine de Lille des conférences, des interrogations faites par des répétiteurs, sur le modèle de ce qui existe à l'école du Val-de-Grâce, de ce qui existait à l'ancienne école de Strasbourg. Les cours des professeurs sont, par ce procédé, revus, développés s'il y a lieu, *répétés* en un mot. Les résultats obtenus aux examens et aux concours de fin d'année, ont déjà montré l'excellence de ce système.

Ce qui manque le plus aux Facultés de province, surtout lorsqu'il faut partager, on le comprend aisément, ce sont les malades. L'hôpital doit fournir en effet, non-seulement aux cliniques générales, mais encore aux cliniques spéciales. Ces cliniques spéciales sont en voie d'installation à l'hôpital Saint-Sauveur; elles comprennent: les maladies des yeux, les maladies des enfants, les maladies de la peau, les maladies vénériennes et les maladies des organes génito-urinaires. Mais le recrutement de ces diverses cliniques serait sans aucun doute fort difficile s'il s'adressait exclusivement aux indigents qui fréquentent les salles d'hôpital. Aussi la Faculté a pensé qu'il serait bon d'instituer des *policliniques*, comme cela existe dans les pays voisins, c'est-à-dire des dispensaires pour les diverses spécialités, avec consultations gratuites, distribution gratuite de médicaments pour les indigents, à chaque consultation sera adjoint un certain nombre de lits. Ces dispensaires seront placés sous la direction des professeurs et agrégés chargés de l'enseignement des spécialités.

Ils seront établis à l'hôpital Saint-Sauveur et dans differents quartiers de la ville, dans des locaux loués *ad hoc*. Les élèves les plus avancés dans leurs études y seront mis directement en rapport avec le malade consultant, et ainsi sortiront de l'Ecole préparés *au lendemain du diplôme*. Ces dispensaires fonctionneront dès le commencement de l'année 1878.

On voit, par ce rapide exposé, quel est l'esprit qui préside à l'enseignement médical à Lille. Il y a lieu d'encourager ces tendances qui, dans un temps rapproché, prendront un développement nouveau lorsque la Faculté entrera en possession des bâtiments que la Ville va faire construire.

Deux choses ont retardé jusqu'à présent ces constructions: d'une part l'espérance que la Ville de Lille garde encore de devenir un centre universitaire par l'adjonction, à ses Facultés des sciences et de médecine, des Facultés des lettres et de droit de Douai; d'autre part, la difficulté de négocier dans de bonnes conditions, vu la situation politique anormale que nous traversons, l'emprunt de 8 millions qu'elle a été autorisé à contracter au commencement de cette année. Cette dernière difficulté n'existe plus et l'emprunt sera effectué dans un temps très-rapproché.

Reste la question de l'Université à laquelle est subordonnée, nécessairement, l'adoption des plans généraux des constructions. La résistance de Douai est le seul obstacle, résistance légitime à certains égards, mais fâcheuse assurément pour le bien général de l'enseignement de l'Etat dans le Nord. Pour le présent, il faut compter avec cette opposition et s'arranger en conséquence. Voici quel est, pensons-nous, le projet qui sera mis avant peu à exécution.

La ville abandonne un immense terrain au centre des quartiers neufs, terrain suffisant pour la construction des quatre Facultés. Mais on n'y construira que les bâtiments de la Faculté des sciences et de la Faculté de médecine. Le reste attendra.

Pour mettre ces constructions en rapport avec les nécessités de la science moderne, une commission composée de M. Violette, doyen de la Faculté des sciences, Giard et Coyne, professeurs à la Faculté de médecine, et de l'architecte de la ville, a récemment parcouru la Hollande, la Prusse et l'Autriche, étudiant les installations de nos voisins, et en a rapporté des plans et des indications qui serviront à établir les laboratoires de Lille. La mise à exécution de ces importants travaux commencera incessamment.

En attendant, et pour consacrer l'unité de l'enseignement universitaire de la région, la rentrée des Facultés se fera pour la première fois à Lille, le 15 de ce mois, quoique Lille ne soit pas le siége académique; cette solennité, présidée par un délégué spécial du Ministre de l'Instruction publique, sera l'affirmation solennelle de la résolution avec laquelle l'Université de France accepte la lutte que la liberté de l'enseignement lui a imposée, et de son désir de vaincre dans cette concurrence par l'effort et le travail en commun de ses professeurs et de ses élèves....

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS.

Le vœu pour l'allaitement artificiel et l'Académie de médecine.

Dans la séance du 6 novembre, M. Thulié a protesté contre la fin de non-recevoir votée par l'Académie de médecine, relativement à un projet pour l'allaitement artificiel, dans les termes suivants :

Au mois de février dernier, le Conseil émettait le vœu suivant :

« L'administration de l'Assistance publique mettra en expérience l'allaitement artificiel; elle s'entourera, pour faire cette expérience, de toutes les données scientifiques actuelles; sur des plans et devis, la ville l'aidera, soit par le prêt d'un terrain si elle en possède un dans des conditions favorables, soit par des subventions, soit enfin par les deux, si besoin est. .... »

L'Assistance publique n'osant prendre sur elle de tenter cette expérience indispensable a demandé avis à l'Académie de médecine qui, dans sa séance de mardi dernier, a donné un avis défavorable à notre projet et dans des termes que nous devons relever. Il vous en souvient, Messieurs, nous ne nous décidions à émettre ce vœu qu'après avoir constaté avec toute la France, avec l'Académie elle-même, la mortalité effroyable des nourrissons. Nous avions constaté que tous les infortunés que la mère ne peut nourrir et qui sont livrés à l'alimentation artificielle, telle qu'on la fait en ce moment, sont condamnés à une mort fatale. Toutes les mères pauvres ne peuvent pas avoir de nourrice au sein; le nombre des nourrices est limité, et d'ailleurs l'enfant de cette nourrice n'est-il pas condamné lui-même à l'alimentation artificielle, c'est-à-dire à la mort.

Nous avions démontré que l'allaitement artificiel tel qu'on le fait chez certaines gardeuses est un véritable assassinat. Nous avions démontré aussi que l'allaitement artificiel, tel qu'on le fait dans les campagnes, et dans cette Normandie même que M. le rapporteur de l'Académie regarde comme le pays où ce genre d'allaitement se fait le mieux, n'est en réalité que de l'alimentation prématurée. Je visite ce pays tous les ans et j'ai pu constater de mes yeux les désolantes conditions de cet allaitement artificiel qui est accompagné de soupes, de bouillies et souvent d'aliments plus dangereux encore pour la première enfance. Nous voulions enfin que les enfants qui ne peuvent être allaités par leur mère et qui ne peuvent avoir le sein d'une nourrice, ne soient pas condamnés à mourir de faim ou à périr véritablement empoisonnés par une nourriture qui n'est pas appropriée à leurs organes. C'est pourquoi

le Conseil émettait le vœu que cet allaitement artificiel auquel sont fatalement condamnés un grand nombre d'enfants fût étudié, scientifiquement réglé, afin de diminuer autant que possible la mortalité effrayante de cette catégorie d'enfants.

L'Académie n'a nullement répondu à la question que nous avons posée. M. Devilliers a discuté gravement la supériorité de l'alimentation au sein sur l'allaitement artificiel. Certes, personne n'avait besoin de cette affirmation de l'Académie pour le savoir; il n'est personne au Conseil, à Paris et au Monde, qui ne soit convaincu de cette vérité. Mais les nourrissons qui ne peuvent avoir le sein, soit maternel, soit mercenaire, faut-il donc les condamner à mort, sans s'en occuper davantage?

M. Depaul disait, il y a quelque temps, à l'Académie, à propos de la même question, que le meilleur réactif pour connaître si le lait d'une nourrice est bon est le nourrisson, et il ajoutait : « Si un enfant dépérit avec une nourrice, j'en donne une seconde; s'il dépérit encore, je passe à une troisième et ainsi de suite. » Mais les enfants de toutes ces nourrices, M. Depaul s'en occupe-t-il? Il lui suffit que son petit client soit sauvé; peu importe si les enfants de toutes ces nourrices vont subir l'allaitement artificiel des campagnes, c'est-à-dire 50 0/0 de mort.

M. Devergie, d'après le compte-rendu des journaux, aurait dit que cette expérience serait *immorale*. Je constate d'ailleurs que ce mot a été supprimé du compte-rendu de l'Académie. Eh bien, notre avis est que l'immoralité consiste à laisser mourir sciemment une grande quantité d'enfants sans chercher un remède aux pratiques qui les tuent, sans essayer au moins de régler une alimentation qui, dans des mains inexpérimentées, est si cruellement dangereuse.

On nous propose comme palliatif d'employer les fonds qui auraient servi à cette expérience à subventionner les mères qui voudront alimenter leurs enfants elles-mêmes; mais il y en a une grande quantité qui, par état, ne peuvent absolument le faire; faut-il donc négliger les enfants de toute cette classe malheureuse? M. Jules Guérin et M. Colin ont pris avec chaleur la défense de notre vœu, et leur parole autorisée n'a pu empêcher le vote défavorable. Quant à nous, nous protestons contre cette étude si sommaire, et nous sommes certains que le prochain Conseil n'apportera plus un vœu sur cette question, mais un projet ferme.

Nous nous associons une fois de plus à cette protestation et nous pensons pouvoir examiner de nouveau et prochainement cette question.

VARIA

Faculté de médecine de Paris.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur PARROT commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le samedi 10 novembre 1877, à cinq heures et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur TRÉLAT commencera son cours de pathologie chirurgicale le lundi 12 novembre 1377 à 3 heures et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours de physique biologique. — M. le professeur Gavarret commencera ses leçons de physique biologique le lundi 12 novembre 1877 à 5 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les lundis suivants à la même heure. Le professeur traitera cette année des phénomènes physiques de la vision.

Cours d'anatomie. — M. le professeur Sappey commencera son cours d'anatomie le lundi 12 novembre 1877, à 4 heures et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Opérations et appareils. — M. le professeur Le Fort commencera son cours d'opérations et appareils, le mardi 13 novembre 1877 à 4 heures et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Cours de pathologie médicale. — M. le professeur Jaccoud commencera son cours de pathologie médicale, le samedi 10 novembre 1877, à 3 heures et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le professeur Verneuil a commencé ses leçons le lundi 5 novembre à huit heures du matin et les continuera les mercredis, vendredis et lundis à la même heure.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. le professeur Depaul commencera son cours le mardi, 6 novembre à huit heures et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Cours de chimie médicale. — M. le professeur Wurtz a commencé son cours de chimie biologique le mardi 6 novembre 1877, à quatre heures (petit amphithéâtre), il le continuera les mardis suivants à la même heure. Le même professeur a commencé son cours de chimie médicale le jeudi 8 novembre 1877, à midi (grand amphithéâtre), il le continuera les samedis et jeudis suivants à la même heure.

Clinique médicale. — M. le professeur Lasègue a commencé son cours de clinique médicale à l'hôpital de la Pitié, le jeudi 8 novembre 1877, à huit heures et demie du matin, il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Visite à huit heures et demie. Lundi, consultation externe; mercredi, conférence d'anatomie pathologique; vendredi, conférence de chimie pathologique.

Hôpital Necker. — M. le Dr POTAIN commencera ses cliniques le 13 novembre, à 9 heures 1/2 et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Le jeudi, consultation publique; le lundi, leçon de séméiologie ; le mercredi, chimie médicale ; le samedi, histologie pathologique.

Bourses. — Par arrêté du 5 novembre 1877 du ministre de l'instruction publique, MM. Vulpian, Chauffard, Claude Bernard, Pasteur, Chatin, viennent d'être chargés d'apprécier provisoirement les titres des candidats aux bourses pour la Faculté de médecine et l'École supérieure de pharmacie.

Arrêté relatif aux conférences instituées dans les Facultés.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, Vu le décret du 22 août 1854, portant institution dans les Facultés de conférences et de manipulations; Vu la loi de finances du 29 décembre 1876 ; Vu l'avis du comité consultatif de l'enseignement public, Arrête:

Art. 1er. — Les conférences instituées dans les Facultés ont pour objet, soit de fortifier par des répétitions et exercices pratiques, les leçons des professeurs titulaires, soit de compléter par l'adjonction de nouveaux enseignements le cadre des études de la Faculté. Dans le premier cas, les maîtres de conférences reçoivent la direction des professeurs auxquels ils sont attachés ; dane le second cas, ils enseignent suivant un programme qu'ils ont soumis au doyen et qui doit recevoir l'approbation du ministre en comité consultatif.

Art. 2. — Les maîtres de conférences sont nommés par le ministre pour une année ; mais leur délégation peut être indéfiniment renouvelée. Leur traitement normal est fixé à trois mille francs.

Art. 3. — Les élèves inscrits dans les Facultés sont seuls admis à suivre les conférences.

Art. 4. — Les conférences de tout ordre sont nécessairement accompagnées d'interrogations adressées par le professeur aux élèves ou échangées entre les élèves sous sa direction. Elles peuvent donner lieu à des compositions ou à des concours.

Art. 5. — Les conférences sont confiées dans les facultés et dans les écoles supérieures de pharmacie à des agrégés ou, à défaut d'agrégés, à des docteurs.

Art. 6. — Elles peuvent être confiées dans les Facultés des sciences et des lettres: 1° A des membres sortants des écoles de Rome et d'Athènes, ou à des répétiteurs de l'école pratique des hautes études, pourvus du grade de licencié, sur le rapport motivé des directeurs ou présidents de section de ces écoles; 2° A des agrégés des lycées qui justifient cette désignation par le rang qu'ils ont obtenu au concours.

Art. 7. — Les membres des écoles de Rome et d'Athènes, les répétiteurs de l'école de hautes études et les agrégés des lycées doivent avoir déposé leurs thèses de doctorat dans le cours de l'année qui suit leur nomination et justifier de l'approbation de ces thèses avant le renouvellement de leur mandat.

Art. 8. — Les maîtres de conférences pourvus du grade de docteur peuvent seuls être admis à participer aux examens.

Art. 9. — Les conférences ont lieu dans les locaux des Facultés ou dans des locaux annexes. Elles sont annoncées à la suite des cours des Facultés.

Art. 10. — Les conférences sont annuelles et chacune d'elles comprend nécessairement trois leçons ou exercices d'une heure par semaine. Les élèves choisissent leur maître de conférences.

Art. 11. — A la fin de chaque trimestre, les maîtres de conférences sont tenus de remettre au doyen ou directeur, des notes sur le travail de leurs élèves.

Art. 12. — A l'époque du renouvellement des délégations, le doyen ou directeur adresse au recteur, pour être transmis au ministre, un rapport sur les résultats obtenus dans chacune des conférences. Fait à Paris, le 5 novembre 1877. — *Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts*, JOSEPH BRUNET.

Les Eunuques Chinois.

Un médecin de la marine anglaise, M. R. A. Jamieson, envoie de Sanghaï à *The Lancet* quelques détails sur la médecine de ce pays. Les opérations chirurgicales, chez les Chinois, sont généralement bornées à l'ouverture des abcès, à l'acupuncture et à l'application des moxas. Ces deux dernières sont employées pour toutes sortes de maladies : la seule indication nécessaire, c'est une tuméfaction ou l'existence d'une douleur localisée. Au contraire, les médecins ne se décident à ouvrir les abcès que lorsque le contenu nettement liquide d'une tumeur semble près d'ulcérer la surface de la peau ; il est bien probable que parfois des anévrysmes superficiels sont soumis à ce mode de traitement. En règle générale, les praticiens chinois sont très-timides ; ils usent le moins possible du bistouri ; aussi lorsque des chirurgiens étrangers sont appelés auprès des indigènes, c'est le plus souvent pour ouvrir de vastes collections purulentes ayant largement disséqué les muscles, ou pour guérir des fistules dont les orifices, souvent depuis plusieurs années, sont soigneusement recouverts de matières résineuses. Il est une seule exception à cette règle, c'est la hardiesse avec laquelle les Chinois châtrent les hommes et les animaux ; ils savent que la conception dépend également des ovaires, aussi ils châtrent les coqs, les verrats et les truies avec un succès et une habileté remarquables. Cette opération se fait dans un établissement spécial. Il y a des familles de mutilateurs qui se transmettent soigneusement les traditions. Chaque castration, avec les soins consécutifs, coûte à peu près 45 francs.

Lorsqu'un patient est disposé à se faire opérer, on le place sur le côté sur un large banc. Un aide, accroupi derrière lui, tient la taille, tandis que deux autres maintiennent ses jambes. On applique des bandages fortement serrés sur la région hypogastrique et les régions inguinales, puis on lui lave trois fois le pénis et le scrotum avec une décoction chaude de poivre; enfin, si le malade est un adulte, on lui demande solennellement s'il ne se repentira jamais de sa mutilation. S'il paraît réfléchir, on le délie et on le renvoie, mais s'il reste courageux, comme c'est l'ordinaire, on lui enlève rapidement et d'un seul coup toutes les parties génitales avec un couteau en forme de faucille. On lui met dans l'urèthre une cheville d'étain et on recouvre la blessure d'un papier trempé dans l'eau froide et que l'on assujettit fortement. Le patient, soutenu par deux hommes, se promène pendant deux ou trois heures autour de la chambre, après quoi on lui permet de se reposer. Pendant trois jours, il ne peut ni boire ni uriner. Au bout de ce temps, on enlève le pansement et on retire la cheville d'étain. Au bout d'une centaine de jours à peu près la blessure est en général guérie, alors le patient est examiné par un vieil eunuque expérimenté qui s'assure que la mutilation est complète. Il meurt environ deux pour cent des malades, d'hémorrhagies ou d'infiltration urineuse. Pendant assez longtemps après l'opération, on observe de l'incontinence d'urine pendant la nuit. (*Presse médicale belge*).

De la peste bovine.

A la suite des cas de peste bovine constatés à Vienne, à Kœnigsberg et à Geisenheim, dans le cercle de Wiesbaden, un arrêté ministériel du 14 octobre courant a interdit l'introduction en France des animaux vivants des espèces bovine et ovine et de toutes les espèces de rudiments ainsi que des peaux fraîches et autres et débris frais des mêmes animaux provenant de l'Allemagne et de l'Autriche-Hongrie.

Depuis le 14, il n'est entré que quelques centaines de moutons qui avaient été mis en route avant la publication de l'arrêté et qu'un séjour suffisamment prolongé à la frontière rendait absolument inoffensifs.

Les mêmes interdictions existaient déjà, en vertu des arrêtés des 25 janvier et 11 mai derniers, contre les provenances de la Russie des Principautés-Danubiennes et de la Turquie, où l'état de guerre a amené une grande extension de l'épizootie. Il est à craindre que nos relations commerciales avec ces derniers pays, en ce qui concerne le bétail, ne puissent retrouver de longtemps quelque sécurité.

Mais la peste bovine est loin d'avoir pris le même développement en Allemagne et en Autriche-Hongrie; jusqu'à présent elle n'est signalée que sur des points isolés et des mesures vigoureusement appliquées ont été prises à la fois pour étouffer la contagion et empêcher la sortie, hors de la zone infectée, des animaux et objets qui pourraient répandre le germe du mal. Cependant la prudence oblige à tenir nos frontières fermées principalement aux bêtes bovines et à leurs débris frais expédiés d'Allemagne et d'Autriche-Hongrie encore bien qu'ils ne proviendraient pas des districts infectés.

D'ailleurs, d'après les états de douane, nos importations en animaux vivants de l'espèce bovine ayant cette origine se sont élevées, pour toute l'année 1876, à 19,233 têtes, il n'en a été importé que 9,064 pendant les neuf premiers mois de 1877 et il y a lieu de penser que cette source d'approvisionnements venant à manquer, le marché n'en serait pas sensiblement affecté, il n'en serait sans doute pas de même de l'éloignement indéfini des moutons allemands qui forment un appoint considérable dans notre approvisionnement; nous en avons reçu 883,217 en 1876, et il en est entré 531,510 pendant les neuf premiers mois de l'année courante. Si la situation actuelle devait durer quelque temps, le Gouvernement aurait donc à examiner, dans l'intérêt de la consommation, la question de savoir si, au moyen d'un ensemble de garanties comme par exemple la production de certificats authentiques attestant que les animaux proviennent réellement de localités non atteintes par l'épizootie et suffisamment éloignées de tout foyer d'infection, la visite à la frontière (qui se pratiquait déjà, du reste avant l'arrêté du 14 octobre), le transport en wagons plombés jusqu'au marché de la Villette, d'où les animaux ne pourraient sortir que pour être conduits à l'abattoir, la désinfection des wagons ayant servi au transport et telles autres mesures qui seraient jugées utiles, il ne serait pas possible d'admettre de nouveau les moutons d'Allemagne et ceux d'Autriche-Hongrie.

Mais cette solution ne pourrait être adoptée que si les précautions qu'il serait possible de prendre garantissaient complètement les intérêts des éleveurs français en préservant de tout risque le bétail indigène. D'ailleurs, dans une question de cette importance, le Gouvernement ne prendra aucun parti avant de s'être entouré des avis les plus autorisés, et en premier lieu de l'opinion du comité consultatif des épizooties.

Tentative d'assassinat sur des médecins.

Une tentative d'assassinat a eu lieu lundi matin, à l'asile public d'aliénés de Cadillac (Gironde). Un aliéné, le nommé T..., qui depuis dix ans n'avait donné aucun signe de folie dangereuse, a porté au médecin en chef, un coup dans le côté droit, à l'aide d'un couteau dérobé à la cuisine. La plaie est sans gravité. Il a ensuite essayé de frapper l'interne de service qui a paré le coup, et a blessé légèrement une sœur à l'épaule. (*La Province médicale.*)

Conseillers généraux médecins.

Parmi les Conseillers récemment élus en Algérie, nous voyons figurer MM. les Drs Desvoisins (*Misserejhin*), Turot (*St-Denis du Sig*), Bergot (*el-Arrouch*), Marcailhou (*Blidah*), Tommazini (*St-André-de-Mascara)*, et MM. les pharmaciens Bourlier (*Dellys*), Mercier (*Aumale*). (*Journal de médec. et de pharm. de l'Algérie.*) Ajoutons les noms de nos amis G. Bouteillier (La Ferté-Fresnel, Orne), Farabeuf, agrégé de l'Ecole de médecine (Seine-et-Marne). — Nous continuerons cette liste.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur Charcot recommencera son cours clinique sur les *maladies des centres nerveux*, à la Salpêtrière, le dimanche 11 novembre, à 9 h. 1/2.

Hôpital des Enfants. — M. le docteur Jules Simon commencera ses conférences le mercredi 14 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Hôpital St-Louis. — M. le Dr Lailler continuera ses exercices cliniques pour le *Diagnostic des teignes*, tous les samedis à 9 h, salle Ste-Foy. Par suite des réparations des salles du service de M. Lailler les conférences sur *les maladies de la peau*, sont suspendus momentanément. Un nouvel avis en annoncera la reprise.

Hôpital Saint-Antoine. — Conférences de thérapeutique. — M. le dr Constantin-Paul, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le mercredi 14 novembre, à 9 h. 1/2, ses conférences cliniques sur le diagnostic et la thérapeutique des maladies du cœur et les continuera tous les mercredis à la même heure. Visite des malades à 9 heures.

Enseignement médical libre.

Pathologie externe. — MM. J. Peyrot et Paul Reclus, commenceront leurs cours dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole Pratique, le lundi 12 novembre à 5 heures, et les continueront tous les jours, à la même heure.

Pathologie interne. — M. le Dr Straus, commencera son cours, lundi, 12 novembre, à 8 heures du soir, Amphithéâtre n° 1, à l'Ecole Pratique et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il traitera des maladies du *système nerveux*.

Pathologie de l'appareil urinaire. — M. le Dr Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours le mercredi 14 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 3 de l'école pratique, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Chirurgie des voies urinaires. — M. le Dr Delefosse commencera son cours le mardi 20 novembre, Amphithéâtre n° 3, à l'Ecole Pratique, à 3 heures et le continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure. Ce cours roulera spécialement sur les opérations qui nécessitent le développement du tact des doigts.

Hygiène et maladies des nourrissons. — M. le dr Brochard commencera son cours, le mercredi, 14 novembre, à 8 du soir, amphithéâtre n° 2, à l'école pratique, et le continuera tous les mercredis à la même heure.

La gymnastique pulmonaire appliquée à tous les actes de la vie par J.-P. Besnard, cours les mercredis et samedis. à h. du soir, place Monge, n° 1.

Cours complet de pathologie. — MM. Gilles et Chevallereau, internes des hôpitaux, commenceront le lundi 12 novembre un cours complet de pathologie interne et de pathologie externe, préparatoire aux troisième examen de fin d'année et deuxième examen de doctorat. On s'inscrit les mardis, jeudis et samedis, de midi à deux heures, rue Saint-André-des-Arts, 40.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie des Cliniques, commencera un nouveau cours, le lundi 19 novembre, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi, tous les jours, de 4 à 6 heures. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure de pratiquer les recherches microscopiques qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences (Maniement du microscope, coupes fines, montage des préparations, injections, etc.) On s'inscrit tous les jours de 4 à 6 heures.

AVIS AUX ÉTUDIANTS.— *Pour MM. les Étudiants, l'abonnement au* **Progrès médical** *est de* **DOUZE FRANCS** *par an.*

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876: 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 31 octobre 1877 on a déclaré 765 décès, savoir: Fièvre typhoïde, 28; rougeole, 3; scarlatine, 5; variole, 1; croup, 14; angine couenneuse, 27; bronchite, 29; pneumonie, 70; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 4; choléra nostras »; dyssenterie, »; affections puerpérales, 3; érysipèle, 4; autres affections aiguës, 202; affections chroniques, 320 dont 149 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 36; causes accidentelles, 19. — Les 765 décès ci-dessus donnent une proportion de 20.0 par 1,000 habitants et pour l'année.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876: 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 8 novembre 1877, on a déclaré 982 décès, savoir: Fièvre typhoïde, 21; rougeole, 10; scarlatine, »; variole, »; croup, 12; angine couenneuse, 34; bronchite, 69; pneumonie, 73; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 13; choléra nostras, »; dyssenterie,

3 ; affections puerpérales, 6 ; érysipèle, 7 ; autres affections aiguës, 263 ; affections chroniques, 389 dont 174 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 48 ; causes accidentelles, 34. — Les 982 décès ci-dessus donnent une proportion de 25.7 par 1,000 habitants et pour l'année.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — Par arrêté en date du 27 octobre 1877, la chaire de zoologie à la Faculté des sciences de Lyon est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Par arrêté en date du 27 octobre 1877, la chaire d'astronomie physique, à la Faculté des sciences de Lyon, est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

MÉDECINS-DÉPUTÉS. — Deux médecins viennent d'être nommés députés au scrutin de ballottage. Ce sont : MM. Ganne (Deux-Sèvres, Parthenay), et Garrigat (Dordogne, Bergerac). Tous deux sont républicains. — C'est par erreur que M. Allemand, avait été porté comme devant prendre part au scrutin de ballottage. Il a été élu définitivement le 14 octobre.

PROHIBITION D'IMPORTATION ET DE TRANSIT. — Le ministre de l'Agriculture et du Commerce, vu la loi des 28 septembre, 6 octobre 1791 ; vu le décret du 5 septembre 1865 ; vu notre arrêté du 11 mai 1877, considérant que malgré les mesures rigoureuses prises par le gouvernement austro-hongrois, et par les autorités de l'empire d'Allemagne, la peste bovine vient d'éclater dans plusieurs localités de l'empire d'Autriche et notamment à Vienne et à Kœnigsberg, et s'est introduite sur le territoire allemand, dans le voisinage de notre frontière. Sur la proposition du directeur de l'Agriculture, arrête :

Art. 1er. — L'article 2 de notre arrêté du 11 mai 1877, interdisant l'importation et le transit des animaux de l'espèce bovine de la race grise des steppes et des ruminants, ainsi qu'à leurs peaux fraîches et débris frais, provenant de l'Angleterre, de la Russie, des principautés danubiennes et de la Turquie, est étendu à tous les ruminants, à leurs peaux fraîches et débris frais provenant de l'empire austro-hongrois et de l'empire d'Allemagne. Art. 2.— Les préfets des départements sont chargés, chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté. (*Journal officiel.*)

Bibliographie générale de la médecine. — M. le dr Dureau, bibliothécaire-adjoint de l'Académie de médecine, a réuni depuis vingt ans, les matériaux d'une bio-bibliographie générale de la médecine. Il prie ses confrères de la France et de l'étranger, avec lesquels il n'aurait point encore correspondu, de vouloir bien lui faciliter l'exactitude de ce grand travail, en lui adressant la liste complète des ouvrages publiés par eux : livres, mémoires, articles de journaux. — Le même va publier prochainement un index bibliographique des ouvrages de médecine, imprimés en Europe de 1450 à 1550. Il serait reconnaissant à ceux de ses confrères qui seraient les heureux possesseurs d'incunables et de plaquettes rares, de cette période, de vouloir bien les lui signaler. Il leur donnera volontiers tous les renseignements qu'il pourrait posséder déjà, sur lesdits ouvrages.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19.

DUCLOS (F.) La vie. Qu'es-tu ? D'où viens-tu ? Où vas-tu ? Paris, 1877. 1 vol. in-12 de 206 pages. Prix : 2 fr.

GILLETTE (P.) Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris. Répertoire de thérapeutique chirurgicale. Paris, 1878. 1 vol. in-8, XVI, 772 pages avec 662 figures. Cartonné. Prix : 12 fr.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, pl. de l'École-de-Médecine.

BAYE Ch. Précis d'analyse qualitative, voie humide et réaction de la

flamme selon Bunsen, par le Dr Vincenz Wartha, traduit par Ch. Baye. Paris, 1877, in-18 de 72 pages. Prix : 1 fr. 50.

Brevet (J.). Etudes sur les maladies du cœur. — Du rôle comparé des lésions oriques ou valvulaires et des troubles fonctionnels dans les affections cardiaques. Paris, 1877, in-8 de 102 pages. Prix : 2 fr. 50.

Chevalier (G). Etude clinique sur les paralysies hystériques des quatre membres. Paris, 1877, in-8 de 96 pages. Prix : 2 fr. 50.

Darollet (C). Du cancer pleuro-pulmonaire au point de vue clinique. Paris, 1877, in-8 de 84 pages. Prix : 2 fr.

Fournié (E.) Physiologie des sons de la voix et de la parole. Paris, 1877, in-8 de 32 pages. Prix : 1 fr. 50.

Laborde (J. V.) Physiologie expérimentale appliquée à la toxicologie et à la médecine légale. — Le cuivre et ses composés considérés au point de vue physiologique et toxicologique. Paris 1877, in-8 de 54 pages. Prix 1 fr. 50.

Laffargue (J. A.) Etude sur le rapport des lésions de la couche optique avec l'hémianesthésie d'origine cérébrale. Paris 1877, in-8 de 106 pages avec planches. Prix 3 fr.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, 8, place de l'Odéon.

Bouchut, E. Despres (A.). — *Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale*, comprenant le résumé de toute la médecine et de toute la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, l'électrisation, la matière médicale et un formulaire spécial pour chaque maladie. Paris, 1877, troisième édition très-augmentée. Un fort volume in-4° de 1559-LIV pages, avec 906 figures intercalées dans le texte et 3 cartes. — Prix : broché, 25 fr. Cartonné, 27 fr. 50. En demi-reliure, 29 fr.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

5e ANNÉE. — N° 46. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 17 NOVEMBRE 1877

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Leçons sur le traitement des plaies (1).

Recueillies par E. MAROT, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Toute réunion primitive, si rapide, si exacte et complète que vous la supposiez, nécessite une sécrétion préalable, cellulaire et organisable envahie bientôt par des vaisseaux sanguins de nouvelle formation. Cette interposition d'éléments nouveaux est donc fatale et indispensable, mais elle est aussi très-restreinte et doit l'être, sous peine de manquer son but et d'être incompatible avec la réunion primitive. En d'autres termes, la couche interposée doit être juste suffisante; l'exsudat qui la forme représente à cet égard, si vous voulez, la colle-forte des ébénistes, qui ne fait adhérer solidement les surfaces qu'à la condition d'être comprimée en une lamelle aussi mince que possible.

Ce phénomène de réunion est facile à comprendre, et vous l'observez tous les jours: les coupures superficielles que l'on porte si souvent aux doigts guérissent le plus souvent de cette façon, et sans laisser de cicatrice: la seule condition est que la suppuration ne soit pas rendue nécessaire par l'introduction de substances étrangères ou par un écoulement de sang trop considérable: ce sont là des proportions réduites et bien certainement les petites plaies offrent à la réunion primitive des conditions particulièrement favorables. Mais sachez-le, Messieurs, entre la petite plaie insignifiante et la plus large solution de continuité il n'y a, au point de vue du phénomène que nous analysons, que des différences secondaires, indépendantes du processus en lui-même: les petites plaies se réunissent plus souvent parce que ce sont elles qui sont le plus facilement et le plus parfaitement juxtaposables. — Le procédé de réparation est le même pour les plaies plus étendues, et si la difficulté qu'il rencontre augmente avec cette étendue, ce n'est pas que l'acte réparateur ne puisse s'appliquer qu'à des surfaces très-limitées, c'est que toute plaie d'une certaine étendue porte en elle, et d'une façon proportionnelle à son étendue, une série de dispositions spéciales qui sont autant d'obstacles à la marche régulière du phénomène réparateur. Cette difficulté, mal interprétée, explique le peu de confiance que l'on professe généralement dans la possibilité même de la réunion primitive pour les grandes plaies: cette distinction mal fondée était la seule raison pour laquelle ma pratique et mes idées sur le sujet qui nous occupe étaient encore, il y a quelques années, discutées généralement, lorsque l'on apportait mainte réserve à l'adoption de la proposition suivante que j'énonçais devant la Société de chirurgie: « *Les plaies qui résultent de l'ablation d'une tumeur même volumineuse peuvent dans des conditions favorables se réunir le plus simplement du monde par première intention.* » Le fait est cependant exact et reconnu pour tel aujourd'hui, si l'on veut bien toutefois ne pas nier la réunion primitive d'une plaie par ce que ses bords restent légèrement écartés à une petite profondeur, tandis que les parties profondes sont réunies solidement par l'exsudation rapidement organisée des premiers jours. Un fait récent peut s'ajouter à des preuves déjà nombreuses: n'ai-je pas extirpé devant vous, il y a un mois à peine, un volumineux lipôme de l'épaule, qui fut remplacé, après 48 heures, par une réunion parfaite des tissus rapprochés ?

§ I.

Ainsi, Messieurs, vous pouvez tenir pour certain que la réunion primitive des plaies vastes et profondes est possible: ce n'est pas l'étendue de la plaie qui s'oppose à sa réunion primitive. Je maintiens que dans l'excavation que produit l'extirpation d'une tumeur, ni la rupture, ni le tiraillement des faisceaux du tissu connectif et des vaisseaux sanguins n'entravent le travail de réunion rapide par première intention, comme on l'appelle; là aussi, on peut voir ce travail s'effectuer au même titre que j'ai pu maintes fois le voir s'effectuer pour de petites plaies irrégulières, contuses même. Après l'ablation des loupes, j'ai bien souvent obtenu la réunion immédiate des parties profondes de la cavité, tout au moins. Certes, dans ces cas, il reste parfois à la superficie un petit hiatus qui se ferme en quelques jours, mais qu'importe, puisque le principal est obtenu ?

Ce n'est pas l'étendue de la plaie qui s'oppose à sa réunion primitive. — Je vais plus loin, Messieurs, et je prétends que les surfaces sanglantes les plus étendues, comprenant les tissus les plus hétérogènes, périoste, muscles, aponévroses, peuvent se réunir primitivement à des surfaces saignantes. Après les grandes opérations sur les membres, Jobert essayait toujours la réunion primitive, mais ce chirurgien qui a eu le mérite de guider son époque pour la réunion des fistules vésico-vaginales était moins bien inspiré sans doute pour la réunion de ces grandes plaies: grosses épingles, fils volumineux, il accumulait comme à plaisir tous les moyens de contention violente pour sangler les lambeaux. Cependant, malgré ces éléments presque certains d'insuccès, je me souviens de l'avoir vu guérir en cinq jours un homme qu'il avait amputé du bras droit pour une pseudarthrose: il faut bien dire que c'était là un fait inaccoutumé dans la pratique du chirurgien. Il m'est resté dans l'esprit, et il mérite d'être rapporté en raison de l'époque à laquelle il eut lieu; c'était le premier exemple aussi net de réunion primitive d'une grande plaie qu'il m'eût été donné d'observer.

Il est aujourd'hui hors de doute que la réunion primitive parfaite et absolue ne dépend nullement de l'étendue de la plaie. Prenons, en pour preuve, si vous voulez bien, les autoplasties pratiquées à la face: — on taille certainement dans cette région des lambeaux dont la surface atteint un décimètre et demi et même deux décimètres carrés de surface. — Est-il rare de les voir solidement attachés dans leur position nouvelle le 3e ou le 4e jour, sauf peut-être en quelques points plus ou moins limités? Je sais bien que l'on invoque pour la face des conditions exceptionnellement favorables, qui dérivent d'une innervation et d'une vascularisation spéciales — mais, je vous prie, à quoi servent ces conditions exceptionnellement favorables, si le lambeau est mal taillé ou mal appliqué? — c'est vous faire pressentir, Messieurs, que la réunion primitive ne doit pas tout à la vitalité de la plaie.

§ II.

L'hétérogénéité des surfaces opposées n'est pas davantage un obstacle absolu à la réunion primitive. — Comme l'étendue, elle est seulement une difficulté de plus. Lorsque j'avance que dans ces conditions la réunion primitive ne cesse pas d'être possible, je n'entends nullement dire qu'elle soit facile à réaliser; — elle est délicate déjà à obtenir lorsqu'il s'agit de surfaces homogènes de structure, et d'une composition semblable — à plus forte raison elle est difficile quand on oppose des surfaces dissemblables, une surface séreuse, par exemple, à une surface saignante sous-cutanée; elle est possible cependant, puisque les deux plans sont de nature plastique, sécrétante — c'est là notre critérium. Sans cesser d'être possible, elle deviendra plus difficile encore lorsque seront en présence une surface aponévrotique et une surface sous-cutanée ou musculaire par

(1) Voir le n° 44.

exemple — et cependant là encore on ne doit point désespérer de réussir. — A ne prendre que mes souvenirs personnels, je puis à ce propos vous citer le cas d'une femme que j'opérai dans mon service il y a quelques années : elle était atteinte d'une arthrite avec carie des os du métatarse qui nécessitait l'amputation de Chopart : suivant ma pratique constante dès cette époque, je tentai la réunion primitive — je l'obtins. La guérison était incomplète, il est vrai, car je dois dire qu'il persista pendant un certain temps un peu de suppuration fournie par une petite portion d'os cariée ; mais sauf ce détail, la réunion avait été immédiate ; et cependant le lambeau plantaire n'avait-il pas été relevé et appliqué sur une surface irrégulière, anguleuse, formée de cartilage articulaire ? M. Farabeuf a moulé le moignon de cette femme. C'était d'ailleurs pour moi le second résultat du même genre : je l'avais obtenu longtemps auparavant, après la même opération, à l'hôpital des Ménages. J'insiste de nouveau, Messieurs, sur la présence presque exclusive du cartilage articulaire sur une des surfaces de cette plaie opératoire : cette faculté de réunion primitive étonne de la part d'un pareil tissu : elle doit vous frapper et vous paraître un fait important pour la confirmation des idées que je développe actuellement.

Deux points nous sont désormais acquis : — Les vastes plaies peuvent se réunir primitivement — les vastes plaies, même constituées par des tissus quelconques, surfaces de section osseuse, cartilage, ligaments, etc., peuvent se prêter au phénomène de la réunion primitive et lui fournir des éléments suffisants. — C'est dire que la réunion primitive est compatible avec toutes les plaies, à peu de chose près. Et cependant peu de plaies sont appelées à mettre en œuvre efficacement leurs facultés pour la réunion primitive : ce résultat est l'exception, pourquoi ? — nous aurons à l'examiner lorsque je vous aurai fait connaître les conditions que doit réaliser une plaie pour que la réunion primitive y reste possible. Ces conditions se résument en une seule.

§ III.

La condition nécessaire et suffisante, c'est à dessein que j'emprunte cette expression au langage des sciences mathémathiques — *est que les parties à réunir soient parfaitement affrontées.* Il n'y a pas d'autre loi, Messieurs, mais ces deux mots « affrontement parfait » supposent remplies plus d'une condition.

Et d'abord un affrontement n'est parfait que s'il est raisonnable et pratique : ira-t-on superposer à une surface saignante une surface tégumentaire revêtue de son épiderme, c'est-à-dire d'un tissu définitif et incapable de sécréter un produit d'adhérence ? En dehors de ces restrictions qu'il est à peine nécessaire d'indiquer, la perfection de l'affrontement a d'autres exigences : elle implique, pour exister, plusieurs conditions qu'il est temps de passer en revue.

1° *Les surfaces doivent être rapprochées et non écrasées.* Je vous le faisais entrevoir déjà tout-à-l'heure, le rapprochement doit simuler l'état de juxtaposition organique, de continuité ordinaire de nos tissus à l'état d'intégrité. Cette première condition n'est pas des plus aisées à réaliser. Dans un grand nombre d'insuccès, on ne doit accuser que les violences au prix desquelles on a obtenu et maintenu le rapprochement. Quand on exécute l'affrontement pour la réunion primitive, quels que soient les moyens de contention auxquels on ait recours, compression, suture superficielle ou profonde, par épingles ou par fils, agglutinatifs, etc., tout l'art se résume à réaliser le contact parfait mais doux, physiologique en quelque sorte. Souvent on n'obtient ce contact parfait qu'au prix d'une contention et d'une traction très-énergiques : dans l'opération de la périnéorrhaphie dont je possède une certaine expérience pour l'avoir pratiquée neuf fois, on emploie, à l'exemple de Roux, outre la suture superficielle, une suture profonde qui attire de loin les parties molles de la région, les tirant au point de les entamer quelquefois par ulcération ; malgré l'énergie de la traction sur les parties éloignées, il ne reste plus au niveau de la plaie qu'un simple accollement sans pression, à la condition que toute la manœuvre ait été régulière.

2° *Le rapprochement et le contact doivent être uniformes dans toute l'étendue des parties affrontées.* Nouvelles difficultés à surmonter. Pour les grands lambeaux, on doit compter avec la pesanteur, la position, etc. Laugier préconisait pour les soutenir un moule formé d'une plaque de liége ; M. Broca emploie le carton au même usage. Ces moyens sont plus ou moins efficaces, mais ils se rapportent tous à la même intention, née de l'évidence de l'indication. J'ai moi-même employé le carton mouillé et les moules de gutta-percha pour obtenir la régularité et l'uniformité de la pression. D'autres chirurgiens, poursuivant d'autres vues, ont trouvé, sans le chercher, un moyen efficace de réaliser cette condition, en imaginant le pansement ouaté, dont un des résultats les plus clairs est d'assurer l'uniformité de la pression. Malgré tout, cette seconde condition de l'affrontement parfait reste une des difficultés principales : en effet, quand on emploie les sutures, quelles qu'elles soient, les agents de contention portent forcément sur des points limités : si l'on pouvait multiplier les points et capitonner en quelque sorte les parties molles, on obtiendrait peut-être un accollement uniforme et régulier, mais les inconvénients seraient nombreux, et d'ailleurs toutes les surfaces n'ont pas une épaisseur ni un parallélisme qui se prêtent à l'emploi de ce moyen. Forcément et malgré les précautions du chirurgien, la suture procède par points d'efforts limités, par tiraillements partiels : le difficile est d'atténuer le plus possible cet inconvénient. Aucun procédé de suture ne met à l'abri des tiraillements, des plis, accompagnés de godets et de déformation des lambeaux, qui sont même étranglés quelquefois par la compression : la mortification partielle est le résultat inévitable de l'exagération de ces étranglements ou de ces pressions irrégulières.

3° *Il faut que l'affrontement soit total.* D'une façon absolue, l'affrontement total n'est pas indispensable, et c'est là une des grandes conquêtes de la chirurgie moderne. On sait maintenant se contenter, quand on ne peut faire mieux, de réunir et d'affronter seulement le fond ou une partie quelconque de certaines plaies, abandonnant le reste au bourgeonnement et à la cicatrisation lente, de sorte que « total » ne s'applique qu'à l'affrontement des points que l'on cherche à réunir primitivement. On peut se dispenser d'affronter la totalité des surfaces d'une plaie, mais il faut que dans la portion choisie, cet affrontement soit total aussi bien qu'uniforme.

Ainsi, Messieurs, nous connaissons déjà trois des conditions qui assurent la perfection de l'affrontement ; il doit être doux, uniforme et total. Ce n'est pas tout.

4° *Les parties affrontées doivent être dans une immobilité parfaite.* Cette indication paraît évidente, et cependant il est nécessaire de la rappeler : elle est une des plus sérieuses et sa réalisation n'est quelquefois pas sans difficulté. Cette condition est capitale et nécessaire dans tous les cas ; ainsi, lors de contusion, d'épanchement sanguin, d'emphysème sous-cutané, la parfaite immobilité n'est-elle pas la première condition pour la guérison ? L'immobilité est souvent bien difficile à obtenir ; qu'il s'agisse des lèvres, de la face, du vagin, de l'anus ou des membres : elle est trop souvent incomplétement réalisée, et telle est son importance cependant, pour les plaies des membres en particulier, que M. Ollier (de Lyon) a cru devoir ajouter au pansement ouaté, qui déjà par lui-même immobilise, une carapace silicatée dont le but est de rendre l'appareil plus rigide. Ne cherchez pas ailleurs, Messieurs, le secret des résultats surprenants qui ont bouleversé la doctrine chirurgicale en matière de guérison des plaies : ils datent du jour où l'on s'est trouvé en possession d'agents efficaces pour l'immobilisation : plâtre, gutta-percha, ouate, etc. En un mot, nous avons aujourd'hui la faculté d'immobiliser complétement. Si nous nous reportons, en effet, au travail intime de sécrétion cellulaire et de néoformation vasculaire qui aboutit à la réparation primitive, ne voyons-nous pas clairement que le moindre glissement qui fait cesser la

juxtaposition parfaite, compromet toute réparation rapide par organisation de ces produits nouveaux?

5° Il faut enfin, Messieurs, qu'il n'y ait entre les parties à réunir *aucun corps étranger* : ces mots ont ici plus de portée qu'on ne leur en donne habituellement. Par corps étranger, en matière de réunion primitive, il faut entendre non-seulement tous les corps venus de l'extérieur, mais aussi tous les éléments organiques non-plastiques, peau revêtue de son épiderme, ongles, etc.; ce sont des corps étrangers aussi bien que les débris de vêtements, les fragments détachés des os, etc. En un mot, il faut considérer comme corps étranger tout ce qui peut donner matière à une élimination ultérieure, forcément accompagnée de suppuration, travail incompatible avec celui de la réunion primitive. A ce point de vue, le *sang peut jouer le rôle de corps étranger*; son écoulement, s'il est très-restreint, n'entrave pas forcément la réunion, grâce à la faculté dont jouissent les tissus de le résorber rapidement, comme on le voit pour l'infiltration sanguine des paupières après une contusion, et pour la plupart des collections sérohématiques sous-cutanées; mais quand une plaie saigne le moins du monde au moment de l'affrontement, elle peut fournir à la longue beaucoup de sang, qui est retenu et accumulé. Lorsque la quantité de liquide à résorber devient trop considérable, les petits vaisseaux chargés de cette reprise ne peuvent plus l'effectuer, et la réunion primitive est manquée. Ce que je dis du sang est vrai d'ailleurs, Messieurs, pour tous les liquides organiques : il n'est pas jusqu'au produit plastique réparateur lui-même, qui ne puisse compromettre la réunion s'il est trop abondant et si l'excès ne trouve libre écoulement au dehors; on dit, dans ce cas, qu'il y a *rétention des liquides* dans la plaie.

D'autre part, il est évident que l'on ne doit, en général, pas tenter la réunion des plaies contuses par armes à feu, ni de celles qui s'accompagnent d'arrachement de ligaments et de tendons d'une certaine importance : ces tissus sont voués à la mortification partielle tout au moins. Affronter primitivement dans ces cas, serait enfermer dans la plaie de véritables corps étrangers, dont l'élimination nécessite un travail de suppuration, ce serait créer à plaisir un foyer profond de suppuration et de putridité, dont les éléments pourraient être résorbés au préjudice de l'économie. Nous arrivons, en résumé, à cette règle générale : *Ne rien interposer entre les surfaces affrontées pour la réunion, s'assurer de l'absence de tout corps étranger, soit extérieur, soit organique, et vérifier la persistance probable de l'hémostase.* Les dangers sont moins grands lorsque la réunion tentée n'est que partielle et que l'on a soin d'assurer le libre écoulement des liquides et du pus par un point déclive. (*A suivre.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **M. CHARCOT.**

IV° LEÇON. — Anatomie pathologique générale de l'épithélium pulmonaire (1).

I. Considérons maintenant l'épithélium pulmonaire; nous allons voir, dans les processus inflammatoires aigus, se reproduire tous les phénomènes rappelés tout à l'heure à propos de l'endothélium.

Prenons l'exemple de la broncho-pneumonie aiguë ou subaiguë et examinons d'abord le cas où la maladie est provoquée expérimentalement chez les animaux, circonstance dans laquelle l'analyse des phénomènes est rendue plus facile. Un des procédés les plus simples, pour déterminer l'altération dont il s'agit, est, vous le savez, la section des pneumogastriques, ou mieux des nerfs récurrents chez certains animaux, le lapin par exemple. Vous n'ignorez pas que la lésion du poumon, observée en pareil cas, se rapproche de tous points de la broncho-pneumonie ou pneumonie lobulaire de l'homme, et je relèverai à ce propos que la pneumonie lobaire ou fibrineuse, bien distincte à tous égards de la précédente, n'a pu, jusqu'ici, être reproduite expérimentalement. Il y a longtemps qu'on s'est occupé à provoquer ce genre de broncho-pneumonie dans le but justement d'étudier anatomiquement toutes les phases du processus morbide. Parmi les travaux récents publiés sur ce sujet, je citerai ceux de M. Friedlander (Berlin, 1873; et *Virchow's Archiv.*, 68, Bd., 3 sept. 1876); ceux de M. Dreschfeld (de M. Manchester) (*Lancet*, janv. 8, 1876, p. 47); ceux enfin d'Otto Frey, rassemblés dans un mémoire publié à Berlin en 1877.

La section des récurrents chez le lapin, adoptée par Friedlander et Frey de préférence à la section des pneumogastriques, offre l'avantage de laisser souvent les animaux vivre pendant un temps relativement fort long. Ainsi, sur 72 animaux opérés par M. Friedlander, 26 sont morts spontanément du 1er au 18e jour.

Il paraît bien établi que, ainsi que Traube l'avait avancé, l'origine de la pneumonie ainsi produite est en quelque sorte toute traumatique. Les animaux sont devenus incapables de fermer la glotte, circonstance qui les trouble fort tout d'abord mais à laquelle ils s'adaptent peu à peu. La cause mécanique des lésions pulmonaires est l'introduction dans les voies aériennes et jusqu'aux alvéoles, de corps étrangers : parcelles alimentaires, mucosités buccales, qu'on retrouve dans les cavités aériennes à l'autopsie, et, dans les cas où, après la section des récurrents, l'animal a été soumis à la trachéotomie, le liquide qui s'écoule de la plaie à l'intérieur de la trachée.

Or, voici l'indication sommaire des principaux résultats obtenus dans ces recherches. — Lorsque l'animal succombe avant l'accomplissement des 6 premières heures qui suivent l'opération, on trouve dans les alvéoles, les cellules épithéliales gonflées, tuméfiées et tendant à prendre une forme sphérique : leur protoplasma est trouble, grenu (tuméfaction trouble). Leurs noyaux se colorent vivement par le carmin.

Les cellules ainsi tuméfiées tendent à se détacher de la paroi et à devenir libres dans la cavité alvéolaire. Elles sont capables de devenir le siége de mouvements amiboïdes et en poussant des prolongements, elles peuvent s'incorporer les corps voisins : leucocytes, hématies.

La tuméfaction dont il s'agit ne serait pas, d'après les recherches de M. Friedlander, un indice certain de l'existence d'un processus inflammatoire; elle peut s'observer, en effet, dans les cas où l'on produit expérimentalement un simple œdème du poumon, soit en provoquant des embolies capillaires, soit en déterminant la compression de l'aorte ascendante. D'ailleurs, toujours suivant M. Friedlander, le simple contact du sérum suffit pour amener le gonflement des cellules et le développement des mouvements amiboïdes.

Le tableau change lorsque l'examen porte sur des animaux qui ont succombé vers le deuxième ou le troisième jour. On peut alors assister, en quelque sorte, à toutes les phases de la multiplication par scission des éléments cellulaires. Il n'est pas rare de rencontrer alors des plaques à noyaux, — une variété des cellules géantes. M. Friedlander a figuré une de ces cellules qui avait acquis des dimensions énormes et renfermait des fragments de cellules végétales (*Virchow's Archiv., loc. cit.*). — Les phénomènes sont analogues lorsque, ainsi que l'a montré M. Dreschfeld (*loc. cit.*), le processus irritatif est déterminé non plus par la section des récurrents, mais par l'injection dans les voies bronchiques d'une solution faible de nitrate d'argent.

II. Dans toutes ces broncho-pneumonies aiguës ou subaiguës provoquées expérimentalement, de même que dans celles qui se produisent spontanément, les phénomènes de la prolifération cellulaire endothéliale, se montrent à peu près toujours compliquées, à des degrés divers, de la présence dans les canalicules respiratoires de produits d'exsudation fibrineuse, de leucocytes et de globules rouges sanguins émigrés. En conséquence ces produits et ces éléments devront se rencontrer toujours, dans la cavité alvéolaire, en promiscuité avec les éléments qui résultent de la prolifération épithéliale.

Mais il est telle circonstance où la scission et la multiplication des éléments cellulaires dont il s'agit peut être observée dans des conditions plus simples, c'est-à-dire dégagée de

(1) Voir les nos 25, 27, 31, 44.

la présence des produits d'exsudation. Les pneumonies de ce dernier genre peuvent être dites alors *Epithéliales par excellence*, ou encore, comme les appelle M. Buhl (*Lungenentzündung Desquamatives. Tuberkulose und Schwindsucht.* Münden, 1872).

Tel est, pour citer un exemple pris dans le domaine de l'expérimentation, le cas de la pneumonie chronique primitive, provoquée chez les animaux par l'introduction dans les voies aériennes de poussières suspendues dans l'atmosphère, de particules métalliques en particulier. Ces pneumonies chroniques expérimentales, en quelque sorte traumatiques, ont, vous le savez, leur pendant dans la pathologie humaine.

Il existe, en effet, chez l'homme, tout un groupe d'affections pulmonaires désignées, depuis les travaux de M. Zenker, sous le nom de *Pneumonokonioses* (ἡ κόνις, poussière), lesquelles sont provoquées par l'influence de cette même cause. C'est là un groupe qui, tant s'en faut, n'est pas dénué d'intérêt pratique et sur lequel nous devrons, quelque jour, fixer votre attention. Pour le moment, je veux me contenter de détacher de l'histoire des pneumonokonioses un épisode que je prendrai dans le domaine expérimental. Il s'agit de quelques expériences entreprises dans mon laboratoire sur le cochon d'Inde. La tête des animaux est plongée dans un sac rempli de poudre d'oxyde rouge de fer; le collet du sac est fixé, bien entendu, à l'aide d'un lien autour de leur cou; — on les voit agiter à chaque instant le sac en question, et la poussière que celui-ci contient se mêle, nécessairement, à l'air qu'ils respirent. L'animal est délivré seulement à l'heure des repas et pendant la nuit. Notre but, dans ces expériences, a été de reproduire chez l'animal la forme de pneumonokonioses qu'on désigne chez l'homme sous le nom de *sidérose*, et qui se produit, comme l'a fait voir M. Zenker, dans la pratique de certaines professions.

Les résultats que nous avons obtenus ont été satisfaisants. Voici l'indication de quelques-uns d'entre eux. Je ferai abstraction, pour le moment, des phénomènes cliniques qui, cependant, ne sont pas sans intérêt (1).

Nous avons reconnu que les particules métalliques très-fines de la poudre d'oxyde de fer pénètrent, dans ces conditions, jusqu'au fin fond des voies respiratoires, c'est-à-dire dans les conduits respirateurs eux-mêmes, où il est facile d'en démontrer la présence dès le 15e jour de l'expérience.

Un second résultat est que les particules métalliques siégent primitivement dans la substance des cellules de l'endothélium pulmonaire. Celles de ces cellules qui renferment ces particules sont volumineuses, gonflées; tantôt détachées de la paroi alvéolaire, tantôt encore adhérentes.

Jamais les particules ne s'arrêtent en chemin, dans un point quelconque des voies bronchiques qu'elles ont dû parcourir, cependant, dans toute leur étendue.

Il résulte de nos expériences que la matière étrangère se localise toujours, çà et là, dans certains groupes d'acini voisins les uns des autres, c'est-à-dire sous la forme *lobulaire*, et non pas d'une façon diffuse. Sur ces points, par suite de l'accumulation dans les cavités alvéolaires de cellules épithéliales gonflées et aussi en conséquence de l'épaississement des parois de l'alvéole, il se forme de petits noyaux d'induration lobulaire qui, à l'état frais, se distinguent sur une surface de section éclairée par la lumière réfléchie, par une coloration d'un *rouge ocreux;* circonstance qui, soit dit en passant, rappelle les caractères macroscopiques des foyers de sidérose pulmonaire chez l'homme.

Enfin, nos expériences nous ont mis à même d'étudier les diverses phases de la pneumonie épithéliale, considérée dans toute sa pureté, c'est-à-dire dégagée de l'immixtion de produits d'exsudation. C'est qu'en effet l'irritation produite sur le revêtement cellulaire des canalicules respiratoires par la présence dans ces cavités, des particules métalliques, ne reste pas limitée à celles des cellules où les particules se sont fixées. Elle se propage et s'étend aux cellules voisines, et l'on peut reconnaître là toute la série des modifications successives sur lesquelles j'ai déjà insisté, à savoir : gonflement de la cellule dont les limites deviennent accentuées, précises, au point de dessiner, sans autre préparation, le cloisonnement de ce revêtement endothélial; scission du noyau, scission de la cellule; formation de plaques à noyaux ou cellules géantes. Je répéterai que, dans cette forme de la pneumonie épithéliale chronique primitive, les diverses phases du processus de scission et de prolifération se trouvent dégagées de toute intervention, même accessoire, des phénomènes d'exsudation.

Lorsque l'animal a été sacrifié environ deux mois après le début de l'expérience, on reconnaît que les alvéoles dont la cavité est déjà rétrécie par l'épanchement de leurs parois, se trouvent littéralement comblés sur certains points, par l'accumulation de cellules gonflées et desquamées, et telle est la raison de l'existence de ces petits noyaux d'induration dont il a été question tout à l'heure.

Nous abandonnons là le compte-rendu de nos expériences, car notre but a été surtout, quant à présent, de vous présenter un exemple de pneumonie épithéliale ou desquamative en dehors de toute complication. J'ajouterai seulement que, même dans les expériences prolongées jusqu'au deuxième mois, jamais, sur aucun point, nous n'avons vu les éléments cellulaires proliférés subir la métamorphose caséeuse; et, cependant remarquez le bien, il s'agit du cochon d'Inde, cet animal éminemment propre à subir les lésions de l'inflammation caséeuse, sous l'influence de l'action des agents les plus divers, des causes les plus banales.

J'en ai dit assez, je crois, pour justifier l'une des propositions que j'émettais au début de cette leçon, à savoir que les altérations de l'épithélium pulmonaire prennent une large part dans la production de certaines lésions inflammatoires du parenchyme pulmonaire et que dans ces circonstances les cellules épithéliales se comportent à la manière des endothéliums. Il me reste à faire voir maintenant que, sous l'influence de causes pathologiques autres que celles que nous avons invoquées jusqu'ici, ce revêtement cellulaire peut prendre les caractères morphologiques et aussi les propriétés de l'épithélium proprement dit. La cellule *plate* qui, chez l'adulte à l'état normal, tapisse la paroi interne du canalicule respiratoire, se trouve alors remplacée par un épithélium cylindrique ou encore par un épithélium formé de cellules molles cuboïdes, dispositions qui reproduisent, on le voit, les caractères de l'état fœtal.

A l'appui de ce que j'avance, je citerai d'abord pour exemple certains cas de cancer du poumon chez l'homme, bien étudiés par M. Mallassez (1), sous le nom de *cancer mucoïde*.

Sous le nom de *carnisation*, Legendre (*Maladies de l'enfance*, 1846, p. 223) a parfaitement décrit une altération du poumon qui, ainsi que j'aurai l'occasion de vous le démontrer, représente à l'état subaigu ou chronique la bronchopneumonie aiguë simple. Cette altération, qui me semble être beaucoup plus fréquente que les auteurs ne paraissent l'admettre, j'ai eu l'occasion de l'étudier cette année sur une assez grande échelle, grâce à l'envoi qui m'a été fait obligeamment par mon collègue, M. le professeur Parrot, de pièces provenant de l'hospice des Enfants-Trouvés. On l'observe communément, surtout chez les très-jeunes enfants, où elle se développe en conséquence de la rougeole, de la coqueluche, ou même d'une bronchopneumonie vulgaire. Il s'agit là d'une forme pseudolobaire de la bronchopneumonie; c'est dire que la lésion occupe la majeure partie d'un lobe, l'inférieur surtout, dans sa partie postérieure. Le tissu du poumon sur les points altérés offre, dans les cas avancés, suivant la remarque de Legendre, à peu près la coloration et la consistance du tissu du cœur, de l'utérus gravide.

La surface de section est généralement uniforme, lisse, non granuleuse; à peu près sèche ou laissant écouler à peine une petite quantité d'un liquide clair. Elle paraît habituellement quand on l'examine attentivement, marbrée sur certains points, par suite de la présence d'acini ou de groupes d'acini qui offrent encore les altérations de la forme aiguë; il s'y dessine souvent des cloisons résultant de l'épaississement des tractus conjonctifs interlobulaires. La partie indurée est

(1) Ces expériences ont été faites avec la collaboration de M. Gombault, réparateur du cours.

(1) *Archives de Physiologie*.

privée de crépitation ; elle s'insuffle quelquefois, mais toujours d'une façon très-incomplète. La péri-bronchite et la dilatation des bronches sont des accompagnements fréquents de ce genre d'altération. C'est là une des formes de la cirrhose du poumon, bien distincte, ainsi que je le montrerai en temps et lieu, de la pneumonie fibroïde consécutive à la pneumonie lobaire prolongée.

Or, Messieurs, le grand caractère histologique dans la forme d'altération dont je viens de vous rappeler les principaux traits macroscopiques, c'est la combinaison de l'épaississement des parois alvéolaires, lesquelles ont subi la métamorphose embryonnaire, avec l'existence d'un revêtement épithélial formé non plus de cellules plates mais bien de cellules cuboïdes. — Tout cela peut exister et existe habituellement, c'est là un fait qu'il importe de relever, sans qu'il y ait dans aucun point des poumons la moindre trace de dégénération caséeuse, de nodules tuberculeux.

N'est-il pas intéressant de voir dans cette forme subaiguë ou chronique de la broncho-pneumonie les parois de l'alvéole pulmonaire — qui dans le développement embryonnaire naissent du *mésoblaste* — reprendre le caractère embryonnaire, en même temps que le revêtement épithélial — issu de l'*hypoblaste* — reprend lui aussi la forme qu'il présentait dans la vie intra-utérine.

Cette circonstance, remarquable dans l'histoire de la bronchopneumonie chronique, vous paraîtra sans doute encore plus digne d'intérêt lorsque je vous aurai fait remarquer qu'elle se reproduit absolument avec les mêmes caractères, dans quelques variétés d'inflammation interstitielle, ou de *cirrhose* s'attaquant à d'autres viscères que le poumon.

Il s'agirait donc là, vous le voyez, non pas d'un fait particl propre au poumon, mais d'un fait général commun à tout un groupe de *cirrhoses viscérales*.

Je vous demande la permission, la chose en vaut la peine, d'entrer dans quelques développements pour établir la proposition que je viens de formuler. C'est ce que j'essaierai de faire dans la prochaine leçon. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ouverture du cours de M. Charcot à la Salpêtrière.

Dimanche dernier, M. le professeur CHARCOT a repris les démonstrations cliniques qu'il fait chaque année à la Salpêtrière sur les *maladies du système nerveux*, au milieu d'un très-nombreux concours d'auditeurs. L'objet de la leçon a été une primeur : L'étude des différentes formes de la *chorée hystérique rhythmique* et son diagnostic avec les autres formes de chorée. Trois malades atteintes des divers variétés de cette affection ont servi à la démonstration. Nous publierons plus tard in-extenso cette remarquable leçon.

Ouverture du cours de M. Trélat.

M. TRÉLAT a ouvert son cours le lundi, 12 novembre, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. L'auditoire était compacte et le sympathique professeur a été accueilli par de vifs applaudissements. M. Trélat a remercié ses élèves par un petit discours de trois phrases et qui se terminait par ces mots : « Certainement les temps sont durs : mais travaillons ; le travail est le meilleur refuge contre tous les avenirs possibles. »

Puis, il est entré immédiatement en matière et a fait avec la verve et la clarté que l'on sait, une leçon sur l'étiologie générale des hernies ; son cours doit cette année porter sur les maladies de l'abdomen et sur les hernies plus particulièrement.

Ouverture du cours de M. Sappey.

Une heure après, M. Sappey occupait la chaire. L'accueil que lui ont fait les élèves a été non moins vif. M. Sappey les a remerciés en termes émus. « Vous pouvez compter sur mon dévouement; vous savez, si j'aime la science, on ne peut aimer la science sans aimer ceux qui la cultivent. »

M. Sappey doit traiter, cette année de la splanchnologie, et, par une heureuse innovation, il va commencer par faire une série de leçons préparatoires sur l'embryogénie « afin que vous puissiez me comprendre lorsque je serai forcé d'employer les termes de feuillet externe, de feuillet moyen et de feuillet interne du blastoderme. Or, plusieurs d'entre vous ignorent certainement la valeur de ces mots. »

Hôpital Saint-Louis : Conférences chirurgicales de M. Duplay.

M. DUPLAY a repris le jeudi, 8 novembre, ses conférences de clinique chirurgicale, à l'hôpital Saint-Louis. Sa première leçon a été consacrée à la description d'une forme particulière de cystite du col souvent confondue, soit avec un rétrécissement de l'urèthre, soit avec une prostatite. Suivant son habitude, il a montré ce qu'il y a d'intéressant et de mal connu dans ces cas en apparence fort simples. Du reste, les lecteurs du *Progrès* connaissent par de nombreuses publications, la manière de faire de M. Duplay, aussi croyons-nous superflu de la caractériser et d'en faire ici l'éloge. Son service, l'un des plus actifs et des plus suivis des hôpitaux de Paris, est réparti entre les salles Sainte-Marthe (femmes) et Saint-Augustin (hommes); la visite des malades commence tous les matins à 8 h. 1/2 et se prolonge jusqu'à 11 h. — Le jeudi, le chirurgien, passant rapidement devant les malades qui ne réclament aucun soin urgent, attire l'attention des élèves sur ceux qui vont être l'objet de sa leçon, les leur fait examiner et les examine devant eux ; puis, il se rend à l'amphithéâtre et, après avoir terminé sa conférence, fait les opérations qui ont été décidées dans la huitaine et ont pu être remises de quelques jours.

L'amphithéâtre de leçons et d'opérations, placé en face de l'entrée de l'hôpital, est bien disposé et bien éclairé, il peut contenir 200 ou 300 auditeurs environ. Malheureusement il est unique, en sorte que deux conférences ou deux opérations ne peuvent avoir lieu le même matin dans l'hôpital sans qu'il en résulte une gêne souvent considérable.

Ouverture du cours de clinique médicale à l'hôpital Necker.

M. le professeur POTAIN a fait mardi dernier sa première leçon clinique dans le nouvel amphithéâtre de l'hôpital Necker. Après avoir rappelé quelle part revenait au doyen de la Faculté, à l'édilité parisienne et au dernier ministre de l'Instruction publique dans l'établissement de service de clinique médicale à Necker, et en particulier des laboratoires de chimie et d'histologie, M. Potain a fait une leçon savante et pratique à la fois sur le *Pronostic*.

Ce n'est pas assez, a-t-il dit, d'avoir posé un diagnostic complet, c'est-à-dire d'avoir découvert la nature, le siége, les complications d'une maladie, d'avoir même analysé l'état des fonctions et des forces du malade, étudié ses dispositions diathésiques, il faut encore s'efforcer de prévoir

quelles doivent être la durée et surtout la terminaison des accidents. Dans la médecine hippocratique le pronostic était considéré comme le but principal à poursuivre; l'étude en est aujourd'hui trop négligée par les élèves.

On a dit à tort que la médecine hippocratique, négligeait complètement l'état local des organes lésés et ne faisait reposer le pronostic que sur l'état général ou en d'autres termes sur l'état des forces du sujet. En réalité le diagnostic était alors comme aujourd'hui le fondement du pronostic. Mais il était nécessairement incomplet et le médecin ne pouvait tenir grand compte d'altérations d'organes qu'il ne pouvait exactement reconnaître.

Il faut certainement tenir grand compte de l'état général, mais les prévisions seraient souvent erronées, si, négligeant l'étude attentive des affections locales, le clinicien s'appuyait seulement, comme veulent certains médecins contemporains, sur la notion de l'état des forces.

Le pronostic, pour être complet, détermine les chances de mort ou de guérison, la durée probable de la maladie et ses suites, la marche de la convalescence, les complications qui peuvent survenir et constituer un danger nouveau, un bon pronostic est également profitable au malade et à sa famille qu'il met en état de sauvegarder leurs intérêts et au médecin dont il relève la considération; il est utile surtout pour conduire au traitement qui doit être en rapport avec la gravité du mal.

Il y a donc grand intérêt à connaître les bases sur lesquelles on fera reposer de justes prévisions; or, à cet égard, aucun détail ne doit être négligé, la plus minime partie en apparence d'un examen bien conduit pouvant quelquefois fournir des enseignements de la plus haute valeur. Pénétrant alors plus profondément dans le domaine de la clinique, M. Potain montra par de nombreux exemples comment les indications pronostiques sont fournies, tantôt par la connaissance des lésions, leur siége, leur étendue, tantôt par une complication, tantôt par quelque condition étiologique, (épidémies, hérédité, etc.), quelquefois même par le traitement.

L'énoncé du pronostic variera suivant une foule de conditions que le tact du médecin doit savoir apprécier, suivant qu'il s'adresse au malade lui-même ou à sa famille. En cela, comme en toute occasion, l'intérêt du malade doit être le guide suprême du médecin.

Les embarras de la Faculté de Médecine à propos de la chaire de pathologie mentale.

Les discussions relatives à l'installation de la chaire de pathologie mentale ne nous semblent pas avoir abouti encore à la véritable solution. Ainsi que nous l'avons fait remarquer déjà incidemment dans nos réponses à la *France médicale*, il existe à Paris un établissement dont on semble éviter de parler et qui, à notre avis cependant, est le seul où la chaire en question pourrait être installée d'une façon vraiment digne de la Faculté de Paris. Il s'agit de l'Asile Sainte-Anne. Là, en effet, se trouvent réunis les malades des deux sexes, avantage que ne présentent ni Bicêtre, exclusivement consacré aux hommes, ni la Salpêtrière, exclusivement consacrée aux femmes. De plus, à Sainte-Anne, sont admis les cas aigus qui ne viennent plus qu'en très-petit nombre, d'une façon exceptionnelle, dans les deux autres hospices depuis la création des nouveaux asiles de la Seine (1). Depuis cette époque, nous le répétons, Bicêtre et la Salpêtrière ne reçoivent plus guère que des aliénés chroniques, gâteux, etc. Les plaintes nombreuses, jusqu'ici restées vaines, adressées à l'administration départementale par les médecins aliénistes de ces deux hospices, fournissent une preuve irrécusable de ce fait.

L'asile clinique de Sainte-Anne, au contraire, reçoit des malades des deux sexes. Les élèves ont, depuis plusieurs années, pris l'habitude de s'y rendre, attirés par un enseignement bien connu. Il possède un bel amphithéâtre spécialement destiné par l'architecte et le préfet d'alors aux cours cliniques. Enfin, et c'est là un argument dont la valeur sera appréciée, l'administration départementale vient d'achever la construction de deux pavillons : l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes. Les 180 lits, qui composent ce nouveau service, figureront pour la première fois au budget de 1878. En y plaçant son enseignement, la Faculté ne trouverait aucune objection de chefs de service, pouvant s'autoriser à juste titre d'une possession antérieure.

Mais, dira-t-on, le titre de la chaire porte *pathologie mentale et maladies de l'encéphale*; et l'enseignement de celles-ci ne peut avoir lieu, dans un asile uniquement consacré aux aliénés (2). Ce serait là, peut-être, une objection si la Faculté, dès l'origine, au moment de la nomination, et tout récemment encore, sur le rapport de M. L. Le Fort, n'avait manifesté l'intention formelle, communiquée au professeur, de demander la modification du titre assez équivoque de la chaire ; de faire supprimer, en un mot, de ce titre la mention des maladies de l'encéphale. De fait, c'est comme devant professer les maladies mentales et pas autre chose que le professeur a été nommé par ses pairs, et c'est avec des médecins *aliénistes* exclusivement, qu'a eu lieu sa compétition.

Donc, ce que la Faculté a voulu, pour le plus grand bien des élèves, ajoutons-nous, c'est un enseignement clinique sérieusement consacré à l'*aliénation mentale* et nous croyons avoir établi que, pour être complet, à la hauteur des circonstances, cet enseignement ne saurait être installé ailleurs qu'à l'*Asile clinique de Sainte-Anne*. Des esprits, assurément malintentionnés, prétendent que le nouveau professeur, peu désireux de concentrer toutes ses forces à l'enseignement de la pathologie mentale, serait très-enclin à porter une bonne partie de ses efforts sur les maladies de l'encéphale, hémorrhagies, ramollissements, tumeurs du cerveau, etc., maladies qui peuvent être enseignées, et le sont en réalité, tous les jours, dans les cliniques ordinaires de la Faculté ; que, en conséquence, il chercherait partout une installation... sauf dans le seul établissement où elle puisse se faire sans le moindre inconvénient et dans les meilleures conditions possibles, qu'en définitive il tournerait autour de l'asile Sainte-Anne sans vouloir y entrer. C'est là, certainement, « des insinuations calomnieuses. » Ce professeur ne peut manquer de vouloir entrer dans son domaine par la *grande porte*. Si des obstacles venaient à se présenter, M. le doyen, qui a le devoir

(1) Vaucluse, Ville-Evrard, Asile clinique de Sainte-Anne.

(2) L'enseignement de M. Magnan a montré d'ailleurs que même à l'asile Sainte-Anne, les maladies de l'encéphale peuvent être étudiées cliniquement, au moins dans leurs rapports avec l'aliénation mentale.

de placer en première ligne l'intérêt de la Faculté, saura sans aucun doute les aplanir et faire valoir auprès du futur ministre de l'instruction publique toutes les raisons qui plaident en faveur de l'installation de la clinique officielle à l'asile clinique de Sainte-Anne, fondé par M. le baron Haussmann pour l'enseignement de la pathologie mentale (1). B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances d'août, septembre et octobre.

M. Bouillaud lit un mémoire sur la localisation des centres cérébraux régulateurs des mouvements coordonnés du langage articulé et du langage écrit. Il rappelle que l'on sait que la troisième circonvolution frontale gauche est le centre coordinateur des mouvements du langage articulé : il serait intéressant de rechercher si cette circonvolution ne serait point aussi le centre des mouvements coordonnés du langage écrit. Des recherches et des expériences pourraient être instituées sur ce point.

M. Giraud-Teulon lit un mémoire sur la réfraction sphérique.

M. Armand Gautier rend compte de recherches sur le principe actif du cachou. Il démontre que l'on a confondu sous le nom de catéchines des substances très-variées et dont la composition n'est d'ailleurs pas connue.

M. Feltz a fait quelques expériences desquelles il résulte que l'addition du chloroforme est sans action sur les vibrioniens et sur la septicité du sang.

MM. Bochefontaine et de Freitas ont étudié l'action sur l'économie du Pao-Pereira. C'est un poison paralysant qui atteint principalement la substance grise de la moelle.

Pour M. Toussaint les bactéridies du charbon seraient très-avides d'oxygène et l'animal périrait parce que ces êtres prendraient tout ce gaz au sang qui les contient. Les animaux mourraient donc par asphyxie véritable.

M. Tholozan adresse une note sur la peste bubonique en 1877.

M. Salathé a fait des expériences sur l'action de la force centrifuge sur l'anémie cérébrale. Il a d'abord placé un lapin la tête en bas pendant plusieurs heures; cette position, même prolongée, n'entraînait jamais la mort. Celle-ci survenait au contraire rapidement si l'animal était maintenu verticalement la tête en haut. Il y avait alors anémie cérébrale. — Si l'animal était placé sur un plateau tournant, il mourait d'anémie ou de congestion cérébrale suivant que sa tête était au centre ou à la périphérie de la roue. S'il était attaché latéralement, il n'éprouvait aucun accident durable.

M. Rouget remet à l'Académie des photographies micrographiques destinées à démontrer que, dans l'appareil électrique de la torpille, les nerfs ne se terminent pas par des extrémités libres comme l'ont prétendu MM. Boll et Ranvier.

M. Bernard fait une importante communication sur la fonction glycogénique du foie. M. Bernard a vu que, chez les animaux et les végétaux, la formation du sucre est identique : la matière glycogène est identique à l'amidon, le ferment diastasique du foie est identique à la diastase végétale. Maintenant il faudrait chercher si l'amidon lui même se forme de la même manière chez les animaux et chez les végétaux.

MM. Cazeneuve et Livon ont étudié la fermentation ammoniacale de l'urine.

MM. Bochefontaine et Chabbert ont recherché l'action physiologique du salicylate de soude. Pour eux, ce sel n'est ni un poison du cœur, ni un poison du muscle. Il n'agit point sur les extrémités nerveuses. Son action semble limitée à la substance grise.

M. Prévost a étudié comparativement l'action de l'atropine et de la muscarine. Cette dernière n'est point le contre-poison de l'atropine. En revanche, l'atropine est l'antidote de la muscarine.

M. Béchamp fait connaître la méthode par laquelle il a pu rendre évidente la membrane qui entoure le globule sanguin.

M. Klebs rappelle qu'il y a 6 ans il s'est servi de la méthode par laquelle MM. Pasteur et Joubert sont arrivés à leur théorie du charbon. Il avait d'ailleurs obtenu les mêmes résultats qu'eux. Il ne saurait pourtant admettre que la cause de la mort fût due à la soustraction de l'oxygène du sang par la bactéridie. P. Regnard.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 novembre 1877. — Présidence de M. Pouchet.

M. Lebredo (de la Havane) décrit les lésions hépatiques trouvées par lui à l'autopsie d'un individu mort de fièvre jaune en cinq jours. Le foie était parsemé d'îlots triangulaires périlobulaires, de cirrhose biliaire. Les espaces portes étaient remplis d'éléments embryonnaires, massés surtout autour des canalicules biliaires. Les parois des veines centrales et surtout des vaisseaux portes étaient légèrement épaissies. Il n'y avait pas de multiplication évidente des canalicules biliaires. Enfin, les cellules hépatiques étaient atrophiées, en dégénérescence graisseuse, avec disparition presque complète du protoplasma. M. Lebredo a vu pareilles lésions dans un autre cas de fièvre jaune. La cirrhose biliaire est probablement de date ancienne ; mais ce processus semble avoir été activé par la maladie aiguë qui a déterminé une atrophie rapide des cellules.

M. Duret fait ressortir l'intérêt de cette communication La cirrhose biliaire est-elle en quelque sorte une lésion préparatrice, causée par la suractivité fonctionnelle du foie dans les pays chauds ? Favorise-t-elle l'atrophie de la cellule, lésion caractéristique de la fièvre jaune ?

M. M. Duval présente quelques considérations sur l'origine de la vésicule allantoïdienne chez l'oiseau. Les auteurs l'ont successivement rattachée aux trois feuillets blastodermiques. Elle provient du feuillet intestinal, mais l'évolution de la vésicule paraît précéder celle de l'intestin. Puis, on voit un bourgeon du feuillet externe se mettre en communication avec elle et ainsi est formé le cloaque.

M. Cadiat dit que le cloaque se produit plutôt qu'on ne le pense généralement. Il existe déjà au commencement du 4e jour, lorsque l'allantoïde ne forme qu'une légère saillie à la surface du feuillet interne.

M. Duret fait une communication sur la commotion cérébrale. (Sera insérée *in extenso.*)

M. Bochefontaine a fait quelques expériences sur les cadavres d'individus récemment suppliciés. Il a pu ainsi constater la richesse du foie en sucs et la persistance de la contractilité musculaire, dans certains muscles, les pectoraux par exemple, douze heures après la mort.

M. Benech expose la méthode qu'il a suivie dans ses recherches sur la peptone contenue dans les liquides normaux ou pathologiques de l'organisme et principalement dans les urines. — Après avoir rappelé les travaux de Mialhe sur l'albuminosurie, ou pepturie il montre que la benzine agitée avec une solution diluée de peptone forme une émulsion qui contient la peptone coagulée. — Cette réaction se produit encore avec les solutions de gélatine ou de mucine. Le chloroforme, l'éther, le sulfure de carbone, les huiles essentielles donnent des réactions analogues, dont quelques-unes ont été déjà signalées comme fait matériel, mais sans recevoir de véritable explication.— M Benech expose la série des réactions chimiques qui permettent d'établir que le coagulum qu'il étudie contient bien de la peptone, à l'exclusion des autres substances extractives urinaires. Il fait connaître les réactions de la peptone ainsi obtenue avec le tannin, l'alcool, le réactif de Milon, le sulfate de cuivre ammoniacal, les acétates de plomb, etc..., enfin il montre comment on peut cliniquement examiner au lit du malade les variations de la peptone dans l'urine. Dans certaines cachexies tuberculeuse, cardiaque, etc, la peptone disparaît à peu près complétement ; elle augmente

(1) L'Asile Sainte-Anne comprend deux sections complètes. Le jour où l'une d'elles deviendrait vacante, le professeur de la Faculté, à moins d'obstacles imprévus, pourrait disposer d'un nombre de malades encore plus grand.

*

beaucoup dans certaines maladies aiguës. M. Benech exposera dans une communication ultérieure le résultat de ses recherches cliniques. L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 *novembre* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. GOSSELIN fait la lecture de son rapport sur *le prix Amussat;* la Commission, dont M. Gosselin est le rapporteur, propose à l'Académie de ne pas décerner ce prix, dit de chirurgie expérimentale.

M. BROCA fait la lecture de son rapport sur le *prix Rufz de Lavison.* Aucun travail ne répondant aux vues du donateur, la Commission propose à l'Académie de ne pas décerner ce prix.

M. LANCEREAUX lit un mémoire ayant pour titre : *Notes et réflexions à propos de deux cas de diabète sucré avec altération du pancréas.* L'auteur établit d'abord que le diabète sucré n'est ni un syndrome ni une maladie: aussi, ne peut-il être qu'un assemblage d'états pathologiques multiples, jusqu'ici confondus, à cause d'un symptôme commun, la glycosurie. Les faits montreront un jour que certains diabètes sont accompagnés de lésions matérielles du pancréas. Le travail de M. Lancereaux comprend trois chapitres : le premier renferme ses propres observations, le deuxième contient les faits dans lesquels le diabète coexiste avec une altération du pancréas; le troisième est réservé aux faits dans lesquels l'altération du pancréas existe sans diabète ou inversement.

Ces trois points élucidés, l'auteur demandera à la physiologie expérimentale les lumières qu'elle est appelée à donner dans un pareil débat, après quoi il formulera ses conclusions. Voyons brièvement les observations recueillies par M. Lancereaux : dans la première, il s'agit d'une femme âgée de 61 ans et ayant présenté les symptômes suivants : coliques et vomissements; polyphagie et polydipsie; glycosurie (50 à 60 grammes de sucre par litre d'urine. — La malade rendait quatre litres par jour); amaigrissement rapide et excessif; lésions pulmonaires; muguet de la bouche et des grandes lèvres. A l'autopsie, on constata une destruction complète du tiers moyen du pancréas et une atrophie des deux autres tiers; en outre, une hypertrophie des glandes de l'estomac et du duodénum. La deuxième observation de diabète sucré a trait à un homme chez lequel la maladie a duré deux ans et demi et offrait les caractères suivants : polyphagie et polydipsie; glycosurie, amaigrissement rapide; pneumonie lobulaire avec large excavation pulmonaire. L'autopsie révèle une obstruction des deux canaux pancréatiques par des calculs de carbonate de chaux, une dilatation de ces canaux, une atrophie du tissu glandulaire ainsi qu'une hypertrophie des glandes de l'estomac et du duodénum. Dans ces deux cas, les ganglions semi-lunaires n'étaient pas altérés. L'auteur cite, à l'appui de son travail, quelques faits semblables, groupés sous plusieurs chefs, suivant la nature de l'altération pancréatique; dans le premier groupe, il a placé les cas d'atrophie simple avec ou sans oblitération du canal pancréatique (Munk et Klebs, Flis et Hartsen, Sylver, Harnack); dans le deuxième, les cas d'atrophie consécutive à l'obstruction du canal pancréatique par des calculs (Cowley, Recklinghausen); enfin, les faits relatifs à une induration ou à une atrophie pancréatique, déterminée par une lésion carcinomateuse de la tête du pancréas (Bright, Frerichs, Harley).

Abordant le côté expérimental, M. Lancereaux rappelle les expériences de M. Claude Bernard, qui, injectant des substances grasses dans le canal de Wirsung, provoquait une atrophie du pancréas. Or, la destruction de cet organe, chez les animaux, était suivie d'un amaigrissement considérable et accompagnée d'un appétit vorace. L'auteur résume son travail dans ces conclusions : 1° Les observations et les pièces anatomiques suivantes montrent que le diabète sucré est, au moins dans quelques cas, accompagné d'une altération grave du pancréas; 2° une semblable altération se rencontre dans plusieurs des faits connus de diabète sucré, et, dans ces faits comme dans les nôtres, la maladie, dont l'évolution est relativement rapide et la terminaison fatale, est révélée par de la polyphagie, de la polydipsie, une maigreur excessive, une glycosurie abondante, et, en un mot, par tous les caractères du diabète maigre. D'un autre côté, les animaux auxquels on extirpe ou détruit le pancréas deviennent voraces, s'amaigrissent rapidement et succombent très vite. Or, prenant en considération, d'une part, les caractères spéciaux du diabète sucré dans les cas d'altération du pancréas, d'autre part, les phénomènes observés chez les animaux par la destruction de ce même organe, nous croyons pouvoir conclure à l'existence d'une relation causale entre l'altération pancréatique et la forme du diabète sucré en question. Cette forme de diabète se distinguerait par un début généralement brusque, une évolution rapide, un amaigrissement considérable accompagnant une polyphagie et une polydipsie excessive, et, enfin, par les caractères des déjections alvines. Le pronostic de ce diabète serait des plus graves. L'indication thérapeutique consisterait à supprimer les aliments qui sont digérés par le suc pancréatique et à nourrir le malade à l'aide des aliments dont la digestion s'accomplit dans l'estomac.

M. PERSONNE lit son rapport officiel *sur les remèdes secrets.*

M. RICHE, candidat dans la section de pharmacie, fait la lecture d'un travail intitulé : *Dosage de petites quantités de manganèse et recherches de ce métal dans le sang.*

M. DECAISNE lit en son nom et au nom de M. le professeur de PETTENKOFER (de Munich), une étude sur la *Théorie tellurique du choléra asiatique* dans laquelle il s'attache à réfuter les principales objections formulées contre cette doctrine. Ce travail peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° Le choléra se montre sur toutes les formations géologiques, mais ce qui importe pour son développement et sa propagation, est l'agrégation physique du terrain, sa perméabilité pour l'eau et pour l'air, enfin la quantité variable d'eau qu'il contient.

2° L'influence des causes locales tient aussi à l'époque de l'invasion des épidémies, comme le montrent un grand nombre d'observations.

3° Le choléra, qu'il règne aux Indes ou en Europe, préfère non seulement certains quartiers dans une localité, mais encore certaines régions dans une contrée, tandis qu'il paraît en éviter d'autres. Les épidémies locales d'une contrée, d'une province, d'un pays ne se groupent pas le long des grandes lignes de communication. Cela a été démontré pour les Indes et pour l'Europe. — 4° Quelque fréquents que soient les cas de choléra qui éclatent sur les vaisseaux et quelque favorables qu'y soient les conditions de développement de la maladie, la règle est que le choléra ne s'y propage pas.

5° On ne peut méconnaître l'influence de la saison sur les épidémies de choléra, ni celle qu'exerce sur leur fréquence l'époque des pluies aux Indes et en Europe. — 6° Contrairement à la doctrine qu'on leur prête souvent en France, les partisans de la doctrine tellurique ont toujours admis une substance infectieuse, spécifique, un germe du choléra qui se propage de lieu en lieu par les communications humaines et non point par l'atmosphère libre à de grandes distances.

7° Les partisans de la théorie tellurique n'ont jamais prétendu, comme on le leur fait dire que les tourbières et les marais dussent être les lieux les plus favorables au choléra. Au contraire, ils ont souvent relevé ce fait que dans nos climats tempérés, les régions marécageuses sont souvent épargnées d'une manière frappante.

8° En discutant les opinions de M. de Pettenkofer sur l'influence de l'eau du sol ou eau souterraine, les partisans de la contagion passent ordinairement sous silence la coïncidence des oscillations de l'eau souterraine et de la fièvre typhoïde. Ils objectent par exemple que Lyon a eu en 1874 un niveau très-bas des eaux du sol, et qu'à cette époque il y a bien eu à Lyon une épidémie de fièvre typhoïde, mais pas de choléra. Les partisans de l'influence locale répondent qu'il n'y avait à cette époque, d'épidémie de choléra asiatique ni à Paris, ni à Marseille, et que si le germe avait été transporté à Lyon, il est probable que cette ville aurait eu dans certains quartiers reposant sur des terrains d'alluvion, une épidémie de choléra comme en 1854 sur une partie de Perrache et de la Guillotière. Il suffit de consulter les excellentes recherches de Delesse sur les conditions géologiques et hydrologiques de Paris et celles de MM. de Pettenkofer et Decaisne sur Lyon pour voir que les conditions du sol et de l'eau souterraine sont très-différentes à Paris et à Lyon.

« Nous pensons, disent les auteurs en terminant, que la science géologique, n'est pas encore en mesure de fournir dans tous les cas la solution du problème, mais nous croyons qu'il faut attirer l'attention sur une doctrine qu'on néglige trop, selon nous. Il est bon, comme l'a dit M. Fonssagrives, de ramener les yeux des chercheurs, trop obstinément tournés vers l'atmosphère, à ce sol auquel nous sommes fixés, et qui est pour nous un laboratoire mystérieux dans lequel la vie et la mort s'élaborent côte à côte. L'atmosphère ne nous tue sou-

vent qu'en distillant les poisons que le sol a créés ou concentrés et qu'il lui a envoyés ensuite. » A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 12 juillet 1877.— PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

3. Concrétion sanguine ancienne dans l'oreillette droite. — Embolie du cœur droit. Mort subite, chez un homme affecté de carie du sacrum; par M. Ch. TALAMON, interne des hôpitaux.

V..., fumiste, 18 ans, entre le 26 avril 1877, dans le service de M. TERRILLON, à l'hôpital Temporaire.

Depuis près d'un an, il ressent une douleur sourde dans la région sacro-coccygienne. Il y a cinq mois, un abcès s'est formé à ce niveau; l'abcès s'est ouvert et est resté fistuleux; deux autres fistules se sont encore établies depuis lors. — Bonne santé habituelle; quelques accidents scrofuleux dans l'enfance. Pas de syphilis.

On constate un empâtement diffus au niveau du sacrum remontant vers la base de cet os. Douleur à la pression du coccyx et de la pointe du sacrum. Trois fistules, l'une dans la rainure interfessière, les deux autres un peu plus haut; toutes trois convergent vers la pointe du sacrum. Ecoulement d'un pus séreux, fétide, sanguinolent. — Par le toucher rectal, on ne détermine pas de douleur en pressant sur la face antérieure de l'os. La lésion semble donc localisée à sa partie postérieure. L'état général est satisfaisant. Le malade n'a pas maigri, a conservé de l'appétit. Pas de diarrhée. La poitrine résonne normalement à la percussion. Respiration normale à gauche. A droite, affaiblissement du bruit vésiculaire en avant dans toute la hauteur et au sommet en arrière. Pas de craquements. — Urines normales.

30 *avril*. M. Terrillon incise les trajets fistuleux à l'aide du thermo-cautère de Paquelin. Le coccyx et la partie terminale du sacrum sont à nu, rugueux, cariés, couverts de fongosités. Toutes les parties osseuses malades sont enlevées, c'est-à-dire la totalité du coccyx et le cinquième à peu près du sacrum. Cautérisation de toute la surface de la plaie avec le thermo-cautère. Pansement avec de la charpie imbibée d'eau phéniquée. T. soir 38°,2.

1er *mai*. T. matin 37°; T. S. 37° 6.

Les jours suivants, tout semble marcher à souhait. Pas de fièvre. La plaie se comble vers la partie inférieure. Mais au bout de trois semaines, la partie supérieure ne s'est pas modifiée; le sacrum est toujours à nu et ne se recouvre pas de bourgeons charnus. En outre, le malade accuse de la douleur à la pression jusqu'à la base de l'os et dans toute la région fessière.

31 *mai*. Un mois, jour pour jour, après l'opération, au moment où le malade se retournait dans son lit pour laisser examiner sa plaie, il fit tout-à-coup deux à trois expirations bruyantes et retomba sur le dos sans connaissance. Pas de convulsions; face pâle, pupilles dilatées. Respiration suspendue. Le pouls continua à être perceptible pendant une minute, puis le cœur s'arrêta. Tous les moyens employés pour rappeler la vie furent inutiles. A deux reprises, le cœur eut quelques battements irréguliers; le malade fit encore trois ou quatre mouvements respiratoires. Au bout de trois minutes, la mort était évidente.

AUTOPSIE faite vingt-quatre heures après la mort. — *Encéphale*. Aspect normal. Rien dans la protubérance ni dans le bulbe. Artères saines. *Poumons*. Adhérences celluleuses à la partie antérieure du poumon droit. Rien à gauche. Etat normal des deux parenchymes. *Artère pulmonaire*. L'artère, ses deux branches et leurs divisions sont remplies de sang noir, liquide, mais pas trace de caillots.

Cœur droit. Un peu de sang liquide dans le ventricule. Point de caillots cruoriques, mais deux caillots de forme spéciale. 1° Attaché au fond de l'auricule et flottant dans l'oreillette, un caillot jaune grisâtre, aplati, membraniforme, résistant, de quatre centimètres de long sur deux de large; 2° un long caillot étroit cylindrique, de la grosseur d'une plume d'oie, engagé entre les valves de la tricuspide, en partie dans l'oreillette, en partie intriqué dans les piliers du ventricule. Ce caillot, déroulé, est long de 10 à 12 cent., il est rameux, bifurqué, et l'une des branches de bifurcation se divise elle-même en deux petits rameaux.

Cœur gauche. En systole; vide de sang. Pas de lésion d'orifice. L'orifice aortique est suffisant. — Le tissu du cœur ne paraît nullement malade. Il est rouge et ferme.

Les reins, la rate, le foie sont à l'état normal; mais gorgés de sang.

On ne trouve pas dans les grosses veines du bassin l'orifice de l'embolie. Le caillot, comme le prouve d'ailleurs son étroit diamètre, vient évidemment des veines de faible calibre. Et ces veines sont sans doute perdues dans le vaste foyer purulent qui entoure le sacrum et infiltre les muscles de la fesse.

La totalité du sacrum et la dernière vertèbre lombaire sont en effet absolument cariées, pénétrées de fongosités. Il n'y a pourtant pas de pus dans le canal vertébral. La moelle et la queue de cheval sont intactes.

Mais tout autour, en avant comme en arrière, existent de vastes foyers purulents qui fusent dans la fosse iliaque externe, entre les muscles fessiers, d'une part, et, de l'autre, dans le muscle iliaque.

REMARQUES. La mort de ce malade doit être attribuée à l'un des deux caillots trouvés dans le cœur droit. La concrétion aplatie, attachée au fond de l'auricule et pénétrant dans l'oreillette, était en effet évidemment une concrétion ancienne, dont elle présentait tous les caractères; l'instantanéité de la mort exclut d'ailleurs l'idée d'un caillot agonique; il faut noter en outre que le sang contenu dans l'artère pulmonaire n'était point coagulé, mais à l'état liquide. On pourrait donc penser que ce caillot, à un moment donné, est venu obstruer, comme une soupape qui se ferme, l'orifice auriculo-ventriculaire. Mais il est bien plus rationnel d'admettre que la mort est la conséquence de l'interposition brusque entre les valves de la tricuspide du long caillot lombricoïde trouvé dans le cœur droit. Ce caillot allongé, ramifié, avait l'aspect des caillots formés dans les veines; le vaste foyer purulent des régions fessière et iliaque explique facilement sa formation. Détaché des veines enflammées du bassin, son arrivée dans le cœur droit a déterminé une syncope mortelle.

Il est à noter en effet que le malade n'a présenté aucun des symptômes de l'embolie pulmonaire, pas de dyspnée, pas d'angoisse pulmonaire, pas de mouvements respiratoires désordonnés ou précipités; au contraire une perte de connaissance immédiate avec arrêt du cœur et de la respiration.

4. Coliques hépatiques. — Etat typhoïde. — Endocardite végétante; par M. CHENET, interne des hôpitaux.

X..., 45 ans, cuisinière, entrée à l'hôpital Lariboisière (service de M. SIREDEY), est couchée au n° 4 de la salle Sainte-Geneviève. Cette femme, atteinte pour la quatrième fois de coliques hépatiques et après avoir eu sous nos yeux un accès long et intense, se rétablissait mal et conservait un état général assez peu satisfaisant. Bien que les douleurs eussent à peu près disparu, l'ictère persistait; plusieurs purgatifs n'avaient pas réussi à rétablir la régularité des fonctions digestives.

23 *mai*. A la suite d'un bain elle fut prise d'un frisson intense, mais aucune aggravation dans son état ne se manifesta à la suite. Le 25 mai, nous constations une très-grande fréquence du pouls, une impulsion violente du cœur, mais sans irrégularités dans le rhythme des battements. Il existait un bruit de souffle intense occupant tout le premier temps, ayant son maximum à la pointe du cœur, mais s'entendant même en arrière de la poitrine. De chaque côté, en arrière, râles sous-crépitants fins, plus marqués à gauche, mais sans souffle en aucun point. Ni point de côté, ni vomissement à la suite du frisson, pas d'expectoration. Langue sèche, noirâtre et subdélirium. — Vésicatoire à la région précordiale. Potion de Todd avec 1 gramme de teinture de digitale.

Depuis ce moment jusqu'à sa mort, aucun signe nouveau digne d'être mentionné, sinon de la paralysie vésicale. 2 litres d'urines, fortement ictériques, mais non albumineuses, furent retirés de la vessie le 27 mai soir. Etat typhoïde avec délire léger. — La malade succomba le 29 mai. La température avait oscillé entre 39° 3 et 40° 2.

AUTOPSIE 24 heures après la mort. *Cavité abdominale*. Foie

décomposé. Bulles gazeuses faisant saillie à la surface. A la coupe le foie ressemble à une éponge. Les deux branches du canal hépatique et ce canal lui-même sont fortement dilatés, contenant un peu de sable biliaire. Le canal hépatique et le canal cholédoque, fortement dilatés, présentent une circonférence de plus de 0, 04 centimètres. Le canal cystique au contraire n'a pas sensiblement varié de volume. La vésicule est petite et contient une très-petite quantité de bile jaune foncé. Le canal cholédoque contient dans sa longueur à plusieurs centimètres du duodénum plusieurs gros calculs, de forme irrégulièrement cubique, à arêtes mousses dont l'un présente dans son plus grand diamètre 22 millim. sur 18 dans l'autre. Ces calculs présentent une coloration brunâtre à la surface, une striation concentrique très-nette à la coupe. Ils sont très-légers et brûlent facilement. La cholestérine paraît être leur principal élément. L'ampoule de Vater, plus apparente qu'à l'état normal, laisse facilement pénétrer une sonde cannelée jusqu'aux calculs. La bile ne pénétrait plus dans le duodénum dont la muqueuse est d'un gris bleuâtre.

La *rate*, un peu augmentée de volume dans le sens de sa longueur, présente vers sa grosse extrémité un large infarctus. — Plusieurs infarctus sur les deux reins.

Cavité thoracique. Un peu de liquide rougeâtre dans les plèvres. Les deux poumons, légèrement adhérents aux sommets, présentent en arrière une coloration brun foncé et sont fortement de œdémateux, conservant l'empreinte du doigt. A la coupe, ils présentent dans toute leur partie postérieure, une stase sanguine très-évidente, mais nulle part de foyer d'hépatisation.

Le *péricarde* contient une ou deux cuillerées d'un liquide rougeâtre. Le cœur, légèrement hypertrophié présente de la surcharge graisseuse et une pâleur qui semble indiquer aussi une dégénérescence du tissu musculaire, mais point d'extravasation sanguine.

Le *cœur* droit contient des caillots agoniques facilement dissociables, mais pas d'altération valvulaire. Le *cœur* gauche présente des lésions remarquables comme siége et comme étendue. Les deux valves de la mitrale sont presque soudées dans une partie de leur étendue, de façon à ne laisser libre qu'une boutonnière étroite occupée par un caillot fibrineux. On ne voit à leur surface ventriculaire aucune végétation. La valve droite est recoquevillée et sensiblement diminuée d'étendue et paraît comme froncée. L'oreillette gauche, une fois découronnée, présente à sa face interne une multitude de végétations arrondies dont les plus petites dépassent le volume d'un grain de millet, et dont les plus grosses atteignent celui d'une lentille. Sur la face auriculaire des deux valves, rapprochées comme nous l'avons dit, se trouvent aussi d'autres végétations en choux-fleurs au milieu desquelles s'imbriquent des caillots fibrineux dont l'un s'étend jusque dans l'auricule et reste adhérent après la séparation des valves. Sur la valve droite existe une grosse végétation atteignant presque le volume d'une noisette et présentant à sa surface des inégalités qui donnent l'idée de pertes de substance, mais il n'y a pas de foyer purulent.

Cavité crânienne. Pas de foyer de ramollissement ou d'hémorrhagie. Piqueté assez marqué de la substance cérébrale.

C'est donc là un cas remarquable d'endocardite végétante enté sur un état général mauvais. La malade ne présentait aucun signe d'affection cardiaque à son entrée à l'hôpital et pendant l'accès de colique hépatique.

5. Mal de Pott à la région dorsale supérieure. — Abcès froid du thorax avec développement de gaz consécutif dans la cavité de l'abcès; par M. Chenet, interne des hôpitaux.

X., 31 ans, salle Sainte-Augustine, lit nº 27. (Hôpital Lariboisière, service de M. Siredey.)

Phénomènes généraux de tuberculose: amaigrissement, perte des forces, sueurs nocturnes. Signes négatifs du côté des poumons, du péritoine ou de l'intestin. Douleur très-vive entre les deux épaules, dans une étendue d'une dizaine de centimètres environ au niveau de la région dorsale. Tel était l'état de ce malade au moment de son entrée dans le service. Quinze jours après environ, on note pour la première fois une saillie marquée de l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre dorsale. Quelques irradiations douloureuses dans le bras gauche sans paralysie, sueurs profuses, diarrhée. Pointes de feu au niveau de la région malade répétées à deux reprises à une dizaine de jours d'intervalle. Toniques. Décubitus horizontal avec recommandation de garder l'immobilité. Fièvre hectique avec dépérissement rapide et vives douleurs thoraciques.

27 *mai*. Apparition à la région sous-claviculaire gauche d'une tuméfaction qui contraste avec l'amaigrissement du côté opposé. Cette tuméfaction remonte supérieurement jusqu'à la clavicule. A droite, elle s'étend jusqu'auprès de la ligne médiane; à gauche, jusqu'à la limite de l'aisselle. Inférieurement, elle suit assez exactement le bord inférieur du grand pectoral. Œdème à la périphérie. Fluctuation très-nette à la partie moyenne. Pas d'empâtement qui puisse être suivi depuis la colonne vertébrale jusqu'à l'abcès.

28 *mai*. La peau est plus tendue et luisante au niveau de l'abcès. On constate au palper et à la percussion la présence de gaz dans le foyer. Sonorité à la partie moyenne. Crépitation à la périphérie. Le lendemain, l'emphysème est plus marqué sans être plus étendu. — Le malade succombe à 5 heures du matin.

Autopsie, 36 heures après la mort. Au niveau du foyer, coloration verdâtre de la peau; coloration verdâtre aussi en arrière depuis la colonne vertébrale jusque vers l'aisselle.

L'incision de la peau au niveau de la ligne médiane donne issue à des gaz. Les aréoles profondes du derme depuis la ligne médiane jusqu'au bord de l'aisselle sont légèrement infiltrées de pus, de même que le tissu cellulaire qui sépare les fibres du grand pectoral. Les fibres musculaires sont dans un état de décomposition avancée.

La face profonde du muscle recouvre un vaste foyer purulent à odeur infecte, traversé par des brides filamenteuses infiltrées de pus. Plusieurs côtes sont à nu dans le foyer; les muscles intercostaux détruits en grande partie, et une large communication se trouve ainsi établie entre le foyer intra-thoracique et le foyer sous-musculaire.

Nous enlevons alors d'une seule pièce la cuirasse antérieure du thorax avec le cœur et les poumons. A droite, il existe à peine quelques adhérences entre les poumons et les différents points de la paroi; en arrière, au contraire, au niveau de la colonne vertébrale, il faut sculpter un peu les différents organes du médiastin. Le poumon gauche présente peu d'adhérences en arrière, et nous sectionnons la paroi antérieure du thorax au niveau du bord antérieur de l'aisselle. Une côte baignant dans le pus se détache de la colonne vertébrale pendant cette manœuvre et est entraînée avec toute la masse. Le foyer vertébral est alors mis à nu. Un corps vertébral est en grande partie détruit sur sa face antérieure, de coloration noirâtre.

Le *poumon* droit est sain, mou, crépitant dans toute son étendue, n'offrant à sa surface que quelques fausses membranes. A la coupe, nous ne trouvons, à l'œil nu, aucun foyer tuberculeux ni aucun semis de granulations. Le poumon gauche est adhérent en totalité à la plèvre qui a été enlevée en même temps que lui. Mais dans toute sa partie postérieure, ces adhérences sont lâches et sont détruites facilement avec le dos du scalpel sans qu'on produise de lésions ni du poumon, ni de la plèvre très-épaissie. A mesure qu'on arrive vers la partie latérale, et surtout vers la face antérieure, les adhérences sont plus étroites, et, à un moment, la plèvre beaucoup plus épaisse encore à ce niveau, se déchire, et une petite parcelle est entraînée avec le poumon, de façon à laisser une perforation de la plèvre au niveau même de l'abcès. Mais c'est là le seul point dans lequel une communication entre le poumon et le foyer purulent extra-thoracique pourrait avoir lieu; et l'examen du poumon démontre que cela n'est pas. Le poumon au-dessous des adhérences est sain et ne présente non plus en aucun point de foyer tuberculeux ou de granulations. Les gaz contenus dans l'abcès ne venaient donc pas du poumon.

Nous voyons alors très-clairement que l'abcès a pour limites

en dedans la plèvre très-épaissie, en dehors la face profonde du grand pectoral, et qu'il est cloisonné par les côtes et les débris de muscles intercostaux, cloison très-incomplète d'ailleurs, ainsi que nous l'avons déjà vu.

La vertèbre cariée est la quatrième dorsale. Son corps est en grande partie détruit. Les parties osseuses, noirâtres, baignent dans le pus, de même que les extrémités des côtes voisines dont les articulations costo-vertébrales sont plus ou moins intéressées. Ce pus est fétide. Le périoste des 2e et 3e côtes a disparu.

L'examen des différents viscères : foie, reins, vessie et tube digestif, de l'encéphale et des méninges ne révèle rien qui intéresse spécialement l'observation. Notons seulement que nulle part, il n'a été trouvé de granulations miliaires ou de tubercules. Enfin, j'ai dû sacrifier l'examen de la moelle pour mettre en évidence les rapports du foyer purulent et la marche du pus depuis la colonne vertébrale jusqu'au thorax.

Réflexions. Il s'agit donc là d'un abcès froid consécutif à une carie vertébrale et dans lequel des gaz se sont développés spontanément. Le chemin intra-thoracique suivi par le pus explique la dyspnée énorme que le malade a présentée dans les derniers jours. Mais ce cas offrait un intérêt de diagnostic très-grand pour nous. Déjà, en 1875, nous avions eu l'occasion d'observer un cas d'emphysème sous-cutané consécutif à un abcès des parois thoraciques en communication avec le poumon, chez un phthisique. L'observation a été présentée par nous et par notre collègue Hirtz, à la société anatomique. Mais dans ce cas, nous n'avions pas assisté à l'évolution de l'abcès et nous n'avions vu le malade qu'après le début de l'emphysème. Ici, au contraire, nous avons vu d'abord un abcès, puis le lendemain de l'emphysème. Nous avons cru, le premier jour à un abcès par congestion, mais la présence de gaz dans la cavité de l'abcès le lendemain même, nous avait fait présumer le diagnostic : en effet, en dehors du voisinage des cavités naturelles, le développement spontané de gaz dans un abcès est chose rare. Bien que l'on n'eût constaté chez le malade aucun signe positif de tubercules pulmonaires, il était possible qu'un petit foyer eût échappé; l'observation de ce foyer pouvait avoir été le point de départ de l'emphysème. Mais en supposant l'abcès en communication avec le poumon, de l'air eût été chassé à chaque instant dans la cavité et l'emphysème se fût généralisé. Ainsi s'étaient passées les choses dans le cas dont nous venons de parler. Ainsi encore dans un cas publié par M. Cruvelhier. Nous croyons donc que, en cas de doute, le défaut d'extension de l'emphysème serait d'un utile secours pour le diagnostic. Je n'insiste pas sur l'existence du mal de Pott qui dans le cas présent devait faire pencher pour un abcès par congestion.

6. Otite externe. Carie de l'apophyse mastoïde. — Trépanation et extirpation d'un séquestre. — Carie du rocher. Méningite tuberculeuse; par M. E. Quenu, interne des hôpitaux.

Goy... Jean, 35 ans, ébéniste, vient à la consultation de M. Tillaux, le 14 janvier, pour une otite suppurée gauche, datant de deux mois. La région mastoïdienne est rouge, tuméfiée, et en exerçant une légère pression, on augmente l'écoulement du pus par l'oreille. Le malade a souffert dans l'oreille avant de voir se développer la tuméfaction au niveau de l'apophyse mastoïde. Le bruit caractéristique de la perforation du tympan n'existe pas; l'examen de l'oreille à la lumière réfléchie confirme l'intégrité de la membrane, qu'on trouve opaque, granuleuse et rouge à sa partie supérieure. L'acuité auditive est nulle à gauche. On diagnostique une *otite externe suppurée*, terminée par un phlegmon mastoïdien.

16 *janvier*. Incision jusqu'à l'os, à 1 cent. en arrière de la conque. Ecoulement de pus en assez grande quantité. Lavages dans l'oreille ; le liquide sort par la plaie. L'état général est assez bon : G.... est grand, assez vigoureux.

4 *février*. Des granulations obstruent le conduit auditif externe : cautérisation au nitrate d'argent.

21 *mars*. L'écoulement de pus est aussi abondant que les premiers jours; large perforation du tympan. Une lésion osseuse ayant été diagnostiquée, on fait la trépanation de l'apophyse mastoïde que l'on trouve nécrosée dans une étendue de 1 cent. ; on extrait un séquestre long de 2 cent., formé de petites lamelles larges de 1 cent., osseuses, friables, imprégnées de pus concret.

25 *mars*. Quatre jours après l'opération, on observe les signes d'une paralysie faciale gauche.

30 *mars*. L'état général est très-bon, la plaie se ferme rapidement ; on est obligé de mettre un drain.

3 *avril*. La suppuration redevient abondante ; le malade souffre en avant de l'oreille : gonflement du ganglion préauriculaire.

12 *avril*. Etat général moins bon. Le malade maigrit depuis quelques jours et tousse un peu. Crachats purulents, submatité aux deux sommets, surtout à droite; expiration prolongée aux deux sommets. A droite, craquements secs.

20 *avril*. Abcès au sommet du triangle sus-claviculaire.

22 *mai*. La suppuration a diminué depuis le 20 avril, mais l'amaigrissement n'a fait qu'augmenter. Sueurs nocturnes.

23 *mai*. A 4 heures du matin, les malades voisins sont réveillés par les cris de G..., dont les membres supérieurs et inférieurs du côté droit sont agités de convulsions cloniques. Ces convulsions se reproduisent pendant la visite et sont limitées au côté droit ; les muscles de la face ne se contractent pas; il n'y a pas de strabisme. Pupilles dilatées. Dans la journée les convulsions se généralisent et affectent les deux côtés. Vers 8 heures du soir, un sommeil profond a succédé à l'agitation de la journée.

Le lendemain, face rouge, lèvres cyanosées, respiration accélérée, courte; pouls lent et régulier ; hémiplégie droite. Le malade ne répond pas aux questions. Ecoulement abondant de pus par l'oreille, qui pourrait faire croire à l'ouverture d'un abcès comprimant le cerveau.

24 *mai*. L'hémiplégie a entièrement disparu. Le malade a repris entièrement connaissance. 26 *mai*. Rétention d'urine. 27 *mai*. Coma et mort.

Autopsie. Adhérences pleurales des deux côtés et surtout aux sommets. Les deux poumons sont augmentés de volume et convertis en deux blocs indurés. A la coupe, granulations ayant subi divers degrés de régression, petits foyers caséeux et masses de pneumonie caséeuse. Pas de cavernes. Cœur sain. Dans la rate, le péritoine, le foie et les reins, rien à noter.

Cerveau La pie-mère est parsemée de granulations grises, existant surtout à gauche, le long de la sylvienne. On en trouve aussi sur la face convexe du lobe gauche en grande quantité. Peu de granulations à droite. Teinte verdâtre de la face inférieure du lobe sphénoïdal dans les points qui répondent aux faces antérieure et postérieure du rocher, c'est-à-dire aux points malades du temporal ; pas d'abcès, mais véritable apparence de gangrène du cerveau.

L'espace sous-arachnoïdien contient une quantité considérable d'un liquide un peu louche, qui infiltre également la pie-mère. Les ventricules sont distendus et remplis de liquide, leurs parois sont ramollies. Petit tubercule dans l'épaisseur d'une circonvolution. Petit tubercule ramolli, gros comme un grain de millet, dans le tiers supérieur de la moitié gauche de la protubérance, près du pédoncule cérébelleux moyen.

Rocher. Une énorme excavation occupe la base de l'apophyse mastoïde et l'épaisseur même du rocher. Elle s'étend en avant jusqu'à l'articulation, qui est respectée, en arrière, jusqu'à une ligne prolongeant le bord postérieur de l'apophyse mastoïde. Du côté de la cavité crânienne, ce trou n'est séparé du cerveau que par la dure-mère, qui a barré le passage au pus, comme l'eût fait une aponévrose. En effet, si on décolle la dure-mère, on l'enlève comme une sorte de couvercle, et on pénètre dans le foyer. Des fongosités restent adhérentes à la membrane, qui paraît elle-même peu modifiée.

Des fongosités, du pus concret et des parcelles d'os recouvrent les parois ; toute la caisse est détruite, la portion pétreuse du facial a disparu, le nerf est comme coupé à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, dont le pourtour est formé par de l'os malade. Le sinus latéral n'était séparé du foyer purulent que par l'épaisseur de ses parois recouvertes de fongosités.

Réflexions. Nous n'insistons pas sur l'intérêt chirurgical de cette observation : elle a dû être développée ou le sera à ce point de vue ; notons seulement combien les résultats de l'autopsie doivent faire apporter de prudence dans les opérations pratiquées sur l'apophyse mastoïde, puisque la cavité renfermant le séquestre, avait pour ainsi dire comme parois, des organes tels que le sinus latéral et les méninges, dont la blessure eût pu entraîner une mort immédiate ou tout au moins à courte échéance. Remarquons aussi la paralysie faciale survenant le 4e jour après l'opération ; elle est évidemment le fait de l'extension de l'ostéite que l'enlèvement du sequestre a été impuissant à limiter. Si nous arrivons à l'évolution de la maladie à laquelle a succombé G..., il nous parait peu probable que la suppuration de la caisse ait été le point de départ de la tuberculose : cette otite a en effet été soignée au début, alors que l'inflammation était limitée au conduit auditif externe, plus tard on s'est empressé de donner écoulement au pus malgré un traitement actif, malgré une opération qui eût dû tarir la source de la suppuration, la carie a continué ses progrès pour aboutir aux complications méningées qui ont abrégé la scène. Comme le démontre l'état des poumons, G.... devait être tuberculeux quand il a eu son otite. Quant à la nature tuberculeuse ou non de l'affection osseuse, nous ne la discuterons point. Terminons par une remarque : d'une part sur l'intégrité (au point de vue du tubercule) de tous les autres viscères ; d'autre part sur la prédominance des tubercules à gauche et en particulier dans les points des méninges en rapport avec l'os malade. Il nous semble permis de supposer que la carie du rocher (tuberculeuse ou non) a déterminé la localisation d'une poussée de tubercules aux méninges, voire même provoqué cette poussée de granulations. Les symptômes observés à la fin viennent confirmer les propositions énoncées dans la thèse de M. Landouzy, sur le siége des convulsions, le mode de groupement et l'allure des paralysies, etc., dans la méningite tuberculeuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 novembre 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Nicaise présente à la Société une tumeur fibreuse de la paroi abdominale, qu'il a extirpée le matin même à une femme de 43 ans toujours parfaitement bien portante. Cette tumeur existait depuis quatre ans, mais depuis deux mois elle avait beaucoup augmenté. Elle siégeait au-dessus de la partie antérieure de la crête iliaque, était mobile sous la peau qui n'offrait pas d'altérations, et se prolongeait à gauche et en haut sans atteindre toutefois le niveau des fausses côtes. L'extirpation n'a pas présenté de difficultés ; il a été possible d'enlever toute la masse morbide sans arriver jusqu'au péritoine ; mais en la disséquant, M. Nicaise a très-nettement senti les adhérences qui l'unissaient aux aponévroses. Ce fait vient à l'appui de l'opinion émise par M. Guyon relativement au point de départ aponévrotique de ce genre de tumeurs.

M. Gillette fait remarquer que dans la région qu'occupait la tumeur présentée par M. Nicaise, il est parfois assez difficile d'établir un diagnostic très-précis, attendu qu'il se développe, aussi dans la cavité pelvienne, des tumeurs, en apparence de même nature, mais en réalité tout à fait différentes.

M. Desprès répond à M. Gillette qu'on ne peut pas confondre les tumeurs fibreuses de la paroi abdominale avec les tumeurs du bassin. Les premières sont sous-cutanées et n'ont aucune connexion avec les parties profondes ; les autres sont sous-péritonéales.

M. Tillaux. La remarque de M. Gillette s'explique très-bien en ce sens que les tumeurs fibreuses de la paroi abdominale, bien différentes à coup sûr des tumeurs fibreuses du bassin, peuvent être aussi sous-péritonéales, et c'est précisément le cas de la tumeur présentée par M. Nicaise. Ces tumeurs de la paroi abdominale devraient donc être divisées en deux catégories : celles qui sont sous-péritonéales, et celles qui sont sous-cutanées.

M. Ledentu. Toutes les variétés existent en ce qui a trait à leur profondeur. La vérité est qu'elles occupent très-souvent plusieurs plans, aussi bien les intervalles celluleux des muscles que l'épaisseur des muscles eux-mêmes.

M. Nicaise. La tumeur que je présente était située effectivement dans l'épaisseur des muscles ; le grand oblique était libre, mais elle semble s'être développée dans le petit oblique et dans le transverse.

M. Marchand lit un travail très-intéressant sur un cas de polype naso-pharyngien, avec extraction par les fosses nasales. Nous donnerons un compte rendu du rapport qui sera présenté sur cette communication.

M. de Saint-Germain lit, de la part de M. Heurteau, de Nantes, une observation de tumeur naso-pharyngienne survenue chez une jeune femme de 21 ans, diagnostiquée pour une tumeur cartilagineuse, avec opération et guérison complète, et examen histologique confirmant le diagnostic. E. B.

Séance du 14 novembre 1877. — Présidence de M. Panas.

M. de Saint-Germain lit un rapport sur un travail de M. Heurteau (de Nantes) relatif au *phlegmon sous-ombilical*. La Société décide qu'elle reviendra sur ce sujet dans une de ses prochaines séances.

M. Notta (de Lisieux) présente une tumeur de la main qu'il a enlevée dernièrement à un homme de 38 ans. Cette tumeur occupait le premier espace intermétacarpien ; elle était indolente à la pression, mais douloureuse lorsqu'elle était heurtée un peu vivement. Elle existait depuis 10 ans environ, et depuis un mois s'était notablement accrue, soulevant un peu les tendons fléchisseurs de l'index, et paraissant adhérer aux deux métacarpiens de l'indicateur et du pouce. Cette tumeur était le siége d'une fluctuation très-nette, ce qui pouvait faire présumer qu'il s'agissait là d'un kyste. Mais M. Notta crut devoir réserver son diagnostic, attendu que le père du malade était mort d'une affection cancéreuse du bras. Une ponction exploratrice donna issue à une quantité de sang parfaitement pur, qu'on peut évaluer à une cuillerée à bouche. M. Notta disséqua alors cette tumeur et au cours de l'opération se rendit compte qu'elle se prolongeait par une sorte de pédicule aboutissant vers la face profonde de la peau à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la main. L'examen histologique n'a pas été fait. Mais, à première vue, il semble que ce soit une tumeur fibreuse avec une poche kystique.

M. Desprès. Les tumeurs de ce genre sont très-rares. Peut-être était-ce là une tumeur érectile de la nature de celles qu'on désigne aujourd'hui sous le nom d'angiomes caverneux.

M. Verneuil se rappelle avoir enlevé une tumeur analogue. Mais on s'aperçut après l'opération que la tumeur, d'apparence fibreuse, n'était autre chose qu'un anévrysme guéri.

M. Notta ne pense pas que ce soit une tumeur érectile, attendu qu'il a suivi très-longtemps le malade, et que jamais la tumeur n'a présenté les caractères d'une tumeur sanguine.

M. Ledentu donne le compte rendu de l'analyse histologique de la tumeur du fémur qu'il a présentée récemment à la Société. M. Chambard, qui a examiné la pièce, la qualifie de myxome chondromateux avec commencement d'ossification.

M. Bacchi présente au nom de M. Bottini un instrument galvanocaustique, destiné à opérer les rétrécissements de l'urèthe avec hypertrophie de la prostate.

M. Verneuil communique à la Société un cas de plaie du bras avec anomalie artérielle. Il s'agit d'un homme très-robuste qui, le matin même, venait de recevoir un coup de scie circulaire à la partie antéro-interne de la région moyenne de l'avant-bras. Dabord, il y eut une hémorrhagie abondante, puis le sang s'arrêta. Un pharmacien appliqua sur la plaie de la charpie imbibée de perchlorure de fer, et le malade entra à l'hôpital. Lorsque l'on enleva le pansement, l'hémorrhagie recommença. — Après avoir administré le chloroforme et enveloppé le membre dans la bande d'Esmarch M. Verneuil se mit en mesure de lier l'artère cubitale qui était évidemment la source de l'hémorrhagie. Lorsque le nerf cubital fut découvert, il fut impossible de trouver l'artère à

son côté externe. il était permis de croire que les deux bouts étaient très-écartés. Mais, à ce moment, M. Verneuil fut prévenu par un de ses aides que lorsqu'on avait cessé la compression de l'humérale, quelques instants auparavant, il s'était écoulé superficiellement une forte quantité de sang. — En effet, en cherchant dans la région sous-cutanée, l'artère apparut, immédiatement située sous les téguments. La ligature des deux bouts fut extrêmement facile.

Peut-être ici la bande d'Esmach a-t-elle été plus nuisible qu'utile. L'ischémie du membre n'a pas permis de savoir de quel côté venait le sang. — En outre, il aurait peut-être fallu réfléchir que si l'artère cubitale avait été lésée, dans sa situation normale, le nerf cubital presque infailliblement, l'aurait été de même. Or, nous avions interrogé la sensibilité, et partout elle était conservée dans le territoire de distribution des filets du cubital. E. Brisaud.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 juillet 1877. — Présidence de M. Labric.

M. Potain présente un malade de 15 ans, guéri de *pleurésie purulente*. Deux ponctions faites à un mois d'intervalle, ayant toujours donné du pus, M. Potain se décida à appliquer le double siphon. La température, qui oscillait autour de 39°, descendit à 37° et le malade alla très-bien jusqu'au jour où les tubes étant sortis, les accidents reparurent; la température remonta à 39°, le malade eut même une vomique. — M. Potain s'appliqua alors à assujettir fortement les tubes: pour cela, prenant un morceau de batiste large de deux doigts, il le déchira en deux dans sa longueur presque près de l'extrémité, une des portions fut fixée sur le tube, l'autre sur la peau avec du collodion. — Le tube fut ainsi solidement adhérent; on put laver largement la cavité pleurale, et le malade guérit parfaitement.

M. Laboulbène communique, au nom de M. Fredet (de Clermont-Ferrand), une note sur la *Randarmite*, matière siliceuse pouvant servir comme poudre absorbante, dans l'industrie (préparation de la dynamite) et en thérapeutique (pansement des plaies, poudre dentifrice, et dans les cas de pyrosis, etc.)

M. Ernest Besnier lit le rapport sur les *maladies regnantes* pendant les mois d'avril, mai et juin. (Voyez le bulletin dans l'un des prochains numéros du *Progrès médical*).

M. Lacassagne lit un travail sur les accidents produits par l'*insolation*, accidents qu'il a pu observer deux années consécutives à la suite de revues. Il fait jouer à la congestion stomacale et à la constipation un rôle important dans la production de ces accidents.

M. Laveran croit qu'il faut surtout faire intervenir l'influence de la fatigue subie par les hommes et de l'altération de l'air que transporte avec elle une colonne en marche. L'influence de la fatigue ne peut être niée, et quant à la seconde cause, elle est parfaitement connue des médecins de l'Inde, qui ont soin de séparer les hommes les uns des autres pendant les marches.

Les accidents ne sont pas rares dans les revues; car la dernière revue de Longchamps a fourni, à une seule des trois ambulances, 170 malades plus ou moins gravement atteints, tandis que dans l'immense foule accourue pour assister à la revue, il n'y a eu qu'un très-petit nombre de cas. L'autopsie d'un homme mort dans ces conditions a montré à M. Laveran qu'il n'existait aucune altération des fibres musculaires.

M. Dieulafoy fait une communication sur la *transformation des pleurésies séro-fibrineuses en pleurésies purulentes.* On a accusé la thoracentèse de favoriser la purulence. Mais il y a lieu de se demander si la pleurésie n'était pas déjà purulente auparavant. M. Dieulafoy ayant examiné le liquide des pleurésies simples, a toujours trouvé un nombre assez considérable de globules rouges (600, 800, 1,500, 2,000 par millimètre cube), et il a remarqué que les pleurésies qui deviennent purulentes à une seconde ou troisième ponction sont précisément celles qui, lors de la première thoracentèse, contenaient un grand nombre de globules rouges (4,000 ou 5,000 par millimètre cube. Dès lors, il est permis de se demander si la phase de suppuration ne serait pas précédée par une phase d'engouement. Pourquoi n'existerait-il pas pour la plèvre ce qui existe pour toutes les phlegmasies, où la formation exagéréedes globules blancs (purulence) est précédée d'une phase d'accumulation des globules rouges (congestion, engouement)? La purulence ne serait point alors le fait de la ponction, mais la conséquence naturelle de l'évolution de la maladie.

Il n'est pas question ici des pleurésies véritablement hémorrhagiques, telles que celles qui sont observées dans le cancer, la tuberculose, etc. Mais, à côté de celles-ci, il faut reconnaître des pleurésies *histologiquement* hémorrhagiques, et ce sont celles-là qui ont le plus de tendance à devenir purulentes. A. S.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 14 novembre 1877. — Présidence de M. Bouchardat.

M. Coudereau traite l'importante question de l'hygiène alimentaire de la première enfance. La mortalité excessive chez les nouveau-nés donne à cette étude un haut intérêt. Après avoir énuméré les divers modes d'alimentation auxquels la pénurie des nourrices force à recourir, il passe à l'étude du lait, le meilleur des aliments. Il étudie également les glandes, les liquides, les villosités du tube digestif chez le nouveau-né. Les muqueuses sont neutres, la salive ne devient acide que plus tard, le liquide pancréatique ne sera acide qu'après la première année, la digestion des matières amylacées est donc à peu près impossible. Les glandes à pepsine ne sécrètent pas encore, les villosités de l'intestin absorbent incomplètement; autant de données dont il faudra tenir compte. Abordant le point de vue clinique, il donne comme signes d'une alimentation suffisante, la mine gaie, éveillée, le sommeil tranquille, le ventre non volumineux. Les selles sont jaunes, mais non caillebotées, les urines abondantes; pas d'érythème des parties génitales. A la balance, on constate une augmentation de poids de 25 à 30 grammes par jour. Si l'alimentation est insuffisante, l'enfant a la mine vieillotte, souffrante, dort peu, crie souvent. Le ventre est volumineux. On constate de la constipation, les urines sont rares, l'érythème apparait. Enfin, le poids d'abord stationnaire diminue rapidement. Les selles caillebotées renferment des grumeaux de caséine qui ne sont pas un signe d'insuffisance du lait, mais d'un refroidissement chez l'enfant. L'auteur étudie ensuite la question du choix d'une nourrice. Il blâme la trop grande facilité avac laquelle on rejette des sujets qui pourraient être utilisés. Les idées courantes relatives à l'âge, à l'aspect physique, ont besoin d'être contrôlées. On doit s'élever contre la pratique qui fait rejeter les nourrices qui deviennent enceintes ou dont les règles se rétablissent. Ces états ne rendent point le lait nécessairement mauvais; mais il faudra surveiller avec soin le nourrisson, car les accidents et les troubles nerveux de la digestion que l'on constate parfois au début de la grossesse peuvent avoir une grande influence sur la qualité et la quantité. Chez les femmes réglées, le lait ne diminue pas comme on le croit généralement, il augmente au contraire en principes excepté en sucre. Chez ces dernières, il faudra aussi surveiller les troubles nerveux de la menstruation. En résumé, le seul moyen de reconnaître les bonnes qualités d'une nourrice consiste dans une analyse sérieuse et dans un examen approfondi du lait.

M. Gubler sans vouloir entrer dans une discussion immédiate, ce qui serait contraire au règlement, désire cependant faire une remarque. M. Coudereau a dit, dans sa communication, que la salive neutre d'abord chez le nouveau-né ne devenait acide que plus tard. C'est une erreur, chez les enfants la salive est toujours alcaline et n'est jamais acide.

M. Laborde vient parler de l'isolement des malades dans les hôpitaux. Ce sujet n'est pas nouveau ; depuis de longues années, il est l'objet de nombreux rapports. On se demande pourquoi la solution en est toujours remise. Serait-elle impraticable ? Certainement non. Il faut chercher la vraie cause du retard dans le mauvais vouloir de cet être impersonnel qui a, à son actif, des milliers de victimes, dans la force d'iner-

tie de ce rouage que l'Europe nous envie, dans l'Administration. Voilà le vrai, le seul coupable.

En France, on meurt d'administration. Ce sont les enfants atteints de diphthérie qui ont servi de base à ce travail. M. Laborde fait ressortir les conditions déplorables dans lesquelles se trouvent les nouveaux opérés qui sont placés dans les salles communes. La contagion s'exerce fatalement sur eux. La scarlatine, la variole, la rougeole, la coqueluche guettent ces petits malades qui, déjà épuisés par une opération et une première maladie, offrent peu de résistance et sont presque toujours atteints. La statistique apporte des preuves irréfutables. Deux exemples suffiront. Dans un cas sur 22 opérés, 15 sont atteints de fièvre éruptive ; dans un autre, sur 9 opérés, 8 décès ont lieu par suite de maladies intercurrentes. Il est donc indispensable d'apporter un prompt remède à cet état de chose, la création de salles d'isolement pour les enfants atteints ou opérés de diphthérie est urgente. Il faut s'occuper sérieusement des hôpitaux d'enfants dans lesquels le nombre des décès s'élève au chiffre effrayant de 80 p. 0|0.

M. Dally donne communication d'un mémoire sur l'hygiène scolaire, au point de vue de l'éducation physique. Il critique vivement le mode actuel d'enseignement. Partant de ce principe qu'il existe une déformation cérébrale aussi bien qu'une déformation professionnelle, il blâme l'éducation essentiellement subjective. Les études abstraites sont nuisibles pendant le jeune âge. Elles fatiguent le cerveau et font prendre le travail en horreur. Pendant les premières années, il faudrait seulement apprendre ce qui repose sur des données expérimentales. Exercer les sens, apprendre à marcher, à courir, à respirer ; la lecture, l'écriture, le dessin, le chant, l'enseignement des langues par les sens, il y a là amplement de quoi occuper la jeunesse. Les autres sciences viendraient lorsque le cerveau, façonné et disposé, serait propre à les recevoir avec fruit, et, dans deux ou trois ans au plus, on apprendrait bien ce que l'on apprend si mal lorsque l'on commence trop tôt. Il termine par l'hygiène des classes, de l'alimentation dans les lycées, et met en garde contre les dangers que présente l'éducation prématurée.

M. Trélat discute le travail de M. Valin sur la désinfection par l'air chaud des objets employés dans les hôpitaux. Les conclusions de l'auteur établissaient que les germes pernicieux étaient détruits lorsque les linges, couvertures, etc., étaient exposés pendant un temps convenable à une température variant entre 55° et 120°, dans des appareils fermés, disposés à cet effet. Cette température serait atteinte soit en chauffant directement des plaques à un degré suffisant, soit en faisant circuler de la vapeur dans des cylindres. Pour constater la température, on se sert, dans le premier cas, de thermomètres. Ceux-ci sont exposés à se déranger et donnent de fausses indications au bout de quelque temps. M. Trélat préfère donc l'emploi de la vapeur, dont la pression peut se mesurer plus facilement. Ce procédé offre, d'ailleurs, l'avantage de mieux humidifier les objets, de pénétrer dans toutes les profondeurs des tissus, ce qui, d'après l'auteur du mémoire, est une condition nécessaire.

La séance est levée à dix heures et demie. A. Blondeau.

CORRESPONDANCE

De l'allaitement artificiel.

Mon cher Collègue,

J'ai été heureux de constater que la presse médicale n'avait pas suivi l'Académie de médecine dans sa proscription de notre vœu sur l'allaitement artificiel. Je suis heureux surtout de constater que l'épithète d'*immoral* lancée un peu étourdiement contre notre tentative, par quelques pontifes de la science, avait soulevé une réprobation presque générale.

Tout le monde s'est demandé pourquoi il est immoral d'essayer de réduire la mortalité effrayante qui frappe les enfants allaités artificiellement, en réglant scientifiquement ce mode d'alimentation, alors qu'il est reconnu que le lait de femme manque, que sous peine de ne pas nourrir du tout les enfants, il faut, dans un trop grand nombre de cas, recourir au biberon, et que là où le sein de femme n'existe pas, l'Académie de médecine, malgré sa bonne volonté et ses objurgations, ne peut en inventer.

Vous vous rappelez, mon cher Collègue, comment nous avons été amenés à formuler ce vœu, et certes l'Assistance publique, que nous avions si vivement attaquée à propos de sa Direction municipale des nourrices, avait en main toutes les pièces nécessaires pour éclairer l'Académie et l'empêcher de passer à l'ordre du jour, sur une question si grave, avec tant de légèreté et d'injustice.

Dès 1872, le Conseil municipal avait été épouvanté par la mortalité effrayante des nourrissons confiés à la Direction municipale des nourrices. Notre vénérable collègue, le docteur Trélat, dans son rapport sur le budget de la direction, le docteur Clémenceau dans ses différents rapports sur les enfants assistés, avaient vivement attaqué l'administration hospitalière sur la façon dont elle dirigeait son service. Le bureau municipal des nourrices avait un double but : 1° donner des nourrices aux femmes nécessiteuses qui ne pouvaient subvenir aux frais nécessaires ; 2° fournir des nourrices aux familles aisées, comme le font aujourd'hui les bureaux particuliers. Mais les gens aisés avaient peu à peu abandonné notre direction municipale qui n'avait plus pour clientèle que les mères pauvres demandant des nourrices à titre gratuit, ou celles qui, moins malheureuses, étaient cependant obligées de rechercher des nourrices à bon marché, le plus souvent, d'ailleurs, poussées par la misère ou désirant se débarrasser de leur enfant, ces dernières ne payaient plus après le premier mois : l'enfant était ramené à Paris, immatriculé dans notre service des enfants assistés, et renvoyé en province à la charge du département. Comme les familles aisées, les nourrices, bien moins payées par la direction que par les bureaux particuliers, avaient oublié le chemin de l'Assistance, et l'administration fut obligée de créer ce que l'on a appelé le *billet jaune.*

Ce billet était un bon sur un bureau de nourrices particulier ; quand une mère se présentait à l'Assistance, on lui remettait un de ces billets jaunes et elle se rendait dans un bureau particulier où on lui donnait naturellement ce dont personne ne voulait. Les enfants de l'Assistance n'avaient donc que le rebut des nourrices : c'était à cette pratique qu'était due la mortalité effrayante des nourrissons, et le Conseil municipal lutta pendant deux ans pour obtenir la suppression de ces billets jaunes.

L'Administration de l'Assistance publique céda ; mais, au lieu de chercher à se pourvoir de bonnes nourrices, elle trouva un procédé plus simple ; elle continua bien à envoyer ses nourrissons à la campagne, mais elle les confia à des *nourrices sèches*, sous prétexte qu'elle ne pouvait en trouver d'autres. Certes, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, qui s'est montré si sévère pour notre projet, ne protesta pas contre ces agissements funestes ; et bien qu'aux premières places pour constater le mal et y porter remède, il resta immobile et c'est le Conseil municipal encore qui dût protester contre cette pratique qui tuait 50 pour cent des enfants que l'on confiait au bureau municipal des nourrices.

Pourquoi donc l'Académie de médecine n'a-t-elle pas protesté à cette époque, pourquoi ne traita-t-elle pas ces pratiques d'immorales ? C'était bien le cas cependant et elle eût grandement aidé le Conseil municipal qui s'épuisait inutilement en vœux et en remontrances.

De guerre lasse, en 1876, le Conseil municipal supprima la Direction des nourrices qui lui coûtait des sommes énormes pour faire tant de victimes. Voici par quoi on la remplaça ; une subvention serait donnée au département : 1° pour avoir à fournir des nourrices de son service des enfants assistés aux mères nécessiteuses ; 2° pour augmenter la somme que le Conseil général vote chaque année sous la rubrique : *secours pour prévenir l'abandon.* Ces secours sont donnés aux femmes qui consentent à garder et à nourrir au sein leur enfant.

Mais le nombre des nourrices est limité, notre service des enfants assistés ne peut chômer de lait de femmes, et d'autre part beaucoup de mères travaillant dans les usines, étant employées ou en service, ne pourraient vivre avec la subvention que nous leur donnons, si elles devaient abandonner leur travail ou leur place. C'est donc la plus petite partie des mères

pauvres qui acceptent notre secours et s'engagent à allaiter au sein leur enfant, et encore ne sommes-nous pas bien certain, malgré nos surveillants et nos enquêteurs, que toutes tiennent leur engagement et ne se servent pas du biberon.

M. Devilliers qui, dans son rapport, nous conseille d'employer nos fonds à aider les mères qui veulent bien nourrir elles-mêmes, n'est certes pas au courant de la question, chose bien grave quand on tranche du moraliste sévère. Il aurait su sans cela que sur ce point encore, et depuis 1872, nous avons été en lutte avec l'Assistance publique. Aussi bien pour les secours en argent, que pour les secours en nourrices, le Conseil général a fait des réformes utiles. Quand une mère se présentait à l'hospice pour abandonner son enfant, on lui offrait un secours de nourrice pour un mois, c'est-à-dire qu'elle s'engageait à payer après le premier mois le reste de la nourriture; beaucoup d'entre elles acceptaient, mais ne reparaissaient plus, l'enfant était ramené à Paris et immatriculé. Quelques-unes, des plus honnêtes, n'acceptaient pas, se regardant comme dans l'impossibilité de remplir leurs engagements. Le Conseil général a empêché d'abord le retour de ces enfants à Paris; aujourd'hui on les immatricule sur place, de plus, il a obtenu qu'on n'offrirait des secours en nourrices que pour la durée de 10 mois.

Pour les secours en argent, l'Assistance donnait des sommes illusoires : vingt francs, dix francs, cinq francs, le plus souvent une fois donné. Le Conseil général a obtenu que le secours pour prévenir l'abandon ne serait pas au-dessous de ce que coûte une nourrice, 20 ou 25 fr. par mois pendant dix mois. Mais malgré ces améliorations, nous sommes bien loin d'obtenir l'allaitement au sein par toutes les mères nécessiteuses, et une très-grande partie des enfants pauvres de Paris sont encore alimentés au biberon, soit par la mère, et c'est l'exception, soit par une mercenaire et dans ce cas l'enfant a peu de chance de vivre. Si quelques éleveuses, cas bien rares, mettent tous leurs soins dans l'allaitement artificiel, elles n'en sont pas moins imbues de préjugés tenaces, et soit par économie, soit dans le désir de fortifier l'enfant qui leur est confié, elles leur donnent une alimentation prématurée, le plus souvent mortelle. Mais la plupart de ces gardeuses n'ont ni les soins indispensables au jeune âge, ni les connaissances nécessaires pour éviter les aliments si nuisibles à la première enfance.

A Paris et dans les environs, il y a des femmes qui font le métier de gardeuses. Dans un taudis, ordinairement, elles ont 10, 15, 20 enfants; on les alimente avec du mauvais lait de la veille, dans un biberon mal nettoyé, où il s'altère vite, devient acide ou est caillé et ne peut se digérer. Ils sont rarement changés, vivent dans une atmosphère empestée, et quand ils crient trop, quelques-unes de ces gardeuses leur donnent ce qu'elles appellent du *dormant*, c'est-à-dire une décoction de pavot. Mais ce n'est pas de l'alimentation artificielle, c'est de l'assassinat ! Je ne parle pas des industrielles qui, comme la faiseuse d'anges, les laissent mourir sciemment, ou de ces êtres ignares, criminels par sottise, que M. Bethmann, adjoint de la ville de Bordeaux, nous a fait connaîre :

« Des rumeurs graves, écrivait-il, nous apprirent qu'une mortalité effrayante régnait parmi les enfants de filles-mères nourris artificiellement. L'Économe de l'hospice y fut envoyé; il déclara que tous les faits étaient vrais et qu'un des personnages les plus notables de la commmune était persuadé que l'Administration plaçait les enfants de cette manière dans l'intention d'en débarrasser la Société. Ces enfants étaient confiés aux habitants les plus pauvres et souvent laissés aux soins des vieillards, les femmes travaillant aux champs. »

Non, ce n'est pas là ce qui doit servir à une statistique comparative entre l'allaitement artificiel et l'allaitement au sein, les nourrices sèches mêmes que le bureau des nourrices donnait aux enfants de Paris ne peuvent servir d'exemple, car cette alimentation quoique surveillée était tout ce qu'il y avait de plus mal fait et devait être fatale aux nourrissons.

Il y a encore une série de nourrissons condamnés, sans scrupule, au biberon mortel par les hommes qui sont les plus intransigeants sur cette question; ce sont les propres enfants des nourrices. Personne ne s'en occupe, et ce sont des êtres humains, ce me semble, qui dans les statistiques comptent aussi bien que les enfants des citadins. Quand une nourrice sur lieu s'engage, son enfant est ramené dans son pays par une meneuse, voilà pour le nourrisson deux voyages en peu de jours dont le second se fait dans des conditions pitoyables. Si le retour n'a pas été mortel, il tombe aux mains de la famille qui le nourrit artificiellement et dans toutes les mauvaises conditions connues, ou dans les mains d'une mercenaire; c'est toujours un enfant qui a cinquante chances pour cent de mourir. Le médecin de Paris ne voit que son petit client, mais il ne s'occupe pas du petit villageois qui après deux voyages difficiles est élevé artificiellement. Et, si ce même médecin prend successivement trois nourrices pour sauver l'enfant qu'il soigne, il ne songe pas qu'il condamne trois petits Français à la nourriture qu'il regarde comme si dangereuse. Le remède logique de cette difficulté, si toutefois l'on ne veut pas seulement déplacer la mort, si l'on compte l'enfant du paysan comme un être humain qui ne doit pas plus subir les chances de mortalité que l'enfant des villes, serait de forcer par une loi toutes les mères d'allaiter leurs enfants et de ne permettre à une femme de vendre son lait que lorsque son fruit aura atteint 10 ou 12 mois ou quand elle l'aurait perdu. Est-ce praticable? Si non, et si l'allaitement artificiel doit être exclu, pourquoi tuez-vous l'enfant pauvre pour sauver l'enfant riche?

C'était pour enlever toutes ces victimes à l'empirisme mortel des gardeuses, pour faire concurrence à l'aide d'un établissement scientifiquement dirigé, à ces entreprises où la mort moissonne si cruellement que nous voulions faire étudier la question par notre service hospitalier et lui donner la direction de l'expérience, mais après avoir pratiqué, jusqu'à la suppression du service par le Conseil municipal, la nourrice sèche, l'Assistance publique n'a même pas daigné tenter un essai; elle a demandé une consultation à l'Académie de médecine, sans même lui fournir toutes les pièces du procès. D'ailleurs, toutes les questions que je viens de soulever n'ont pas occupé le rapporteur de l'Académie, M. Devilliers; il a dans son rapport constaté que l'allaitement maternel est supérieur à l'allaitement artificiel, ce qui n'était pas en question, et ce qui n'a jamais été contesté pas plus en France qu'en Chine ou ailleurs. M. Devilliers a dit que nous avions formé un vœu sans plan d'aucune sorte.

Voici le désidératum formulé dans le rapport qui précède le vœu, nous suivions en cela le plan du docteur Coudereau :

« Pour éviter les dangers de l'encombrement, le D[r] Coudereau regarde comme condition principale de ne pas réunir les enfants dans une maison, mais dans un village, créé *ad hoc*, en dehors duquel seraient établis l'administration, la ferme, les infirmeries, les pavillons d'isolement et les services. Ce village serait composé de pavillons isolés, divisés chacun en deux dortoirs de cinq lits d'enfants et d'un lit de nourrice; deux nourrices par pavillon étant nécessaires pour le cas où l'une d'elles s'absenterait. Ces pavillons seraient sur pivot et pourraient être orientés selon la direction des vents. Par conséquent, l'isolement de chacun d'eux serait absolu.

« Derrière chaque pavillon serait un abri pour les chèvres, autour duquel il y aurait un espace semé d'herbes dans lequel elles pourraient vivre au grand air quand elles ne seraient pas utiles aux nourrissons. Les linges mouillés seraient immédiatement rejetés à l'extérieur, dans une boîte disposée à cet effet. Le cube d'air pour chaque nourrisson s'éleverait à $18^{m}333$.

« Chaque nourrice aurait à sa charge cinq nourissons, dont un ou deux au sein, suivant l'âge ou l'état de leur santé. Elle pourrait être acceptée avec son enfant, et n'aurait d'autre travail que les soins à donner aux élèves à sa charge et le nettoiement du dortoir. Tout enfant nouveau-né devra être exclusivement au sein pendant les deux premiers mois. Dans aucun cas on ne se servira de l'alimentation mixte pendant les premières semaines.

» Ce mode d'élevage se rapproche donc un peu des desiderata formulés par notre savant collègue, M. Delpech, qui disait à l'Académie, dans la discussion sur les crèches : « Mais si le biberon employé seul, présente, comme vous le voyez, des dangers réels, ces dangers disparaissent presque complètement, lorsqu'il vient suppléer seulement à l'insuffisance du lait de femme. L'enfant devenu assez robuste pour n'être plus au sein, ne sera d'ailleurs alimenté que directement au pis de la chèvre, ou avec du lait vivant de vache, c'est-à-dire sortant du pis de la bête.

» Un médecin verra chaque jour les enfants et dirigera l'allaitement. Une surveillance administrative sévère vérifiera si les prescriptions et les conseils du médecin sont scrupuleusement exécutés. Un laboratoire destiné à compléter les observations médicales et à faire des recherches sur les améliorations à apporter dans le mode d'alimentation sera annexé à l'établissement et pourvu de tous les instruments nécessaires.

« Un pareil établissement servirait non-seulement à donner des indications utiles dans le nouveau mode d'élevage des enfants du premier âge, mais serait aussi une excellente école pour les nourrices qu'on y emploierait ; c'est là seulement qu'elles pourraient apprendre les dangers que font courir aux nourissons les habitudes des campagnes, habitudes tellement invétérées que la nourrice sur lieu, elle-même, malgré la surveillance de la famille et les recommandations du médecin, ne peut s'empêcher d'y sacrifier, convaincue d'ailleurs que c'est pour le bien de l'enfant qui lui est confié. Ce serait, on peut le dire, une école d'élevage. »

Le Conseil municipal avait donc un plan, il l'avait indiqué succinctement, convaincu que s'il s'était présenté avec un projet tout dessiné, tout chiffré, accompagné d'un projet de règlement et d'expériences, les savants de l'Assistance l'eussent traité d'audacieux et d'outrecuidant.

Le Conseil municipal connaissait non-seulement le danger des nourrices sèches, puisqu'il avait supprimé la Direction municipale des nourrices pour faire cesser cette pratique; mais aussi le danger des nourrices de rebut que l'Assistance publique donnait sans vergogne avec ses billets jaunes.

S'il avait fait son projet, c'est qu'il voulait amoindrir le danger INÉVITABLE de l'allaitement artificiel tel qu'il est pratiqué, et le faire diriger, puisqu'on ne peut s'en passer, par des savants dévoués. Nous voulions, en un mot, sauver une partie des enfants voués actuellement à une mort certaine. L'accusation d'immoralité a été lancée; certainement elle ne tombera pas sur notre tête. Mais elle ne peut rester en l'air, elle retombera d'elle-même à sa juste place.

Bien à vous, mon cher collègue.

Dr H. THULIÉ,
Conseiller municipal.

BIBLIOGRAPHIE

Origine et disparition de la race polynésienne, par M. le dr BRULFERT (thèse inaugurale). Analyse par M. DELASIAUVE.

Les médecins des Bureaux de Bienfaisance ont constitué une société savante, il y a quelques années seulement. Heureuse initiative, qui tend à centraliser et à féconder les précieux matériaux recueillis par chacun dans l'exercice de sa mission d'assistance. Déjà cette société s'est révélée par des vues et des travaux utiles. Ses séances mensuelles sont très-suivies et très-remplies. Elle compte de nombreux membres, auxquels s'en ajouteront incessamment de nouveaux. L'un de ces derniers, M. le Dr Brulfert, à l'appui de sa candidature, avait envoyé sa thèse inaugurale. En raison de la nature du sujet, on me fit l'honneur de m'en confier l'examen. Les documents qu'elle renferme m'ayant paru d'une importance exceptionnelle, au lieu d'un rapport sommaire énonçant les points saillants de l'ouvrage et de la moralité de l'auteur, j'éprouvai le besoin d'en faire une analyse complète. C'est aussi à ce titre que le *Progrès médical* a bien voulu lui accorder le bénéfice de sa publicité. D.

L'auteur, à tort selon nous, s'excuse d'abord d'avoir choisi un sujet peu médical. Il a pour titre, en effet : *Origine et disparition de la race polynésienne.* L'anthropologie, que le premier point intéresse, ne confine-t-elle pas à la médecine ? Et, quant au chiffre décroissant des populations, s'il est réel, tiendrait-il exclusivement à des causes étrangères aux conditions hygiéniques ou morbides?

En tout cas, M. Brulfert invoque des raisons majeures : un long séjour et des pérégrinations fréquentes dans ces lointains parages. Vous connaissez la diversité des génèses. Le chaos des époques préhistoriques, malgré de récentes découvertes, est loin d'être dissipé encore. Quand la terre a-t-elle été formée ? Qu'ont produit les bouleversements qu'elle a subis dans le cours des siècles? L'homme n'y a-t-il fait son apparition qu'à une date relativement peu reculée et postérieurement aux végétaux et à certaines espèces animales? Un seul couple, sorti des mains du suprême Ouvrier, a-t-il été la souche des générations ? Ne se sont-elles pas, au contraire, développées spontanément et sériellement sur les divers points habitables du globe ? On s'expliquerait ainsi la multiplicité des races.

Ce procès est toujours pendant. Les deux ordres de conjectures ont leurs partisans. Parmi nous, un illustre savant, M. de Quatrefages, conformément à notre tradition, s'est constitué le défenseur de l'unité de l'espèce humaine. Le monde se serait ainsi peuplé de proche en proche, ou par migrations, même au delà des mers.

Tel serait, en particulier, le cas des nombreux archipels polynésiens. Les premiers habitants proviendraient, selon les uns, des îles Malaisiennes, de Bornéo, des Célèbes; suivant les autres, de l'Amérique méridionale. Le révérend missionnaire W. Ellis, dont l'autorité est incontestable, professerait cette dernière opinion : mœurs, coutumes, croyances, vêtements ont beaucoup de ressemblance avec ceux des Américains. On retrouve aux *Iles de la Société* le puncho mexicain et aussi des mots araucaniens. De plus, les courants portent à l'ouest, les vents à l'ouest et au nord-ouest.

Pour M. de Quatrefages, les émigrants seraient partis de la Malaisie, des Célèbes, probablement de Boloutou, près Ceram. Indépendamment des courants et des vents, il s'appuie sur la tradition, qui signale l'esprit aventureux de ces peuplades, dont on rencontre les barques à de très-grandes distances de toute terre.

M. Brulfert, opposé à ces deux versions, croit, pour son compte, que les races polynésiennes sont nées sur le sol qu'elles habitent. D'une analyse très-complexe des courants et des vents qui, dans cette contrée, sont, les uns nombreux, entrecoupés et rapides, les autres variables et entremêlés de grains subits et violents, il induit l'impossibilité, pour de frêles pirogues, de supporter une longue traversée, où fréquemment se perdent de solides bâtiments. Or, quand on songe que l'île la plus rapprochée est à 1750 kilomètres des terres, est-il supposable qu'aux temps primitifs, un pareil trajet ait pu s'accomplir à l'aventure ou même par une expédition préméditée? Eût-on accumulé des vivres suffisants, tout aurait péri, corps et biens. M. Brulfert énumère et discute pertinemment les obstacles insurmontables. Il y a des traditions et des légendes. Toute information prise, elles n'ont rien de fixe ni de probant.

S'il lui était permis de hasarder une hypothèse, la plus probable, à son avis, celle qui se prêterait à toutes les explications plausibles, c'est que les archipels polynésiens, essentiellement volcaniques, auraient fait partie originairement d'un immense continent, relié d'un côté à l'Asie, de l'autre à l'Amérique. Par suite d'une grande catastrophe, dont le souvenir confus s'est transmis, ce continent s'étant effondré, il n'en resterait que les sommets, les îles actuelles, avec plus ou moins d'habitants, souches des générations ultérieures. Quoi de surprenant, dès lors, que l'on y constate, ici ou là, des vestiges de langage, de mœurs et d'habitudes asiatiques ou américaines !

Cette solution, comme on le voit, ne préjuge ni pour ni contre l'unité de l'espèce humaine. Le second point est plus triste. Est-il exact que les populations vont diminuant et menaçent de s'éteindre? A quoi tiendrait, en ce cas, cette décroissance progressive ? Serait-elle fatale ? M. Brulfert n'aperçoit d'abord dans ces pays privilégiés que des conditions de prospérité. Sauf le Pomotu, où la vie est misérable et les ressources bornées, « on ne peut rien peindre de plus riche et » de plus luxuriant, pour me servir des expressions de l'au» teur, que la végétation polynésienne » en un climat tiède et sur un sol fertilisé par des rivières fraîches et ombragées. Les cochons, les volailles, les poissons excellents y abondent. Telle est la salubrité que les épidémies, même de fièvres, sont pour ainsi dire inconnues. Le type de la race, figure d'ailleurs, parmi les plus remarquables. Et pourtant l'auteur n'hésite pas à déclarer « qu'elle aura disparu avant peu, sans laisser un « souvenir, un monument quelconque de son passage. »

Les statistiques, il est vrai, manquent en général de rigueur. On s'est contenté souvent de recensements approximatifs. Entre les chiffres respectifs, il y a d'énormes écarts qui ne se peuvent justifier. Seulement les derniers dénombrements, établis avec plus de soin, partant moins défectueux, accusent, indépendamment d'un déficit relatif de la population, un excédant continu des décès sur les naissances.

Qu'on juge : Cook estimait à 200.000 les habitants de Taïti, et Lesson à 12.000. En 1829 et en 1848, ils n'étaient plus que de 8 à 9000. En 1852, les décès auraient dépassé les naissances de 34 ; en 1853, de 88 ; en 1854, de 699. L'inverse, néanmoins, aurait eu lieu de 1859 à 1862, où l'excédant des naissances sur les décès aurait été de 347; ce qui, en 1863, aurait porté à 9086 le total de la population ; mais augmentation fictive, observe l'auteur, attendu que, sur ce chiffre, il faut défalquer 1463 étrangers mentionnés à l'*Officiel*. Soit pour le reste 7623.

Aux Marquises, mêmes constatations. Porter, en 1813, donne 19.000 guerriers à Noukahiva, soit 80.000 habitants. Pour le matelot Robert, cité par Krusentern (1804), 5900 guerriers impl-

quent 18,000 habitants. Le même Krusenstern n'en admet que 12.000, chiffre qui tomberait encore à 8000 pour Dumoulin et Desgratz, à 6000 pour le commandant de la *Vénus* (1838). Enfin, d'après Dupetit-Thouars, l'ensemble des Marquises fournirait un total de 20.000 habitants, ainsi répartis : Noukahiva 8000; Hiva-od, 6000; Taouata, 700; Fatou-hiva, 1500; Houapoou 2000, Houahouna, 2000. Encore dans l'Annuaire de 1863, ce total de 20.000 se réduit-il à 12.000, que M. Brulfert, croit, d'après les renseignements recueillis par lui, d'un quart trop élevé. Pour notre candidat, la diminution est grave et réelle. Il en donne une idée en citant, comme preuve péremptoire, la vallée de Taipis qui, ayant pu opposer à Porter 3500 guerriers, ne compte plus actuellement que 3000 habitants.

On conçoit qu'en Amérique les Peaux-Rouges disparaissent. Les émigrants, M. Brulfert le constate lui-même, y arrivent par troupes immenses et bientôt sont en guerre avec les naturels des lieux où ils s'installent. Les indigènes, refoulés vers des tribus lointaines, s'y heurtent à d'autres hostilités. A cette double misère s'ajoutent les difficultés d'organiser leur existence nouvelle. La guerre et les privations les déciment. Le nègre sénégalien, transporté en Amérique, paie aussi un large tribut à la mort. Mais on sait pourquoi. Le changement de climat, l'éloignement du sol natal, l'insuffisance alimentaire et les mauvais traitements développent chez lui dans des proportions énormes la phthisie pulmonaire.

Le Polynésien, sans perdre aucun de ses avantages, reste dans son pays, et il meurt. Comment s'expliquer cette fatalité, quand les Européens, les Français surtout, sont censés lui avoir apporté la civilisation? Ils n'ont inoculé aux habitants que leurs vices. Telle est la pensée de M. Brulfert, qui voit là la principale cause de la décadence. Il y en a d'autres réelles, mais secondaires. Elles existaient, le contact européen les aurait aggravées. On a cité l'alcoolisme, la corruption des mœurs, l'infanticide, les guerres, les épidémies, l'éléphantiasis, que l'auteur analyse tour à tour. L'ivresse, en effet, règne en maitresse chez les Polynésiens. Grâce au kava et à l'eau-de-vie, d'orange elle y était endémique. Le gin, la bière, l'absinthe en ont peut-être rendu les effets plus dangereux, en en multipliant l'usage.

Il ne saurait y avoir corruption de mœurs, dit M. Brulfert, là où il n'y a point de mœurs. Mais il lui paraît certain que la prostitution sans frein des Polynésiennes à nos marins et à nos émigrants a été une source féconde de maladies et d'infirmités qui ont doublement influé sur les décès et les naissances. Rien de plus commun que les leucorrhées chroniques occasionnant l'infécondité, les avortements, les générations viciées et, finalement, la *grande plaie de la race*, la phthisie pulmonaire. Chez ces tribus débonnaires, les batailles qui n'ont jamais été bien sanglantes, sont aujourd'hui des êtres de raison. L'éléphantiasis n'influe que médiocrement sur la santé générale. Les infanticides, communs dans certaines castes, ont diparu de nos îles. Les épidémies, enfin, ont été rares et peu meurtrières.

Cependant, l'auteur convient que, parmi les îles où la dépopulation se montre la plus active, il en est quelques-unes où l'ivresse, la famine, la prostitution, l'avortement existent à peine. Ainsi, les Gambier, les Marquises, les Paumotu, les Tonga, les Iles sous le vent. Il y aurait donc là des éléments occultes, dominants? Ne seraient-ils pas d'ordre moral? La répulsion du drapeau étranger, par exemple? M. Brulfert rejette cette conjecture. L'humiliation de la défaite ne se trahit nulle part. Il compare le Polynésien, ayant fait siens nos vices, à un enfant riant et mourant, qui ne doit jamais voir la vraie lumière. Pour lui, redisons-le, le mal de ces tribus, aux formes si parfaites, c'est la tuberculisation : à bord des navires, dans les districts, on rencontre partout des *tousseurs*.

Malheureusement, la question capitale renait sans cesse. Cette phthisie pulmonaire, d'où vient-elle? Elle est donc contagieuse? Et si auparavant elle n'était que sporadique, comment a-t-elle dégénéré en un fléau destructeur? M. Brulfert est muet devant ce problème. Y a-t-il, d'ailleurs, des moyens curatifs ou préventifs? Désespéré, il répond, *non!* Les croisements auraient peut-être quelqu'influence. On compte moins de phthisiques parmi les métis, et moins encore parmi les quarterons. Quant à la réglementation vexatoire dont on surfait l'importance, l'indigène y est réfractaire. Il s'éloigne des cases métriques, qu'on veut le contraindre à habiter et n'a qu'un goût médiocre pour des vêtements hors de ses habitudes, et insuffisants, d'ailleurs, pour le garantir des refroidissements.

Ce pronostic est sombre. Ne conviendrait-il pas de l'atténuer? Il y a civilisation et civilisation. Nos expéditions ont moins tendu à améliorer ces peuplades arriérées qu'à les exploiter, à réformer leurs mœurs qu'à maintenir l'abaissement de leurs femmes pour en profiter, à les affranchir qu'à les dominer par la soumission aveugle. Qu'importe de vains règlements, si ceux qui les font sont les premiers intéressés à leur inexécution? La science et la liberté, voilà les vrais émancipateurs des peuples, les promoteurs et les garants de leur avancement, de leur activité, de leur dignité, de leur bonne conduite, de leur santé, de leur bonheur! Où en sont et l'éducation et les institutions libérales? M. Brulfert, et pour cause sans doute, ne nous en dit rien. C'est une lacune de sa thèse; car, selon moi, c'est sur ces points essentiels, trop négligés, que doivent porter les études et les efforts des gouvernements. L'auteur ne nous en voudra pas de les lui avoir signalés. Ce corollaire, né de son travail, le complète, loin de l'affaiblir. L'œuvre, d'une valeur réelle, est par elle-même une indication. Elle décèle à la fois et le savoir, et les généreux sentiments, et la moralité de celui qui l'a entreprise, et qui sera pour votre société une heureuse recrue. Aussi est-ce avec une entière sympathie que nous proposons sa candidature à vos suffrages.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS.

Des salles d'isolement pour les diphthéritiques.

Les soussignés proposent au Conseil de prendre la délibération suivante :

Le Conseil, considérant : que depuis plus de vingt ans les médecins des hôpitaux n'ont cessé de réclamer l'isolement des enfants atteints de maladies diphthéritiques; Que ces plaintes sont motivées par une mortalité considérable des petits malades, opérés le plus souvent dans la salle elle-même, en présence des autres enfants et exposés, par la suite, à toutes les maladies contagieuses, régnant dans les salles communes ; Qu'en présence de l'épidémie qui règne depuis deux ans environ, il serait urgent de pourvoir à une lacune aussi regrettable; Que l'administration, il est vrai, propose de prendre une décision dans ce sens pour l'hôpital Ste-Eugénie;

Emet le vœu : Que des salles d'isolement soient établies dans les hôpitaux réservés à l'enfance et notamment à l'hôpital des enfants de la rue de Sèvres. — Dr Lamouroux, Bourneville, Ch. Lauth, dr Martin, dr Levraud, dr Delpech, Jacques, dr Dubois, dr Clavel, dr Loiseau.

VARIA

L'incident Chauffard à l'Ecole de Médecine.

M. Chauffard devait faire sa première leçon lundi dernier. Accueilli par les vives protestations d'un grand nombre d'étudiants qui lui reprochent ses attaches cléricales et de faire passer les intérêts de la « faction » avant les intérêts des institutions scientifiques, dont l'inspection lui est confiée, pour peu de temps encore, espérons-le — M. Chauffard a dû se retirer.

Mardi la Faculté s'est réunie pour aviser aux moyens de prévenir de nouveaux incidents et l'avis suivant a été adressé aux étudiants :

« Le cours de M. Chauffard aura lieu dans le petit amphithéâtre. Les élèves de 4e année y seront seuls admis sur la présentation de leur carte d'étudiant. — Paris, le 14 novembre 1877. Le doyen : A. VULPIAN. »

Cet avis n'a pas empêché les étudiants de se réunir en grand nombre à l'Ecole. Mais grâce à l'intervention bienveillante de M. Vulpian, il n'y a pas eu de nouveau tumulte. Un très-petit nombre d'étudiants ont assisté au cours de M. Chauffard. Nous ne saurions trop engager les étudiants en médecine à se montrer prudents et réservés dans les graves circonstances que nous traversons.

Faculté de médecine de Paris.

Cours d'histologie. Professeur, M. ROBIN. M. CADIAT, agrégé suppléant, commencera son cours d'histologie, le samedi 17 novembre 1877, à 5 heures (Petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Cours d'anatomie appliquée à la physiologie et à la pathologie. M. le Dr MARC SÉE, chef des travaux anatomiques, a commencé ce cours, le jeudi 15 novembre 1877, à 4 heures, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Laboratoire de chimie biologique. Les travaux pratiques du laboratoire de chimie biologique, sous la direction de M. le Dr Armand GAUTIER, agrégé ont commencé le vendredi 16 novembre 1877, à midi, et seront continués tous les jours à 1 heure. MM. les élèves qui désirent prendre part aux travaux et recherches du laboratoire sont priés de s'adresser à M. le directeur tous les jours de 1 heure à 4 heures.

AVIS AUX ÉTUDIANTS. — MM. les étudiants sont informés que le registre des inscriptions ne sera clos que le 22 de ce mois.

Van Swieten, censeur impérial.

Le numéro du 13 octobre de la *Revue critique d'histoire et de littérature* contient l'analyse d'une monographie intéressante sur van Swieten, considéré comme chef de la censure impériale. — L'auteur de la brochure est le

Dr Aug. Fournier, privat-docent à l'Université de Vienne, qui s'est servi de documents inédits réunis par lui au ministère de l'intérieur, à Vienne.

Quand van Swieten vint en Autriche, la Compagnie de Jésus exerçait seule la censure. Il réussit d'abord à écarter complètement les jésuites, et, dans une certaine mesure, pratiqua la tolérance. « Néanmoins, le *Catalogus librorum prohibitorum* ne laissait pas d'être bien fourni. Il en fit rayer l'*Esprit des lois*, tout en y mettant les *Lettres persanes*; mais, par contre, ce fut lui-même qui proposa d'y inscrire les écrits de Lessing et de Voltaire....

Le *Bélisaire* de Marmontel ne put être réimprimé qu'avec des coupures, car certains chapitres avaient déplu à Marie-Thérèse, et d'une façon générale l'impératrice n'aimait pas les Français.

Mais il est un « crime » que les érudits ne pardonneront pas à van Swieten : c'est d'avoir, en sa qualité de directeur de la Bibliothèque impériale, fait détruire et brûler, comme pernicieux et inutiles, des milliers de volumes d'alchimie et de magie, etc... « qui seraient bien curieux à consulter aujourd'hui et dont il dépouilla, sans le moindre scrupule, les collections confiées à sa garde. »

« Van Swieten quitta son poste de censeur en janvier 1771; le 18 juin 1772 il mourait à Schœnbrunn, et c'est après sa mort seulement que les hommes d'étude purent apprécier les services qu'il leur avait rendus dans ses fonctions délicates. La censure retomba complètement sous l'influence cléricale pour y rester longtemps. On sait que c'est depuis vingt ans à peine, que l'Autriche a rompu sans retour, avec les procédés à la fois ridicules et odieux que les gouvernements absolus imaginent, pour consigner à leur frontière la science, le bon sens et la liberté de penser. »

Médecins de la marine.

Par décret en date du 6 novembre 1877, rendu sur le rapport du Ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine, à la suite des concours ouverts dans les ports :

Au grade de médecin de 1re classe: MM. les médecins de 2e classe Corre (Armand-Marie), Abelin (Auguste-Charles-Marie-Germain), Abblard (Jules-Marie-Cyprien), Fontan (Antoine-Emile-Jules), Guyot (Francisque-Eugène-Etienne), Maillard (Etienne-Octave), Jacquemin (André-Emile-Henri-Marius-Bienvenu), Duthoya de Klavarec (Eugène-Théodore-Joseph), Ayme (Nicolas-Paul), Caradec (Jean-Marie-Paul), Maurin (Marius-Vincent), Rémond (Honoré-Marie-François), Barre (Paul-Auguste), Siciliano (Antoine), Pujo (Gabriel-Armand), Manceaux (Théodore-Louis-Marie), Cantellauve (François-Louis), Guillaud (Justin), Lecorre (Emile-Désiré), Alessandri (Pierre-Antoine), Chédan (Ernest-Alexandre), Fouque (Honoré-Louis-Christophe), Moulard (Toussaint-Ernest), Roux (Edouard-Henri-Edgard), L'Helgouac'h (Adolphe-Auguste), Antoine (Ferdinand).

Au grade de médecin de 2e classe: MM. Rochard (Eugène), aide-médecin; Reynaud (Gustave-Adolphe), aide-médecin; Bréjon (Louis-Mathieu-Eugène), aide-médecin; Cauvin (Joseph-Gustave-Emile), aide-médecin; Gueit (Paul-Alexandre), aide-médecin; Godet (Georges-Victor-Alphonse), aide-médecin; Crisolle (Baptistin-François-Félix), aide-médecin; Rangé (Marie-Louis-Camille), aide-médecin; Cazes (François-Philippe-Marie), aide-médecin; Flagel (Marie-Benjamin-Camille), aide-médecin; Borel (Victor-Eugène-César-Auguste), aide-médecin; Nodier (Charles-Mathurin-Simon), aide-médecin; Kuennemann (Ferdinand), médecin auxiliaire de 2e classe; Colin (Charles-Justin-Jean), aide-médecin; Ono dit Biot (Paul-Aristide), aide-médecin; Barthe de Sandford (Jean-Marie-David), aide-médecin; Philip (Louis-Antoine-Justin), aide-médecin; Baril (Clément-Pierre), aide-médecin; Chevrier (Pierre-Jules), aide-médecin; Granjon-Rozet (Henri), aide-médecin; Aubœuf (Jérôme), aide-médecin; Delessard (Albert-Simon), médecin auxiliaire de 2e classe; Bohéas (Paul-Marie), médecin auxiliaire de 2e classe; Joseph dit Orme (Jules-Joseph), médecin auxiliaire de 2e classe; Drago (Thomas), aide-médecin; Pfihl (Joseph-Henri), aide-médecin; Borelly (Charles-Joseph-Gabriel), aide-médecin; Hahu (Philippe), médecin auxiliaire de 2e classe; Blanc (François-Félix-Emmanuel), aide-médecin; Arami (Jules-Louis-Henri), aide-médecin; Cauvet (Joseph-Noël), médecin auxiliaire de 2e classe; d'Hubert (Jean-Marie-Jacques-Louis), médecin auxiliaire de 2e classe; Alix (Léon), médecin auxiliaire de 2e classe; Morain (Eugène), aide-médecin.

Au grade d'aide-médecn : MM. les étudiants : Hervé (Henri-Marie-Victor), Quédec (Guillaume-Jules-Marie), Trabaud (Joseph-Jean-Baptiste), Le Quémeut (Jules), Duval (Pierre-Emmanuel-Marie), Bourdon (Gaston-Ernest-Raphaël-Marie), Fortoul (Joseph-Edmond-Marius-Edouard), Zimmer (Charles-Benjamin), Petit (Paul-Marie-Alphonse), Bazin (Charles), Pungier (Amateur-Jean-Marie), K/grohen (Joseph-Louis-Marie-Anne), Randon (Ludovic-Jacques-Maxime), Augier (Pierre-Lucien), Lantier (Georges), Chevalier (Henri-Gabriel), Le Franc (Arsène-Marie-Antoine), Giraud (Emile-Médéric), Machenaud (Mathurin-Gabriel), Echalier (Albert-Joseph), Giraud (Ernest), Gazeau (Henri-Benjamin-Paul-Emmanuel), Lahoulle (Paul-Désiré-Ange-Marie), Ourse (Calixte-Paul-Raphaël), Haueur (Henri-Jean-Baptiste), Rétaud (Louis-Jules), Bonnaud (Paul), André (Lucien-Honoré-Marie), Martin (François-Louis), Rabut (Jean-Jacques-Toussaint), Arène (Etienne-Julien-Maurice), Retière (Ferdinand-Louis), Chabert (Joseph), Libouroux (Aimé-Marie-Jean-Baptiste), Aubry (François), Couillebault (Léopold-Ernest), Bridot (Jean-Baptiste-Louis-André-Auguste), Chassériaud (Paul-Henri), Orgeas (oseph-Onésime), Bourguignon (Louis-Emil-Paul), Michelet (Paulin-Louis-Théophile), Vaquié (Aruaud), Martin (Jean-Baptiste-Antoine), Ferré (Pierre-Albert), Mestayer (Jean-Léopold), Jou ıne (Emile-Elie), Guilmoto (Joeeph-Jules-Marie), Arbaud (Achille-François), Deboffe (Louis-Lucien), Laborde (Armand-Daniel), Garnier (Louis-Joseph), Dubois (Epaminondas-Georges-Ambroise), Suquet (Louis-Flavius), Henry (Jules-Médéric-Désiré), Besson (Pierre-Louis), Nogues (Louis-Edmond), Alliot (François-Auguste), Rambault (Gaston-Aristide).

Au grade de pharmacien de 1re classe : MM. les pharmaciens de 2e classe: Taillotte (Auguste-Joseph-Victor), Lapeyrère (Joseph-Henri-Jean), Cazalis (Théophile), Signoret (Léon-Louis-Victor).

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. les aides-pharmaciens Durand (Marie-Charles-Mathieu), Cavalier (Lazare-Louis), David (Léopold-Auguste).

Au grade d'aide pharmacien : MM. les étudiants : de Beaudean (Alphonse-Etienne-Paul), Vilazel (Emile-Eugène), Launois (Isidore-Adolphe), Réland (Louis-Albert-Joseph), Cavallier (Charles-Fran*ois).

Enseignement libre.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard ont commencé le jeudi 15 novembre, à 4 h. 1/2, un cours d'accouchement. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties : 1° partie, Anatamie, Physiologie, Grossesse. — 2° Eutocie. — 3° Dystocie. — 4° Exercices pratiques et opérations. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Maladies des yeux. — M. le Dr Gorecki commencera son cours sur les principales *maladies des yeux* (conjonctivites, kératites, iritis, glaucome, cataracte, amblyopies et amauroses), le mardi 20 novembre 1877, à 7 heures du soir (amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique), et le continuera les mardis et jeudis suivants, de 7 h. à 8 h. — Le programme imprimé de ce cours sera distribué à la première leçon.

Maladies des yeux. — M. le dr Galezowski commencera son cours le vendredi 16 novembre 1877, à 8 heures du soir, à l'amphithéâtre n° 2, de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis et veudredis suivants. Ce cours comprendra : 1° Les nevroses oculaires; 2° les amblyopies toxiques; 3° les amblyopies simulées; 4° les lésions oculaires dans les maladies cérébro-spinales; 5° les troubles visuels dans les affections constitutionnelles. Chaque séance sera suivie d'une démonstration ophthalmoscopique.

Laboratoire d'ophthalmologie. — Ce laboratoire qui fait partie de l'Ecole des hautes études vient d'être installé à la Sorbonne, et est exclusivement consacré aux recherches. Les docteurs, les internes et, en général les personnes qui présentent des garanties scientifiques suffisantes, peuvent se faire inscrire dès maintenant, soit à la Sorbonne, soit chez MM. Javal et Landolt, directeurs du laboratoire.

Gynécologie. — M. le dr Verrier, préparateur à la Faculté de médecine, commencera son cours sur les maladies inflammatoires de l'utérus en dehors de la puerpéralité, le lundi 19 novembre courant à 8 heures du soir, à l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique. Il le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours pratique de technique microscopique. — M. le dr Latteux, commencera son cours dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, le mardi 20 novembre, à 8 heures et le continuera les mardis et samedis suivants. Après chaque leçon examen de pièces au microscope et projections à la lumière oxhydrique.

Concours. — *Externat.* — 26 octobre, muscles péroniers latéraux; — 29, muscles de l'éminence thénar; — 31, muscle trapèze; — 2 novembre, maxillaire supérieur; — 5, côtes; — 9, articulations de la clavicule; — 12, sacrum et coccyx; — 14, jumeaux et soléaire.

Nomination. — M. Talrich l'habile modeleur d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, vient de recevoir le titre d'officier d'Académie, pour services rendus à l'instruction publique.

Ecole de pharmacie. — Sur la présentation faite par l'Ecole supérieure de pharmacie et par le conseil académique de Paris, M. Bourgoin (Edme), agrégé, vient d'être nommé professeur de pharmacie galénique à l'Ecole de pharmacie.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur Charcot a commencé son cours clinique sur les *maladies des centres nerveux*, à la Salpêtrière, le dimanche 11 novembre, à 9 h. 1/2.

Hopital de la Pitié. — *Cours de clinique médicale.* — M. le dr T. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra ses cours de clinique médicale dans cet hôpital, le samedi 24 novembre 1877, à neuf heures du matin (amphithéâtre n° 3). Mardi et samedi, leçons à l'amphithéâtre (1). Jeudi, examen au spéculum et consultation spéciale pour les maladies des femmes. Tous les matins, visite et interrogatoire des malades par les élèves (salle Saint-Athanase et salle du Rosaire).

(1) Les questions relatives à l'hygiène et à la médecine légale seront traitées avec une attention toute particulière, chaque fois qu'il se présentera une occasion de les aborder.

figures intercalées dans le texte. Tome 24e NEZ-ORE. avec 124 figures intercalées dans le texte. Paris 1877, 1 vol. in-8 de 726 pages. Prix de chaque volume : 10 fr.

Renoir (E. V.) Les eaux potables ; causes des maladies épidémiques. Paris, 1878, in-8 de 172 pages. Prix : 4 fr.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, boulevard St-Germain.

Giraud-Teulon. — L'œil.—Notions élémentaires sur la fonction de la vue et ses anomalies, 2e édition revue et corrigée. Paris, 1878, in-12 de 182 pages. — Prix : 3 fr.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, pl. de l'École-de-Médecine.

Mauriac (Ch.) Mémoire sur les ulcérations non virulentes des organes génitaux. Paris 1877, in-8 de 104 pages. Prix 2 fr. 50.

Mauriac (Ch.) La syphilose pharyngo-nasale. Paris 1877, in-8 de 17, pages. Prix 4 fr.

Raguet-Lépine (J. T.) Des principales indications à remplir dans le traitement des plaies. Paris 1877, in-8 de 128 pages. Prix 3 fr.

Rogie (E.). Calculs chez la femme, étude sur leur traitement. Paris, 1877, in-8 de 85 pages. Prix : 2 fr.

Terrigny (A.). Contribution à l'étude des complications de l'iritis syphilitique. Paris, 1877, in-8 de 48 pages. Prix : 1 fr. 50 c.

Toigne (F.). Du vertige épileptique, de son diagnostic et de son traitement. Paris, 1877, in-8 de 70 pages. Prix :

Troquart (R.). Contribution à l'étude de l'action physiologique du chloral sur la circulation et la respiration, recherches critiques et expérimentales. Paris, 1877, in-8 de 100 pages. Prix : 3 fr.

Vincent Wartha. — Précis d'analyse qualitative, voie humide et réaction de la flamme selon *Bunsen*. Traduit par Ch. Baye. Paris 1877, in-12 de 72 pages, avec figure.

Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.

Royet (J.). — De l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques. Paris, 1877 in-8 de 56 pages.

Rizat (A.). — Du phimosis et de la balano-posthite syphilitiques. Paris, 1877 in-8 de 62 pages avec 5 planches hors texte contenant 20 figures en chromo-lithographie. — Prix : 5 fr.

Paulier (A.-B.) Manuel de thérapeutique, 1 fort volume in-18 de 1012 pages. Prix : 10 fr.

Librairie G. MASSON, rue Hautefeuille.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Troisième et quatrième fascicule 1876. — Bordeaux 1876, librairie Fréret et fils, in-8 de 130 pages.

Librairie F. SAVY, 77, boulevard Saint-Germain.

Gendrin (A.-N.). — Traité philosophique des fièvres périodiques. Paris, 1877, 1 vol. grand in-8. — Prix : 8 fr.

Colonna Cecaldi. — Contribution à l'étude de la trépanation dans les lésions traumatiques du crâne. Paris, 1877, in-8 de 36 pages. — Prix 1 fr. 50.

Deval (L.). — Etude sur le baume Gurjun, Gurjum balsam ou Wood-oil et quelques-unes de ses appréciations thérapeutiques. Paris, 1877, in-8, de 61 pages. — Prix : 2 fr.

Dresch. — Affaire François Toulza dit Rapala. Réfutation des rap-

ports affirmatifs du dr Bergeron. Paris, 1877, in-8 de 47 pages. — Prix :2 fr.

Eymery-Heroguelle (J.). — Etude du gelsemium sempervirens et de son action dans le traitement des névralgies. Paris, 1877, in-8 de 50 pages avec figures. — Prix : 2 fr. 50.

Fouson (J.-F.-J.). — Du traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant par la thoracentèse aspiratrice. Paris, 1877, in-8 de 60 pages. — Prix : 0 fr.

Lebrun (P.). — Essai sur le traitement des hémorrhagies artérielles de la main et du poignet. Paris, 1877, in-8 de 60 pages. — Prix : 2 fr.

Ligier (A.). — Considérations sur les tours et les conséquences de leur suppression au point de vue de l'hygiène publique. Paris, 1877, in-8 de 43 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Merlou (P.). — De l'ovarite aiguë. Paris, 1877, in-8 de 89 pages. 52 Prix : 3 fr.

Percepied (R.). — Application de l'électricité au traitement du varicocèle. In-8 de 46 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Carlo-Fedeli. — Due lezione tulla percussione del wuore. Pisa 1876. Typog. da V. Fortini, in-8 de 60 pages avec figure.

Carlo Fedeli. — Paralisi post-ditterica del vago. Osservazioni clinich ed anatomo-patologiche. Bologne, 1877. Tip. Fava e Garagnani, in-8 de 3 pages.

Luigi Luciani. — Delle oscillazioni della pressione intratoracica e intradominale. Studio sperimentale. Con 40 incisioni in legno intercalate. Turino 1877. Tipog. Vincenzo Bona in-8 de 100 pages.

Berger (O.) Zur Lehre von den Emotions Neptrosen. Separat-Abdruck aus der Deutschen-Zeitschrift, broch. de 15 pages. Druck von Metzger et cWittig in Leipzig.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

5e ANNÉE. — N° 47. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 24 NOVEMBRE 1877

Le Progrès Médical

MALADIES DU PREMIER AGE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS.— **M. PARROT.**

DEUXIÈME LEÇON.

De l'avortement d'origine syphilitique (1).

Aujourd'hui, je vous entretiendrai de l'avortement dans ses relations avec la syphilis héréditaire. Dans les traités consacrés à la maladie, cette question n'est abordée qu'au chapitre de l'étiologie, et on ne lui accorde que peu de lignes. A mon avis, il faut la prendre en sérieuse considération et en placer l'étude au début, car l'avortement est un des premiers effets de l'intoxication, et la première manifestation apparente du trouble, que le virus apporte dans la fonction génératrice.

D'ailleurs, il atteint l'appareil utéro-ovarien en dehors de la grossesse. M. A. Fournier, qui a écrit un chapitre intéressant là-dessus, a constaté, dans un assez grand nombre de cas, des perturbations menstruelles. Ce sont des retards, des irrégularités et même de véritable suppressions.

Quelle est la cause prochaine de ces accidents ? M. Fournier pense que la syphilis agit en affaiblissant les sujets, comme le font toutes les maladies capables d'amener un état cachectique. Dans cette hypothèse, l'aménorrhée serait la conséquence immédiate, non de la syphilis, mais de l'anémie provoquée par celle-ci. Je ne saurais partager entièrement cette manière de voir qui me semble trop absolue ; et j'estime qu'il faut laisser une plus grande part à l'élément spécifique de la maladie.

La stérilité des femmes syphilitiques a été remarquée depuis longtemps. Bærensprung et M. A. Fournier ne la croient pas très-fréquente. Que se passe-t-il lorsque la fécondation a eu lieu ? Il est généralement admis, depuis Rosen, que la syphilis est une cause fréquente d'avortement et d'accouchement prématuré. M. A. Fournier, dans un espace de temps qu'il ne détermine pas, a reçu dans son service de Lourcine, 97 femmes enceintes, dont 44 sont sorties avant d'avoir accouché. Sur les 53 autres, 17 ont avorté à différents termes, 8 ont accouché prématurément et 28 à terme. A la suite de ces chiffres, le même observateur en cite d'autres, relevés par un de ses élèves, M. Lepileur, sur les registres de Lourcine. De 1861 à 1870, sur 370 grossesses qui se sont terminées dans cet hôpital, 249 seulement sont arrivées à terme, et 141 ont abouti à l'accouchement prématuré ou à l'avortement.

Il ressort de ces différents résultats, que l'avortement a lieu dans un peu plus du tiers des cas, chez les femmes atteintes de syphilis. Lorsqu'on l'observe plusieurs fois de suite, il faut toujours soupçonner cette maladie. Trousseau a particulièrement insisté sur ce fait, à l'appui duquel M. Fournier cite un exemple des plus remarquables. La malade qui en est le sujet, s'était mariée à 19 ans, vigoureuse et bien portante. Elle eut trois enfants qui vinrent à terme et fort beaux. Deux sont vivants et leur santé est excellente ; le troisième est mort en nourrice. Après ces trois premières couches, elle a été infectée par son mari, et est devenue enceinte sept fois. Ces sept grossesses se sont terminées 3 fois par un avortement, et 4 fois par un accouchement prématuré. Aucun des enfants n'a vécu.

L'époque où l'avortement se produit dépend de l'âge de la syphilis chez la femme ; et lorsqu'elle est récente, du moment de la grossesse où l'infection a eu lieu. C'est durant l'évolution des accidents secondaires, surtout quand ils sont graves, que l'expulsion prématurée du fœtus est le plus à craindre. Il y a également plus de chances qu'elle ait lieu, lorsque l'intoxication a précédé la grossesse, que si elle s'est produite durant son cours. Rien n'est en effet plus redoutable que l'imprégnation de l'ovule par le virus. Plus le moment de la contamination se rapproche du terme de la grossesse, moins il y a de chances pour que l'avortement se produise. Il est très-peu probable, lorsque la femme est infestée au cinquième mois.

Suivant Kassowitz, lorsque les femmes ne sont pas traitées, toutes les grossesses qui surviennent dans les trois premières années de l'infection, se terminent par l'avortement ou par la naissance d'enfants qui meurent au bout d'un temps très-court.

Chez les femmes syphilitiques, dit de Bærensprung, l'expulsion du produit a lieu surtout aux 3e, 4e et 5e mois ; et quand l'accouchement se fait à terme, la vie de l'enfant n'est que de quelques jours.

D'après M. Olshausen, dont les recherches datent de 1871, l'avortement peut se produire dès le premier mois ; auquel cas, il est très-difficile de faire la part qui revient à la syphilis, dans la production de l'accident ; mais c'est surtout dans la seconde moitié de la grossesse qu'il a lieu, et l'auteur ajoute que si l'enfant est expulsé vivant, il ne succombe pas très-vite. Cette opinion est beaucoup trop absolue, et il me serait facile de lui opposer un certain nombre de faits. M. F. Weber (1875), qui a eu l'occasion d'observer 109 femmes syphilitiques enceintes, a constaté que l'avortement se produisait dans un cinquième des cas : en général du 7e au 8e mois. Les enfants succombaient d'ordinaire peu de temps après la naissance. De toutes les opinions que je vous ai citées, cette dernière est celle que j'estime le plus près de la vérité.

On s'accorde à admettre que la gravité des accidents est dans une relation directe avec l'intensité de l'intoxication. Au dire de Kassowitz, l'avortement répondrait au maximum de puissance du virus ; puis viendrait l'accouchement prématuré, enfin, la non-viabilité du fœtus.

Mais il faut bien le reconnaître, tout cela est plus théorique que réellement démontré, car nous ne possédons pas de dynamomètre pour les virus.

L'influence relative des générateurs est très-intéressante à déterminer. C'est à Rosen que l'on doit d'avoir établi celle du père, d'une manière incontestable. Bærensprung, qui a beaucoup étudié ce point d'étiologie, pense qu'elles ont l'une et l'autre à peu près la même valeur. M. Vogel dans son traité des maladies des enfants, incline à croire que la syphilis de la mère est la plus malfaisante ; mais il ne donne aucune preuve à l'appui.

Pour ce qui est de la cause prochaine de l'avortement, presque tous les observateurs la mettent dans le fœtus lui-même. Babington, dans les notes qu'il a ajoutées à l'ouvrage de Hunter, dit qu'il est du à la mort du produit, et il en donne pour preuve, l'état de macération dans lequel il se présente au moment où il est expulsé. Trousseau et Bærensprung partagent cette manière de voir. M. Kassowitz, beaucoup moins exclusif, pense qu'il n'est pas indispensable que le produit meure, pour qu'il soit expulsé et que dans un grand nombre de cas, il suffit pour amener ce résultat, de l'état de souffrance où le met la syphilis. On a souvent invoqué les lésions du placenta pour expliquer l'avortement, mais en dépit des nombreuses recherches anatomo-pathologiques entreprises sur ce point, on n'est pas édifié sur les modifications que la syphilis détermine du côté de cet organe.

Le traitement que subissent les femmes atteintes de syphilis, a une influence considérable sur l'issue de leur grossesse.

Elle est toujours favorable, mais il est difficile de l'apprécier avec précision, parce que les malades ne suivent pas toujours avec une scrupuleuse exactitude, les conseils qui leur sont donnés.

(1) Voir le n° 44.

Quoi qu'il en soit, voici, traduits en chiffres, quelques résultats obtenus par M. F. Weber (1875). Cet observateur a traité 35 femmes enceintes, par les frictions mercurielles, et toutes ont accouché dans des conditions normales. Au contraire, chez celles soumises au traitement mixte, mais qui en réalité, par suite de l'intolérance de leur organisme pour le mercure, avaient pris surtout de l'iodure de potassium, il a observé l'avortement a peu près dans la proportion de 20 0/0 ; dans celle de 15 0/0 seulement, lorsque l'iodure de potassium et le sublimé ont été pris simultanément ; enfin, de 36 0/0, chez les malades qui n'ont pris que de l'iodure de potassium. (*A suivre.*)

DERMATOLOGIE

Sur le pityriasis capitis et l'alopécie pityriasique ;
par **L. MALASSEZ.**

M. Vidal, dans une leçon sur le pityriasis faite à l'hôpital Saint-Louis et récemment publiée dans ce journal (1), combat ce que j'ai dit sur cette affection et sur l'alopécie qui en est souvent la conséquence (2). Qu'il me soit permis de lui répondre.

En toute discussion scientifique, il faut distinguer deux choses : les faits et la théorie.

Dans le *pityriasis capitis*, les faits que je crois avoir découverts sont : l'existence constante d'une certaine espèce de spores dans la couche cornée de l'épiderme ; l'abondance variable mais toujours considérable de ces spores ; — leur absence ou tout au moins leur très-grande rareté, là où le pityriasis n'existe pas, là où il est guéri ; — je pourrais ajouter, enfin, la guérison habituelle de cette affection sous l'influence d'un antiparasitaire, de la pommade au turbith minéral par exemple.

La théorie que j'ai émise est la suivante : le pityriasis résulte de l'envahissement du cuir chevelu par les susdits champignons. Déposées sur un terrain favorable à leur développement (sujets arthritiques), leurs spores se multiplient avec une extrême activité ; elles s'infiltrent dans la couche cornée de l'épiderme qu'elles dissocient et divisent en lamelles. En même temps, l'irritation que leur présence détermine dans les tissus, amène l'état vésiculeux des cellules épidermiques, nouvelle cause de desquammation. La cause du pityriasis serait donc double : externe par l'ensemencement des spores, interne par la prédisposition à être envahi par ces spores. Le mécanisme serait double également : action directe des spores s'infiltrant entre les cellules épidermiques, réaction du tissu épidermique dont les cellules deviennent vésiculeuses.

Qu'oppose M. Vidal à ces faits, à cette théorie ? Aux faits, rien ; à la théorie, d'autres faits et des raisonnements :

Ces spores, dit M. Vidal, se « rencontrent avec des caractères absolument identiques dans une foule d'autres circonstances... squammes... peau saine. » — Je le sais et je l'ai dit à la première page de mon mémoire (3).

« Ce sont, dit M. Vidal, des spores communes, banales » pour ainsi dire, qui existent dans le pityriasis comme partout ailleurs, et qui ne pululent dans ces squammes que » parce qu'elles trouvent dans toutes les accumulations » épidermiques une sorte de détritus organique favorable » à leur développement. »

— Communes, banales, soit ; mais on ne peut dire qu'elles trouvent dans « toutes les accumulations épidermiques » des conditions favorables à leur développement, car elles manquaient ou étaient très-rares dans les quelques cas d'eczéma, de psoriasis et d'icthyose que j'ai étudiés à ce point de vue ; on ne peut dire qu'elles existent dans le pityriasis « comme partout ailleurs, » car elles y sont plus abondantes peut-être que partout ailleurs, si abondantes qu'on ne saurait se l'imaginer avant d'en avoir vu des préparations microscopiques soigneusement faites. Aussi la conclusion de M. Vidal, à savoir que « leur présence ne signifie rien, » me semble-t-elle inadmissible.

Voici deux pelouses : l'une est en bon état, l'autre est envahie par la mousse, si bien que l'herbe y étouffe et devient moins fournie. Allez-vous dire que dans cette dernière pelouse, la présence de la mousse ne signifie rien, parce qu'en cherchant bien, vous pourrez en retrouver dans la pelouse en bon état ? Non certes. De même dans le pityriasis : le mal n'est pas uniquement dans la simple présence des spores, il est dans leur extrême abondance ; et, si vous voulez guérir, il vous faut détruire cette mousse et amender votre terrain de façon à le rendre moins propice à ce genre de végétation.

Passons à l'*alopécie*. M. Vidal me fait dire que cette affection est due « à une desquammation épithéliale qui, » s'accumulant dans la gaîne de poil, comprimerait bientôt » et étoufferait la racine du cheveu. » M. Vidal me semble avoir mal compris le texte et même les figures de mon mémoire.

Dans l'alopécie au début, ai-je dit, il y a obstruction et dilatation de la partie sus-sébacée des follicules pileux par des pellicules épidermiques ; — hypertrophie des parois folliculaires portant principalement sur la couche moyenne, commençant par les parties profondes, et gagnant peu à peu les régions superficielles ; en même temps, rétrécissement de la cavité folliculaire et transformation du bulbe et de la racine du cheveu qui s'amincit. — Dans l'alopécie confirmée, oblitération des follicules qui deviennent de simples cordons fibreux. Je passe sur les détails et sur les lésions concomitantes.

Et devant ces faits, j'ai proposé la théorie suivante : L'alopécie est due au pityriasis de la portion sus-glandulaire du follicule ; il produit là un véritable bouchon épidermique, lequel fait obstacle à la sortie normale du cheveu ; il en résulte dans les parties profondes du follicule une irritation, qui se manifeste d'abord par l'hypertrophie ascendante et concentrique des parois folliculaires puis amène en dernier lieu l'oblitération de presque tout le follicule ; processus comparable à la cirrhose des glandes dont le canal excréteur a été lié ou obstrué.

M. Vidal objecte à cette théorie la marche de l'alopécie qui, d'après lui, serait toute différente si elle était de nature parasitaire : « Elle ne débuterait pas toujours comme l'alo» pécie sénile, par le sinciput ou la région frontale ; elle » aurait, au contraire, la distribution capricieuse irrégulière » de toutes les affections parasitaires. »

Ce raisonnement serait parfaitement logique, si toutes les affections parasitaires étaient connues, si toutes avaient fatalement la même marche. Mais il n'en est pas ainsi. Le parasite du pityriasis n'est pas comme celui de la teigne tonsurante par exemple, un parasite spécial, attaquant le cuir chevelu par quelques points isolés, y traduisant sa présence par des ravages rapides et profonds, s'étendant ensuite de proche en proche à la façon d'une tache d'huile. C'est, au contraire, un parasite banal, comme le dit M. Vidal lui-même, par conséquent très-disséminé, et envahisssant le cuir chevelu comme les mauvaises herbes envahissent nos jardins, partout et de tous côtés à la fois. Puis, comme son action sur la portion sécrétante du follicule n'est pas directe, l'alopécie qu'il produit demande un certain temps avant de se manifester

Quant à la raison du siége constant de l'alopécie pityriasique sur le sommet de la tête, j'avouerai franchement ne la pas connaître. Peut-être la plus grande horizontalité du cuir chevelu dans cette région favorise-t-elle le séjour des crasses parasitaires et l'infection des follicules ? Peut-être faut-il faire intervenir des conditions

(1) *Progrès médical*, numéro du 8 septembre 1877, p. 688.

(2) *Note sur le champignon du pityriasis simple.* (*Archives de physiologie*, 1874, p. 451). — *Note sur l'anatomie pathologique de l'alopécie pityriasique.* (*Arch. Phys.*, 1874, p. 465).

(3) « J'ai étudié alors, toujours par les mêmes méthodes, des pellicules » provenant d'autres affections squammeuses (eczéma, psoriasis, ichthyose), » ou recueillies sur de la peau parfaitement saine ; et cette fois, je n'ai plus » retrouvé ces mêmes spores, si ce n'est très-exceptionnellement et en très- » petite quantité. » (*Arch. de Physiologie*, 1874, p. 451).

spéciales de circulation, de nutrition et de température, voire même d'innervation, comme le prétend M. Vidal; conditions qui les unes seraient favorables à la multiplication des spores, les autres à la réaction morbide des tissus? Autant de questions encore inconnues et qui restent à élucider. Aussi je ne veux point faire de tentatives d'hypothèses, je tiens seulement à faire remarquer qu'avec de telles inconnues, il est impossible de voir une contradiction entre le siége de l'alopécie et la théorie que j'ai émise sur cette affection. Et si cette théorie laisse dans le vague des côtés qui, je le répète, n'ont pas encore été étudiés, elle a tout au moins l'immense avantage de rendre parfaitement compte des faits pathologiques que MM. Pincus, Chinchollé et moi avons mis en évidence; ce que je ne trouve pas dans celle de M. Vidal.

Pour lui, par exemple, c'est le poil qui s'atrophie tout d'abord, « il diminue peu à peu de volume, et le vide qui en résulte est rempli par des débris de cellules épidermiques. » Mais comment se fait-il alors que, là où existent ces débris de cellules épidermiques (portion sus-glandulaire des follicules), les parois folliculaires soient distendues par ces pellicules? Elles ne se contentent donc pas de remplir les vides. Enfin, pour M. Vidal, la cause de l'alopécie serait uniquement interne, et consisterait en une « tendance du cuir chevelu à la sénilité précoce et à la » chute des cheveux. » Il m'excusera de ne pas le suivre sur ce terrain, craignant de m'égarer en sortant du domaine de l'anatomie pathologique, et voulant me borner à repousser les objections qu'il m'a fait l'honneur de m'adresser.

MALADIES DES PAYS CHAUDS

De la Constipation;

Par le Dr **VIGUIER**, ancien interne des hôpitaux.

Dans l'Inde, les Européens et surtout les marins sont très-souvent atteints de constipation habituelle et opiniâtre. Cette constipation constitue une véritable maladie qui peut entraîner des accidents très-sérieux. Chez les gens qui vivent à terre, on l'observe principalement dans les premiers temps de leur séjour dans l'Inde et ils ont bien plus souvent à en souffrir que de la diarrhée qui, du reste, là comme partout, alterne parfois avec elle. Mais les marins sont les plus éprouvés, c'est d'ailleurs leur maladie habituelle partout, mais surtout dans les mers chaudes; il n'y a donc rien d'étonnant que ceux qui naviguent dans la mer des Indes et dans le golfe du Bengale aient beaucoup à en souffrir.

Leur genre de vie habituel, le défaut d'exercices, le régime alimentaire du bord, l'influence de l'air de la mer et peut-être aussi du mouvement du navire, contribuent à produire la constipation; le défaut d'exercice des membres inférieurs paraît jouer le rôle principal, ainsi la vie des officiers étant, en général, à bord encore plus sédentaire que celle des matelots, ils sont plus souvent atteints que ces derniers.

Chez les gens à terre, la disposition à la constipation est produite, d'abord par la traversée, puis elle est entretenue par la nourriture habituelle dans la colonie. Là, comme dans tous les climats très-chauds, on fait usage de mets fortement épicés, destinés à réveiller l'appétit languissant: on sert à tous les repas, sans exception, du riz cuit à l'eau, auquel on ajoute une sauce très-épicée, nommée karri par les Français (currie des Anglais). Cette nourriture à laquelle la plupart des personnes s'habituent très-bien au bout de quelque temps, et qui constitue presque le seul aliment des Indous et une part très-importante de l'alimentation des résidents Européens, détermine assez ordinairement un peu d'irritation intestinale qui se traduit par une augmentation de la constipation, mais au bout de peu de temps, il se produit en général une sorte d'accommodation de l'intestin et alors l'usage du karri est plutôt utile à la digestion; bien loin d'entretenir la constipation il produit un certain degré de relâchement; c'est du reste ce que l'on observe sur les indigènes qui se nourrissent à peu près exclusivement de riz et de Karri et de fruits et dont les selles sont jaune clair et non moulées. C'est au genre d'alimentation des Indous qu'il faut attribuer le développement considérable du ventre chez leurs enfants, il est tel, en effet, chez ceux au-dessous de 6 ou 7 ans, qu'il passerait chez nous à bon droit pour morbide. Chez l'adulte, au contraire, le gros ventre est rare, et l'Indou est mince et élancé. Ce n'est guère que chez les babous (riches marchands) que l'on observe une obésité parfois très-considérable et due au manque d'exercice et à l'abondance de la nourriture. Enfin, parmi les causes de constipation, il ne faut pas omettre l'abondance de la sueur qui, produisant une grande déperdition d'eau, doit contribuer à augmenter la sécheresse des matières intestinales; mais au premier rang, nous plaçons, pour les gens à terre comme pour les marins, le manque d'exercice si fréquent dans les régions tropicales où l'excès de la chaleur porte à éviter les moindres mouvements.

Les accidents déterminés par la constipation, sont l'inappétence, les pesanteurs de tête et une sorte d'état mélancolique, parfois des hémorroïdes, enfin les matières sont souvent assez dures pour déterminer des fissures à l'anus; celles-ci sont ordinairement peu profondes et sans gravité, mais il en est de très-profondes et de fort douloureuses qui constituent un accident redoutable sur le traitement duquel nous aurons à nous étendre.

Le traitement de la constipation n'est pas facile; que n'a-t-on pas proposé à ce sujet, et quelle incertitude dans l'action des médicaments?

L'usage des purgatifs se présente le premier à l'esprit; mais on sait qu'ils ne sont pas sans danger et qu'il faut éviter d'y habituer l'intestin comme aussi de déterminer une entérite. On emploie surtout la magnésie soit calcinée, soit à l'état de citrate effervescent et l'aloès en pilules. On a proposé de donner tous les soirs une pilule d'extrait de belladone de 2 à 3 centigrammes. Ce moyen ne m'a pas donné de bons résultats, je préfère les suppositoires belladonés, mais ils sont d'un emploi moins commode. Enfin, après l'échec de bien des traitements, on en arrive le plus souvent aux lavements d'eau. Il faut différer autant que possible l'emploi de ce moyen, car les gens qui s'y habituent ont ensuite bien du mal à pouvoir s'en passer et il leur est souvent impossible d'aller à la selle sans lavement. C'est surtout par le régime que l'on doit tâcher de guérir la constipation; celui-ci doit être doux et végétal autant que possible; il suffit parfois de changer la boisson pour amener la guérison, j'ai vu plusieurs personnes radicalement guéries par le seul fait d'avoir substitué la bière au vin coupé d'eau. Malheureusement cet effet de la bière n'est pas constant, et j'ai vu d'autres personnes qui n'ont retiré aucun avantage du même changement. Pourtant, je crois que l'on doit essayer ce moyen qui a beaucoup de chances de réussir. Enfin et surtout, on doit recommander l'exercice et spécialement la marche, non pas au point d'amener une fatigue qui déterminerait des sueurs trop abondantes, mais un exercice modéré qui, sans augmenter beaucoup la sueur, produira toujours d'heureux effets sur la digestion. Dans le cas où il s'est produit des fissures à l'anus, il faut à tout prix éviter les selles dures dont le passage s'opposerait absolument à la cicatrisation, pour ne rien dire des douleurs qu'elles provoqueraient; pour arriver à ce résultat, les purgatifs sont des moyens infidèles et peu sûrs, il vaut mieux avoir recours aux lavements d'eau, mais il faut avoir la précaution de recommander au malade de ne pas se présenter immédiatement après avoir pris le lavement, ce n'est qu'une heure après au plus tôt, que l'eau aura complètement ramolli les matières et que le malade aura une selle sinon liquide, au moins assez molle pour ne pas entraver la cicatrisation de la fissure. Il faut aussi lui recommander de ne pas attendre trop longtemps; car, au bout de deux ou trois heures, l'eau pourra être absorbée et la

masse fécale redevenue dure. J'insiste sur ce traitement car le malade n'a à faire des efforts de résistance que pendant quelques minutes de 5 à 15, après avoir pris le lavement et ce moyen, en somme facile, m'a donné d'excellents résultats dans des cas graves et très-douloureux qui ne semblaient pas devoir guérir sans opération ; je n'ai fait appliquer aucun topique, j'ai seulement recommandé au malade de se laver avec soin après chaque selle en évitant de toucher rudement la plaie.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les pansements antiseptiques en Allemagne (1).

Le pansement Lister était à peine connu en Allemagne qu'on essaya de le modifier. On avait quelques reproches à lui faire. L'acide phénique est un irritant assez puissant, même en solution à 2,5 et à 5 p. 100: on sait même que, pour obvier à cet inconvénient, Lister interpose entre la plaie et les pièces phéniquées de son pansement un morceau de protective imperméable, pour empêcher l'acide phénique de venir agir constamment sur la plaie. Malgré cette précaution, il arrive parfois que, vers le 12e ou 15e jour du traitement, la plaie devient rouge, un peu tuméfiée; on est alors obligé de suspendre l'emploi de l'acide phénique. Cet antiseptique a un second inconvénient, c'est d'être volatil, aussi les vapeurs s'insinuent-elles facilement entre la plaie et le protective qui devient ainsi inutile ; l'acide phénique en se dégageant dans l'atmosphère de la salle répand une odeur fort gênante et même insupportable pour certains malades, et, assez rapidement, la gaze du pansement n'en renfermant plus une quantité suffisante doit être changée.

Enfin, troisième inconvénient, ayant bien son importance, sinon au point de vue théorique, du moins au point de vue pratique, le pansement de Lister est un pansement assez cher ; d'après les calculs de Thiersch (2), un pansement destiné à un moignon d'amputation de cuisse reviendrait à 2 fr. 95, et comme le pansement doit être, au moins dans les premiers jours, changé assez souvent, les frais d'un traitement complet sont assez élevés.

L'acide phénique aurait encore un autre inconvénient dont je n'avais pas entendu parler jusqu'ici, mais qui, s'il venait à être confirmé, serait de nature à faire prendre quelques précautions ; c'est de produire une véritable intoxication en étant absorbé par la plaie. Un des premiers symptômes, consécutifs à l'absorption d'acide phénique, serait une coloration noire des urines qui est très-fréquemment observée. Je me souviens fort bien, pour ma part, avoir plusieurs fois constaté cette coloration noirâtre des urines chez des malades pansés à l'acide phénique, sans toutefois avoir remarqué alors la corrélation qui existait entre le symptôme et le pansement. Je citerai, à cet égard, le jeune malade chez lequel M. Verneuil pratiqua l'année dernière la gastrostomie pour un rétrécissement infranchissable de l'œsophage ; sa plaie était pansée plusieurs fois par jour avec la solution phéniquée, et les urines présentèrent pendant plusieurs jours une teinte foncée fort remarquable. Malheureusement, les symptômes de cette intoxication ne seraient peut-être pas toujours aussi bénins, et le professeur Heine (de Prague) aurait vu chez deux ou trois opérés des accidents graves qu'il ne pouvait guère expliquer autrement que par une intoxication suraiguë par l'acide phénique. Il me citait entre autres, le cas d'une dame chez laquelle il venait d'extirper un cancer du rectum ; comme il était en train de faire sur la plaie une injection avec la solution phéniquée à 2 p. 100, la malade tomba brusquement en syncope, et ce ne fut qu'après trois heures de respiration artificielle qu'elle revint à elle. Ces faits, sur l'interprétation desquels il nous paraît difficile de se prononcer, ont décidé le professeur Heine à remplacer l'acide phénique par un autre antiseptique non toxique, lorsqu'il opère sur les séreuses ou sur certaines muqueuses absorbant facilement.

Toutes ces raisons engagèrent les chirurgiens à chercher des modifications au pansement Lister, et Thiersch (1), professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Leipzig, crut avoir trouvé un succédané de l'acide phénique dans l'acide salicylique pour la préparation duquel Kolbe venait de trouver un procédé économique. Thiersch conclut de ses recherches que la solution d'acide salicylique saturée, c'est-à-dire à 1 pour 300 (*salicylwasser*) empêchait la putréfaction du sang et des liquides sécrétés par la plaie; que cette solution n'exerçait aucune irritation nuisible sur les plaies récentes ou granuleuses, et enfin qu'il n'y avait à craindre aucun accident du passage de l'acide salicylique dans la circulation. Partant de là, Thiersch organisa une chirurgie à l'acide salicylique, comme Lister en avait organisé une à l'acide phénique. La solution d'acide salicylique remplace la solution phéniquée pour le lavage des mains et des instruments; la vapeur du vaporisateur est salicylique, et je dois dire en passant que c'est là une chose fort pénible pour le chirurgien et les aides, car cette vapeur salicylique irrite très-vivement la muqueuse des fosses nasales et du pharynx.

Le pansement est assez simple. L'acide salicylique n'ayant aucune action nuisible sur la plaie, il est inutile d'interposer un protective. On applique directement sur la plaie, une couche d'ouate (*salicylwatte*) renfermant 3 pour 100 d'acide salicylique, puis une couche en renfermant 10 pour 100. On entoure avec une feuille mince de gutta-percha, et l'on maintient le tout avec une bande de gaze.

Voici les formules employées par Blaser, pharmacien à l'hôpital de Leipzig, pour préparer la ouate salicylée:

Pour préparer l'ouate à 3 pour 100, on fait dissoudre. 750 grammes d'acide salicylique dans 7,500 grammes d'esprit à 0,830; on ajoute 150 litres d'eau de 70 à 80 degrés centigrades, et l'on met dans ce mélange, 25 kilog. d'ouate dégraissée.

Pour préparer l'ouate à 10 p. 100, on fait dissoudre :
1 kilog. d'acide salicylique dans :
10,000 grammes d'alcool à 0,830 ; on ajoute :
60 litres d'eau de 70 à 80°, et l'on met dans ce mélange :
10 kilog. d'ouate dégraissée.

Pour imbiber cette ouate, le mieux est de se servir d'une cuve plate où l'on puisse la disposer couche par couche, en ayant soin de ne pas mettre plus de deux à trois kilogrammes à la fois. Il faut avoir bien soin, avant d'ajouter une nouvelle couche, que la précédente soit parfaitement imbibée. Toutes les couches étant ainsi disposées, on les retourne de manière que celle qui était en dessous devienne

(1) Voir le n° 41.
(2) Sammlung klinischer Vortræge, n° 84 und 85. Leipzig, 1875.

(1) Sammlung Klinischer Vortrēge, n° 84 und 85 Leipzig. 1875.

supérieure ; on les laisse ainsi dix minutes, puis on les retire, et à mesure qu'elles refroidissent, l'acide salicylique se cristallise entre les mailles de l'ouate ; enfin on fait sécher cette ouate dans un endroit chauffé.

L'économie réalisée à l'aide de ce moyen est assez grande, puisque le pansement d'une amputation de cuisse qui, nous l'avons vu, est de 2 fr. 95 avec le Lister, n'est plus que de 1 fr. 90 avec le pansement à l'ouate salicylée. Thiersch abaisse le prix du pansement à 1 fr. 15, en remplaçant l'ouate par une espèce de filasse assez fine nommée *jute*, provenant des différentes espèces de *corchorus*, et notamment des *corchorus capsularis*, qui sont cultivés dans le Bengale ; depuis une vingtaine d'années, on importe, en Europe, de grandes quantités de ce jute qui sert à fabriquer des objets de sparterie ; il coûte fort bon marché.

Pour préparer le *salicyljute*, on place 2,500 grammes de jute dans la solution suivante portée à 70 ou 80° :

75 grammes d'acide salicylique ;
500 — de glycérine ;
2.500 — d'eau ;

on fait sécher cet jute et l'on s'en sert comme de l'ouate.

Si ce pansement au jute salicylée offrait l'avantage du bon marché, on constata bientôt qu'il présentait d'assez sérieux inconvénients. Malgré l'addition de glycérine dans la solution salicylique qui sert à préparer le jute, on ne peut manier ce jute sans qu'aussitôt il se dégage de la poussière d'acide salicylique véritablement insupportable pour le chirurgien. De plus, le jute n'offrant point la cohésion et la finesse de l'ouate, il est nécessaire d'en appliquer une grande épaisseur ; malgré cette précaution, le pansement se laisse traverser aisément par les liquides de la plaie, et il n'est plus alors en état d'empêcher l'arrivée des germes atmosphériques. Je dois même dire que Thiersch n'emploie plus guère ce pansement, et qu'il est revenu au pansement à la ouate salicylée.

Tout récemment Koehler (1), médecin supérieur de l'armée prussienne, essaya d'employer le jute traité par l'acide phénique (*carboljute*). La préparation en est très-simple ; il suffit de faire des sortes de gâteaux de jute (*jute kuchen*) ayant environ 15 centimètres de diamètre, 1 à 2 d'épaisseur et pesant 4 à 5 grammes ; on les place pendant quelques heures dans une solution phéniquée à 5 p. 100, puis dans une solution à 2 p. 100 d'où on ne les retire qu'au moment de s'en servir.

Pour appliquer le pansement, on place sur la plaie une petite lamelle de gutta-percha pour remplacer le protective, puis quelques gâteaux de jute phéniqué, et une bande de gaze maintient le tout. Un pareil pansement revient pour une amputation de cuisse à 12 centimes. On fait le pansement en général tous les trois à quatre jours, plus tôt s'il y a fièvre ou douleur, ou bien si le pansement est traversé, plus tard si le malade se trouve bien.

On voit qu'un pareil pansement s'éloigne singulièrement du pansement Lister, et en remplaçant le jute par la charpie, ce que je crois préférable, nous avons le simple pansement à la solution phéniquée qui est employé depuis bien longtemps dans les hôpitaux de Paris. Il est très-simple, très-commode à appliquer, très-bon marché ; mais, à part quelques petits détails, ce pansement est depuis longtemps en usage dans la pratique chirurgicale, et il n'y a guère lieu de le décrire longuement. Ceci dit, du reste, sans aucune intention de diminuer en quoi que ce soit le mérite de M. Koehler, qui n'a cherché, en somme, qu'à vulgariser un pansement pratique et à bon marché.

J'ai vu faire sur une large échelle l'application du pansement de Kœhler, dans le service du Dr Wilms, à l'hôpital de Béthanie, de Berlin, où tous les traumatismes, opératoires ou accidentels, sont traités de cette façon. On est très-satisfait des résultats ; les pyémies qui étaient assez fréquentes autrefois, malgré la tente et la baraque situées dans le jardin, ont presque disparu, puisque, depuis un an, il n'y a eu que deux cas sur un millier de blessés soignés dans les salles. Je vois cependant ici d'assez sérieux traumatismes, résection de hanche, amputations, écrasement de doigts, etc. Ces résultats sont d'ailleurs conformes à ceux que Bardeleben a obtenus dans son service à l'hôpital de la Charité de Berlin.

Tels sont les principaux pansements que j'ai pu voir à l'essai dans les grands hôpitaux d'Allemagne. Dans tous ces pansements, on a conservé plusieurs des précautions et des perfectionnements introduits par Lister : lavage des instruments dans la solution antiseptique, drain placé au fond de la plaie, ligatures avec le catgut, pulvérisation d'un liquide antiseptique ; mais les pièces du pansement proprement dit, destinées à mettre la plaie à l'abri des germes atmosphériques, diffèrent complètement.

A côté de ces pansements, pour ainsi dire types, viennent s'en placer beaucoup d'autres qu'il serait sans intérêt de décrire, car ce ne sont que des variations sans importance de ceux dont nous venons de parler.

Il nous semble que l'on ne peut continuer, sans commettre un véritable abus de langage, à désigner tous ces pansements si divers sous le nom de pansement Lister, ni même sous le nom de pansement Lister modifié, car ils en diffèrent notablement. On a une trop grand tendance aujourd'hui à confondre les pansements antiseptiques avec le pansement Lister qui n'en est qu'une variété. Une pareille manière de faire est d'ailleurs loin de servir la cause du Lister, car, tous ces pansements ont modifié complètement l'hygiène des salles en faisant disparaître la septicémie et les autres accidents graves des plaies, si même plusieurs d'entre eux se recommandent soit par leur simplicité, soit par leur prix minime, il faut bien avouer qu'au point de vue de la réunion des plaies, ils donnent de moins bons résultats. Sous le pansement à la salicylwatte, salicyljute, carboljute, j'ai souvent vu la réunion par première intention manquer ; le plus souvent, le pansement renferme un peu de pus fétide ; parfois même, il se forme des phlegmons ou des abcès que l'on doit ouvrir au bistouri. Sans prétendre que hors du Lister, il n'y point de salut, nous croyons cependant pouvoir conclure que tous ces essais de pansement antiseptique, faits depuis quelques années en Allemagne, ne donnent pas des résultats merveilleux.

Que deviendront tous ces pansements ? Il est bien probable que plusieurs d'entre eux sont destinés à tomber rapidement dans l'oubli ; mais tous ces essais et toutes ces tentatives montrent qu'en Allemagne, comme dans les autres

(1) *Deutsche medical Wochenschrift*, 1876.

pays de l'Europe, la théorie septicémique s'impose désormais au monde chirurgical. Il reste un grand pas à faire : cette théorie a jusqu'ici fait sentir son influence uniquement dans la pratique hospitalière, il faut à présent chercher activement les moyens de la faire pénétrer dans la chirurgie de guerre. Lorsque, après la guerre de la sécession, on connut les statistiques des chirurgiens américains, on réclama de tous côtés l'usage des tentes et des baraques dans la chirurgie militaire ; le grand danger étant l'encombrement, on chercha par tous les moyens possibles à disséminer les blessés. Aujourd'hui la question a changé complètement de terrain ; il ne s'agit plus de fabriquer un matériel fort coûteux, il faut tout simplement modifier la composition du caisson d'ambulance.

Nous avons la conviction profonde que, grâce aux nouveaux pansements antiseptiques, nous touchons au jour où vont enfin disparaître ces lugubres statistiques que l'on a la douleur de constater à chaque guerre nouvelle, et qui pourraient faire douter de l'utilité de l'intervention chirurgicale chez les blessés. En Autriche, ces idées commencent à transpirer dans le public non médical, et on nous disait là-bas que, grâce aux réclamations des officiers, la question était sérieusement à l'étude, et que la chirurgie antiseptique était à la veille d'entrer dans le service des ambulances. Jusqu'ici, le prix assez élevé des divers pansements antiseptiques était sans doute le principal motif qui empêchait leur adoption dans la chirurgie de guerre, mais le nouveau pansement de Kœhler, dont le prix est en somme insignifiant, pourra peut-être donner la solution.

G. Maunoury.

Ouverture du cours d'histologie.

Samedi, 17 novembre, à 5 heures, le cours d'histologie a été inauguré dans le petit amphithéâtre de la Faculté par M. Cadiat, qui, cette année, doit suppléer le professeur Robin. M. Cadiat s'est appliqué à démontrer que l'anatomie générale était la base de la médecine ; qu'en physiologie elle avait amené la doctrine matérialiste devenue, grâce à elle, indiscutable ; qu'en anatomie comparée elle avait fait naître la philosophie anatomique et par conséquent la question de l'origine des espèces scientifiquement discutée. Il a fait ensuite l'historique de l'histologie et fait voir en quoi l'Ecole allemande différait de l'Ecole française. Puis, parlant du titulaire de la chaire, M. le professeur Robin, il a montré comment il avait importé en France l'histologie, science française d'ailleurs, par de Mirbel et Bichat.

M. Cadiat a fait sa leçon devant un auditoire fort nombreux et qui, par ses applaudissements répétés, a su lui prouver sa grande sympathie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 novembre 1877.—Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Laborde a entrepris, en collaboration avec MM. Duval et Graux des recherches sur la physiologie du bulbe. Pour expliquer certains troubles des mouvements associés des yeux, les auteurs ont admis que le nerf moteur oculaire commun était uni au moteur externe du côté opposé. Cette théorie a été combattue par M. Vulpian qui se fondait sur ce qu'on n'obtenait que des résultats négatifs en sectionnant le bulbe sur la ligne médiane, où doivent forcément passer ces fibres d'association. Pour M. Laborde, cette expérience n'est pas concluante, car ces fibres croisent la ligne médiane en un point plus élevé que celui où on a porté la section. L'opinion classique est fondée ; car on obtient toujours ces mouvements associés des deux yeux en irritant un peu profondément le bulbe au niveau du fasciculus teres.

D'autre part, quand on sectionne le bulbe vers son tiers supérieur au niveau des filets radiculaires de la branche descendante du trijumeau, on voit se produire une série de troubles trophiques inflammatoires du côté de l'œil ; on constate l'insensibilité de la cornée, une suppuration du globe oculaire, de la narine et probablement aussi de l'oreille. Il y a donc là deux localisations bulbaires très-nettes.

M. Charcot fait remarquer que sur ce point la clinique a devancé l'expérimentation. C'est l'étude des lésions observées dans la paralysie labio-glosso-laryngée primitive ou consécutive qui a permis de préciser le siége du noyau de l'hypoglosse. Ce que M. Charcot a ainsi fait en commun avec MM. Joffroy et Pierret pour le noyau de l'hypoglosse, M. Pierret vient de le faire pour le noyau de la huitième paire en se fondant sur les lésions constatées dans certains cas de tabes dorsal.

M. Pouchet a remarqué qu'un liquide où baignaient des holothuries devenait dichroïque : on a déjà signalé pareille chose pour la matière colorante du homard.

M. Gréhant donne le résultat d'expériences sur l'endosmose des gaz à travers le parenchyme pulmonaire. Lorsqu'on enlève les poumons d'un chien mort par section du bulbe, et qu'on les plonge, après les avoir remplis de gaz, dans une cloche renfermant un autre gaz, ce dernier pénètre dans les alvéoles pulmonaires. M. Gréhant a recueilli le fluide résultant du mélange des gaz intérieur et extérieur à divers moments de l'expérience. Les mêmes résultats s'obtiennent avec l'hydrogène, l'azote, l'acide carbonique employés chacun soit comme gaz extérieur, soit comme milieu intérieur avec l'acide carbonique : l'endosmose est très-rapide.

Ces phénomènes se produisent-ils chez le vivant ? M. Gréhant ne peut l'affirmer. Il a fait sur ce point l'expérience suivante : un animal est asphyxié par l'hydrogène, puis on produit une plaie pénétrante de la plèvre. Dans ces conditions, l'air qui sort par la plaie du thorax ne renferme pas d'hydrogène.

M. Duret fait une communication sur la compression cérébrale.

L. Dreyfus-Brisac.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 novembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

L'Académie après avoir entendu la lecture de deux rapports officiels et d'une note sur la *peste de Bagdad* par le docteur Spiridione Zavizianos, s'est constituée en comité secret, afin d'examiner les titres des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 juillet 1877.— Présidence de M. Charcot.

7. **Double luxation ancienne de l'épaule;** par M. E. Queno, interne des hôpitaux.

(Pièces trouvées à Clamart et communiquées par M. Tillaux).

Homme âgé de 60 ans. On reconnait tous les signes de la luxation de l'épaule : creux sous la voûte coraco-acromiale, saillie arrondie en dedans de l'apophyse coracoïde. Tous les mouvements sont conservés.

Le nerf musculo-cutané passe au-devant de la tête humérale qui le soulève; l'artère et les autres nerfs du plexus brachial sont restés en dedans. Le tendon commun à la courte portion du biceps et au coraco-brachial passe en dehors de l'extrémité supérieure de l'humérus et devait s'opposer à la réduction, à la façon d'une corde. Le petit pectoral est relâché et comme devenu trop long. Du côté gauche, le tendon de la longue portion du biceps est resté au fond de la coulisse bicipitale et a contribué à la formation de la nouvelle cap-

sule : il présente, en effet, au niveau de la tête de l'humérus un élargissement fibro-cartilagineux qui s'étend jusqu'au bord externe de la nouvelle cavité, il a donc servi de point de départ à la formation d'un nouveau bourrelet d'agrandissement. Des deux côtés le thorax présente un enfoncement correspondant à l'extrémité supérieure de l'os du bras.

A *gauche*, la luxation est intra-coracoïdienne ; les nouvelles surfaces articulaires se composent, du côté de l'omoplate, de la face inférieure de l'apophyse coracoïde élargie, et d'un plateau osseux surajouté à la face interne de l'omoplate et situé en dedans du bord axillaire prolongé. Cette nouvelle cavité n'est pas sur le même plan que l'ancienne, les deux sont séparées par un rebord mousse. L'ancienne est rétrécie et comblée par du tissu fibreux, quelques ostéophytes et de petites masses cartilagineuses dont quelques-unes sont pédiculées.

Du côté de l'humérus, les surfaces articulaires comprennent: l'ancienne portion articulaire de la tête recouverte par une capsule de nouvelle formation et une surface empruntée à la grosse tubérosité de l'humérus, plus ou moins irrégulière, mais d'une forme générale arrondie. Ces surfaces sont revêtues par places, d'une mince couche de cartilage. De leur pourtour à la périphérie de sa nouvelle cavité, s'étend une capsule, renforcée par les tendons périarticulaires et complétée en dehors par une épaisse bride de tissu fibreux qui part du sommet de l'acromion et laisse en dehors d'elle l'ancienne cavité glénoïde.

Du *côté droit*, la luxation est sous-coracoïdienne : une partie de la tête humérale a conservé des rapports avec une petite portion de la cavité glénoïde, le reste est reçu dans une cavité nouvelle formée comme précédemment par l'apophyse coracoïde et par un plateau d'os surajouté. Ces deux parties de la cavité articulaire sont séparées par une crête, aussi la tête présente-t-elle un sillon profond dans laquelle est reçue la crête indiquée. Quant au cartilage, aux moyens d'union, la description pour le côté gauche s'applique au côté droit. Des deux côtés, lésions de l'arthrite sèche, corps étrangers pédiculés, etc.

Aussi peut-on se demander si l'arthrite sèche est consécutive à une luxation non réduite ou bien si la luxation n'est pas le fait d'une arthrite sèche antérieure. L'existence d'une luxation double nous fait pencher vers cette deuxième hypothèse. Nous devons dire néanmoins que les autres articulations étaient saines, sauf l'articulation coxo-fémorale droite qui contenait un petit corps étranger dans l'arrière-cavité de la cavité cotyloïde.

8. **Tumeur osseuse de la dure-mère; compression du cerveau sans symptômes; exostose éburnée de la voûte crânienne**; par M. Ed. Lebec, interne des hôpitaux.

Marie Bourq... était entrée le 19 août 1876, salle Saint-Charles, n° 15 (service de M. Richet) pour une carie vertébrale très-avancée et une carie des os du tarse du pied gauche. Elle succomba le 20 mai 1877 aux progrès de sa maladie. — Pendant la vie on s'était aperçu qu'elle portait une tumeur dure dans la région occipitale, le diagnostic d'exostose avait été seul porté.

Autopsie. Outre les lésions ordinaires d'un mal de Pott sur lesquelles nous ne voulons pas nous étendre, voici ce que nous avons vu dans le crâne : Dans la voûte, il existe une exostose située à l'angle même de la suture lambdoïde.

Sa base circulaire a 4 cent. de diamètre. Elle fait à la face externe du crâne une saillie de 1 cent.; sa forme régulière lui donne l'aspect d'une sphère coupée par la moitié et la face interne, la saillie est de quelques millimètres seulement. Une *section* de la tumeur est faite, et elle permet de constater sa nature éburnée, qui se confond avec les parties voisines, sans limites appréciables. Du reste tous les os du crâne sont épaissis, durs, et l'on ne trouve plus de trace de diploé, tout a l'aspect éburné. A la face interne du crâne, on peut remarquer que les artères méningées moyennes ont creusé de profonds sillons, qui rappellent la feuille de figuier.

Dans l'épaisseur de la dure-mère, en un point immédiatement correspondant à la tumeur, on remarque une légère dépression ; puis, la membrane enlevée, on trouve une *tumeur* dont l'examen histologique fait par M. Debove, a révélé la nature osseuse. Cette tumeur est située dans un dédoublement de la dure-mère. Par la face qui regarde le cerveau elle reçoit des vaisseaux venus de la pie-mère, qui forment ses seules adhérences avec cette membrane. Elle siége à droite du sinus longitudinal, qu'elle comprime latéralement. Sa longueur dans le sens longitudinal est de 4 cent. dans le sens transversal de 2 cent. sur une épaisseur de 1 cent. 1/2. De l'autre côté du sinus veineux est un petit noyau gros comme un pois, sans connexion avec la tumeur.

Le sinus longitudinal est, dans toute la longueur de la tumeur, rempli par un caillot fibrineux ancien, fortement adhérent aux parois, et qui obture complétement son calibre.

Sur la face supérieure du lobe droit du cerveau, on trouve une dépression dans laquelle la tumeur vient se loger tout entière. Elle forme une concavité régulière qui comprime les circonvolutions du lobule pariétal supérieur et la circonvolution occipitale supérieure.

Remarques. Pendant la vie, la malade n'a jamais présenté le moindre symptôme pathologique ni dans la motilité ni dans la sensibilité. Elle pouvait marcher, et ne s'alita qu'à cause des progrès de la maladie du pied. Ses fonctions digestives s'accomplissaient régulièrement. Rien n'avait révélé l'existence d'une tumeur cérébrale.

De plus, nous constatons l'existence d'une tumeur osseuse dans la dure-mère. Ce fait est particulièrement intéressant : nous savons, en effet, que pour beaucoup d'auteurs la dure-mère ne peut en aucune manière servir à la reproduction du tissu osseux. Larvig le signala le premier, à propos de l'opération du trépan, à la suite de laquelle il ne se fait jamais de reproduction osseuse.

Quant à la cause ou à la nature de l'exostose éburnée, nous ne pouvons faire que des suppositions: Au point de vue syphilitique nous n'avons aucun renseignement ; et du reste, ces exostoses ne sont pas, en général, éburnées comme celle dont il s'agit. Est-ce une exostose hypertrophique, comme on les rencontre chez les jeunes gens, tumeurs décrites dans un mémoire par M. Dolbeau? On peut le supposer, et admettre que la malade portait cette tumeur depuis son enfance.

Pour ce qui est de la tumeur osseuse de la dure-mère, rien ne nous fait connaître sa cause. Nous pouvons seulement penser qu'elle s'est développée lentement, et que le cerveau a pu s'habituer peu à peu à la compression qu'il subissait.

9. **Néphrite interstitielle. — Hémorrhagies, infarctus spléniques ramollis. — Ulcérations stomacales**; par M. Charles Rémy, interne des hôpitaux.

Navé Nicolas, 51 ans, cocher, entre le 19 février dans le service de M. Rigal à l'hôpital Temporaire.

Antécédents. Lumbagos prolongés en 1863-64. Beaucoup plus récemment, au mois de juillet 1876, hémiplégie faciale, qui guérit rapidement. Diminution rapide de l'acuité visuelle. A partir de cette époque, tendance aux hémorrhagies : d'abord épistaxis, plus tard hématuries. L'hématurie, primitivement peu abondante et intermittente, devint, au commencement de février 1877, continue et plus abondante. Il survint un amaigrissement rapide, le lumbago reparut. — Depuis fort longtemps le malade est sourd de l'oreille gauche. Il n'a pas de polyurie.

Etat actuel. Urine d'un rouge sanglant, peu albumineuse, ne contenant que des globules sanguins rouges, pas de tubuli.

Quantité quotidienne 2 litres. — Hypertrophie considérable du cœur. Forte impulsion de la pointe dans le 5e espace intercostal en dehors du mamelon. Pas de bruits anormaux, tension artérielle considérable ; la radiale ressemble à une corde vibrante. — Vertiges, étourdissements, pertes des forces. Douleurs de reins vives avec irradiation dans la hanche, spontanées et exaspérées par la pression. Digestion normale.

21 *février*. Les premiers accidents d'urémie se manifestent par des vomissements.

1er *mars*. 3 litres d'urine.

5 *mars*. L'hématurie a cessé, les urines sont blanches, opa-

lines, très-albumineuses, contiennent des globules blancs et des cristaux d'oxalate et de phosphate de chaux. La réaction en est alcaline ; la polyurie continue.

10 *mars*. Les accidents urémiques deviennent plus manifestes. Ils succèdent à une constipation de cinq jours. On observe chez notre malade des étourdissements, une vive céphalalgie occipitale, des troubles de la vue plus marqués, une grande pâleur de la face et des vomissements glaireux. Les accidents se dissipent, le 12 *mars*, après que des purgatifs et des lavements purgatifs ont rétabli les fonctions digestives. A la suite de son attaque d'urémie le malade conserve un facies hébété, une teinte cachectique terreuse. Le sang reparait de temps en temps dans son urine.

29 *mars*. Surviennent par la narine gauche des épistaxis abondantes et répétées qui résistent aux moyens ordinaires : froid, ligature des membres, et nécessitent le tamponnement le 30 mars. Le tampon est laissé 48 heures, l'hémorrhagie ne se reproduit plus. Mais cette perte de sang a anéanti le malade qui a eu une lipothymie pendant l'hémorrhagie, et reste, très-abattu et très-faible, repoussant toute alimentation. Son ventre se météorise et devient douloureux sans fièvre. T. A. 36°, 5.

7 *avril*. L'état général devient plus mauvais, anorexie absolue ; la diarrhée persiste et devient sanguinolente ; elle est constituée par des mucosités et des glaires mélangées de petits caillots de sang et de matières puriformes.

Malgré la lésion rénale avancée on administre 20 gouttes de laudanum de Sydenham en lavement pendant 4 ou 5 jours, mais sans aucun résultat. 1 gramme de tannin arrête l'hémorrhagie intestinale, mais la diarrhée persiste.

11 *avril*. A la suite du tamponnement, le malade est devenu tout à fait sourd, par suite de l'oblitération des trompes d'Eustache.

12 *avril*. Surviennent de petites eschares coccygiennes.

20 *avril*. La surdité a diminué, mais la plèvre se remplit de liquide à gauche, les deux poumons deviennent congestionnés. Enfin, à la suite d'une nouvelle constipation, les accidents urémiques céphaliques et gastriques s'accentuent et le malade succombe le 23 avril 1877.

Autopsie. *Péricardite* fibrineuse ayant produit de légères villosités à la face postérieure; les quatre cavités du cœur sont pleines de sang. Le ventricule gauche est hypertrophié. Ses valvules mitrales sont longues, sclérosées, et épaissies, mais suffisantes. *L'aorte* présente à sa face interne de petites plaques graisseuses, soulevées, jaunes.

Le *poumon* droit est emphysémateux, surtout à son bord antérieur ; il présente une bulle d'emphysème grosse comme une noix vers sa partie inférieure. Le poumon gauche est tout entier congestionné, un des lobules du lobe supérieur est induré par une broncho-pneumonie caséeuse.

L'*estomac* présente au niveau de sa grande courbure, près du pylore, un grand nombre de petites ulcérations superficielles punctiformes du diamètre d'une tête d'épingle, visible à contre-jour seulement. On croirait voir à leur centre un orifice tandis que leur périphérie est marquée par une collerette blanche. Le reste du tube digestif est normal, il en est de même du foie.

Les *reins* présentent la lésion capitale à étudier :

Le rein droit a un volume au-dessous de la normale (8 centimètres de larg.). Ce rein est dur, rouge. Sa face antérieure est lisse, excepté à la partie supérieure ; la capsule se détache avec facilité sans entraîner de lambeaux de tissu. La face postérieure présente un plus grand nombre de granulations. Des taches jaunes et de petits kystes du volume d'un grain de millet, les uns transparents, d'autres troubles, d'autres enfin tout à fait jaunes. A la coupe, le rein est dur, sa couche corticale est atrophiée, parsemée de points jaunes sur un fond rouge. Le rein gauche plus petit, plus globuleux, plus rouge, a sa capsule peu adhérente ; mais sa surface extérieure est toute hérissée des granulations typiques de la néphrite interstitielle.

La *rate* attira plus particulièrement encore notre attention. Elle offrait le volume normal, mais sa face convexe adhérait intimement au diaphragme par des adhérences de péritonite circonscrite encore récente. Entre quelques adhérences existaient des cavités purulentes. Sur une coupe on remarque que la rate est creusée de plusieurs cavités anfractueuses suppurées. Ces cavités sont tapissées par une sorte de fausse membrane. Autour de ces cavités le tissu de la rate est induré et parsemé en certains points de taches jaunâtres irrégulières.

Examen microscopique. Il nous montre que le rein offre les lésions de la néphrite interstitielle. Les cloisons fibreuses qui séparent le tubuli sont épaissies. Dans ces cloisons montent des vaisseaux gorgés de globules sanguins. Les tubuli sont très-altérés, quelques-uns sont atrophiés, d'autres dilatés au niveau des points jaunes de la couche corticale. Ces granulations jaunes sont constituées par des parcelles de tissu respecté par la néphrite interstitielle, mais dont les tubuli sont dilatés. Beaucoup de tubuli dilatés renferment des cylindres colloïdes hyalins.

La rate fut examinée à l'aide de coupes pratiquées dans le voisinage des cavités. On remarque que les cavités sont bordées par une zone de bourgeons charnus ou de cellules embryonnaires accumulées plus en dehors,le tissu de la rate est transformé. Les travées fibreuses persistent et forment une structure alvéolaire. Dans les alvéoles se montrent : 1° des globules de sang rouges extravasés qui masquaient toute fine structure; 2° des vaisseaux volumineux gorgés de sang et d'autres plus petits complètement oblitérés.

La lésion de la rate semble donc être le résultat d'une oblitération vasculaire suivie d'hémorrhagies et de ramollissement suppuratif des tissus de la rate sclérosés à la suite de l'oblitération vasculaire.

10. Fracture spontanée de l'humérus ; absence de consolidation.— Carcinose généralisée ; par M. Auguste Laurent, interne provisoire des hôpitaux.

Chauv.. Marie, 87 ans, est entrée le 23 mars 1877 à l'infirmerie de la Maison de retraite des Ménages, service de M. Bernard. Elle présente les signes d'une bronchite aiguë avec un léger embarras gastrique. — Le 13 *avril*, en faisant un effort dans son lit pour s'asseoir, effort d'ailleurs peu violent, elle entend un craquement et ressent une douleur subite dans le bras gauche. On constate à ce moment tous les signes d'une fracture de l'humérus à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs. Il y a mobilité anormale et crépitation très-manifestes. On applique aussitôt un appareil composé de deux attelles, l'une antérieure, l'autre postérieure, entourées d'ouate l'une et l'autre, et fixées par des lanières de diachylon. — Quinze jours après, la consolidation ne semblant pas s'opérer, M. Nicaise, fait placer le bras et la partie supérieure de l'avant-bras dans un appareil silicaté.

22 *mai*. L'examen du bras montre au niveau du trait de fracture une tuméfaction de l'os, molle, ovoïde, assez considérable, il reste toujours de la mobilité. — La malade a une toux assez fréquente et un peu de fièvre. On entend en bas, à droite et en arrière des râles sous-crépitants fins. Un vésicatoire est appliqué dans cette région, et l'on prescrit une potion de Todd avec 20 gr. de sirop de quinquina et 30 gr. de sirop de morphine. Le soir, un nouvel appareil silicaté est appliqué.

23 *mai*. L'état de la respiration est meilleur ; on a eu soin, d'ailleurs, de maintenir la malade levée pour prévenir l'hypostase. Elle se plaint de douleurs périthoraciques, spécialement à gauche au niveau des 5°, 6° et 7° côtes ; un sinapisme est appliqué à ce niveau.

Le 24 et les jours suivants, l'affection pulmonaire va de mieux en mieux : les râles disparaissent en grande partie : mais l'air ne semble pas pénétrer aussi bien dans le poumon qu'à l'état normal; le murmure respiratoire est faible. Les douleurs costales persistent.

27 *mai*. La malade se plaint d'un étouffement considérable; elle a une respiration brève et fréquente. L'appétit a beaucoup diminué ; l'affaiblissement est très-marqué bien que le teint de la malade soit encore assez satisfaisant. Il n'y a aucune coloration spéciale de la peau qui puisse faire songer à une cachexie cancéreuse. — La malade succombe le 31, à midi.

Autopsie 26 heures après la mort. — *Bras*. Une incision est faite sur la face externe du bras. En approchant du siége de la fracture, les muscles sont infiltrés de sang noirâtre. Il n'existe aucun moyen d'union entre les deux fragments qui ne sont retenus l'un à l'autre que par les parties molles. Le trait de fracture est oblique en bas, en dedans et en avant. Le fragment supérieur ne présente rien de remarquable, si ce n'est que son canal médullaire semble augmenté de capacité. Le fragment inférieur présente, à sa partie supérieure, une tumeur à laquelle les muscles brachial antérieur, en avant, et triceps, en arrière, adhèrent intimement. Cette tumeur est un peu plus grosse qu'un œuf de dinde et représente un segment d'ovoïde coupé suivant son grand axe. Sa partie convexe regarde en avant; sa partie plane, en arrière. Par son extrémité inférieure, cette tumeur se continue avec le corps de l'os; son extrémité supérieure arrive au niveau du trait de la fracture. Sa couleur est d'un blanc grisâtre. Sa consistance, fibro-cartilagineuse, en avant; dure et osseuse en arrière. Une coupe transversale faite suivant le grand axe de la tumeur, montre dans son intérieur un tissu de couleur blanc grisâtre, assez mou sur le segment antérieur, plus dur sur le segment postérieur. Au centre, existe un ramollissement plus considérable. Cette tumeur présente les caractères extérieurs d'une tumeur osseuse maligne (cancer ou ostéosarcome).

Foie. Volume et coloration normale. Les deux faces présentent des noyaux d'un blanc jaunâtre, disséminés, de volume très-variable, les uns assez saillants, d'autres présentant à leur surface une sorte de dépression cupuliforme. La palpation de l'organe dénote, dans la profondeur du tissu hépatique, des noyaux durs, plus ou moins volumineux. On trouve à la coupe ces noyaux qui présentent un aspect blanchâtre, une consistance molle, cérébroïde; ils paraissent être autant de noyaux de cancer encéphaloïde. Le suc cancéreux en est plus ou moins facilement extrait. — *Estomac*. Muqueuse très-congestionnée d'une coloration violacé sombre; pas de néoplasie. — *Intestin*. Pas de trace de néoplasme. Pourtant, au voisinage du bord adhérent, on sent, dans l'épaisseur du mésentère, de petits noyaux durs, blanchâtres, du volume d'un grain de plomb, très-nombreux, blancs à la coupe, et laissant sortir de leur intérieur un suc blanchâtre à la pression. — *Rate*. Petite, d'une consistance ferme. — *Reins*. Le gauche normal; le droit, petit, anémié, mais sans autres altérations à la coupe.

Vagin. Il présente des parois quatre ou cinq fois plus épaisses qu'à l'état normal. Au niveau des parois latérales et sur une petite étendue de la paroi antérieure, le tissu est dur rigide, criant sous le scalpel, et présente à la coupe les caractères du cancer. Le cul-de-sac postérieur est également induré; une masse de tissu cancéreux l'enveloppe et fait une saillie peu marquée dans le vagin, très-marquée, au contraire, du côté du péritoine. La muqueuse est lisse et saine; le cancer lui forme une gaine d'une épaisseur de 2 cent. environ. Ce cancer se présente sous la forme d'un tissu à alvéoles très-petites, occupées par une masse jaunâtre; cet aspect est assez analogue à celui que présente à la coupe la prostate des vieillards, assez semblable aussi à celui de la tumeur de l'humérus. — *Utérus*. Le *col* est très-épais et présente la consistance des corps fibreux. Il est entouré par du tissu cancéreux qui constitue ses parois et se continue avec la masse cancéreuse du cul-de-sac postérieur et du vagin. La saillie du museau de tanche dans le vagin est très-peu accusée. La cavité du col très-étroite communique avec celle du corps. Le *corps* de l'utérus est exempt de cancer. Il offre des parois assez minces et ayant une coloration plus rouge qu'à l'état normal. Dans sa cavité, on trouve un liquide foncé de couleur chocolat, d'une quantité équivalente à 15 grammes environ. La muqueuse utérine est saine; elle présente seulement à sa surface deux petites plaques ecchymotiques. Sur la face postérieure du corps de l'utérus, vers sa partie inférieure, on trouve un kyste de la largeur d'une pièce de 1 franc, parfaitement circulaire, faisant une légère saillie. Immédiatement au-dessous de cette saillie, s'en trouve une autre plus considérable constituée par la masse cancéreuse qui occupe le cul-de-sac postérieur du vagin.

Le *péritoine* du cul-de-sac recto-vaginal présente les traces d'une inflammation ancienne caractérisée par des adhérences sous forme de cordons fibreux; on y voit aussi des cicatrices assez nombreuses et 12 ou 15 petites tumeurs sessiles ou pédiculées. On trouve aussi une petite tumeur à l'extrémité interne du ligament rond gauche.

Poumons volumineux, grisâtres, emphysémateux. Ils présentent à leur surface une innombrable quantité de granulations d'un blanc jaunâtre qui, à la coupe, donnent le suc cancéreux caractéristique. Les diverses coupes pratiquées dans les poumons montrent que le tissu de ces organes en est littéralement farci. Des ganglions cancéreux s'observent aussi dans le médiastin et autour du hile. Il n'existe pas d'épanchement dans la cavité thoracique. Mais, sur la plèvre pariétale, existent un certain nombre de noyaux cancéreux d'un volume variable; les uns, situés au niveau des espaces intercostaux, les autres, sur la face interne des côtes. Deux, en particulier, assez volumineux, de la largeur d'une pièce de 1 fr. sont symétriquement placés sur la partie moyenne de la face interne de la 7e côte de chaque côté. — La partie antérieure des corps vertébraux présente des productions analogues.

Cœur. Valvule mitrale insuffisante avec nodules calcaires; valvule tricuspide à bords épaissis. Sigmoïdes normales.

Remarques. Cette observation est un exemple remarquable d'une évolution latente, et peut-être assez rapide, de la diathèse cancéreuse chez un sujet âgé, et de sa manifestation sur un grand nombre de points à la fois, sans qu'il y ait eu pendant la vie aucun signe de cachexie ni aucun autre symptôme qu'une fracture survenue spontanément et n'arrivant pas à la consolidation.

11. Tumeur blanche du coude. — Albuminurie. — Amputation du bras. — Mort au 8e jour; par M. Bouveret, interne des hôpitaux.

P..., 22 ans. Le début de la tumeur blanche remonte à sept ans environ. Depuis huit à dix mois, suppuration abondante, anémie, amaigrissement, perte des forces. Beaucoup d'albumine dans l'urine. Cet état général ne permettait guère l'opération. Cédant aux vives instances du malade M. Broca consentit à la pratiquer; mais il augurait mal du résultat définitif.

Opération. Amputation du bras par la méthode circulaire. Suture de la peau, suture profonde et tube à drainage. Pansement ouaté. Dès le deuxième jour le malade se plaignit de douleur dans le moignon; le quatrième il eut un violent frisson; en même temps se déclara une diarrhée intense qui persista jusqu'à la fin. La température s'éleva, le soir, à 39°, 5, 40° et même 40°, 5. Au sixième jour, nouveau frisson, moins intense que le premier, oppression vive, pouls petit, fréquent, dépressible. — Mort le huitième jour.

Autopsie. La plaie n'est pas réunie; le foyer d'amputation est rempli d'un pus séro-sanguinolent. Phlébite; pus dans une veine humérale. Ostéo-myélite suppurée remontant jusqu'à la tête humérale.

Cavité abdominale. Grande quantité de liquide louche dans la cavité péritonéale. Péritonite partielle des hypochondres avec grande quantité de fausses membranes, surtout autour du foie. *Rate* volumineuse, présentant en plusieurs points la dégénérescence cireuse. *Foie*, de volume normal, adhérences multiples, parenchyme graisseux; pas de dégénérescence cireuse. *Intestin* quelques fausses membranes sur la tunique péritonéale, traces d'hypérémie sur la muqueuse. *Reins* tous les deux très-volumineux. Poids 300 gr. et 290. gr. L'un et l'autre présentent le type du gros rein blanc. Dégénérescence amyloïde portant surtout sur les glomérules; réaction caractéristique par la teinture d'iode et l'acide sulfurique. Des coupes pratiquées dans la substance corticale montrent une dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales dans les tubes contournés, et une prolifération conjonctive portant surtout sur les glomérules et leur voisinage.

Pleurésie sèche à droite avec congestion pulmonaire; ni infarctus ni abcès pulmonaire. Péricardite sèche — *Cœur* petit et graisseux.

Conclusions. Cette observation est un exemple de plus

de l'influence que peuvent exercer les lésions viscérales antécédentes sur les traumatismes accidentels ou chirurgicaux. Le malade portait une grave lésion rénale, d'ailleurs complexe : dégénérescence amyloïde, néphrite parenchymateuse et néphrite interstitielle due certainement à cette suppuration osseuse qui datait de plus d'un an. A son tour cette maladie de Bright avait produit une altération profonde de la constitution générale, rendue évidente par les inflammations multiples des séreuses constatées à l'autopsie : péritonite, pleurésie, péricardite. Dans de telles conditions, le malade devait mal supporter le traumatisme ; son moignon fut très-rapidement pris d'inflammation suppurative : phlébite et ostéomyélite, accidents graves auxquels il a succombé.

12. Fractures expérimentales du bassin par chute sur le siége ; par M. Ch. Féré, interne provisoire des hôpitaux.

D'après des expériences nombreuses faites à la Salpêtrière en 1875 et dont j'ai communiqué les résultats à la Société en février 1876, j'avais fait remarquer que, dans les fractures doubles verticales du bassin par écrasement latéral ou par chute sur la crête iliaque, la fracture postérieure portait un peu plus souvent sur le sacrum que sur la partie postérieure de l'os iliaque. La plupart des auteurs admettent une opinion opposée, sauf pourtant M. Voillemier qui a montré que les fractures de l'aile du sacrum par ce mécanisme ne sont pas exceptionnelles ; d'après les faits qu'il rapporte, on pourrait même croire qu'elles sont les plus fréquentes. Je ne sais si cette divergence tient à l'âge ou au sexe des sujets sur lesquels on a observé ou expérimenté, ou à toute autre cause, je dirai seulement que dans trois nouvelles expériences du même genre faites à Bicêtre sur des hommes (de 56 à 63 ans), la fracture a porté sur la partie postérieure de l'os iliaque.

Dans les observations où la fracture double verticale du bassin a été bien nettement produite par une chute, soit sur le siége, soit sur un membre inférieur (Richerand, Voillemier,) la lésion paraît avoir toujours porté en arrière sur la ligne des trous sacrés. J'ai voulu rechercher si, par un mécanisme analogue, on reproduirait constamment cette même lésion. Mes expériences ont porté sur 26 hommes tous âgés d'au moins 50 ans (Bicêtre).

Voici comment j'ai procédé : les membres inférieurs fixés dans l'extension complète sont relevés par un lien attaché autour du cou sur la face antérieure du tronc avec lequel ils forment un angle aigu. Le sujet est ensuite élevé par une poulie, à l'aide d'une corde passant circulairement au-dessous des aisselles, jusqu'à trois mètres du sol environ ; le cadavre étant disposé pour que les ischions soient bien saillants et autant que possible sur le même plan, on le laisse tomber brusquement.

Dans les six premières expériences, il y eut en même temps qu'une fracture du bassin des fractures de la colonne vertébrale ; une fois même, il y eut seulement fracture d'une vertèbre et de plusieurs os de la cage thoracique. J'ai pensé que ce résultat pouvait être dû à la flexion extrême des membres inférieurs sur le tronc, ce qui exagérait la courbure antérieure du rachis et le mettait dans des conditions plus favorables à une rupture. Dans les expériences suivantes, j'ai disposé les membres inférieurs de telle sorte qu'ils fissent un angle droit avec le tronc qui au moment de la chute était à peu près vertical. Les fractures du rachis ne se sont plus produites que trois fois dans la suite.

Je vais résumer les résultats de ces expériences, d'abord en ce qui concerne le bassin.

I. — Quand la chute s'est faite bien d'aplomb sur les deux ischions, ce qui est relativement assez rare, on peut observer des lésions qui varient avec la résistance individuelle du sujet : 1° soit une double fracture des ailes du sacrum, suivant la ligne des trous sacrés, sans déplacement aucun et sans lésion des pubis (1 cas) ; 2° soit une double fracture du sacrum dans les mêmes points, avec déplacement du fragment médian qui s'enfonce comme un coin entre les deux latéraux, et en même temps fracture d'un pubis dans son corps (1 cas) ou dans ses deux branches (5 cas), ou encore diastasis de la symphyse pubienne (2 cas). Quand le déplacement du fragment postérieur médian est plus prononcé d'un côté que de l'autre, c'est ordinairement du côté où le déplacement est le plus considérable que se fait la fracture du pubis. Dans ces cas, comme dans les suivants, le trait de la fracture du pubis présente une direction à peu près constante. Quand le déplacement du fragment sacré médian qui supporte la colonne vertébrale est assez considérable pour que l'extrémité inférieure de l'os soit venue butter contre le sol, on trouve en même temps une fracture transversale du sacrum qui a porté dans les deux cas où elle s'est présentée sur la troisième pièce ; le fragment inférieur est plus ou moins refoulé en avant et forme avec le fragment supérieur un angle à sinus antérieur plus ou moins ouvert.

D'après M. Voillemier (*Clinique chir.* p. 117), les fractures verticales de l'aile sacrée seraient toujours et nécessairement accompagnées de fractures complètes du segment antérieur du bassin. La première expérience de ce groupe ne concorde pas avec cette opinion ; elle ne ressemble du reste guère aux observations de l'auteur que je viens de citer, dans lesquelles la chute s'est faite d'un lieu très-élevé et ne pouvait par conséquent produire qu'une fracture avec grand déplacement et complète. Cette fracture incomplète me paraît propre à montrer le mode de production des fractures doubles verticales du bassin par chute sur le siége : le sacrum paraît céder d'abord ; quand il cède dans les fractures doubles verticales par écrasement latéral, c'est le contraire, puisque j'ai pu produire des fractures du pubis seul.

II. — Lorsque, ce qui est le plus ordinaire, la chute a lieu surtout sur un des ischions, on trouve une fracture double verticale du côté de l'ischion qui a porté le premier et le plus rudement.

En arrière, la fracture porte on pourrait presque dire constamment sur l'aile du sacrum : tantôt elle suit cette ligne dans toute sa longueur (5 cas) ; tantôt elle s'étend seulement depuis la partie supérieure de l'aile sacrée jusqu'au deuxième ou au troisième trou et se dévie ensuite en dehors pour se porter vers le fond de l'échancrure sciatique (4 cas) ; quelquefois même, le trait de la fracture se continue à la fois vers l'échancrure sciatique et sur la partie inférieure de la ligne des trous sacrés, de sorte qu'il existe entre les 2 fragments principaux un troisième petit fragment mobile, triangulaire, à sommet supérieur (2 cas).

Cette disposition de la fracture postérieure présente peu d'exceptions : j'ai trouvé seulement deux fois à sa place une diastase de la symphyse sacro-iliaque ; dans trois autres cas la fracture portait sur l'os coxal, je reviendrai plus loin sur ces dernières exceptions.

Si on rapproche ces résultats de ceux qu'on obtient par l'écrasement latéral du bassin, on y trouvera un certain intérêt. Ainsi, dans cette série d'expériences, sans compter les fractures bilatérales du sacrum, sur 16 cas où il y a eu fracture double verticale du bassin (y compris les deux luxations sacro-iliaques) 11 fois la fracture postérieure a porté sur la ligne des trous sacrés. On peut donc dire que c'est là une localisation à peu près constante. La proportion est toute différente dans les cas de fracture par écrasement latéral ; sur 32 expériences, en éliminant les cas où il y a eu fracture du pubis seul et ceux où il y a eu en même temps luxation sacro-iliaque, il restait 21 observations relatives à de véritables fractures doubles verticales ; douze fois la fracture postérieure portait sur l'aile sacrée et neuf fois sur la partie postérieure de l'os iliaque au voisinage de son articulation avec le sacrum. Si j'ajoute à ces chiffres qui résument des expériences faites sur des vieilles femmes de la Salpêtrière les trois nouvelles expériences faites à Bicêtre sur des hommes et dans lesquelles la fracture a porté sur la partie postérieure de l'os iliaque au voisinage de la symphyse j'arrive à avoir un chiffre égal pour les deux variétés de fractures.

Ce résultat est contraire à l'opinion de la plupart des auteurs qui admettent que dans les fractures doubles verticales du bassin, quelle que soit leur cause, c'est presque toujours la partie postérieure de l'os iliaque qui est rompue. M. Voillemier a montré que la fracture de l'aile sacrée n'est pas exceptionnelle. D'après l'ensemble de mes expériences, non-seule-

ment la fracture de l'aile sacrée ne serait pas exceptionnelle, mais même dans les cas d'écrasement latéral elle serait aussi fréquente que la fracture de l'os iliaque, et dans les cas de chute sur le siége, elle serait pour ainsi dire la règle.

Je reviens maintenant aux lésions du segment antérieur du bassin dans les cas de fracture double verticale par chute sur le siége. En avant, la fracture peut porter sur le corps même du pubis (2 cas), mais bien plus souvent on la voit sur les deux branches (10 cas). Qu'elle porte sur le corps ou sur les branches, sa direction est à peu près constante : rarement elle est directement antéro-postérieure (3 cas); dans la grande majorité des cas, elle est oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors de sorte que le corps ou la branche horizontale se trouve divisé parallèlement à la gouttière sous-pubienne. La fracture de la branche horizontale, quand elle existe, est ordinairement horizontale et siége à 1 ou 2 centimètres au-dessous de la symphyse. Il est rare que la tubérosité ischiatique écrasée soit divisée par une fracture verticale qui aille rejoindre la partie inférieure du trou sous-pubien (2 cas). Dans deux autres cas la fracture portait sur l'éminence iléo-pectinée, se continuait en arrière et en dehors jusqu'à la partie moyenne du détroit inférieur, traversait en avant la cavité cotyloïde pour se terminer un peu en arrière et au-dessus de la tubérosité ischiatique, où elle rejoint le trait supérieur qui a divisé de haut en bas la face interne de l'ischion. On voit que même dans les cas exceptionnels la direction de la fracture est toujours la même, oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors, de sorte que par la pression sur les parties latérales du bassin, on ne peut obtenir aucune réduction du diamètre biiliaque. Ce résultat constant est surtout intéressant si on le rapproche de ce qu'on voit dans les cas de fracture double verticale par écrasement latéral; alors, en effet, le trait de la fracture du pubis est oblique en sens inverse, c'est-à-dire d'avant en arrière et de dehors en dedans de sorte qu'on peut toujours avoir une réduction du diamètre biiliaque.

Avec une fracture double verticale d'un côté, on peut trouver une fracture du pubis du côté opposé portant soit sur le corps (1 cas) soit sur les branches (1 cas).

Je n'ai trouvé qu'une seule fois avec une fracture unilatérale du sacrum la diastasis de la symphyse pubienne. Une autre fois cette diastase coexistait avec une fracture de l'os iliaque.

III. — J'appellerai maintenant l'attention sur les cas exceptionnels que je n'ai fait qu'indiquer plus haut, et dans lesquels la fracture postérieure ne portait pas sur l'aile sacrée.

Dans le premier, il existait une fracture du pubis droit oblique comme d'ordinaire d'avant en arrière et de dedans en dehors, et en outre une fracture verticale de l'os iliaque du même côté. L'os n'était pas rompu dans sa partie postérieure au voisinage de la symphyse sacro-iliaque comme dans les cas d'écrasement latéral, mais à peu près sur la partie moyenne de la fosse iliaque. La fracture présentait encore cette particularité qu'à sa moitié inférieure, le fragment antérieur est taillé en biseau aux dépens de sa face interne, le fragment postérieur présentant une disposition inverse; de sorte que le trait de la fracture était situé 6 centimètres plus en avant sur la surface interne de l'os que sur l'externe; les deux lignes convergeaient de nouveau vers le bord inférieur de l'os pour se réunir au fond de l'échancrure ischiatique.

Sur la seconde pièce que je présente, il existe une fracture incomplète qui me paraît de nature à expliquer le mode de production de la première. Il y a diastasis de la symphyse pubienne, le fibro-cartilage est resté attaché au pubis gauche. Le bord supérieur du pubis droit est plus élevé de 3 à 4 millimètres que celui du pubis gauche. Sur l'os iliaque droit, on voit une fracture qui part du milieu de la crête iliaque, descend jusqu'à la partie inférieure de la fosse iliaque interne où elle s'arrête à 3 centimètres en avant de la symphyse sacro-iliaque et à 2 environ au-dessus de la ligne innominée; jusque là, le trait de la fracture de la face externe correspond exactement à celui de la face interne. A partir de ce point, au contraire, on voit que sur la face interne de l'os, le trait de la fracture se dévie brusquement en avant pour devenir presque horizontal et va se terminer au niveau du détroit inférieur à peu près à 2 centimètres en arrière de l'éminence iléo-pectinée; sur la face externe, à partir du même point le trait de la fracture se dévie brusquement en arrière pour aller se terminer dans la partie inférieure de la symphyse sacro-iliaque. En somme, la forme générale de cette fracture représente un Y renversé dont la branche de bifurcation antérieure est figurée par la fracture de la face interne et la branche postérieure par la fracture de la face externe. Le sacrum est absolument intact ainsi que tout le reste du bassin; il existe seulement sur le bord inférieur de l'os iliaque gauche une petite fistule de 2 centimètres de longueur environ qui part de la symphyse sacro-iliaque et n'atteint pas le fond de l'échancrure ischiatique. Si on fait presser de bas en haut sur la tubérosité de l'ischion du côté de la fracture, on voit le pubis s'incliner en avant; en même temps qu'il se produit un écartement dans la fracture de l'os iliaque, le bord supérieur du fragment antérieur (crête iliaque) se porte en dehors; la torsion de l'os iliaque s'exagère, et si on continuait l'effort, la fracture se complèterait.

La description des pièces suffirait pour montrer que, dans ces cas, la fracture ne se produit point par le même mécanisme que dans les cas ordinaires. Quand dans une chute sur le siége il se produit une fracture bilatérale ou unilatérale, suivant la ligne des trous sacrés, la lésion est due à un enfoncement de la partie moyenne du sacrum qui supporte le poids du tronc transmis par la colonne vertébrale. L'enfoncement du sacrum qui peut exister seul, est produit directement au moment du choc par la *puissance*. Ici, il en est tout autrement : le sacrum, et l'os iliaque résistent au choc, l'ischion qui, au moment de la chute porte obliquement sur le sol, transmet l'effort de la résistance au pubis qui se rompt dans sa continuité (1er cas) ou se détache de son congénère (2me cas) et la force continuant son action, tend à exagérer la torsion en dedans de l'os iliaque qui commence à se rompre par sa partie externe et supérieure, c'est-à-dire par la crête. Ces *fractures doubles, par torsion de l'os iliaque*, ne peuvent se produire qu'à condition que le segment postérieur du bassin ne cède pas au choc : leur agent principal est la résistance de l'ischion.

IV. — Dans un autre fait exceptionnel, il existait une fracture de la branche horizontale du pubis parallèle à la gouttière sous-pubienne et une fracture transversale de la branche descendante à 2 centimètres au-dessous de la symphyse. En arrière on trouvait une autre fracture incomplète, partant du fond de l'échancrure ischiatique et remontant à peu près verticalement jusqu'au milieu de la fosse iliaque; l'angle formé par le bord postéro-inférieur de l'os iliaque, paraît avoir été écarté.

V. — En terminant je dirai quelques mots des fractures des os du tronc qui se sont produites en même temps que les fractures du bassin et ont résulté du même traumatisme; c'est seulement pour montrer leur fréquence relative et non pour en faire une étude spéciale.

Sur 26 précipitations sur le siége, j'ai produit 25 fois des fractures du bassin, une seule fois le bassin est resté intact, mais il y avait en même temps fracture du rachis du sternum et de plusieurs côtes. Dans 8 autres cas, on a trouvé des fractures du rachis avec des fractures du bassin.

Dans le cas où la fracture de la colonne existait sans fracture du bassin, il y avait une rupture transversale du corps de la quatrième vertèbre lombaire qui était écrasé à tel point que le doigt pénétrait dans son tissu, et aussi bien dans le fragment supérieur que dans l'inférieur; les surtouts ligamenteux antérieur et postérieur étaient complétement déchirés; l'apophyse épineuse de la troisième lombaire était arrachée dans sa partie moyenne; il y avait un déplacement angulaire considérable du fragment supérieur en avant et un déplacement suivant l'épaisseur dans le même sens. Dans les 8 autres cas, les lésions des vertèbres étaient beaucoup moins graves et présentaient la plus grande analogie. Quand le sujet était étendu sur le dos, le surtout ligamenteux antérieur étant resté à peu près intact, on ne remarquait rien de particulier; mais en pressant avec le doigt sur la partie antérieure des corps vertébraux, on sentait sur un point un défaut de résistance plus ou moins manifeste suivant le degré d'écrasement. En soulevant la partie supérieure du tronc, on voyait

la face antérieure du corps de la vertèbre lésée, diminuer de hauteur, le surtout ligamenteux se plisser; et en même temps dans quelques cas, à mesure qu'on augmentait la flexion du rachis, on voyait sortir de petites déchirures de ce surtout une matière demi-liquide, rouge brun analogue à la boue splénique, constituée par du tissu osseux écrasé et délayé dans le sang. Ce n'est qu'après avoir enlevé le surtout antérieur qu'on peut voir nettement la fracture transversale du corps de la vertèbre. Dans tous ces cas, il y avait seulement une déviation angulaire peu étendue de la colonne; les apophyses épineuses étaient intactes et avaient conservé leurs distances. Il n'y avait qu'une seule vertèbre brisée sur 5 sujets : 1 fois la douzième dorsale, 2 fois la deuxième lombaire, 2 fois la quatrième lombaire. Sur 3 autres sujets il y avait à la fois 2 vertèbres écrasées, dans 2 cas, la première et la cinquième, dans l'autre, la première et la seconde vertèbre lombaires. Dans un cas où le corps de la quatrième lombaire était écrasé, une exostose sénile, formant un pont au-dessus du fibro-cartilage intermédiaire à la 3e et à la 4e lombaire, était complétement détaché à sa base de la vertèbre brisée, c'est-à-dire qu'elle ne tenait plus que par sa moitié supérieure.

Outre les fractures du bassin et du rachis, les chutes sur le siége ont encore produit des fractures du sternum, des côtes et des cartilages costaux dues, comme celles du rachis, à la fluxion exagérée du tronc.

Dans le cas unique où le bassin était intact on trouvait, outre une fracture avec déplacement de la quatrième vertèbre lombaire, une fracture transversale du sternum située immédiatement au-dessous de l'articulation de la deuxième côte. En avant le périoste est rompu et il existe une saillie angulaire qui s'exagère quand on fléchit fortement le cou et le tronc. En arrière, le périoste est intact; il n'y a pas de déplacement suivant l'épaisseur.

Sur ce même sujet, il existait 3 fractures de côtes : une sur la septième côte droite à 15 mm. en dehors de l'articulation chondro-costale et deux autres sur les cinquième et sixième côtes gauches à 5 cent. en dehors du cartilage; ce sont des fractures complètes à direction sensiblement perpendiculaire à l'axe des os. Il existait une fracture analogue de la sixième côte gauche à 2 cent. en dehors du cartilage sur un sujet qui présentait une fracture double verticale gauche du bassin sans lésion du rachis.

Sur un autre sujet, présentant une fracture double du sacrum, on trouvait une fracture du septième cartilage costal gauche à 6 centim. en dehors du sternum.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 août 1877. — PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

M. FÉRÉOL offre un mémoire sur le *rhumatisme ostéo hypertrophique des diaphyses et des os plats*, mémoire déjà communiqué à la *Société clinique*. Cette forme, étudiée déjà par Adams (1857) et plus récemment par M. Cadiat, est rare, mais s'est présentée cependant trois fois à l'observation de M. Féréol. Voici les conclusions de ce travail :

« La diathèse rhumatismale fait porter son action sur le système osseux, et cela de différentes manières ; consécutivement aux lésions des articulations (Synovite, chondrite, etc.), le tissu osseux peut s'altérer dans le sens de l'atrophie ou dans le sens de l'hypertrophie. Primitivement le tissu osseux peut être altéré dans le sens de l'ostéite aiguë ou chronique, et les lésions articulaires sont alors sur un plan secondaire. L'hyperostose rhumatismale primitive offre des analogies trompeuses avec les lésions syphilitiques, scrofuleuses, cancéreuses, rachitiques ou autres, et n'en peut être distinguée sur le vivant qu'au moyen d'une recherche très-attentive, et principalement à l'aide des antécédents personnels ou héréditaires.

L'avenir dira si ces propositions doivent être acceptées en totalité ou seulement en partie ; mais au fond, M. Féréol les croit fondées sur la réalité des choses. »

M. LEREBOULLET présente un malade atteint d'une *atrophie testiculaire* consécutive à une orchite survenue pendant le cours des *oreillons*. A l'inverse des cas analogues dans lesquels l'atrophie est transitoire, celle-ci a été permanente. Atteint d'oreillons, il y a trois mois, le malade, âgé de 22 ans, vit survenir au bout de trois ou quatre jours une tuméfaction considérable des testicules, puis dans l'espace de vingt jours, les testicules s'atrophièrent complétement et ne sont actuellement guère plus gros qu'une amande. En même temps, les glandes mammaires se sont développées, et le malade est venu complétement impuissant.

M. RENDU rappelle un fait analogue signalé il y a quelques années par M. Gubler. Le développement mammaire se fit du même côté que l'atrophie du testicule, à gauche. Le sein droit et le testicule droit restèrent intacts.

M. VALLIN, remarque que cet homme présentant tous les signes de la virilité, doit être considéré comme propre au service militaire.

MM. LEREBOULLET et LACASSAGNE pensent qu'il doit être réformé.

M. VALLIN présente des fragments de *tœnia* provenant d'un malade qui avait passé plusieurs années au Sénégal. Certains des fragments rendus sont blancs, d'autres bruns; mais cette modification de couleur est probablement due à une cause accidentelle, et peut-être au contact avec l'écorce de grenadier. En outre, certains de ces anneaux présentent des pertes de substances, une sorte de fénestration.

Enfin, sur une certaine longueur, les anneaux sont entièrement soudés les uns aux autres, et ne se reconnaissent que par la présence des pores génitaux. M. Colin a présenté autrefois à la société un exemple analogue, provenant aussi du Sénégal.

M. LABOULBÈNE croit aussi que la coloration est accidentelle. Il insiste sur les autres caractères des anneaux, et fait observer qu'il y a peut-être là des exemples d'une variété spéciale du tœnia. A. S.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE.

Séance du 12 novembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. HÉMARD.

Après la lecture et l'approbation du procès-verbal de la précédente séance (13 août) M. RIANT donne connaissance à la Société d'une communication adressée par M. Billod, sur l'*aphasie*. Ce rapport examine les troubles de l'intelligence chez les aphasiques, leur responsabilité devant la justice, et notamment la question de savoir si un testament écrit par un malade de ce genre peut être considéré comme valable. M. Billod rapporte une observation très-intéressante sur ce sujet.

Un Monsieur X, maire de sa commune, homme fort intelligent, fut frappé d'attaque d'apoplexie avec hémiplégie du côté droit; grâce à des soins intelligents, il échappa à la mort; mais il resta paralysé du côté droit et de plus il perdit l'usage de la parole. Ce ne fut qu'après un long temps d'une éducation absolument enfantine qu'il put réapprendre à parler ; mais ces ressources furent bornées à la prononciation des monosyllabes. Néanmoins, il conserva ses relations, reçut aussi fréquemment que par le passé ses amis et dans les entrevues qu'on avait avec lui, il était facile de s'apercevoir qu'il comprenait très-bien le sens et la portée des conversations.

Cet homme était doué d'une énergie assez grande. Il apprit à écrire de la main gauche et dans la correspondance qu'on a vue de lui à partir du moment où il avait été frappé on a remarqué que l'écriture était très-nette, les idées très-sainement exprimées. On constatait seulement à la fin des lettres quand elles étaient longues, que l'écriture devenait tremblante et indiquait une fatigue réelle. Enfin, dernier trait, M. X. a conservé, pendant de longues années après son accident et jusqu'à sa mort, les fonctions de maire de sa commune ; et en cette qualité il a donné un nombre considérable de signatures et fait des actes qui nécessitaient l'usage de facultés mentales assez développées.

Lorsque M. X... mourut, on trouva dans ses papiers un testament écrit en entier de sa main et portant une date postérieure au moment où il était devenu aphasique; ses héritiers naturels, que ce testament privait de la fortune sur laquelle ils avaient compté, se pourvurent devant la justice pour faire invalider les dispositions que, suivant eux, M. X. ne pouvait pas valablement formuler puisque, étant aphasique, il n'était pas, lors de la rédaction de son testament, *mentis compos*, comme le veulent et la loi et la jurisprudence. Un médecin fut commis pour éclairer la justice. M. Billod rapporte les conclusions de ce médecin et s'y associe ; il conclut ainsi :

Pour M. Billod l'aphasique conserve l'intégrité de ses facultés intellectuelles, il ne devient pas, par le fait même de son état d'aphasie, un aliéné inconscient, imbécile et irresponsable ; cet état ne suffit pas à faire invalider les actes qu'il aurait écrits ou fait écrire depuis le moment initial de sa maladie pas plus qu'il ne suffirait à l'excuser *a priori* des crimes ou délits qu'il aurait pu commettre depuis ce moment, et on peut dire que chez ces malades les idées restent, les moyens d'exprimer ces idées disparaissent seuls ou seuls sont diminués.

Cependant M. Billod reconnaît, qu'en général, on constate chez les aphasiques une diminution notable de la force mentale, une propension presque enfantine à verser des pleurs et une crainte irréfléchie de l'abandon. Tout cela devra, certainement, entrer en balance lorsqu'un médecin sera appelé à donner son avis sur l'état mental d'un aphasique ; mais, encore un coup, ce ne pourra pas être autre chose que des éléments d'appréciation applicables aux différentes espèces.

Après cette lecture la parole a été donnée à M. LADREIT DE LA CHARRIÈRE, pour faire son rapport sur la *crémation*. — Ce rapport est remarquable et, bien que nous ne nous associions pas à ses conclusions, nous ne pouvons méconnaître que les arguments qu'il invoque contre l'innovation proposée par le Conseil municipal de Paris se présentent sous un aspect très-sérieux et très-grave.

Après cette lecture, M. NAPIAS, avocat, a demandé la parole pour contredire les conclusions du rapport et soutenir l'utilité de la réforme que M. Ladreit de la Charrière déclare inacceptable. — Vu l'heure avancée la suite de la discussion a été remise à la prochaine séance. — Quand cette discussion sera close nous rendrons compte des débats auxquels la question si importante et si actuelle de la crémation aura donné lieu au sein de la Société de Médecine légale de France.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE.

I. Dystocie spéciale dans les accouchements multiples; par le Dr J. BESSON. Un vol., 86 pages.

II. On the lacerations of the external genital organs; par J. MATTHEWS DUNCAN. (*The obstetrical journal*, janvier 1877.)

III. Relations of the fœtal head to rupture of the Perineum; par J. M. DUNCAN. (*Edinburgh medical journal*, février 1877.)

IV. On the central rupture of the Perineum; par J. M. DUNCAN (*Gynecological Transactions* de Boston).

V. Etude sur le cloisonnement transversal du vagin; par J. DELAUNAY. Un vol. 130 pages chez A. Delahaye. 1877.

VI. Nouveau procédé de crâniotomie par le lamineur céphalique du Dr WASSEIGE. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*. T. XI, 3e série, no 3, 1877.)

VII. Nouveau pelvimètre du Dr WASSEIGE. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine*. T. XI, 3e série, no 5.)

VIII. De la Gingivite des femmes enceintes; par le Dr A. PINARD ET D. PINARD. (*Bulletin général de thérapeutique*. 1877.)

IX. Etude sur la ménopause par le Dr E. BARIÉ. Un vol. 200 p. Chez A. Delahaye; Paris, 1877.

X. Sur certaines malformations de l'utérus comme causes de la présentation du tronc et de l'insertion vicieuse du Placenta; par le dr POLAILLON. (*Annales de Gynécologie*, Septembre 1877.)

XI. Ueber das Verhalten des Uterus und Cervix in der Schwangerschaft und wæhrend der Geburt; par le dr L. BANDL.

XII. On the condition of the Cervix uteri in the latter months of Utero gestation; par le dr ANGUS MACDONALD. (*Obstetrical journal*, juillet 1877.)

XIII. Uber das Verhalten des Uterus in der ersten Zeit der Schwangerschaft, par L. BANDL, (*Centralblatt f. Gynækologie*, no 15. 1877).

XIV. Vomit ist das untere Uterusegment Schwangerer ausgekleidet? par le dr OTTO KUSTNER. (*Centralblatt f. Gynækologie* no 11. 1877.)

I. Sous le nom de Dystocie spéciale dans les accouchements multiples, M. le Dr BESSON comprend l'étude d'un certain nombre de faits graves dans lesquels l'accouchement ne peut avoir lieu parce que deux fœtus existent et s'engagent simultanément dans l'excavation. Tantôt en effet, deux extrémités appartenant à des fœtus différents se présentent au détroit supérieur et empêchent réciproquement leur descente ; tantôt les deux extrémités pénètrent simultanément dans l'excavation et y restent enclavées, tantôt enfin l'une des extrémités d'un fœtus étant déjà engagée dans le canal pelvien, le tronc de l'autre placé transversalement vient mettre obstacle à l'expulsion du premier. Ces faits sont rares, « mais « lorsqu'on donne une grande étendue aux recherches, les « cas exceptionnels se comptent, puis ils deviennent plus « nombreux, enfin ils forment des groupes et on peut alors « les soumettre à la classification ». M. Besson est arrivé à réunir 52 observations publiées dans différents pays et c'est avec ce total de faits qu'il a pu écrire une histoire fort intéressante de cette variété de dystocie. Nous ne pouvons entrer dans le détail de chacun des chapitres que comprend sa thèse, nous nous arrêterons seulement à celui dans lequel il discute la conduite à tenir. En lisant toutes les observations publiées, on voit que le plus souvent les accoucheurs ont été surpris et que, suivant qu'ils ont été plus ou moins habiles, la terminaison a été plus ou moins heureuse. Que doit donc faire l'accoucheur ? Chercher à sauver : 1o d'abord et avant tout, la mère; 2o les deux enfants, si cela est possible ; 3o un seul enfant s'il ne peut faire autrement.

Si les deux enfants se présentent par la tête, c'est au forceps qu'il faut avoir recours (Tarnier) : on saisira la tête qui est la plus engagée et l'on essaiera des tractions. Cependant, si elles restaient infructueuses, si l'état de la mère l'exigeait, et si surtout on pouvait être assuré de la mort du fœtus, il n'y aurait plus à hésiter, la crâniotomie devrait être pratiquée. Peut-être, par cette opération, pourrait-on sauver la mère et offrir au deuxième enfant quelques chances de vie.

Lorsque les deux enfants se présentent le premier par le siége, le second par la tête, il faut d'abord, par des manœuvres douces et raisonnées essayer de faire cesser l'entrecroisement des deux têtes et pour cela refouler celle du second fœtus. Si on ne réussit point, il faudra le plus souvent décapiter le premier jumeau, ce sera la seule manière, en général, d'avoir un second enfant vivant et de ménager la santé de la mère. — Avoir discuté et résolu la question comme l'a fait le Dr Besson, avoir ainsi nettement indiqué la marche à suivre, c'est empêcher pour l'avenir les tâtonnements malheureux et les hésitations funestes. —

II. M. J. MATTHEWS DUNCAN a étudié dans une série de mémoires les déchirures de l'orifice du vagin et celles du périnée. Il a, en ce qui concerne les premières, fait des recherches sur 25 primipares : il a vu que les lésions se produisaient en général en étoile, tout autour de l'orifice vulvaire : dans les 25 cas, il y eut déchirure des bords postérieurs de l'orifice, mais cette lésion n'a jamais été isolée ; le périnée était en outre atteint dans la proportion de 60 pour 100, et le vestibule dans celle de 64 pour 100. Les déchirures du vestibule ont le plus souvent l'aspect de petites incisions dont les bords sont taillés à pic, elles peuvent saigner abondamment pendant longtemps et même avant que la tête ne soit totalement sortie.

III. M. Duncan recherche en outre comment se font ces déchirures; il insiste sur le mode de sortie de la tête, sur le passage de ses différents diamètres, le sous-occipito-vertical, le sous-occipito-bregmatique et le sous occipito-frontal qui sont de plus en plus étendus. Ce dernier surtout peut amener des lésions ou rendre plus considérables celles qui se seront produites au moment du passage des autres diamètres de la tête. L'auteur rappelle en outre que le crâne du fœtus est lui-même dépressible et qu'il peut subir, pendant l'accouchement, des modifications importantes dans sa forme. Il cite comme remarquables les travaux qui ont été publiés en France sur ce sujet.

IV. Enfin les déchirures centrales du périnée semblent avoir particulièrement attiré l'attention de l'accoucheur anglais. Elles peuvent, dit-il, survenir sans que tous les tissus soient déchirés : ou bien la peau seule est atteinte et le tissu cellulaire sous-jacent est mis à nu : ou bien la muqueuse vaginale est seule lésée : ou bien la peau et la muqueuse vaginale sont déchirées et une certaine épaisseur des tissus qui les séparent reste intacte : ou bien enfin il s'est produit une perforation complète et une bride persiste entre cette déchirure et l'orifice vaginal. La rupture centrale du périnée peut donc exister complète ou incomplète, perforante ou non, indépendamment de la déchirure habituelle du périnée : ces deux lésions toutefois coïncident fréquemment.

V. M. le Dr DELAUNAY vient de publier un travail soigneusement fait sur le cloisonnement transversal du vagin.—Il a limité ses recherches au cloisonnement à parois minces, qu'il soit complet ou incomplet, et il a montré les conséquences qu'entraîne ce vice de conformation au point de vue de la pathologie, de

l'obstétrique et de la médecine légale. Le cloisonnement complet peut être reconnu après la puberté, car il oppose un obstacle absolu à l'écoulement des règles, et des accidents plus ou moins graves sont alors la conséquence de la rétention du sang menstruel ; le cloisonnement incomplet n'est en général remarqué qu'après le mariage ou pendant la grossesse parce qu'il rend difficiles les rapports sexuels et peut empêcher l'accouchement. Le traitement chirurgical peut seul amener la guérison. Dans les cas de cloisonnement complet, l'opération, à moins d'urgence absolue, sera faite en dehors de la période menstruelle; elle comprendra deux temps : 1° la ponction de la membrane, puis quand le liquide retenu dans la partie supérieure du vagin et l'utérus aura pu s'écouler lentement, 2° l'incision cruciale. Dans les cas de cloisonnement incomplet, si la femme est enceinte, il faut attendre le moment de l'accouchement, car en opérant pendant la grossesse on s'expose à provoquer l'expulsion prématurée du fœtus.

VI. Aux nombreux instruments avec lesquels on peut obtenir la réduction du crâne du fœtus, il faut ajouter celui que vient d'imaginer le Dr Wasseige (de Liége) et auquel il a donné le nom de *lamineur céphalique*. Il se compose de deux branches de la force de celles du céphalotribe: l'une présente une longue fenêtre à travers laquelle on peut, à un moment donné, faire pénétrer l'autre branche qui est pleine. La tête saisie est considérablement aplatie d'abord, puis réduite peu à peu à l'état de véritable chiffon. Cet instrument n'a pas encore été suffisamment employé pour qu'il soit possible, même à l'auteur, de porter sur lui un jugement.

VII. M. le Dr Wasseige a également publié la description d'un nouveau pelvimètre mixte, qui rappelle un peu par sa forme celui de Coutouly. La critique des instruments de Van Huevel, de Rizzoli, de Hubert fils, etc., l'a conduit à porter remède aux inconvénients qu'ils présentaient et à imaginer un pelvimètre qui, plus facile à manier permettra peut-être aussi d'obtenir des résultats plus précis. La mensuration digitale des bassins rétrécis, qui est le plus généralement employée, est encore très-imparfaite ; aussi, est-il légitime de chercher à lui substituer la mensuration instrumentale.

VIII. La grossesse est la cause de troubles divers portant sur les organes de la mastication ; jusqu'ici on n'avait guère insisté que sur l'odontalgie. MM. Pinard viennent de montrer que chez beaucoup des femmes enceintes, les gencives sont le siége de phénomènes morbides plus ou moins accusés : elles sont rouges, tuméfiées ; la saillie du bord libre, interdentaire surtout exagère l'aspect foncé normal et recouvre une partie de chaque dent. La moindre pression exercée au niveau de la tuméfaction détermine de petites hémorrhagies. Les dents peuvent même perdre leur solidité, devenir mobiles et être spontanément expulsées de leur loge alvéolaire. Cette gingivite est assez fréquente puisque les auteurs l'ont rencontrée quarante-cinq fois sur soixante-quinze femmes. Les grossesses antérieures et le mauvais état général paraissent jouer le plus grand rôle comme causes occasionnelles. Divers modes de traitement ont été essayés, celui qui a réussi le mieux est le suivant : le nettoyage de la bouche est d'abord fait, quand cela est nécessaire ; puis, à l'aide d'un instrument dont l'extrémité enveloppée d'un bourrelet de ouate sert de petite éponge, on applique tous les jours ou tous les deux jours sur le bord libre et malade des gencives une solution composée, par parties égales d'hydrate de chloral et d'alcoolat de cochléaria.

IX. La ménopause a déjà été l'occasion de bien des mémoires, nous appelons cependant l'attention sur l'excellent travail d'ensemble que vient de publier sur ce sujet M. le Dr Barié. Après avoir fixé l'âge moyen auquel elle arrive dans notre pays (46 ans), après avoir montré qu'elle est caractérisée anatomiquement par l'atrophie des organes de la génération ; il étudie plus particulièrement les modifications qu'elle apporte dans l'organisme. Ces modifications sont au nombre de trois, 1° *augmentation de l'exhalation d'acide carbonique* par le poumon. 2° *Phénomènes congestifs* supplémentaires (congestions, hémorrhagies) vers les régions les plus diverses, mais spécialement du côté des organes du petit bassin. 3° *Exagération de l'activité nerveuse*, principalement dans le domaine du grand sympathique (névropathies protéiformes). Aussi la plupart des accidents ménopausiques se rattachent-ils à ces deux processus morbides : *pléthore sanguine, nervosisme*. M. Barié décrit avec grand soin ces accidents qui surviennent soit du côté des organes génitaux, soit du côté du tube digestif, soit du côté du système cutané ou du système nerveux. Peu de femmes, il est vrai, échappent aux troubles variés qui accompagnent la suppression définitive du flux menstruel; il n'en est pas moins exact de dire que, en général, la ménopause n'engendre pas de maladies graves : elle n'augmente pas la mortalité des femmes et, à ce point de vue, ne mérite en aucune façon le nom d'âge critique.

X. M. Polaillon rapporte une observation fort intéressante dans laquelle la forme anormale de l'utérus, qui était incomplétement cloisonné, a été la cause d'une présentation du tronc et d'une insertion vicieuse du placenta. Quelques faits recueillis par lui dans les auteurs semblent prouver que cette coïncidence a déjà été observée plusieurs fois : il y aurait donc là une relation de cause à effet. On doit pouvoir et on peut parfois dans ces cas empêcher la présentation du tronc, mais le moyen rapporté par M. Réal n'est pas aussi simple que semble l'indiquer M. Polaillon.

XI. Il est peu de questions qui aient soulevé autant de discussions que celle-ci: Quelles sont les modifications que subit le col de l'utérus pendant la grossesse et pendant l'accouchement ? Et cependant, il semble que la solution doive en être facile puisque cet organe est en grande partie accessible par le toucher vaginal. R. de Graaf, Verheyen, Weitbrecht soutinrent d'abord que le col conservait toute sa longueur jusqu'à la fin de la grossesse. Plus tard Rœderer pensa que le col diminuait de longueur au fur à mesure que l'époque du terme approchait, parce que sa partie supérieure contribuait à la formation de la cavité utérine. Stein alla même plus loin et prétendit que d'après la longueur du col on pouvait mesurer l'âge de la grossesse.

Enfin Stoltz (1826) revint à l'opinion déjà formulée par de Graaf, Verheyen, etc., et montra que le col, jusqu'à la fin de la grossesse ne subissait aucune modification dans sa longueur. La question semblait définitivement résolue pour tous les auteurs lorsque M. le Dr Bandl vint de nouveau l'agiter.

Pour Bandl en effet le col ne conserve pas toute sa longueur pendant la grossesse : au contraire son orifice interne s'ouvre bien avant le terme, et sa partie supérieure se dilatant progressivement contribue à former le segment inférieur de la cavite utérine. Les raisons sur lesquelles il s'appuie ne sont pas sans posséder une certaine valeur.

Si on examine, dit-il, une primipare chez laquelle la tête de l'enfant plonge complétement dans l'excavation, on trouve d'abord l'orifice externe du col — puis un canal long de 2 à 3 centimètres — puis un anneau qui fait saillie dans la cavité du col : c'est ce qu'on appelle l'orifice interne du col et ce que Bandl nomme l'orifice interne de Müller. Si on continue à introduire le doigt on trouve des parois utérines flasques, minces et molles ; puis le doigt arrive enfin au niveau du détroit supérieur à rencontrer le commencement du corps de l'utérus : c'est là que serait le véritable orifice interne, celui qui est représenté sur les coupes faites par Braune sur la femme congelée. Le tissu devient en ce point beaucoup plus épais et il existe un anneau plus ou moins saillant suivant les cas et plus marqué quand le tissu utérin se contracte. L'intervalle qui existe entre l'orifice interne de Müller et l'anneau qui correspond à l'orifice interne de Braune serait constitué par du tissu du col qui se laisse distendre et qui contribue ainsi à former le segment inférieur de l'utérus. Bandl se fonde pour soutenir cette opinion sur ce que c'est au niveau de cet orifice interne de Braune que correspond extérieurement le péritoine ; sur ce que c'est au même niveau et non au-dessous, que siégent dans l'épaisseur du tissu musculaire les sinus utérins ; sur ce qu'enfin la muqueuse sur ce segment inférieur n'a pas les caractères de la caduque utérine. De cette disposition du col à la fin de la grossesse, Bandl tire, on le conçoit, un grand nombre de conclusions fort intéressantes au point de vue clinique.

XII. Mais il s'en faut que les opinions émises par lui aient été acceptées sans conteste. Angus Macdonald (d'Edimbourg)

et MARTIN (de Berlin) les ont vivement critiquées. Nous aurons l'occasion de revenir sur le travail de Martin. Quant à Macdonald on peut dire, et il l'avoue lui-même, qu'il ne connaissait pas le mémoire si intéressant de Bandl; il n'avait lu sur ce sujet qu'un résumé d'une quinzaine de lignes parfaitement insuffisant. Aussi ses critiques portent-elles presque constamment à faux. Il a cité le fait d'une femme morte à terme enceinte pour la quatrième fois, et chez laquelle le col avait conservé une longueur de 3 cm. 3/4; ce fait, pas plus que les observations récentes de Litzmann (Arch. fur Gynœk. t. X.), qu'il rapporte ne prouvent rien contre les idées de Bandl.

XIII. Le privat-docent de Vienne a, du reste, publié tout récemment de nouvelles observations qui prouvent que les modifications observées par lui existent déjà d'une façon notable dès le sixième mois de la grossesse.

XIV. Enfin le Dr OTTO KUSTNER, se fondant sur l'examen histologique de la muqueuse qui recouvre le segment inférieur de l'utérus à terme, est venu confirmer l'opinion de Bandl, car il considère cette muqueuse comme ayant les caractères non pas de la caduque mais bien de la muqueuse cervicale. —

Terminons cette revue en disant qu'il y a là un sujet d'études plein d'intérêt, une question qui peut conduire à des solutions pratiques importantes et que des examens anatomiques et histologiques permettront bientôt de résoudre. P. BUDIN.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Dé l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 6 novembre dernier, M. le professeur Vulpian, membre de l'Institut, a attiré l'attention de l'assemblée sur un travail fort intéressant au point de vue thérapeutique. Ce travail essentiellement pratique, inspiré par lui et dont les faits ont été recueillis dans son service d'hôpital, sera certainement accueilli avec faveur par tous les praticiens; il s'agit de l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques, et notamment les sueurs nocturnes et matutinales des phthisiques. Quel médecin n'a été appelé à voir combien ce symptôme est pénible pour les tristes victimes de la tuberculose, en même temps qu'il hâte le dénouement fatal?

« On sait, dit M. Vulpian, l'inefficacité de tous les moyens employés jusqu'ici pour combattre les sueurs pathologiques, en particulier celles des phthisiques. Or, à l'aide du sulfate d'atropine donné en pilules d'un demi-milligramme, on parvient *sûrement* à prévenir les sueurs nocturnes de ces malades, et c'est sur une centaine de cas, a-t-il ajouté, que le sulfate d'atropine lui a constamment réussi. »

Les principales observations ont été recueillies par M. le docteur I. Royet, qui a pris ce point de thérapeutique pour sujet de sa thèse inaugurale (1). C'est dans ce travail, fort consciencieusement fait et remarquable à tout point de vue, que nous avons puisé tous les éléments de la question qui fait l'objet de ce résumé, et qui intéresse à un haut degré le corps médical.

« C'est dans le service de M. Vulpian, dit le docteur Royet, que nous avons vu administrer le sulfate d'atropine contre les sueurs. Ce savant professeur l'a employé, pour la première fois, en 1873, sur les indications de plusieurs médecins étrangers: M. Wilson, en Amérique; M. Sydney Ringer, en Angleterre; M. Frœntzel, en Allemagne. Jusque-là il employait les moyens ordinaires : l'agaric, le tannin, le tannate de quinine, et il obtenait ainsi, comme tout le monde, des résultats quelquefois favorables, plus souvent nuls ou insignifiants. Dès qu'il eut essayé le sulfate d'atropine, il en reconnut vite la supériorité sur tous les moyens précédents. Aussi les a-t-il complétement abandonnés depuis; il n'emploie plus que le sulfate d'atropine. Ce médicament est, pour lui, le remède des sueurs, comme le sulfate de quinine est le remède des fièvres intermittentes. Tous ceux qui fréquentent son service ont pu souvent en admirer les merveilleux effets ; il ne se passe guère de semaine sans que M. Vulpian s'arrête près du lit de quelques malades pour les faire remarquer aux assistants. Quant à nous, nous avons été pendant trois ans, le témoin de succès nombreux. Ces succès nous ont convaincus que le sulfate d'atropine est le plus puissant et le plus sûr des antisudorifiques.

« La forme la plus commode, pour administrer ce médicament, est la forme pilulaire. »

« M. Vulpian prescrit des pilules d'un demi-milligramme chacune. »

En raison de l'action très-énergique du sulfate d'atropine, il est indispensable, pour le médecin comme pour le malade, de pouvoir compter sur un médicament pur, inaltérable, toujours identique dans sa composition et très-exactement dosé; c'est pour atteindre ce but que le docteur Clin prépare des pilules contenant chacune un demi-milligramme de sulfate d'atropine pur, et réunissant les conditions indispensables pour l'emploi de ce médicament.

« *Doses quotidiennes.* — Certains malades sont extraordinairement sensibles à l'action du sulfate d'atropine, il est prudent de commencer par des doses faibles. Le premier jour, on fera bien de se contenter d'une pilule pour tâter la susceptibilité du malade. Cette seule pilule ne suffit presque jamais; il faudra, s'il n'y a pas eu d'accident la veille, prescrire deux pilules dès le lendemain. Souvent deux pilules produisent l'effet désiré ; mais si, par hasard, au bout de trois ou quatre jours, cet effet n'est pas produit, il faudra en porter le nombre à trois. Il est tout à fait rare qu'il soit nécessaire de dépasser ce nombre, cette nécessité ne s'est présentée qu'une fois chez une femme hystérique, il a fallu lui donner jusqu'à quatre et cinq pilules. M. Vulpian insiste beaucoup sur la nécessité d'arriver aux doses voulues pour le sulfate d'atropine comme pour les autres médicaments ; souvent on ne réussit pas parce que les doses sont trop faibles.

« *Moments de l'administration.* — Ces moments sont loin d'être indifférents. Pour agir sûrement, le sulfate d'atropine doit être pris quelques heures avant le moment présumé des sueurs. Si on ne prend qu'une pilule, on la prendra autant que possible deux ou trois heures avant l'arrivée des sueurs, à huit ou à dix heures du soir, par exemple. Si on en prend deux, la deuxième sera prise comme tout à l'heure, la première au moins deux heures auparavant: cet intervalle est nécessaire pour éviter les accidents d'intoxication. Si on en prend trois, on en prendra deux comme précédemment, et la troisième deux heures avant ou même dans la matinée. Si par hasard on donnait plus de trois pilules, il faudrait bien se garder de les donner à des intervalles rapprochés; on les distribuerait dans la journée à des intervalles à peu près égaux.

« *Durée de l'administration.* — Le nombre de jours pendant lesquels on devra administrer le sulfate d'atropine variera naturellement suivant les résultats obtenus. Il arrive souvent que les sueurs cessent dès le lendemain ou le surlendemain du jour où l'on a donné deux pilules, mais il ne faut pas les supprimer immédiatement, autrement les sueurs ne tarderaient pas à reparaître. On continuera les pilules pendant quelques jours encore ; si, au bout de quatre ou cinq jours l'effet se maintient, on en diminuera le nombre d'abord, et deux ou trois jours après on les supprimera complétement. En moyenne, pour avoir des résultats durables, il faut administrer le médicament une dizaine de jours. Cependant, il est des cas qui exigent un temps bien plus long, il ne faut pas se décourager parce qu'on ne réussit pas d'emblée, la persévérance est quelquefois nécessaire.

« Nous venons de mettre en garde contre la faute d'une administration trop courte, mais il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire et administrer trop longtemps : le malade s'accoutumerait au sulfate d'atropine et deviendrait moins sensible à son action.

« Que faire dans les cas où les sueurs se reproduisent quelques jours après la suppression des pilules? La conduite à tenir est bien simple, il faut redonner les pilules, les redonner autant de fois que les sueurs se reproduisent.

« *Une dernière remarque.* — L'emploi du sulfate d'atropine n'empêche pas d'employer les autres médicaments qui sont utiles au malade. On peut, comme le fait M. Vulpian, adminis-

(1) Fac. de méd. de Paris, Thèses 1877, n° 371.

trer en même temps aux phthisiques les potions opiacées, l'arsenic, etc.; aux rhumatisants, le sulfate de quinine, le bicarbonate de soude, etc. Ces substances ne sont point incompatibles avec le sulfate d'atropine. »

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS.

Budget de l'Assistance publique.

Dans la séance du 15 novembre dernier, M. Bourneville a déposé son Rapport sur le budget de l'assistance publique. Voici les conclusions de ce Rapport, adoptées par le Conseil dans sa séance du 20 novembre :

LE CONSEIL,

Vu le mémoire en date du 4 août 1877, par lequel M. le Préfet de la Seine lui soumet pour avis le projet de budget de l'Administration générale de l'Assistance publique, pour l'exercice 1878 s'élevant, tant en recettes qu'en dépenses, à 33.888.000 francs ;

Vu le mémoire présenté au Conseil de surveillance de l'Assistance publique et le rapport de la Commission chargée par ledit Conseil de l'examen de ce budget ;

Vu l'avis émis par le Conseil de surveillance dans sa séance du 12 juillet 1877, approuvant le projet du budget dans ses chiffres généraux, mais le modifiant dans quelques-unes de ses parties, de telle sorte, cependant, que l'ensemble des diminutions réalisées sur certains sous-chapitres se trouve exactement balancé par les augmentations proposées pour le service des secours ;

Vu le rapport du Directeur de l'Assistance publique contenant son adhésion aux modifications introduites par le Conseil de surveillance dans le projet du budget de son Administration ;

Vu le rapport présenté au nom de la 4e Commission ;

1° Est d'avis qu'il y a lieu d'approuver, tel qu'il a été modifié par le Conseil de surveillance, le projet de budget de l'Administration générale de l'Assistance publique, pour l'exercice 1878, s'élevant, tant en recettes qu'en dépenses, à la somme de trente-trois millions huit cent quatre-vingt-huit mille francs.

De recommander à la dite administration pour l'année 1878 :

1° De préparer un projet de réorganisation des *bureaux du Chef-lieu* (1) dans le sens d'une réduction d'au moins un quart du personnel actuel ;

2° D'assimiler les employés de l'Assistance publique aux employés de la Ville ;

3° De supprimer le bureau de l'ingénieur et d'assurer le service d'une façon plus économique ;

4° D'admettre l'augmentation prévue pour le Directeur de la Pharmacie centrale et pour les Directeurs et Économes de Bicêtre et de la Salpêtrière ;

5° D'améliorer la situation des infirmiers, sous-surveillants et surveillants et de créer une *École d'infirmiers* et une *École d'infirmières* dans deux de nos grands établissements hospitaliers ;

6° De confier le service des malades de l'hôpital Ménilmontant à des laïques ; d'inscrire à l'entrée des salles de cet hôpital les noms de savants ou de bienfaiteurs de l'Assistance publique ; de ne désigner qu'un seul aumônier pour cet établissement ;

7° De profiter de toutes les occasions pour arriver à isoler des propriétés voisines, aussi complètement que possible, tous nos hôpitaux et hospices ;

8° De procéder à une organisation convenable des consultations et du traitement externes dans les hôpitaux, afin d'arriver promptement à la suppression du Bureau central ;

9° D'augmenter le nombre des internes provisoires, afin de pourvoir convenablement aux vacances qui se produisent dans le courant de l'année ;

II. S'ASSOCIE AUX VŒUX FORMULÉS par le Conseil de surveillance sur les objets suivants :

a) Révision des abonnements avec les communes rurales du département de la Seine pour le traitement de leurs malades dans nos hôpitaux, et, en attendant la réalisation de ce vœu, augmentation du contingent du Département dans les dépenses du traitement de ces malades ;

b) Création de 200 nouveaux lits d'enfants à la Salpêtrière, à Bicêtre et à Forges ;

(1) Et non des Bureaux de bienfaisance, comme l'ont dit la plupart des journaux.

c) Amélioration du service des eaux et du service des bains dans nos établissements et notamment à la Salpêtrière, à la Pitié et à Saint-Antoine ;

d) Création, au moyen de fiches, qui seront réunies à l'Administration centrale, d'un Répertoire général des individus assistés, à quelque titre que ce soit, par nos divers établissements ;

III. ÉMET LE VŒU :

1° Que la loi des 10 et 13 janvier 1849 sur l'organisation de l'Assistance publique à Paris, soit modifiée et mise en harmonie avec les besoins et les désirs de la population parisienne ; 2° Que la loi du 24 vendémaire an II soit abrogée et qu'une nouvelle loi vienne fixer d'une façon plus équitable les conditions du domicile de secours.

IV. FIXE A 11,370,000 fr. le chiffre de la subvention municipale pour le service ordinaire à allouer à l'Assistance publique pour l'exercice 1878.

VARIA

Incendie de l'hôpital Saint-Antoine.

Un incendie assez considérable a éclaté dans la soirée du jeudi 15 novembre, vers 9 heures 1/2 dans une des annexes de l'hôpital Saint-Antoine. Cette annexe était composée de huit baraques installées *provisoirement* en 1870. La situation des calorifères, établis très-près des planchers, a été la cause de ce déplorable événement. Le feu qui a pris d'abord dans le pavillon n° 3, s'est étendu à plusieurs pavillons voisins par les passages en bois qui les font communiquer entre eux. Les baraques 1 et 2, service de chirurgie (femmes), de M. Le Dentu, et 3 et 4, service de médecine (femmes et hommes), de M. Fernet ont été entièrement détruites. Les malades au nombre de quatre-vingt-dix environ ont pu être transportés rapidement dans les différents services de l'hôpital, grâce au zèle et à l'activité déployés par les pompiers, les détachements de ligne de la caserne Reuilly et tout le personnel de l'hôpital accourus sur le lieu du sinistre. Malheureusement, deux femmes, l'une paraplégique, l'autre atteinte d'hémiplégie, et dont les lits étaient situés à l'endroit même où a pris le feu, n'ont pu être sauvées, et on a retrouvé, dans les décombres, leurs restes entièrement carbonisés. Une troisième, infirme, a eu beaucoup de peine à fuir les flammes et porte les traces de brûlures assez étendues.

Les dégâts ne paraissent pas être très-considérables, une grande partie du matériel des pavillons ayant pu être soustrait à l'incendie, vu la promptitude avec laquelle sont arrivés les secours.

C'est un grave et triste avertissement pour l'Administration de l'Assistânée publique. Dans les nombreux articles que nous avons publiés, nous lui avons signalé l'insuffisance du service des eaux dans les hôpitaux, et nous avons insisté pour qu'elle se pressât d'y apporter des améliorations indispensables. On voit combien les critiques que nous adressions à ce service, qui dépend de l'ingénieur, étaient fondées. (Voir la colonne précédente, 3°).

Ecole supérieure de pharmacie. Séance de rentrée.

Messieurs,

La séance qui nous réunit ici chaque année n'a pas seulement pour but de faire revivre l'une de nos plus vieilles coutumes universitaires, elle doit encore et surtout nous fournir l'occasion de jeter un dernier regard sur l'année qui vient de s'écouler, de constater les progrès accomplis, de mesurer l'étendue des nouveaux efforts qui vont être exigés de nous.

Pourquoi faut-il que le tableau s'assombrisse avant même que l'on ait eu le temps de le considérer, pourquoi nous faut-il, dès le début de cette fête de famille, évoquer le souvenir des maîtres aimés dont ce jour nous rend l'absence doublement pénible.

Il y a quelques mois, nous perdions M. Carriton, l'un des derniers et des plus dignes représentants de cette forte génération qui prépara la voie glorieuse où devait bientôt s'engager la chimie moderne. Des découvertes demeurées justement célèbres l'appelèrent, jeune encore, à notre chaire de toxicologie qu'il eût dû conserver bien au-delà du terme qu'il s'était lui-même et trop prématurément fixé.

Récemment, à l'un des contemporains de Carriton, à M. Chevallier que son grand âge éloignait depuis quelques années du professorat, succédait un de nos plus savants agrégés; par sa longue et brillante suppléance, comme par ses remarquables travaux, M. Bourgoin se trouvait naturellement désigné pour occuper la place d'un ancien maître qui eut son heure de célébrité.

Durant cette même année, le cadre de nos études s'est notablement agrandi pour donner à certaines d'entre elles le rang et l'importance qu'elles réclamaient justement. Les analyses chimiques auxquelles vous aurez sans cesse recours, soit pour poursuivre des recherches scientifiques, soit pour répondre aux exigences professionnelles, seront dorénavant l'objet d'un enseigment spécial.

Il en sera de même pour la minéralogie, transférée trop souvent de la chaire de matière médicale à la chaire de chimie générale, sans pouvoir y trouver une place qui fût en rapport avec son importance. A l'histoire des minéraux viendra s'ajouter celle des eaux minérales, et j'ai à peine besoin de faire ressortir l'intérêt qui s'attache à ces notions d'hydrologie dont vous aurez à faire de si fréquentes applications.

Ce double caractère, à la fois théorique et pratique de notre enseignement se retrouve encore dans le troisième des cours complémentaires de nouvelle création. Ce cours aura pour objet l'étude de ces êtres qui ne sont inférieurs que par le rang qu'ils occupent dans la série végétale, mais non par celui qu'ils réclament dans nos études : il vous familiarisera avec les diverses formes, les migrations, les métamorphoses, de ces ferments, de ces vibrioniens, de ces végétaux parasites qui s'imposeront plus tard et bien souvent à votre examen. Il y a 40 ans l'Ecole de pharmacie instituait la première, une chaire de toxicologie; aujourd'hui, elle est encore la première à donner à la cryptogamie, l'enseignement spécial et didactique auquel elle a droit ; qu'il nous soit permis de proclamer ainsi, que nous n'avons cessé de marcher dans la voie de la science et du progrès.

Là d'ailleurs, Messieurs, ne s'arrêteront probablement pas ces importantes améliorations, il y a peu de jours, deux nouveaux arrêtés créaient, dans notre Ecole comme dans les autres Facultés, des conférences et des bourses dont la fondation produira d'heureux et prochains résultats ; divers projets, destinés à coordonner et à sanctionner l'ensemble de ces mesures, sont en ce moment à l'étude. Les encouragements ne nous manquent donc pas ; sachons nous en montrer dignes par un redoublement de courageux efforts ; j'ai d'ailleurs à peine besoin de vous y convier; et s'il me fallait des preuves de votre ardeur au travail, de votre persévérance, je les trouverais dans ces concours de fin d'année, trop chèrement disputés pour que je croie pouvoir retarder davantage le moment où vous allez en recevoir les légitimes et fécondes récompenses.

A la suite de rapports spéciaux présentés sur chacun des concours, les lauréats ont été nommés dans l'ordre suivant :

Concours généraux. — Prix de l'Ecole.

1re année. — 2e prix : M. Leidié. — 2e année. — 1er prix : M. Degrauwe. — Mention honorable : M. Lesprant. — 3e année. — 1er prix : M. Bourquelot. — 2e prix : M. Lecœur. — Prix Desportes : M. Masse. — Prix Menier : M. Hariot.

Prix des travaux pratiques.

1re année. — Médaille d'or : MM. Collin, Lafond (Jean-Marie). — Médaille d'argent : MM. Brémant, Leidié. — Médaille de bronze : MM. Lorgue, Neuville, Morel. — Citations : MM. Vaillant, Gibart, Broca, Ducarre, Chesnel.

2e année. — Médaille d'or : M. Jolivet. — Médaille d'argent : MM. Jeunetiot, Lafond (Emile), Weill. — Médaille de bronze : MM. Pierrhugues, Degrauwe. — Citations : MM. Gallard, Aureille, Nicolas, Masce, Lespiaut, Roch.

3e année. [Botanique). — Médaille d'or : MM. Moynier, Demazière. — Médaille d'argent : MM. Grandhomme, Cantrelle. — Médaille de bronze : MM. Guignud, Lefebure. — Citations : MM. Demandre, Dubosc, Levaillant, Bresson, Schmidt, Lepetit, Blacque, Plisson, Lejars, Gaillard, Routhier, Grenet, Labouré, Morin.

3e année. (Physique). — Médaille d'or : M. Fenez. — Médaille d'argent : M. Bourquelot. — Médaille de bronze : MM. Lecœur, Quinaud.

Muséum ethnographique.

Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, vu les discussions de l'Assemblée nationale ainsi que la loi de finances en date du 29 décembre 1873, qui exprime le vœu de voir fonctionner auprès du Ministère de l'instruction publique une commission chargée de donner son avis sur les demandes de missions scientifiques; vu l'arrêté ministériel en date du 6 janvier 1874, qui institue cette commission; vu le nombre considérable des objets rapportés au Ministère par les missions accomplies soit en France, soit à l'étranger; vu les inconvénients qui résultent de la dispersion de ces collections importantes ; vu les donations faites par M. Angrand à l'Etat, représenté par le Ministre de l'instruction publique, arrête :

Article premier. — Tous les objets relatifs à l'ethnographie, provenant des missions, de dons, d'échanges ou d'acquisitions, seront centralisés dans un musée spécial appelé *Muséum ethnographique des missions scientifiques*. Les objets d'archéologie feront également partie de ce musée.

Art. 2. — Les collections seront réparties en différentes sections, suivant la nature des missions et la situation géographique des pays explorés.

Art. 3. — Les collections d'anthropologie, d'histoire naturelle ne peuvent figurer dans le Muséum ethnographique.

Art. 4. — Les collections d'archéologie pré-historique et les antiquités gallo-romaines provenant des missions entreprises en France, seront réservées pour le musée de Saint-Germain, celles provenant des missions entreprises en Italie, en Grèce, en Egypte et en Orient, relatives à l'art ou à l'histoire de ces contrées, seront réservées au Musée du Louvre; les médailles, les livres, les manuscrits de toute provenance, à la Bibliothèque nationale.

Art. 5. — Les objets doubles ou multiples provenant des missions seront répartis soit par voie de dons directs, soit par voie d'échanges, entre les grands établissements français ou étrangers. Les doubles des objets de céramique seront réservés au Musée de la manufacture nationale de Sèvres.

Art. 6. — La commission consultative des missions instituée près notre Ministère est chargée de donner son avis sur toutes les questions d'ordre scientifique que pourra soulever la création et la direction de ce Musée.

Art. 7. — Le Muséum ethnographique étant un établissement purement scientifique, est attaché à la direction des sciences et des lettres chargée de l'organisation et de la direction des missions.

Art. 8. — Un arrêté ministériel fixera les locaux où seront exposés les objets provenant des missions ou de dons et l'organisation définitive du Muséum ethnographique. — (*Journal officiel*).

Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, vu l'arrêté en date du 3 novembre 1877, qui institue un Muséum ethnographique ; vu l'importance des collections rapportées par MM. Wiener, de Cessac, Pinart, André, Crevaux, de Ujfalvy, Marche, Delaporte, à la suite des missions dont ils ont été chargés par le Gouvernement français, arrête :

Article premier. — Une exposition provisoire de la section américaine (Amérique du Sud), du Muséum ethnographique des missions scientifiques, est ouverte au public au palais de l'Industrie des Champs-Elysées.

Art. 2. — Cette exposition sera gratuite. Le public sera admis à la visiter les mardis, mercredis, vendredis, samedis, avec des billets distribués sur demande au Ministère de l'instruction publique, et, sans billets, le jeudi et le dimanche. Art. 3. — L'exposition restera ouverte du 15 janvier au 1er mars 1878. Art. 4. — M. le baron de Watteville, directeur des sciences et des lettres, est chargé d'organiser ladite exposition. — (*Journal officiel.*)

Legs de Madame Thuret, née Fould, au Muséum d'histoire naturelle.

Le Président de la République française, sur le rapport du Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts ; vu l'acte notarié en date du 24 octobre 1877, par lequel la dame Louise Fould, veuve du sieur Henri-Louis Thuret, a fait donation au Ministre de l'instruction publique des cultes et des beaux-arts, représentant l'Etat, d'une somme de deux cent mille francs (200,000 fr.) destinée à l'acquisition d'une propriété sise à Antibes (Alpes-Maritimes), pour être affectée à la création d'un établissement scientifique rattaché comme annexe à l'enseignement des chaires de botanique et de culture des facultés et du Muséum d'histoire naturelle de Paris; vu le certificat de vie de la donatrice; vu le rapport du sieur Decaisne, membre de l'Institut, professeur de culture au Muséum d'histoire naturelle de Paris ; le Conseil-d'Etat entendu, décrète :

Article premier. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, est autorisé à accepter au nom de l'Etat, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié du 24 octobre 1877, la donation faite par la dame Louise Fould, veuve Thuret, et consistant dans la somme de 200,000 fr. destinés à l'acquisition d'une propriété située à Antibes et qui serait affectée à la création d'un établissement d'enseignement scientifique rattaché comme annexe à l'enseignement des chaires de botanique et de culture des Facultés et du Muséum d'histoire naturelle de Paris.

Art. 2. — Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, est chargé de l'exécution du présent décret.

Pavillons de secours sur les bords de la Seine.

On sait que la préfecture de police a, depuis deux ans, établi sur les bords de la Seine un certain nombre de petits pavillons munis de tous les médicaments et appareils nécessaires pour venir aux secours des noyés. C'est là que sont transportées les personnes que l'on parvient à retirer immédiatement de l'eau.

Grâce aux soins du personnel attaché à ces pavillons, la plupart de ces personnes sont rappelées à la vie et l'on parvient ainsi à sauver tous les ans une trentaine de malheureux qui, le plus souvent, reprennent goût à l'existence. Cet essai ayant parfaitement réussi, on compte établir trois nouveaux pavillons de secours, sur les points ci-après :

1° A la porte du canal Saint-Martin; 2° Quai Jemmapes, près de l'écluse des Marais; 3° Même quai, près de l'écluse du Temple, en face du logement de l'éclusier. Les travaux, évalués à 26,000 fr., seront immédiatement commencés et, avant six mois, les employés spéciaux pourront prendre possession de ces trois nouveaux pavillons de secours.

L'Université catholique de Lille et Saint-Waast.

Le cardinal archevêque de Cambrai vient d'adresser la lettre suivante à M. Hautcœur, recteur de l'Université catholique de Lille :

« Cambrai, 6 novembre 1877.

» Monseigneur,

» J'avais pu vous dire, il y a quelques mois, que j'espérais la fondation assez prochaine d'une nouvelle chaire à notre Université catholique de Lille : cette fondation est maintenant un fait heureusement accompli. Les 100,000 francs nécessaires pour la réaliser ont été recueillis, et je viens de les remettre à M. Clabaut, trésorier de l'Université. La nouvelle chaire est applicable à la Faculté de médecine. Elle est placée sous le patronage de saint Waast, qui fut, aux premiers temps de notre histoire ecclésiastique, simultanément évêque d'Arras et de Cambrai. Recevez, monseigneur, l'assurance de mon bien affectueux dévouement.

» † R. Fr., cardinal Régnier,
archevêque de Cambrai. »

De l'enseignement de la pathologie mentale.

« La science peut tirer un utile parti de l'étude comparative de la même maladie sur des sujets de *sexe différent*; il est donc bon de pouvoir rapprocher incessamment le résultat des recherches et des constatations, et le voisinage des deux sections est pour cela indispensable. » (F. Barrot). — C'est dire les motifs qui ont fait réunir, à l'*Asile clinique* de Sainte-Anne, des malades des deux sexes.

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. — Par suite d'erreur, les cours du dr Desmarres sur la pathologie oculaire annoncés pour les mercredis et vendredis, auront lieu les mardis et jeudis, à 4 heures à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 1.

Mardi prochain, le dr Desmarres traitera de l'ophthalmie purulente.

Pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire. — M. le dr Mallez, commencera son cours (semestre d'hiver), le jeudi 29 novembre, à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 3 de l'école pratique, pour le continuer les jeudis suivants à la même heure. Le cours comprendra : Le parallèle de la taille et de la lithotritie, le traitement des rétrécissemedts de l'urèthre, les projections photo-micrographiques des dépôts de l'urine, et de nombreuses pièces d'anatomie pathologique de l'appareil urinaire.

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 15 novembre 1877 on a déclaré 837 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 14 ; rougeole, 16 ; scarlatine, 2 ; variole, » ; croup, 12 ; angine couenneuse, 25 ; bronchite, 30 ; pneumonie, 69 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5 ; choléra nostras » ; dysentérie, 1 ; affections puerpérales, 1 ; érysipèle, 5 ; autres affections aiguës, 222 ; affections chroniques, 363 dont 157 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 43 ; causes accidentelles, 27. — Les 837 décès ci-dessus donnent une proportion de 21.9 par 1,000 habitants et pour l'année.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 22 novembre 1877, on a déclaré 805 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 15 ; rougeole, 14 ; scarlatine, » ; variole, » ; croup, 14 ; angine couenneuse, 26 ; bronchite, 26 ; pneumonie, 53 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 9 ; choléra nostras, » ; dysentérie, 2 ; affections puerpérales, 1 ; érysipèle, 5 ; autres affections aiguës, 220 ; affections choniques 352, dont 145 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 41 ; causes accidentelles, 27. — Les 805 décès ci-dessus donnent une proportion de 21,1 par 1,000 habitants et pour l'année.

Faculté de médecine de Paris. — L'affaire des professeurs administratifs que le ministère du 16 mai veut adjoindre aux professeurs réguliers, vient d'avoir cette semaine, deux suites faciles à prévoir.

A la suite de la protestation de la Faculté, on prétend que des assurances officieuses avaient essayé d'endormir sa vigilance en lui promettant que l'exécution des mesures réprouvées serait abandonnée sans bruit. Mais cette illusion s'est évanouie en présence de la réponse de M. Joseph Brunet, écrite sur le ton qu'on devine, et où il déclare, dit-on, à la Faculté que tout cela ne la regarde point. Le second incident est relatif à M. Chauffard, inspecteur général et professeur à la Faculté ; c'était le seul des professeurs qui eût refusé de signer la protestation. Les élèves sont venus en grand nombre à l'ouverture de son cours, pour protester contre cette attitude. La leçon n'a pu avoir lieu. Nous comprenons les sentiments qui animent les élèves ; mais nous ne saurions trop les engager, surtout dans les circonstances présentes, à s'abstenir de toute réclamation bruyante qui ne manquerait pas d'être travestie par nos adversaires. C'est à la Faculté seule qu'il appartient d'empêcher l'exécution de mesures irrégulières en leur refusant son concours, et rien n'autorise à croire jusqu'ici qu'elle puisse manquer à ce devoir étroit. — (*Revue scientifique.*)

Faculté de médecine. — *Hôpital de la Charité.* — Cours de clinique médicale. — M. le professeur Hardy commencera son cours de clinique médicale le mardi 27 novembre 1877, à huit heures et demie du matin, et le continuera les jours suivants à la même heure.

Laboratoire d'histologie. — Directeur, M. le professeur Robin ; directeur-adjoint M. Cadiat, agrégé. — Les exercices pratiques d'histologie ont commencé le jeudi 22 novembre 1877. Ils auront lieu tous les jours de 1 heure à 5 heures dans la salle de Démonstrations. La Faculté met gratuitement à la disposition des élèves tous les réactifs et les instruments nécessaires à ces exercices. MM. les étudiants sont priés de se faire inscrire chez le chef du matériel de l'École pratique.

Concours : *Internat de Lyon.* — Ce concours, ouvert le 22 octobre, s'est terminé le 25 par la nomination de seize internes chargés de faire le service dans les hôpitaux de Lyon et de Saint-Étienne.

42 candidats s'étaient fait inscrire, 6 ne se sont pas présentés, 7 se sont retirés à la première épreuve, 29 ont soutenu la lutte jusqu'au dernier jour. Quelques personnes ont été frappées de ce que le nombre des candidats était moins considérable que les années précédentes, alors que l'installation de la nouvelle Faculté faisait espérer que la place d'interne à Lyon serait plus recherchée qu'autrefois. Cette diminution a tenu, cette année, aux exigences de la loi militaire et surtout à la timidité excessive des élèves de seconde année, qui n'ont pas osé affronter les épreuves, tandis qu'ils formaient habituellement le tiers ou le quart des compétiteurs ; sur les 42 candidats, un seul s'est présenté avec huit inscriptions. Ce sera probablement un des principaux effets de la présence de la Faculté, de retarder le moment de la présentation à l'internat : les élèves n'ayant plus à se déplacer pour leurs examens et à aller terminer leurs études dans une autre ville, ne seront pas aussi pressés qu'autrefois d'en finir avec le service hospitalier. Tout le monde y gagnera ; cette année les membres du jury ont été unanimes à reconnaître que si le nombre des candidats s'était réduit, la force moyenne des épreuves s'était notablement élevée.

Les seize candidats élus par ordre de mérite sont : MM. Genevey-Montaz, Chapuis, Robin, Dufour, Soller, Brizard, Auboyer, Bernard, Brossard, Coulomb, Hortolès, Badolle, Mathieu, Munot, Brottet, Gauch. — Huit candidats classés à la suite pourront être appelés aux fontions d'internes provisoires : ce sont MM. Vasselle, Bernay, Rocher, Magnanon, Blanc, Olivier, Imbert de la Touche, Fustier. — M. Genevey-Montaz, originaire de Tullins (Isère), élève de l'École de Lyon, a reçu des mains de M. le Président du concours la trousse d'honneur, prix Bonnet fondé en 1862. (*Lyon-Médical.*)

Faculté de médecine de Nancy. — Le directeur des autopsies à la Faculté de médecine de Nancy, prendra, à l'avenir le titre de chef des travaux d'anatomie pathologique. — M. Garnier (Léon), né à Bar-le-Duc, le 9 février 1855, est nommé préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Engel fils, démissionnaire. — Sont nommés aides de clinique à la même Faculté en remplacement de MM. Guyot et Deubel, démissionnaires : MM. Schmitt (Marie-Xavier-Joseph), né à Strasbourg, le 11 février 1855 ; Bugnot (Flavien-Henri), né à Neufchell (Moselle), le 26 novembre 1855. — (*Revue médicale de l'Est.*)

Nouvelles révocations de médecins. — Les révocations de médecins pour motifs politiques se succèdent avec rapidité. Nous avons à enregistrer aujourd'hui celle du docteur Bonnefond, médecin de la maison centrale de Cadillac, et celle du docteur L. Papillaud, médecin de l'administration des douanes de l'arrondissement de Saujon (Charente-Inférieure). Mais que sert de protester ? Il n'y a pires sourds que ceux qui ne veulent pas entendre. (*Bordeaux-Médical.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Alban Goulard, étudiant en médecine, décédé le 7 novembre dans sa vingt-deuxième année. — (*Courrier médical.*)

M. Bouvier, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, vient de succomber aux suites d'un accident. Devenu presque aveugle en ces dernières années, M. Bouvier s'est jeté par mégarde dans le bassin du jardin des Tuileries, d'où il n'a pu être retiré assez rapidement pour éviter un refroidissement mortel.

On annonce la mort de M. le dr Jules Roux, médecin de la marine, ancien inspecteur général ; et celle de M. P. Cap, membre correspondant de l'Académie de médecine, auteur des « *Etudes biographiques pour servir à l'histoire des sciences.* »

Le *Lyon médical* nous annonce la mort de M. le docteur Munaret, qui vient de succomber à Brignais, des suites d'une hémorrhagie cérébrale ; tout le monde médical connaît son livre : *Le Médecin des villes et des campagnes.*

La réforme économique. — *Sommaire du numéro du 15 novembre 1877.* — La période électorale de 1877, par Albert Pinard. — La Pulvérisation des engrais (4e article), par Prosper Guyot. — L'œuvre de la Chambre des Députés (2e article — fin), par Paul Beurdeley. — Le Congrès de Genève et la police des mœurs (2e article — fin), par A. Desmoulins. — La propagande libre-échangiste, par Yves Guyot. — La crise industrielle, par Jules Bruneaut. — *Cranique économique* : France. — La Situation économique : I. Réunion du parlement. — II. Les Congrès. — III. Documents officiels : A. La métallurgie. B. Les caisses d'épargne, par Achille Mercier. — La situation agricole : L'agriculture devant la République et devant la monarchie, par Ernest Menault. — Angleterre. La Situation économique : Les taxes locales et les emprunts locaux. — La législation sanitaire et l'hygiène publique, par Edmond Barbier. — Société d'économie politique. — Réunion d'octobre, par Achille Mercier. — *Bibliographie.* — *Bulletin économique.* — Actes officiels. — La population de la France. — Le budget hongrois. — Les monnaies de l'empire d'Allemagne. — Les recettes de l'empire allemand. — Mouvement de la production des fontes, des fers et des aciers. — Les caisses d'épargne en 1875, par Georges Lassez. — *Bulletin politique.*

Leçons sur la pathogénie professées à l'hôpital de Lourcine, recueillies et publiées par M. Barthélemy. Paris, 1877, in-8 de 60 pages.

Polaillon. — Sur certaines malformations de l'utérus comme cause de la présentation du tronc et de l'insertion vicieuse du placenta. Paris, 1877, in-8 de 16 pages.

Dounon. — Guide pratique, pour le traitement par la chlorodyne, de la diarrhée de Cochinchine et des affections parasitaires du tube digestif. Toulon, 1877, typ. Laurent, in-8 de 26 pages.

— Description des parasites, étiologie et pathogénie de la diarrhée de Cochinchine et des affections parasitaires du tube digestif. Toulon, 1877, typ. Laurent, in-8 de 78 pages.

— Traitement de la diarrhée de Cochinchine et des affections parasitaires. Toulon, 1877, typ. Laurent, in-8 de 75 pages.

Guyot (L.). — De l'arthrite sous-astragalienne postérieure. Nancy, 1877, imp. Nancéienne, in-4° de 48 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur Charcot continue son cours clinique sur les *maladies des centres nerveux*, à la Salpêtrière, tous les dimanches, à 9 h. 1/2.

Hopital des enfants malades. — M. le dr Saint-Germain, reprendra ses leçons cliniques de chirurgie infantile (orthopédie), le jeudi 29 novembre à 9 heures et le continuera le jeudi de chaque semaine, à la même heure. Il passera en revue cette année, les principales difformités et malformités. Tous les jours à 8 heure 1/2, visite au lit des malades et consultations; le jeudi, conférences cliniques et opérations; le samedi consultation spécialement réservée à l'examen des malades atteints de difformités et application des appareils orthopédiques.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecine. Service de M. Mesnet. Visite à 9 heures. Consultation le mardi, spéculum le vendredi. Salle Saint-Hilaire (H.) : 4, néphrite interstitielle, hémorrhagie cérébrale ; 8, fièvre typhoïde ; 19, érysipèle de la face, délire alcoolique; 25, pneumonie chronique. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 4, érysipèle de la face chez une femme en couches ; 8, endo-péricardite aiguë ; 9, ictère catarrhal ; 18. typhlite et pérityphlite ; 20, rhumatisme articulaire aigu ; endocardite; 24, insuffisance et rétrécissement de la valvule mitrale.

Service de M. Constantin Paul. Visite à 9 heures. Consultation le jeudi. Leçons cliniques sur les maladies du cœur et de l'aorte tous les mercredis à 9 heures 1/2. — Salle Saint-Eloi (H.) : 8, Adénie ; 19, kyste hydatique du foie ; 20, érysipèle de la jambe ; 26, insuffisance aortique ; 32, gangrène du poumon ; 35, mal de Pott. — Salle Sainte-Jeanne (F.) : 6, rhumatisme articulaire aigu ; endocardite ; 20, hydarthrose à répétition ; 21, syphilis tertiaire ; 24, ulcère simple de l'estomac.

Service de M. Dujardin-Beaumetz. Visite à 9 heures. Consultations le samedi, spéculum le mercredi. Examen laryngoscopique le mardi. Saint-Lazare (H.) : 2, pleurésie ; 6, sciatique ; 8, ataxie locomotrice, paraplégie ; 9, érysipèle de la face ; 15, ulcère simple de l'estomac ; 21, albuminurie. — Salle Sainte-Marie (nourrices) : 1, ossification prématurée des sutures ; 4, phlegmon du sein ; 10, ophthalmie purulente. — Sainte-Agathe (F.) : 2, atrophie de la papille, ataxie au début ; 5, rhumatisme articulaire aigu ; 6, cancer de l'utérus et de la colonne vertébrale ; 9, syphilis secondaire.

Service de M. Lancereaux. Visite à 9 heures. Consultation le lundi. Accouchements : salle Sainte-Marguerite. Spéculum le mercredi. — Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 2, perforation syphilitique du voile du palais ; 5, cancer du corps thyroïde. Pleurésie droite ; 10, cirrhose au début ; 14, 15, cachexie alcoolique, pachyméningite ; 21, rhumatisme articulaire aigu ; endocardite ; 25, convulsions épileptiformes consécutives à une fracture du crâne, grossesse de huit mois ; 26. Gomme du tibia. Arthrite syphilitique du coude 27, syphilis, grossesse. — Salle Saint-Antoine (H.) : 1, maladie de Ménière, accidents épileptiformes ; 2, paralysie générale, œdème des membres inférieurs ; 3, fièvre typhoïde avec albuminurie; 18, rhumatisme blennor-

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le Dr U. Trélat, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le Dr Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Recherches anatomiques sur les aponévroses abdominales, par le Dr F. Poncet. Paris, 1877. In-8 de 16 pages, avec figures. — Aux bureaux du *Progrès Médical*.

rhagique polyarticulaire ; 21, absinthisme ; 22, myélite chronique, contracture symétrique des deux biceps ; 25, arthropathie chez un ataxique.

Chirurgie. — Service de M. BENJAMIN ANGER. Visite à 9 heures. — Consultations les lundi, mercredi et vendredi. Salle Saint-Barnabé (H.) : 12, kyste suppuré de la gaîne des fléchisseurs de l'avant-bras ; 18, fracture bimalléolaire avec luxation du pied en dehors réduite ; 34, tubercules des organes génitaux ; 39, tumeur blanche du genou, consécutive à une arthrite blennorrhagique ; 41, épithélioma de la langue ; 33, coxalgie ; 64, ostéosarcôme du bassin. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 6, pelvipéritonite ; 8, tumeurs fibro-plastiques de la région sus-claviculaire ; 12, corps fibreux de l'utérus ; 20, fracture compliquée de la jambe.

Hôpital du Midi. — Service de M. MAURIAC. Consultations le mardi et le vendredi. — Salle VII : 2, orchite, vaginalite ; 3, phimosis ; 4, syphilide papuleuse ; 8, roséole syphilitique ; 15, chancre mou, bubon suppuré. — Salle VIII : 3, syphilide tuberculeuse circinée ; 5, chancre mou ; 6, roséole syphilitique ; 7, chancre infectant ; 18, syphilide ulcérée ; 23, lymphangite de la verge ; 37, onyxis ; épididymite secondaire.

Service de M. HORTELOUP. Consultations le mercredi et samedi. — Salle IX : 9, syphilide ulcéreuse des fosses nasales et de la gorge, 18, ecthyma de la face et du tronc, syphilide pustuleuse du bord libre des paupières. — Salle X : 6, syphilide papulo-squammeuse, psoriasis palmaire et plantaire, fistules linguales ; 17, rétrécissement de l'urèthre ; 18, orchite, funiculite. — Salle XI : 2, chancre de la lèvre inférieure ; 4, phimosis ; 10, végétations ; 12, rétrécissement de l'urèthre ; 13, paraphimosis irréductible et ulcéré ; 19, infiltration d'urine, gangrène. — Salle XII : 1, hématocèle vaginale ; 9, cancroïde de la face ; 19, néphrite aiguë.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Un Docteur désire prendre ou acquérir une clientèle en province. S'adresser au Dr B. avenue Parmentier, 126. — Paris.

Vacance Médicale. — La commune d'Andeville (popul. 1.270 h.) demande un médecin. Elle offre beau logement gratuit pendant quatre ans. S'adresser, pour les renseignements, à M. le maire d'Andeville (Oise), près Méru (station du chemin de fer Montsoult à Amiens).

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. TRÉLAT.**

Leçons sur le traitement des plaies (1).

Recueillies par E. MAROT, interne des hôpitaux.

IV.

Toutes ces conditions réalisées, à moins d'opérer dans un « foyer de pestilence, » ce qui n'est malheureusement pas rare, pourvu que l'individu soit sain d'ailleurs et préservé de toute cachexie, vous serez en droit d'attendre beaucoup de la réunion primitive, quelque vaste que soit la plaie; or, vous le savez, réunion primitive signifie pour le malade guérison la plus rapide qu'il y ait, minimum de souffrances et de dangers à courir. Mais vous ne sauriez à bon droit, je le répète, compter sur cet heureux résultat, si vous n'avez satisfait aux conditions multiples d'un affrontement parfait, c'est-à-dire d'un affrontement suffisamment étroit, mais doux, total, uniforme, portant sur une région rigoureusement immobilisée et sur des tissus en possession de leur intégrité vitale et organique.

On se concilie à ce prix toutes les chances de réunion primitive. Mais gardez-vous, Messieurs, de tirer de ce qui précède cette conclusion que l'on peut et que l'on doit toujours tenter de réaliser ce programme et essayer la réunion primitive; vous avez dû reconnaître, au contraire, que si les conditions requises peuvent être obtenues dans bien des cas, il en est d'autres où l'on ne peut jamais les réaliser. La répartition des cas favorables à la réunion primitive et de ceux où l'on ne doit pas la tenter, fait partie d'un des plus délicats problèmes de la pratique chirurgicale. On n'a pas, à toutes les époques, jugé cette question dans le même sens qu'aujourd'hui : nous disposons, en effet, de moyens plus complets et plus sûrs que nos devanciers, et sous nos yeux ils se sont perfectionnés, même au point de légitimer les variations de nos opinions à cet égard. Ainsi, j'avais moi-même, dès le début de ma pratique, pour les plaies d'opérations du sein, recherché la réunion primitive, et je l'obtenais quelquefois partiellement; j'ai abandonné plus tard cette conduite, en raison d'insuccès assez nombreux, malgré le luxe des précautions employées. Avant moi, M. Verneuil, après avoir été le défenseur convaincu de la réunion primitive, en était devenu l'adversaire (il s'agit toujours du sein); mais, par un nouveau retour, il a repris ses premières préférences pour la réunion primitive, lorsque les ressources du catgut, de la gaze antiseptique, etc., lui ont été offertes. Malgré sa prédilection pour les opérations ignées qui excluent la réunion primitive, en présence surtout de la perfection toute récente des procédés, il revient à l'essai de la réunion primitive dans un certain nombre de cas.

Mais il ne suffit pas, Messieurs, de connaître les règles dont l'application rigoureuse peut seule assurer le succès de la réunion primitive des plaies et ce n'est pas tout de savoir que ces règles tendent toutes à obtenir l'affrontement parfait, c'est-à-dire la juxtaposition sans tiraillements, sans plis ni clapiers, de se rappeler que le degré de constriction doit reproduire autant que possible le rapprochement exact et la compression réciproque des éléments sains en continuité de tissu, ce n'est pas tout de penser à écarter tout corps étranger accidentel ou organique, le sang qui se putréfie, et le liquide réparateur lorsqu'il est trop abondamment sécrété. Il est vrai que, ces conditions remplies, si vous assurez en outre certaines conditions extérieures, repos et inaction, immobilité, égalité de température, salubrité du milieu où vit le malade; vous étant concilié le concours de ces éléments de succès, vous pourrez avoir confiance dans le résultat de la réunion immédiate; mais il y a des restrictions à faire et vous venez d'entrevoir que cette réunion immédiate n'est pas toujours possible. L'examen de ces cas est un des points des plus importants de notre étude, car lorsque le recollement est impossible et que l'on tente *malartistement* de l'obtenir, si je puis m'exprimer ainsi, on fait une chose redoutable, comme vous le verrez. Ce danger, qui accompagne l'insuccès, est un des principaux arguments des adversaires de la réunion primitive; leur critique n'atteint heureusement que les adeptes maladroits, sans mettre en question le principe en lui-même. Le fait est exact; lorsque les conditions fondamentales du phénomène sont d'une réalisation impossible. Essayer sans elles la réunion primitive, c'est s'exposer à un échec certain, peut-être à un désastre. C'était un bel argument, il y a 20 ou 30 ans, lorsque l'on n'avait pas encore nettement dégagé les termes du problème et que les plus avancés pressentaient empiriquement tout au plus les préceptes que nous connaissons si bien — ils en étaient alors au point où d'autres, à l'heure actuelle, se plaisent à rester encore — ces chirurgiens, défenseurs d'une méthode dont ils n'avaient pas encore les secrets, donnaient beau jeu à leurs adversaires; à ceux-ci, il suffisait de dire : vous enfermez le phlegmon.... vous ne savez pas ce qui se passe dans vos plaies abandonnées.... ces plaies peuvent suppurer, s'entourer de fusées purulentes...., etc.

Eh bien, Messieurs, nous admettons nous-mêmes que ces menaces peuvent se réaliser : on s'expose réellement à ces accidents et l'on justifie ces critiques si l'on désobéit aux préceptes si clairs que je viens d'exposer. La faute vient alors ou bien de ce que l'on a réuni une plaie qui n'était pas susceptible d'être réunie, ou bien de ce que, sur une plaie favorable, on n'a pas réalisé les conditions indispensables. Même entre des mains habiles, vous verrez éclater des accidents plus ou moins graves, suivant de près la plus légère négligence, la plus petite imprudence. Contre cette cause d'insuccès, on peut se prémunir; mais plus difficile est de discerner entre les difficultés, les obstacles et les impossibilités, dans un cas déterminé.

D'une part, il est bien certain qu'il ne viendra à l'idée de personne de tenter la réunion immédiate si les parties sont contuses, lacérées ou brûlées, car ce serait enfermer des éléments voués fatalement à l'élimination suppurative — il est bien rare d'en observer la momification au sein des tissus. — De cette faute peuvent résulter des accidents locaux et généraux redoutables, phlegmoneux ou septiques, accidents dont les moindres sont les différentes formes d'érysipèle, dont les plus graves se nomment infection purulente et ses dérivés; mais il existe, d'autre part, des cas d'une appréciation plus délicate, et leur fréquence est loin d'être la même aux yeux de tous les chirurgiens. Tel dira d'une plaie qu'elle est absolument réfractaire à la réunion primitive, un autre sera d'avis contraire; cette divergence a toujours la même origine. Le premier chirurgien, moins pénétré des doctrines véritables de la réunion primitive, et surtout moins familiarisé avec les procédés perfectionnés dont nous ont dotés les progrès de l'industrie chirurgicale, juge de toute nécessité autrement que le second, moins fondé peut-être sur des connaissances théoriques mais confiant en revanche dans les riches ressources pratiques dont il est pourvu, et renseigné par l'expérience sur la portée de ces ressources.

On est mal placé pour trancher ce débat, si l'on s'en tient à la critique des exemples contradictoires que l'on rencontre autour de soi à l'heure actuelle; prenons d'autres époques pour apprécier les tendances chirurgicales. Nous sommes

(1) Voir les nos 44 et 46.

loin de Tagliacozzi qui restaurait le nez, il y a trois siècles, à l'aide d'un lambeau emprunté au bras : il a fallu bien du temps, avant que sa méthode ne devînt plus brillante, avant que l'on réussît à obtenir le même résultat en détachant d'emblée le lambeau du bras pour l'appliquer sur le nez. Le succès était possible. Les hardis restaurateurs de la Renaissance trouvèrent peu d'imitateurs parmi les chirurgiens qui les suivirent : la cause en réside dans l'insuffisance réelle des procédés mécaniques de contention. Cette pénurie persista et, avec elle, l'absence d'opérations réparatrices, jusqu'à la fin du XVIII[e] siècle. La chirurgie plastique renaquit avec le commencement de notre siècle. Roux, Dieffenbach, imaginèrent à cette époque les procédés de la staphylorrhaphie, opération qui prête encore de nos jours à la discussion ; Roux et Dieffenbach nous reportent à 1823. La périnéorrhaphie porte la même date, Roux l'essayait déjà ; mais pour la rendre usuelle, il a fallu le développement graduel de connaissances exactes sur la plastique opératoire, sa base et ses moyens. — La richesse croissante des moyens recula la limite des tentatives : L'exstrophie de la vessie, cette infirmité qui condamnait à une vie intolérable tous les malheureux qui la portaient, sans exception, put être rendue moins pénible à quelques-uns ; si l'on n'arrive que par exception à la guérir, on peut du moins dans certains cas masquer et diminuer cette immense fistule vésicale, et même prolonger son trajet extérieur de manière à diriger l'urine dans un récipient approprié.

Ici, le chirurgien qui réussit doit beaucoup, il faut le dire, aux ressources de son esprit et à sa dextérité personnelle. De même, l'ovariotomie ne doit d'être entrée aujourd'hui dans la pratique usuelle, qu'au perfectionnement des procédés de réunion des plaies ; cette opération qui se réduit en somme à l'ouverture de la cavité abdominale, à la réduction du volume d'une tumeur que l'on attire ensuite au dehors, n'était si redoutable autrefois qu'en raison de la difficulté qu'on éprouvait à refermer la plaie. Il y a vingt-cinq ans encore, on était désarmé contre les dangers qu'entraînait la seule plaie pariétale, et cette seule difficulté retenait les opérateurs ; mais, du jour où l'on a connu la réunion parfaite en 48 heures, solide et définitive après une semaine, au moyen d'un procédé simple et facile, l'opération est devenue réalisable. Pourquoi s'abstenait-on auparavant, lorsque l'urgence et la nécessité conduisaient l'esprit à concevoir ces opérations ? Parce que l'on ne connaissait pas assez les ressources de la réunion des grandes plaies abdominales. Le nombre des cas où la réunion immédiate peut être déclarée impossible va toujours diminuant.

Ces exemples vous démontrent, Messieurs, qu'il ne faut pas croire sur parole ceux que vous entendrez dire : « La réunion primitive n'est pas possible ici, et ne doit pas être cherchée. » Dans certains cas, le fait est vrai, mais le plus souvent il demande un plus ample informé. Il ne faut pas confondre : ce qui est impossible pour l'un n'est parfois que difficile pour un autre ; la réalisation d'un but de cette nature est souvent une question de moyens personnels. Celui-là seul, en un mot, peut dire voilà la limite du possible, qui se trouve parfaitement maître de toutes les ressources pratiques et en possession suffisante des données physiologiques de la question qu'il aborde. Un de mes collègues, M. Gosselin, a dit, ou du moins on lui a fait dire, que la réunion primitive, après avoir été adoptée avec enthousiasme de 1815 à 1840, fut à peu près abandonnée ensuite, et tomba en désuétude, jusqu'à sa reprise sous l'influence des recherches contemporaines depuis une quinzaine d'années : ce n'est pas ce que les circonstances particulières de mon éducation chirurgicale m'ont permis de constater ; je puis à cet égard me fonder sur ce que j'ai pu voir au cours de mes études, lorsque je fus sucuessivement l'interne de Jobert, de Roux et de Nélaton. Jobert, chirurgien bizarre, étrange, joignait à son dérèglement d'esprit une pratique journalière contestable ; il avait cependant certains traits d'ingéniosité, presque de génie. Il poursuivait la réunion primitive avec trop de brutalité, cousant les plaies comme un bourrelier, avec de gros fils, de grandes épingles ; il échouait le plus souvent, et cependant je citais tout-à-l'heure de lui une réunion primitive, qui fut un beau succès. Le même chirurgien procédait bien autrement quand il s'agissait d'une fistule vésico-vaginale : on le trouvait là patient, délicat, ingénieux ; cette conduite lui valait, d'ailleurs, des succès étonnants.

La comparaison de ces opérations bien conçues avec d'autres qui me semblaient mal exécutées et qui échouaient me conduisit à attribuer une importance considérable aux procédés d'exécution de la réunion primitive. Mon second chef, Roux qui avait rapporté de ses voyages d'Angleterre (1814-15) une grande admiration pour la pratique de ce pays et de la réunion primitive en particulier, Roux faisait avec succès de la réunion primitive pour la staphylorrhaphie, le bec de lièvre, la périnéorrhaphie : pour cette dernière, il donnait le précepte de réunir superficiellement pour obtenir la forme extérieure et profondément pour assurer la solidité. N'était-ce pas là réaliser sans le dire l'accollement parfait et total ? Si Roux avait généralisé ce principe si juste, il aurait avancé de 30 ou 40 ans la thérapeutique des plaies. — Mais il ne tentait pas la réunion primitive pour les grandes plaies d'amputation : il faut dire que l'on était guère outillé ; les procédés étaient des plus défectueux, emplâtres, sutures entortillées, enchevillées, du pelletier, etc, les aiguilles étaient grossières. On ne se doutait pas alors de l'importance de la contention délicate et complète. L'idée de soumettre des surfaces traumatiques à une pression même légère n'était pas encore venue, et l'on accumulait autour des lambeaux, coussins et cataplasmes, surtout en vue du gonflement inflammatoire. Nélaton, chirurgien sagace, avisé, éclectique, recourait peu à la réunion primitive pour les grandes plaies opératoires, mais il la connaissait et appréciait ses ressources : on sentait que s'il ne la tentait pas plus souvent, c'était faute de moyens en son pouvoir ; si on lui avait offert les ressources dont nous disposons aujourd'hui, il eût été le premier à s'en emparer et à les mettre à profit.

Dans ma pratique personnelle, j'ai toujours été l'adepte de la réunion primitive, que je crois le mode le plus rapide et le plus sûr, et je ne fais que m'y confirmer, à mesure que les ressources deviennent plus grandes. En 1860, faisant un remplacement dans cet hôpital même, j'eus à intervenir pour une tumeur blanche ulcérée du genou ; après avoir pris l'avis de Velpeau, je pratiquai l'amputation de la cuisse à lambeau antérieur, celle qui permet le meilleur affrontement et la réunion primitive la plus certaine. Je plaçai le faisceau des fils à ligature dans l'angle le plus déclive, j'entourai la plaie d'ouate, mais sans comprimer assez sans doute : la réunion fut obtenue en grande partie.

Deux ans plus tard, mon collègue et ami, M. Potain me priait d'opérer deux malades ; je fis l'amputation de Chopart sur une vieille femme de l'hospice des Ménages ; j'obtins la réunion primitive ; sur le second malade, je pratiquai l'amputation de la jambe au tiers supérieur par le procédé de Sédillot que j'ai modifié dans le but d'éviter la saillie de l'angle tibial : J'eus, à cette époque, l'idée de placer un drain au niveau du point de réflexion du lambeau. A l'hôpital Saint-Louis où j'étais appelé à suppléer M. Richet, je me souviens d'avoir vu le moignon presque cicatrisé d'une amputation de jambe, traversé de même par une mèche. C'était là l'idée, qu'on a depuis donnée pour nouvelle, de fournir un conducteur à l'évacuation des liquides : vous observerez incidemment, à ce propos, combien il arrive fréquemment que l'on discute à tort sur des questions de priorité qui n'ont pas leur raison d'être ; s'il est vrai que la publication d'un fait constitue un droit de priorité, il n'en est pas moins vrai que la publication d'un fait de pratique est un petit mérite et qu'on hésite souvent à en faire l'objet d'une publication.

V.

Mon but, en vous mettant au fait de ma situation personnelle, des enseignements que j'ai reçus et des exemples qui m'ont instruit, n'est autre, Messieurs, que de vous faire

saisir par un exemple, par quel progrès successif des idées, la génération actuelle est arrivée, pour la réunion primitive, à une conception différente de celle de ses devanciers: Les idées se sont élargies, les données se sont agrandies.

Vous connaissez maintenant ma doctrine sur la réunion primitive, nous nous occuperons désormais de ses moyens. Pour réaliser cette réunion primitive, il suffit de réaliser ce que j'ai nommé l'affrontement parfait Y a-t-il un moyen unique, une panacée, dont on puisse obtenir cet affrontement ? nullement; les moyens diffèrent selon les cas, les uns sont plus puissants que d'autres. Dans les cas simples et faciles, on emploie des moyens simples et faciles ; dans certains cas, rares à la vérité, la position seule suffit — la position et le repos, c'est tout ce que l'on peut fournir après l'opération de la cataracte, par exemple. Pour les plaies étendues, la position suffit rarement, mais le fait est possible et alors il ne faut rien ajouter ; quelquefois les agglutinatifs, taffetas gommés, collodion, diachylon, etc., aident puissamment la position et le repos.

D'autre part, on peut avec avantage combiner avec ces moyens l'application de bandages destinés à assurer la compression et le rapprochement exact des parties profondes. Je me servais autrefois de compresses graduées, on peut employer l'ouate — je préfère les rondelles d'amadou qui épousent mieux les dépressions et les saillies d'une surface. Mais dans quels cas peut-on s'arrêter à ces moyens simples ? c'est là le point difficile à déterminer.

D'une façon générale, chaque fois qu'une plaie est plus large que profonde, et que les parties superficielles se prêtent au rapprochement, lorsque les parties profondes fournissent un point d'appui résistant qui rend la compression précise et efficace, les agglutinatifs, les bandages compressifs appropriés, le repos, suffisent pour assurer la réunion profonde tout au moins; la réunion superficielle peut manquer ou être incomplète. Ces conditions sont réalisées sur toute l'étendue du crâne, sur certaines parties de la face, à l'épaule, à la région supérieure de la hanche, à la fesse, etc.

La réunion superficielle exige le plus souvent d'autres moyens, ce sont les différents procédés de suture. Les sutures superficielles se résument toutes dans la suture à points passés, avec un fil métallique d'argent ; ce métal a mérité d'être préféré parce qu'il est d'un prix relativement peu élevé et qu'il ne s'oxyde que très-lentement. Certes, on n'en est plus à dire avec Marion Sims que la découverte du fil d'argent est la plus belle conquête chirurgicale du siècle, — volontiers la plus belle découverte des temps modernes, mais il n'en est pas moins vrai que son emploi a pris une extension rapide et à peu près générale. Le fil d'argent doit son succès à deux avantages qu'il possède : il est indilatable et garde son volume au lieu de s'imbiber de liquides organiques comme les fils végétaux, et surtout il permet un affrontement plus naturel ; en effet, il se plie à angle droit au point précis où sa direction change dans la profondeur des tissus, tandis que le fil végétal ne peut que former une anse qui tend à s'arrondir et à ramasser les tissus en les fronçant. En d'autres termes, l'anse que l'on obtient avec lui n'est pas un cercle, mais un rectangle. Toute l'autoplastie spécule sur la valeur et la bonne exécution des sutures superficielles, si perfectionnées aujourd'hui.

La réunion profonde exige souvent des sutures profondes, de là les sutures enchevillées, que Roux en particulier appliquait si heureusement à la périnéorrhaphie, de là ce mode de suture, fréquemment employé aujourd'hui sous le nom de suture en plaques, en bouton ; le principe est toujours le même : après avoir traversé toute l'épaisseur des lambeaux à réunir avec un fil d'argent solide, on tend ce fil en garnissant ses extrémités d'une plaque ou d'une cheville qui forme arrêt. On emploie le plus souvent à cet usage des plaques de plomb ovales percées d'un trou, malléables, mais résistantes.

On peut, dans certains cas, réaliser la même indication à l'aide de griffes, de pinces, de grosses serres fines, de ressorts, disposés de façon variable. La serre-fine de Guersant pour le bec de lièvre, les griffes de Lallemand pour la fistule vésico-vaginale, les larges pinces mousses à pression continue que M. Azam, conseillait dernièrement pour l'accolement des lambeaux d'amputation, ne sont que des applications variées de la même idée. (*A suivre.*)

CHIMIE MEDICALE

De la modification importante que subit la constitution chimique de l'urine dans la paralysie agitante (phosphaturie) ;

Par le Dr Jules **CHÉRON**, docteur ès-sciences, médecin de Saint-Lazare.

Dans ses savantes *Leçons sur les maladies du système nerveux*, publiées en 1873, M. Charcot signale en ces termes la lacune que nous nous efforçons aujourd'hui de combler. « Il serait intéressant de rechercher si, dans la paralysie agitante, de même que cela a lieu, d'après M. Bence Jones, dans la chorée et le délirium tremens, affections dans lesquelles il y a une grande dépense musculaire, les urines présentent dans leur constitution chimique quelque modification importante et en particulier une augmentation de la proportion des sulfates (1). »

En 1869, nous publiâmes dans la Revue de thérapeutique, un mémoire sur la paralysie agitante et son traitement par les courants continus. A cette époque déjà, les modifications que subit la constitution chimique de l'urine dans cette affection et l'influence qu'exerce sur ce liquide excrémentitiel l'application des courants continus, fit, a plusieurs reprises, l'objet de nos recherches; mais la longueur du temps nécessaire à une seule analyse complète par les procédés volumétriques à l'aide de la burette graduée, le plus expéditif de tous les procédés connus, nous fit renoncer bien vite à ce genre de recherches.

Depuis quelque temps, nous avons creé, en collaboration avec un de nos élèves, M. Spallarossa, une nouvelle méthode de dosage qualitatif et quantitatif des éléments constitutifs de l'urine. Cette nouvelle méthode, qui permet de doser très-rapidement, et de faire un certain nombre d'analyses en même temps, nous a permis de reprendre plusieurs questions au nombre desquelles figure celle de la constitution chimique de l'urine dans la paralysie agitante, que l'insuffisance des moyens nous avait forcé d'abandonner.

La paralysie agitante ou maladie de Parkinson (dont la première description régulière a été faite en 1817, par l'auteur anglais qui porte ce nom), est restée confondue avec la sclérose en plaques jusqu'au moment où M. Charcot en indiqua la ligne de démarcation, en 1868, dans l'excellente thèse du Dr Ordenstein.

Cette affection, que beaucoup ne reconnaissent que le jour où le symptôme tremblement apparaît, présente, à notre avis, une période prodromique de longue durée que révèle l'analyse complète des éléments de l'urine, ainsi que l'épuisement progressif des forces. Faire remonter au-delà de l'apparition du tremblement, le début de la paralysie agitante n'est point chose admissible, vu la netteté, le caractère individuel du symptôme pathognomonique qui a donné son nom à cette affection (2), mais, tout en signalant son début brusque, il importe d'étudier les causes qui l'ont préparée, causes prédisposantes inconnues jusqu'à ce jour et d'autant plus importantes à connaître, que le médecin est plus désarmé en présence de l'envahissement progressif de cette maladie.

Les impressions morales vives, l'impression du froid humide, regardées généralement comme causes primitives de la paralysie agitante, ne sont, d'après cela, que les causes déterminantes qui font éclater la maladie, déjà préparée de longue main par un épuisement nerveux profond.

(1) Voir dans la 2e édition du tome I des *Leçons* de M. Charcot (p. 179), une note de M. Regnard sur le sujet en question.

(2) Nos lecteurs savent qu'il est possible de diagnostiquer la paralysie agitante avant l'apparition du tremblement. (V. *Progrès médical*, 1876, p. 638.)

En effet, chez tous les malades intelligents, atteints de paralysie agitante qu'il nous a été donné d'interroger, nous avons découvert, même dans les cas où l'irruption de la maladie paraissait brusque, un affaiblissement progressif des fonctions de relation en rapport avec une élimination considérable des éléments phosphatés de l'urine. Les malades accusaient un épuisement général; tout travail cérébral leur devenait promptement pénible ; leurs urines étaient troubles, jumenteuses et offraient un abondant dépôt de phosphates.

Nous avons fait l'analyse des urines de tous les malades atteints de paralysie agitante que nous avons vus depuis trois ans, au nombre de huit, et chez tous nous avons constaté avec l'aide de chacun d'eux, l'état progressif de l'épuisement des forces, l'existence d'une urine trouble depuis plusieurs années, et enfin une composition identique des urines chez tous, urines qui ont été analysées au moins une fois.

De ces huit malades, deux sont restés sous notre direction pendant plusieurs mois; l'un a suivi un traitement quotidien par les courants continus, l'autre a été traité par les préparations de strychnine, plus tard par les amers et en dernier lieu par les préparations phosphorées. Les analyses ont été faites régulièrement deux fois par semaine. Nous allons en exposer les résultats et répondre, par cela même, au désidératum exprimé par le savant médecin de la Salpêtrière, dont nous avons rapporté les propres paroles au commencement de ce travail, en même temps que nous constaterons l'action de tel ou tel traitement sur la composition des urines dans la paralysie agitante.

Dans la paralysie agitante, il y a une augmentation de la quantité d'urine qui dépasse souvent le double de la moyenne, ainsi qu'une augmentation des phosphates dont l'acide phosphorique est parfois le triple du taux normal ; quant aux sulfates, l'accroissement de leur quantité est insignifiant. Ce résultat, contradictoire au premier abord, étant donné que les sulfates,ont leur origine dans le travail musculaire, s'explique facilement par l'examen de la température chez les malades atteints de paralysie agitante. Les expériences de M. Charcot lui ont prouvé que quel que soit le degré du tremblement, la température reste au terme physiologique (37°,5 au rectum).

C'est que, dit M. le professeur Charcot, il s'agit là de contractions musculaires dynamiques. Or, les contractions musculaires statiques seules occasionnent une élévation de la température appréciable au thermomètre. A ce point de vue, les contractions peuvent être rangées sous deux chefs : les unes *statiques*, c'est-à-dire avec prédominance des contractions toniques font monter la température d'une manière plus ou moins prononcée, telles sont le tétanos, l'attaque épileptique ; les autres *dynamiques* ou avec prédominance des mouvements cloniques n'affectent pas la température d'une façon notable.

Tel est le cas de la paralysie agitante, dans laquelle les contractions musculaires n'étant pas de nature à élever la température, les produits de combustion qui se formeraient alors (les sulfates) n'ont pas sujet d'exister en excès. Ceci explique pourquoi,dans la paralysie agitante,la quantité des sulfates excrétée par l'urine reste normale ou ne subit qu'une augmentation insignifiante, ne pouvant par conséquent constituer le caractère principal d'altération de la sécrétion urinaire.

Avant de rapporter les résultats de nos analyses, jetons un coup d'œil sur la signification clinique et les indications que nous pouvions tirer, chez nos malades atteints de paralysie agitante, de l'augmentation ou de la diminution des éléments de l'urine : l'urée, les chlorures, les sulfates, les phosphates et les matières colorantes.

Urée. — De nombreuses recherches ont montré que la moyenne d'urée excrétée en 24 heures par un homme adulte est de 20 à 22 grammes pour une quantité moyenne de 1250 grammes d'urine. La constitution du corps, l'alimentation, le degré d'activité de la métamorphose organique modifient cette moyenne.

Quoi qu'il en soit, on doit considérer dans une augmentation de la quantité d'urée excrétée deux choses : 1° Si l'augmentation persiste pendant longtemps, alors elle indique une suractivité dans la métamorphose des éléments azotés. 2° Si l'augmentation n'est que passagère, dans ce cas, elle n'est pas nécessairement le signe d'une production d'urée plus grande, parce qu'elle peut tenir à une augmentation de la sécrétion de l'urine par laquelle, on le sait, l'urée accumulée dans l'organisme est promptement éliminée.

Chez les malades, dont nous rapportons l'observation à ce point de vue spécial, l'urée a été toujours en quantité normale; l'augmentation n'en a été qu'apparente; car il faut tenir compte de la polyurie qui existait alors chez eux. Ce résultat confirmerait ce que l'on pouvait observer chez ces malades, c'est-à-dire un sommeil tranquille, un appétit soutenu, pas d'amaigrissement.

Chlorure de sodium. — Les renseignements que peut donner le dosage du chlorure de sodium peuvent être modifiés par celui des autres éléments de l'urine. Néanmoins, l'augmentation ou la diminution de ce produit dans les maladies chroniques est importante à connaître, car elle nous indique dans une certaine mesure le pouvoir digestif des malades.

Une digestion normale se dénote par une moyenne de 6 à 10 grammes par vingt-quatre heures. C'est le cas de nos deux malades; chez le premier, cette quantité est un peu supérieure à cette moyenne, ce qui tient évidemment à l'usage que ce malade, d'excellent appétit, fait des aliments chlorurés.

Sulfates. — Le dosage de l'acide sulfurique, excrété par l'urine, permet de tirer les conclusions suivantes de l'augmentation de la quantité de ce corps : A part le cas où le malade a ingéré des sulfates, du soufre ou de grandes quantités de viande, une augmentation d'acide sulfurique est le signe d'une destruction musculaire considérable, ou bien dans des affections fébriles aiguës, cette augmentation est en rapport avec une décomposition anormale des éléments sulfurés de l'organisme.

Chez nos malades, la quantité d'acide sulfurique est restée plutôt au-dessous de la normale; nous avons donné plus haut l'explication de ce fait en apparence contradictoire avec l'examen de la maladie. L'augmentation légère observée çà et là, chez le premier de ces malades, est en rapport avec des périodes de grandes fatigues musculaires que ses occupations lui ont fait éprouver.

Phosphates. — Chez nos malades, l'augmentation de l'acide phosphorique excrété a été la plus importante à noter pour plusieurs raisons. La grande quantité de ce corps éliminée par les urines ; son apparition à une époque bien antérieure à l'explosion de la maladie ; de plus, sa diminution coïncidant avec l'état d'amélioration amené par un traitement spécial, nous autorisent à considérer l'excrétion en quantité anormale de ce produit de sécrétion comme le symptôme primordial de la paralysie agitante dont les oscillations dans la marche sont reproduites fidèlement par des diminutions ou des augmentations dans la quantité de ce corps excrété chaque jour.

Les observations de nos deux malades,et surtout celle du premier, nous ont montré une quantité d'acide phosphorique très-grande au début, mais qui, sauf quelques oscillations, a subi au fur et à mesure du traitement par les courants continus, une diminution constante.

Aujourd'hui, les urines sont moins abondantes, la polyurie a disparu : les urines sont moins chargées et le dépôt, insignifiant et même nul quelquefois, n'occupe plus comme au début, le tiers de la hauteur du vase.

Observation I. — M. X..., à la suite d'une vive émotion fut pris il y a 18 mois d'un tremblement qui débuta par la jambe gauche, envahit progressivement le bras gauche et aurait aujourd'hui une certaine tendance à envahir le bras droit.

Ce malade nous raconte que depuis 12 ans, il a observé chez lui des urines abondantes et jumenteuses; il était pris deux fois par jour de selles presque diarrhéiques et il sentait sa force physique et cérébrale baisser progressivement. Il avait, disait-il, lui très-fort et toujours très-vigoureux, des

accès de fatigue inexplicable qui augmentaient progressivement.

Nous avons vu, pour la première fois, ce malade il y a environ dix mois ; c'est à ce moment que le traitement par les applications de courants continus a été institué. Depuis cette époque, nous avons analysé les urines en moyenne deux fois par semaine. Voici les résultats de nos observations.

Quantité. — La moyenne physiologique en 24 heures est de 1,250 c. c. — Très-élevée au début, 2,400 c. c. et même 2,650 c. c. chez notre malade, elle s'est abaissée progressivement jusqu'à 800 c. c. — C'est la valeur qu'elle a actuellement. Mais elle n'est descendue à ce chiffre qu'en subissant une série d'oscillations.

Densité. — La moyenne physiologique est de 1,018. — La densité s'est constamment maintenue entre 1,020 et 1,025. Sa variation n'a pas suivi une marche inverse de celle de la quantité.

Réaction. — La réaction n'a pas toujours été normale ; au commencement, il y avait une réaction nettement alcaline.

Urée. — La moyenne physiologique est de 18 à 30 grammes par 24 heures. — Chez M. X..., l'urée d'abord à 35 gr. est rapidement tombée entre 25 et 30 grammes et elle s'est constamment maintenue dans cette limite.

Chlorure de sodium. — La moyenne physiologique est de 12 grammes par 24 heures. Chez notre malade, le chlorure de sodium s'est maintenu entre 8 et 15 grammes.

Sulfates. — La moyenne physiologique est de 3 grammes d'acide sulfurique par 24 heures.

Chez M. X..., l'acide sulfurique était au début à 2 g. 48 ; il a ensuite subi des oscillations très-marquées : 1 g. 04 — 1 g. — 2 g. 60 — 3 g. 60 — 2 g. 70 — 1 g. 25 — 4 g. 50, etc. Néanmoins dans la majorité des cas, sa quantité est restée au-dessous de la normale.

Phosphates. — La moyenne physiologique est de 2 g. 30 d'acide phosphorique en 24 heures. Chez notre malade, la quantité d'acide phosphorique était au début de 5 gr. 80 par 24 heures.

Les quelques nombres suivants donneront une idée de l'oscillation éprouvée par l'excrétion de cet acide sous l'influence du traitement : 5 g. 12 — 4 g. 55 — 3 g. 30 — 3 g. 52 — 2 g. 18 — 2 g. 37 — 2 g. 16 — 2 g. 05 — 2 g. 15 — 2 g. 10 — 1 g. 90, etc.

Les analyses montrent que, chez ce malade, tous les éléments de l'urine, à l'exception de l'eau et des phosphates, restent sensiblement au taux normal, et que l'altération porte sur la quantité d'urine qui s'élève au double de la moyenne, pendant que les phosphates, dosés par l'acide phosphorique, représentent un nombre trois fois plus élevé que le chiffre normal.

Sous l'influence du traitement par les courants continus, en même temps que diminuait la quantité d'urine émise et la quantité de phosphates qu'elle contenait, le malade signalait les résultats suivants : Les envies fréquentes d'uriner diurnes et nocturnes ont disparu ; le sentiment si pénible de roulement et de tremblement interne n'existe plus. Il en est de même des douleurs articulaires et des tressautements des muscles. L'expression d'hébétude du visage a diminué ; il n'y a plus de raideurs musculaires ; la marche est beaucoup plus facile : l'activité cérébrale très-augmentée. Ce malade lit et cause plus volontiers ; il est survenu une facilité très-grande à rester longtemps assis (à table, au théâtre, etc.), ce qui était devenu impossible depuis quelque temps.

Le malade s'endort sans malaise et promptement. Son sommeil est aujourd'hui très-prolongé, sept à huit heures sans interruption. Enfin, le tremblement des membres est très-diminué. Le malade ne transmet plus d'ébranlement au tronc et à la tête, comme cela avait lieu au début du traitement.

OBSERVATION II. — Dans notre service hospitalier de Saint-Lazare, nous avons soigné une malade atteinte de paralysie agitante. L'apparition du tremblement remonte à deux ans. Cette malade nous raconte qu'elle n'a jamais été très-forte, mais toujours très-impressionnable et que sous la moindre influence, elle éprouvait un frémissement intérieur très -pénible ; elle est âgée de 45 ans. Depuis l'âge de 30 ans, elle a constaté l'épuisement progressif de ses forces ; ses urines étaient jumenteuses et troubles, et de plus extrêmement abondantes.

Des analyses faites pendant tout le temps que cette malade est restée dans notre service, nous ont démontré que, de même que chez le précédent, l'augmentation des matériaux excrétés par l'urine, portait surtout sur la quantité et sur les phosphates.

Quantité. — La moyenne physiologique est de 1250 cc. en 24 heures.

Pendant les premiers temps du séjour de cette malade dans le service, la quantité d'urine a oscillé entre 2.100 et 2.700 cc. ; mais, dans les derniers jours, elle est descendue accidentellement une fois ou deux à 850 cc. en 24 heures.

Densité. — La moyenne physiologique est de 1018. La densité a oscillé entre 1022 et 1032.

Réaction. — La réaction, normale la plupart du temps, s'est montrée quelquefois très-alcaline ; elle coïncidait alors avec une urine trouble, présentant un abondant dépôt, formé principalement de phosphates.

Urée. — La moyenne physiologique est de 18 à 30 grammes en 24 heures. L'urée s'est tenue presque constamment dans les limites normales ; jamais au-dessus ; deux ou trois fois au-dessous (10 à 12 gr. en 24 h.)

Chlorure de sodium. — La moyenne physiologique est de 12 grammes en 24 heures. Chez cette malade, ce produit s'est toujours maintenu à des valeurs voisines de la normale (10 à 15 gr. en 24 heures.)

Sulfates. — La moyenne physiologique est de 3 grammes d'acide sulfurique en 24 heures. La moyenne d'acide sulfurique excrété a été chez cette malade au-dessous de la normale (1,80 à 0 g. 96 d'acide sulfurique en 24 heures). Ce qui s'explique par le repos absolu de la malade.

Phosphates. — La moyenne physiologique est de 2 gr. 30 d'acide phosphorique en 24 heures. Chez notre malade, la quantité d'acide phosphorique excrété n'a jamais été au-dessous de la normale et a varié en moyenne entre 5 g. 26 et 3 g. 55 par 24 heures.

Cette malade, traitée par les préparations de strychnine, les amers et les préparations phosphorées, a été sensiblement améliorée. Mais l'acide phosphorique ne s'est jamais abaissé au-dessous de 3 gr. 55 en 24 heures.

Nous avons vu disparaitre successivement, chez notre malade, les envies fréquentes d'uriner, les contractures musculaires, les secousses, les malaises qui l'empêchaient de rester assise, et de s'endormir promptement une fois au lit. Le tremblement lui-même s'est atténué, la marche est devenue plus facile, seulement les résultats obtenus à l'aide des moyens que nous venons de mentionner, sont inférieurs à ceux qu'a donné l'application des courants continus, comme pouvait d'ailleurs le faire présager l'élimination persistante des phosphates.

En résumé les nombreuses analyses d'urine, faites aux différentes époques de la paralysie agitante, chez les deux malades dont nous venons de rapporter les observations, autorisent, selon nous, les conclusions suivantes :

Le symptôme pathognomonique de la maladie de Parkinson serait, d'après nos analyses, préparé à la longue par un épuisement de tout l'organisme en général et de la substance nerveuse en particulier, épuisement révélé bien longtemps avant l'explosion de la maladie par un état particulier des urines consistant surtout dans une élimination considérable de phosphates, une véritable *phosphaturie*, et c'est en employant les moyens aptes à diminuer cette élimination qu'on atténue cette affection et qu'on arrivera sans doute à la guérir.

SECOURS MÉDICAUX DE NUIT. — Le service de secours de nuit, organisé par la préfecture de police donne les meilleurs résultats. Presque tous les médecins de la capitale, en effet, ont consenti à prêter leur concours à ce service qui se développe de jour en jour. Le tableau de ces médecins est déposé dans chaque poste, où les amis et les parents des blessés et des malades peuvent faire un choix entre tous les praticiens du quartier. Ces derniers reçoivent 10 fr. par visite. Cette somme est payée par les intéressés lorsqu'ils ont le moyen de le faire, ou par l'administration. Si, au début, l'institution mal connue, n'a pas été appréciée comme elle devait l'être, il n'en est plus de même depuis quelque temps. Les intéressés ont souvent recours à l'intervention des agents pour obtenir les secours de nuit ; et la meilleure preuve que l'on en puisse donner, c'est que depuis le commencement de cette année, il a été fait près de trois mille visites par les médecins inscrits sur les tableaux placés dans les postes. — (*Journal officiel*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Statistique sanitaire de Paris.

Une des principales préoccupations, sinon la première, de l'administration d'une grande ville comme Paris, devrait être de combattre les causes morbifiques qui en déciment la population et d'alléger autant que possible le tribut qu'elle paie à la mort. Pour accomplir cette œuvre, pour agir efficacement, il faut au préalable être édifié sur la nature de ces causes de mortalité ; c'est là un truisme qu'on a presque honte de répéter, et sur lequel l'insistance pourtant est de rigueur, car on semble parfois l'oublier. Si l'on veut que l'hygiène publique progresse, il est de toute nécessité de lui fournir les renseignements les plus précis, en d'autres termes d'établir une statistique exacte et complète. Or, au point de vue sanitaire, le service statistique de la ville de Paris présente des lacunes fort regrettables que le Conseil municipal se propose de combler.

Un intéressant rapport de M. Lamouroux, présenté au nom de la deuxième Commission (1) nous permettra d'exposer l'état actuel de ce service et les améliorations en projet.

Le dénombrement de la population, classée par profession, âge, etc., est la base obligée de toute opération statistique. M. Lamouroux signale dans le procédé employé par l'administration des causes d'erreur dont les plus graves sont malheureusement les plus difficiles à supprimer. Si rien n'empêche, en effet, de renoncer aux prétendues raisons *d'ordre et de convenance* qui ont jusqu'à présent imposé un mode particulier et infidèle de recensement de certaines catégories de personnes, cette dérogation au système général ne peut entraîner de bien graves inexactitudes. Par contre, les listes dressées par les 519 commissaires, souvent d'après les dires des concierges, peuvent amener des mécomptes formidables, si elles ne sont sincères, et le contrôle n'en est pas aisé. La véracité des déclarations d'âge est aussi fort contestable, et M. Lamouroux pense qu'on obtiendrait une approximation plus grande en demandant l'année de la naissance. Il y a des chances, en effet, pour que cette façon détournée de poser une question parfois désagréable heurte moins certaines faiblesses. Pour la constatation de la profession, on n'a guère à s'inquiéter de la bonne foi des déclarations; mais les cadres administratifs sont parfaitement insuffisants. Nous ne savons à quelles considérations on a obéi en les établissant; mais au point de vue médical, les 20 catégories de l'administration sont un vrai chaos. Ainsi, tandis que les individus faisant valoir eux-mêmes leurs terres sont séparés des fermiers et métayers, une seule et même catégorie renferme les bûcherons et les jardiniers-fleuristes, les charbonniers et les vignerons, etc.; sous la rubrique : *petite industrie*, sont confondus les chapeliers et les peintres en bâtiments, les tailleurs et les couvreurs, etc. Comme le dit M. Lamouroux, il y aurait à ce sujet bien des modifications à faire; elles devraient consister, ce semble, si l'on ne peut ouvrir un compte à chaque profession, à grouper au moins ensemble celles qui s'exercent dans des conditions hygiéniques analogues.

La constatation des naissances, qu'après 23 ans de réclamations on a enfin obtenu de faire à domicile, permettrait de recueillir des renseignements précieux sur la sexualité et la natalité par âge, si le bulletin contenait l'âge des parents. M. Lamouroux voudrait aussi que le bulletin indiquât la durée du mariage, le nombre des fausses couches et des grossesses antérieures, celui des enfants encore vivants, qu'il prévît les cas de grossesses gémellaires (nombre et sexe des jumeaux), et les cas de tératologie. Ce sont là, en effet, des modifications très-utiles et aisément réalisables, permettant de constater avec précision des faits matériels. Nous n'en dirons pas autant de la mention du degré d'aisance des parents ; c'est chose trop difficile à apprécier et surtout à exprimer en chiffres pour qu'il y ait grand fonds à faire dessus. De même, la limite entre l'ouvrier et le patron est trop indécise, pour qu'il y ait utilité à indiquer par une initiale à quelle classe appartient le père. A ces données vagues nous préférerions la notation du degré de parenté des conjoints qui serait là mieux placée que dans le relevé des mariages.

Le service de la constatation des décès est fait par 73 médecins-vérificateurs qui rédigent les certificats de décès, et par 8 médecins-inspecteurs, d'une utilité contestable. Le certificat est dressé d'après les dires de la famille, et, par conséquent, rien ne garantit l'exactitude du diagnostic qu'il porte. M. Lamouroux propose de faire intervenir, comme en Belgique et en Angleterre, le médecin traitant qui transmettrait son diagnostic écrit à l'administration, directement ou par l'intermédiaire de la famille, suivant le cas. Nul obstacle matériel ne s'oppose à cette innovation ; mais elle se réduirait à un simple postulatum si la loi n'édictait une sanction contre le médecin traitant négligent. On n'en est pas là ; et les vérificateurs en ont pour longtemps encore à faire des diagnostics rétrospectifs. Quant aux autres modifications au bulletin de décès demandées par M. Lamouroux, profession, état social, durée du mariage ou du veuvage, nombre d'enfants, etc., elles ne peuvent soulever aucune objection. On ne peut qu'approuver aussi le désir du rapporteur de la 2e Commission, de voir la nomenclature faire mention des décès de cause palustre, et indiquer la nature des intoxications professionnelles (plomb, mercure, phosphore, etc.)

Le bulletin mensuel de statistique municipale, conçu de parti pris en dehors de toute théorie scientifique, renferme quatre parties: topographie, population, variétés et accusés de réception, ces deux dernières sans rapport direct avec l'hygiène publique de Paris. La première partie relate les variations de l'état hygrométrique, électrique et chimique de l'atmosphère, de la direction des vents, etc. ; M. Lamouroux a donc raison de critiquer son titre de *topographie*, il voudrait y substituer celui de *climatologie;* plus exacte encore serait l'appellation de *météorologie.* C'est du reste la meilleure partie du bulletin, probablement parce qu'elle est due à des savants.

Dans la seconde partie, qu'il vaudrait mieux appeler *démographie*, on reconnaît, aux lacunes qu'elle présente, la main des administrateurs dédaigneux des théories scientifiques. Nous avons déjà signalé, après M. Lamouroux, les défauts du relevé des naissances. Le relevé des mariages néglige aussi des renseignements importants :

(1) MM. de Hérédia, *président* ; Lamouroux, *secrétaire* ; L. Combes; Degouve - Denuncques ; Delpire ; Denizot ; Leneveux ; Level ; Morin ; Prétet.

l'âge des conjoints qui paraît avoir une grande influence sur la durée de la vie, leur culte, leur profession; le nombre des séparations de corps, avec les mêmes détails; la proportion des mariages et du nombre des gens mariables.

Enfin, le relevé des décès omet le classement par profession qui, combiné avec le classement par âge, serait fécond en enseignements si les catégories professionnelles étaient moins fantaisistes. Ce relevé ne tient pas compte non plus des mort-nés avant quatre mois, ni des monstres: ces deux points, indifférents peut-être à l'administration, ne le sont pas à la science.

La Commission voudrait voir joindre à ce bulletin mensuel des graphiques faisant mieux ressortir, à l'aide de courbes et de teintes plates, des résultats qui, exprimés en chiffres, ne frappent pas autant l'œil. Ce serait certainement là une adjonction avantageuse; mais on doit convenir que cette traduction des tableaux numériques serait coûteuse, si elle devait être complète, et qu'alors elle ferait double emploi avec eux. Les savants qui voudront étudier les rapports supposés entre deux ordres de faits pourront toujours, d'ailleurs, construire des graphiques avec les données du bulletin. — Quant à la périodicité de ce bulletin, il importera peu qu'il soit mensuel ou trimestriel tant qu'il paraîtra avec un retard de six mois. Cependant, puisque la Commission a agité cette question, nous lui soumettrons deux observations: d'abord, plus la période d'observation sera courte, plus les variations pourront être consignées avec détail; ensuite si, pour laisser plus de temps à la rédaction et permettre d'accumuler un plus grand nombre de documents, le bulletin devient trimestriel, le retard de publication risque de s'accroître.

Mais quelle que soit la décision prise à ce sujet, un bulletin hebdomadaire, destiné surtout aux praticiens de la ville et les avertissant des maladies courantes et de leur gravité, est de toute nécessité. Le bulletin hebdomadaire actuel est accusé d'insuffisance complète par M. Lamouroux, dont nous partageons l'opinion; mais certaines additions suggérées par lui nous paraissent peu désirables. Ainsi la reproduction des chiffres de la semaine précédente n'est pas indispensable: la comparaison s'établissant aisément en se reportant au bulletin précédent; quant aux chiffres moyens de la même semaine dans les dix dernières années, et à ceux de la semaine moyenne annuelle de ces dix années, ceux là ne les regretteront guère qui, comme nous, n'accordent aux moyennes aucune valeur réelle. Il faut dire que ces additions n'existent pas dans le modèle de bulletin hebdomadaire qui termine le rapport de M. Lamoureux, et ce modèle n'en est pas plus mauvais. L'idée d'y ajouter un tableau comparatif des naissances et des décès à Paris et dans les principales villes de France et de l'étranger, avec indication de l'épidémie dominante, est une innovation heureuse. On approuvera aussi la figuration, par une carte, des maladies zymotiques ayant régné à Paris pendant la semaine; toutefois il semble que cette carte gagnerait en clarté et en exactitude si l'on se servait, pour y marquer le nombre des cas de décès par les diverses épidémies, de chiffres suivis d'une initiale. Les signes proposés sont arbitraires, obscurs, peu exacts et deviendraient encombrants, en cas de mortalité tant soit peu élevée.

On ne comprendrait pas que l'administration portât le mépris des théories scientifiques jusqu'à repousser les améliorations à la statistique municipale demandées par la 2e Commission; pour la plupart, malgré leur importance elles ne sont qu'une affaire de typographie. Aussi comptons-nous les voir bientôt réalisées. Il n'en est plus de même de la mesure qui couronnerait cet ensemble de réformes et, en leur donnant toute leur valeur, en assurerait la bonne exécution. La création d'un bureau central de statistique, organisé d'après les principes scientifiques, dirigé par un savant doué d'une compétence spéciale, dérangerait bien des habitudes, heurterait bien des préjugés, éveillerait bien des susceptibilités. M. Lamouroux a beau se faire modeste, rappeler qu'il ne demande pas un bureau de santé comme celui de Bruxelles qui comprend toute l'hygiène et la salubrité de la ville, faire observer qu'il ne réclame pas même pour ce bureau de statistique l'inspection médicale hebdomadaire des écoles, il n'en reste pas moins que son projet tend à substituer la science à la routine, à introduire un loup dans la bergerie bureaucratique. C'est pourquoi nous désirons le succès de ce projet beaucoup plus que nous ne l'espérons. E. T.

Ouverture du cours de clinique médicale de la Charité.

Mardi dernier, devant un nombreux et très-sympathique auditoire, M. le professeur Hardy a ouvert son cours de clinique médicale. La première leçon, destinée à nouer les liens qui doivent unir le maître aux élèves, à formuler son programme et marquer les tendances de son enseignement a, toute entière, été consacrée à *l'art de connaître et de traiter les malades, à la clinique,* but suprême de toutes les sciences médicales.

Le professeur s'est attaché à faire ressortir la distance grande qui sépare la pathologie de la clinique; la première, envisage les divers états morbides d'une façon abstraite et générale, de manière à donner de chacun d'eux un tableau complet, détaillé, parfait et fini; la seconde étudie les états morbides d'une façon concrète, dans les mille nuances et particularités qui donnent à chacun d'eux une physionomie spéciale et créent autant d'*esquisses* rappelant plus ou moins le tableau idéal.

Les difficultés de la clinique gisent justement dans la variété infinie des états pathologiques qui s'individualisent avec les sujets, suivant leur âge, leur sexe, leur tempérament, leur hérédité, leurs antécédents, leurs habitudes, etc. C'est au travers de chacun de ces éléments modificateurs qu'il s'agit, en clinique, de dépister les divers états morbides, de retrouver parmi tels phénomènes atténués, et parmi tels autres phénomènes exagérés, ceux des symptômes qui permettent de reconnaître, de diagnostiquer les diverses individualités pathologiques.

Comment reconnaître les maladies? comment établir un diagnostic indispensable pour formuler un pronostic et formuler un traitement? Les moyens de diagnostic sont tout entiers dans l'examen et l'interrogatoire du malade qu'on ne saurait faire avec trop de soin, de méthode et de patience.

De l'examen, on peut dire qu'il vaudra ce que vaut le médecin, dont les sens ne sauraient être trop exercés, dont

les connaissances en pathologie ne sauraient être trop étendues, dont le jugement ne saurait être trop droit pour le mettre en garde contre les *a priori* et les premiers mouvements.

L'interrogatoire sera minutieux, patient, méthodique et varié pour dépister les erreurs dans lesquelles le malade pourrait jeter le médecin volontairement ou involontairement. La révélation d'un symptôme prédominant ou d'un groupe de symptômes dirigera l'examen sur l'appareil dont il fera supposer la lésion. L'examen de l'appareil lésé fournira au médecin un certain nombre de signes qui, réunis, appréciés, groupés, serviront à esquisser un tableau qui, mis en regard *du modèle* tracé par les pathologistes, permettra d'établir le diagnostic de la maladie, de reconnaître sa forme, son intensité, son âge et ses destinées.

Passant de la théorie à la pratique, le professeur a, séance tenante, mis en œuvre, sur un malade de son service, les préceptes généraux qu'il venait de formuler : chez un homme, ayant abusé de la vie, vieilli avant l'âge, affecté il y a quelques années de strabisme et de blépharoptose, souffrant aujourd'hui de douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, se plaignant d'un peu de gêne dans la marche, il a montré, comment, par la considération des symptômes et des signes, on pouvait arriver à reconnaître un tabès dorsal, quoique bien des signes manquassent pour reconstituer dans son entier le type morbide, la maladie décrite en pathologie sous le nom d'ataxie locomotrice.

Au sujet de cet homme encore, le professeur a fait ressortir la nécessité de toujours examiner les malades des pieds à la tête : manquer à cette obligation eût entraîné, dans l'espèce, la méconnaissance d'une double lésion aortique pouvant d'autant mieux passer inaperçue que le patient n'accusait d'autre symptôme que des palpitations, dont on aurait pu rendre responsable son état névropathique.

L'audition des deux souffles, l'appréciation de leur timbre, de leur durée, de leur siége, de leur temps, les caractère du pouls, en un mot la constatation de chacun des signes physiques, était d'autant plus nécessaire que les troubles fonctionnels faisaient presque entièrement défaut et que, par ce côté encore, la maladie s'écartait de la description classique et reproduisait quelques-uns seulement des traits du *type pathologique* des lésions aortiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 novembre 1877.—Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Leven communique le résultat de ses recherches sur les propriétés chimiques du suc intestinal. Ce liquide s'est toujours présenté soit acide, soit neutre, *mais jamais alcalin*.

M. Cl. Bernard ne peut pas admettre les conclusions de M. Leven. Chez les animaux en digestion, le liquide intestinal est alcalin, tout au moins lorsqu'il s'agit de la digestion des matières azotées.

M. Duret fait une communication sur une observation clinique de commotion cérébrale. Nous renvoyons le lecteur au travail que M. Duret publiera prochainement, ici même, sur cette question.

M. Hayem fait part à la Société de ses dernières recherches sur les éléments figurés du sang.

Il existe constamment dans le sang des vertébrés ovipares, des éléments incolores différents des globules blancs. Ces globules, aussi nombreux que les globules blancs ordinaires, sont fusiformes ou ovoïdes. Ils se réunissent par groupes, lorsqu'on fait une préparation extemporanée du sang de la grenouille, et autour d'eux s'accumulent les globules rouges. L'ensemble de ces divers éléments peut alors présenter l'apparence d'une rosace, que Ranvier a prise pour une condensation des globules rouges autour d'un centre de coagulation. Mais, en quelques instants, les éléments fusiformes dont il s'agit, changent de forme ; leur protoplasma devient granuleux. Un noyau apparait à leur centre ; enfin des granulations très-réfringentes, très-claires, se répandent dans toute la préparation. C'est la vulnérabilité rapide de ces corpuscules qui a rendu leur observation difficile. En somme, ils diffèrent seulement des globules rouges, en ce que le disque qui entoure le noyau est imparfait, moins homogène. L'hémoglobine est-elle complètement absente dans ces éléments ? Peut-être y en a-t-il une faible quantité. Selon toute vraisemblance, ce sont des éléments rouges à formes embryonnaires.

M. Malassez. Les observations de M. Hayem concordent avec celles de Recklinghausen, qui a déjà signalé les particularités qui viennent d'être exposées.

M. Hayem répond à M. Malassez que Recklinghausen a émis une interprétation toute différente. Pour Recklinghausen les éléments en question ne seraient que des globules blancs en voie de transformation et prêts à devenir globules rouges. Il n'en est rien. Les éléments fusiformes du sang sont très-altérables, tandis que les véritables globules blancs résistent longtemps, et jamais on ne les voit subir de transformations qui les font aboutir à la constitution des globules rouges.

M. François Franck fait une communication très-intéressante sur le rapport de fréquence des battements du cœur avec la tension artérielle. M. Marey a formulé que le nombre des battements cardiaques est en raison inverse du chiffre de la tension artérielle, *toutes choses étant égales du côté de l'innervation*. La communication de M. François Franck vient confirmer cette loi, mais en faisant voir que le rapport en question est extrêmement complexe.

Si l'on sépare complètement la tête et le tronc d'un animal, en ne laissant intacts que les deux nerfs pneumo-gastriques, on peut ralentir considérablement le rhythme cardiaque et même suspendre les battements, en augmentant par une injection de sang défibriné, la tension artérielle intra-crânienne. On arrive aux mêmes résultats en comprimant extérieurement les organes encéphaliques. Une autre condition qui semble s'associer à la précédente, c'est l'augmentation de la tension intra-cardiaque. Chez une tortue, si l'on supprime totalement le facteur-innervation par la section des muscles cardiaques, on constate, en effet, que le rhythme des battements demeure invariable, quelles que soient les variations qu'on fait subir à la pression cardiaque. E. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 novembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

M. Lasségue présente deux malades épileptiques chez lesquels on peut constater une déviation de la voûte palatine et une saillie frontale. L'Académie procède à l'*élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie*. Sont présentés en première ligne, M. Riche, en deuxième ligne ; M. Bourgoin ; en troisième ligne, *ex æquo*. MM. Grassi et Méhu ; en quatrième ligne, M. Prunier. Votants : 70 — Majorité absolue : 36. Ont obtenus : M. Riche, 65 voix ; M. Méhu, 4 ; 1 bulletin blanc. En conséquence, M. Riche est proclamé membre titulaire de l'Académie de médecine.

L'Académie procède ensuite à l'élection des cinq membres qui doivent constituer le *Jury du concours Gerdy*. Ont été nommés au premier tour de scrutin : MM. Béclard, Gubler, Lefort, Pidoux, Broca.

Discussion sur le travail de M. Verneuil intitulé : Faits pour servir à l'histoire de la désarticulation de la hanche. Remarques sur les procédés opératoires et le mode de pansement. —

M. Rochard a la parole sur la communication faite le 30 octobre par M. Verneuil. Les graves questions que soulève ce travail, sont de celles que l'Académie ne peut pas passer sous silence. Il ne s'agit pas seulement d'un procédé opératoire et d'un mode de pansements nouveaux appliqués à la désarticulation de la hanche, c'est le principe même de la réunion immédiate qui est mis en cause, c'est la question de la septicémie qui se trouve incidemment soulevée. M. Verneuil a pratiqué quatre fois la désarticulation de la hanche ; il a perdu ses trois premiers malades et a sauvé le quatrième ; il attribue ce succès à la ligne de conduite qu'il a suivie. Dans son opinion, la plupart des décès, qui surviennent à la suite de son opération, sont causés par la perte de sang ou par la septicémie. Les blessés meurent exsangues ou empoisonnés. Pour les mettre à l'abri de ces deux causes de mort, M. Verneuil met en usage un nouveau procédé opératoire et un nouveau mode de pansement ; ce sont les deux points qu'il s'agit d'examiner. Dans la désarticulation de la hanche, les opérés perdent beaucoup de sang par les branches de l'hypogastrique auxquelles la compression de la crurale et celle de l'aorte abdominale elle-même ne sauraient remédier : il faut lier les vaisseaux avant de les ouvrir. Pour cela, M. Verneuil procède à l'ablation de la cuisse, comme s'il s'agissait d'enlever une volumineuse tumeur. Il abandonne le couteau pour le bistouri, divise le tissu couche par couche et lie les vaisseaux au moment où il les aperçoit, quel que soit d'ailleurs leur calibre. Ce mode opératoire constitue une véritable méthode, puisque depuis longtemps M. Verneuil en a généralisé l'emploi et que, dès 1870, il y avait eu recours dans huit grandes opérations. M. Rochard admet d'autant plus volontiers le principe sur lequel il repose, qu'il en a, depuis longtemps reconnu, les avantages. Il rappelle à ce sujet que, depuis près de trente ans, son maître, Marcellin Duval a substitué le scalpel au couteau dans la pratique des amputations et formulé le précepte de lier les gros vaisseaux avant de les diviser. Marcellin Duval se sert exclusivement du scalpel pour toutes les amputations qui se pratiquent sur la main et l'avant-bras, sur le pied et sur la jambe à sa partie inférieure. Il ne se sert du couteau que pour diviser les masses musculaires d'un grand volume. L'orateur expose en détail le procédé qu'il a vu employer par M. Duval, le 5 mai 1858, dans une désarticulation coxo-fémorale et qui repose tout entier sur ce principe. Il se hâte de déclarer que ce procédé n'est pas le même que celui de M. Verneuil et en montre les différences. Il n'a nullement, du reste, l'intention de soulever une question de priorité, il a voulu seulement rendre hommage a son ancien maître, qui a été l'un des premiers à réagir contre la chirurgie expéditive à laquelle M. Verneuil fait la guerre de son côté. M. Rochard aborde le second point de la question ; il expose en quelques mots le mode de pansement mis en usage par M. Verneuil et qui consiste à ouvrir la plaie le plus largement possible, à l'étaler et à la panser à plat avec de petits carrés de tarlatane imbibée d'eau sur lesquels il applique des plumasseaux trempés dans un liquide antiseptique. Le tout est recouvert d'une couche d'ouate, d'un morceau de taffetas gommé et d'un bandage contentif aussi simple que possible. M. Rochard fait observer que c'est là revenir aux errements de l'ancienne chirurgie, en les dépassant même, puisque ce n'est même pas la réunion secondaire ; c'est la désunion complète que préconise M. Verneuil. Il ne borne pas son éloignement pour la réunion immédiate au cas particulier qui fait l'objet du présent travail, il lui a depuis longtemps déclaré la guerre et il la poursuit dans sa pratique à la Pitié.

C'est donc bien la réunion immédiate que M. Verneuil met en cause et c'est elle que M. Rochard vient défendre, non pas la réunion immédiate des temps passés qui se flattait d'obtenir la guérison d'une plaie d'amputation comme celle d'une incision cutanée ; mais la réunion rationnelle telle que tous les chirurgiens la pratiquent aujourd'hui.

Cette méthode a fait de grands progrès depuis que J. Roux l'a naturalisée en France ; l'orateur les passe en revue, il cite les éclatants succès obtenus à l'hôpital Saint-Mandrier par J. Roux et par Artaud en 1859, sur les blessés de l'armée d'Italie, à l'aide du drainage préventif combiné avec la réunion immédiate et la suture entortillée; il rappelle ceux qui ont été obtenus depuis dix ans à Bordeaux à l'aide du drainage profond, de la suture profonde et de la suture superficielle, et dont M. Azam a rendu compte à la séance du 22 mai dernier. Il invoque enfin le témoignage de M. A. Guérin qui, lui aussi, lorsqu'il imagina le pansement ouaté, qui rend tant de services dans les hôpitaux insalubres, avait renoncé, pour y recourir à la réunion immédiate, et qui y est revenu depuis ; M. A. Guérin applique aujourd'hui ses lambeaux l'un contre l'autre, après les avoir réunis par la suture, et les maintient accolés à l'aide d'épais coussinets d'ouate appliqués sur leur surface cutanée et ensevelis sous les épaisses couches de coton qui constituent ce pansement protecteur. Au bout de trois semaines, quand M. A. Guérin lève cet appareil, il ne trouve que quelques gouttes de pus qui ont filtré le long des ligatures; après avoir exposé ces résultats de la réunion immédiate, M. Rochard discute les avantages du pansement ouvert au point de vue de la bonne configuration du moignon, il le croit inférieur, et, sans parler des amputations dans la continuité des membres, où il aurait pour effet inévitable de faire reparaître les moignons coniques d'autrefois ; pour la désarticulation de la hanche même, il pense que la cicatrice ainsi obtenue doit avoir des inconvénients au point de vue de l'application de sa prothèse. Enfin, en ce qui concerne la septicémie, que le pansement ouvert a pour but de prévenir, l'orateur pense qu'en étalant ainsi la surface traumatique, on multiplie les chances d'empoisonnement par l'air infecté de l'hôpital dans lequel on opère. Il rappelle les précautions prises par MM. A. Guérin et Lister pour mettre leurs blessés à l'abri de cette intoxication, il fait observer que M. Verneuil ne s'entoure d'aucunes de ces garanties et laisse sa large plaie exposée à l'atmosphère de l'amphithéâtre de la Pitié pendant un temps bien assez long pour qu'elle puisse en absorber les éléments toxiques.

En résumé, dit l'orateur, si la méthode qui fait rentrer les amputations dans la règle générale des opérations, en divisant les tissus couche par couche, et en liant les vaisseaux au fur et à mesure, semble constituer un progrès, en revanche le pansement ouvert me fait l'effet d'un pas en arrière.

M. Maurice-Perrin n'abordera qu'un seul point du travail de M. Verneuil, l'hémostase. Loin de négliger la compression préventive, il n'hésitera jamais à y recourir ou à la conseiller. Dans la désarticulation de la hanche, il préfère le procédé ovalaire et fait comprimer directement les lambeaux musculaires avec la réunion immédiate, on peut avoir tous les avantages que M. Verneuil retire de sa plaie béante, largement exposée ; aussi fait-il quelques réserves avant de critiquer ce mode de traitement et de pansement.

M. Laboulbène fait la lecture de son rapport sur le prix Civrieux. M. Magne, lit son rapport sur le prix Rufz de Lavison.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 juillet 1877. — Présidence de M. Charcot.

13. Cysto-sarcôme du sein ; par M. G. de Marignac, interne des hôpitaux.

Rose S... 50 ans, entre le 1er mai 1877, à l'hôpital Necker, (service de M. Guyon.)

Antécédents. Le père est mort d'un accident, la mère des suites de couches. La malade a vu ses règles se supprimer à l'âge de 30 ans, à la suite d'une violente émotion ; elle n'a jamais eu d'enfants. Il y a environ 15 ans, elle reçut sur le sein gauche un coup de poing qui paraît avoir déterminé un simple épanchement de sang qui se dissipa rapidement. Quelque temps après, la malade remarqua l'existence d'une grosseur, du volume d'une noix, occupant l'endroit où elle avait reçu son coup de poing, c'est-à-dire exactement au niveau de l'aréole. Cette grosseur ne lui a jamais causé la moindre douleur, ni spontanée, ni provoquée. D'après le récit de la malade, cette tumeur serait toujours restée stationnaire jusqu'en février 1877. A cette époque, elle s'aperçut que son sein gauche grossissait en même temps qu'il devenait douloureux ; elle ne se rappelle pas avoir reçu à ce moment un

nouveau coup. Elle ressentait des douleurs aiguës, des élancements dans le sein, mais elle n'a jamais éprouvé d'irradiations douloureuses, ni dans le bras, ni ailleurs. Le toucher et la palpation étaient, par eux-mêmes, peu douloureux. Au bout d'un certain temps et avant qu'il eût atteint son volume actuel, le sein, qui était dur et également résistant dans toute son étendue, commença à se ramollir un peu à certains endroits. Ne voyant aucune amélioration dans son état, malgré un traitement résolutif qu'elle suivit pendant peu de temps, la malade se décida à se laisser opérer.

Etat au moment de l'entrée. La malade paraît un peu plus vieille que son âge, elle est maigre et assez faible, mais elle jouit pourtant d'une bonne santé habituelle. Le sein droit est complètement atrophié. Le sein gauche présente un volume égal à celui des deux poings, il est proéminent, comme repoussé en avant ; le mamelon est légèrement effacé ; la peau est tendue, luisante, un peu rouge en certains points, sillonnée de quelques veines, elle donne à la main une sensation de chaleur assez marquée. La palpation dénote l'existence d'une masse dure et résistante, légèrement bosselée, au côté interne de la tumeur, tandis qu'au côté externe on trouve un point un peu saillant où la peau semble amincie et très-tendue, qui présente une fluctuation très-manifeste. Il y a donc une collection liquide enfermée dans un kyste à parois assez épaisses. La peau ne présente pas d'adhérences à la tumeur. Pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle. La pression ne fait rien sortir par le mamelon. — Médication reconstituante.

3 juin. La tumeur ne paraît pas avoir augmenté ; mais la peau paraît s'être amincie, et la fluctuation s'observe sur une étendue beaucoup plus grande.

Opération faite le 4 juin. Pendant l'ablation de la tumeur, le bistouri ouvre une grande poche kystique qui renferme environ 300 grammes de liquide verdâtre, non visqueux. — La plaie est pansée à l'alcool pur, et réunie par des points de suture superficiels, après que l'on y a placé des drains. A la date du 20 juin, la plaie est complètement cicatrisée, la malade va parfaitement.

Description de la tumeur. Le kyste ayant été ouvert pendant l'opération, on n'a pas pu examiner complètement le liquide qui s'en est échappé ; il était verdâtre, fluide, non visqueux, non grumeleux, il y en avait environ 300 grammes.

La tumeur n'atteignait pas tout à fait le volume des deux poings, la peau était un peu adhérente au niveau du mamelon. La glande a complètement disparu, cependant on en trouve quelques lobules sains à la partie postérieure de la tumeur.

En incisant tout à fait le kyste, on trouve une grande cavité, tapissée par une membrane lisse, d'aspect grisâtre. Les parois de cette cavité sont recouvertes de végétations, de saillies mamelonnées, de prolongements, d'aspect et de dimensions très-variées. L'un de ces mamelons est beaucoup plus gros que les autres, il atteint le volume d'une grosse noix ; en le coupant transversalement, on obtient une surface d'aspect blanchâtre, de consistance un peu élastique et montrant de nombreuses petites cavités kystiques, de grandeurs très-diverses, qui renferment un liquide visqueux et jaune-clair.

Dans plusieurs points, on trouve de petites plaques dures, rugueuses, crétacées et qui, vues au microscope, ne renferment pas d'ostéoplastes ; traitées par un acide elles donnent un peu d'effervescence.

Examen microscopique (fait dans le laboratoire de M. Vulpian). En raclant la tumeur fraîche, on obtient un amas de cellules à noyaux d'aspect fusiforme.

Sur des coupes, faites après durcissement dans l'alcool, l'on trouve de nombreuses cavités kystiques, de grandeur très-variable, tapissées par un épithélium formé d'une couche de cellules cylindriques à noyaux, reposant sur une membrane anhiste. Quelques-unes de ces cavités sont tapissées en entier, d'autres ne le sont qu'en partie, et présentent dans leur cavité des cellules granuleuses sans forme régulière. Le tissu intermédiaire est formé par des amas de cellules fusiformes à noyaux, disposées régulièrement et séparées en certains points par du tissu fibreux.

Remarques. L'examen microscopique permet de ranger cette tumeur parmi les cysto-sarcômes fasciculés. Les cavités tapissées par un épithélium cylindrique sont des culs-de-sacs glandulaires, dont les uns ont gardé de petites dimensions, tandis que les autres se sont considérablement agrandis.

La marche de cette tumeur permet de distinguer deux périodes, une première pendant laquelle elle est restée stationnaire, probablement à l'état d'adénôme, et une seconde pendant laquelle elle s'est transformée en tumeur kystique. L'histoire de cette tumeur concorde donc avec les théories de Velpeau et de M. Cadiat ; en effet ces auteurs admettent que le cysto-sarcôme du sein peut être une simple modification de l'adénôme.

Nous attirerons également l'attention sur la couleur verdâtre du liquide qui s'est échappé de la poche ; ordinairement c'est un liquide beaucoup plus clair que l'on rencontre dans ces tumeurs. La couleur de ce liquide et l'aspect de la poche rappelaient tout à fait certains kystes de l'ovaire.

14. Anévrysme de la crosse aortique ; infiltration caséeuse généralisée du poumon gauche ; par M. Defontaine, externe des hôpitaux.

Roux (Auguste), 42 ans, menuisier, entre le 24 mai à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Fernet). Il se plaint de tousser constamment depuis deux ou trois mois ; il a perdu l'appétit et les forces, il éprouve une oppression croissante qui lui rend tout travail impossible. Il n'a jamais eu d'hémoptysies.

L'état général est manifestement cachectique : la pâleur, l'amaigrissement sont extrêmes ; il y a un peu d'œdème des jambes. L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal ! les battements sont réguliers, sans bruits anormaux, il n'y a pas d'hypertrophie ; le malade n'a jamais éprouvé de palpitations. Au thorax on constate une diminution de la sonorité dans toute la hauteur du côté gauche, avec matité incomplète à leur base ; la respiration rude et soufflante de la fosse surépineuse est, plus bas, très-affaiblie ; les vibrations thoraciques ne paraissent pas altérées. A droite, rien d'anormal. Il y a de la fièvre et des sueurs nocturnes fréquentes ; la dyspnée est modérée, l'expectoration presque nulle. On conclut à l'existence d'une *infiltration tuberculeuse* du poumon gauche avec *pleurésie symptomatique* sans épanchement actuel.

Les jours suivants l'expectoration devint plus abondante et le malade offrit une série de symptômes qui firent croire au développement d'un *pneumothorax* dans la partie supérieure de la plèvre gauche ; en même temps l'état général continuait à décliner, mais aucun phénomène ne s'était produit qui pût faire supposer un désordre quelconque du côté de l'appareil circulatoire.

Le 9 juin, le malade est pris subitement, le matin, d'une hémoptysie foudroyante ; il rejette en l'espace de quelques secondes près d'un demi-litre de sang et succombe avant qu'on ait pu lui porter aucun secours.

Autopsie.—La portion descendante de la *crosse de l'aorte* présente un anévrysme de forme ampullaire, du volume d'une orange de moyenne grosseur, développé en arrière et à gauche ; la paroi postérieure du sac anévrysmal est complètement détruite et les corps vertébraux à nu dans la cavité ont été profondément entamés par l'effort du sang ; contrairement à ce qu'on observe d'habitude, le disque intermédiaire n'a pas été épargné ; il a même subi une perte de substance plus profonde que celle du tissu osseux. A la partie antérieure l'anévrysme est en rapport avec le pédicule pulmonaire, qu'il a refoulé d'arrière en avant : il s'est ouvert dans la bronche gauche par une petite ulcération de forme arrondie, source de l'hémorrhagie qui a amené la mort. A la surface de la tumeur anévrysmale se voit le nerf pneumogastrique qui s'en détache facilement et ne paraît pas altéré.

Le *poumon gauche* présente une infiltration tuberculeuse entièrement généralisée, affectant la forme caséeuse, dans son plus complet développement : il est transformé en une masse volumineuse, pesante, absolument imperméable à l'air et dont la consistance générale rappelle celle du foie : posé sur une table il ne s'affaisse pas ; placé dans l'eau, il gagne le fond immédiatement.

A la coupe, le parenchyme pulmonaire paraît formé d'un

tissu scléreux, doux et résistant, dans l'épaisseur duquel se voient des amas caséeux d'aspect variable : les uns petits, de forme arrondie et encore consistants offrent l'apparence de tubercules isolés à la deuxième période ; d'autres plus volumineux, irréguliers, sont entièrement ramollis ; enfin dans toutes les parties du poumon on rencontre des excavations anfractueuses remplies d'une matière colloïde semblable à du pus concret. La plus vaste de ces excavations occupe le sommet du lobe supérieur, qui est transformé en une coque à parois épaisses, à moitié remplie de produits purulents : point de doute que cette vaste caverne, en se vidant et se remplissant alternativement, n'ait donné lieu aux phénomènes qui, pendant la vie, ont fait supposer un pneumo-thorax.

La *plèvre gauche* épaissie et recouverte de fausses membranes ne renferme pas de gaz et ne présente aucune trace de perforation.

Le *poumon droit*, légèrement congestionné, ne présente pas de granulations grises : en deux ou trois points seulement vers le sommet on y trouve de petites masses caséeuses anciennes ayant subi partiellement l'infiltration calcaire. Les autres organes ne renferment rien de particulier. Cette observation offre un nouvel exemple d'infiltration caséeuse limitée au poumon gauche chez un sujet atteint d'anévrysme aortique, ayant pu comprimer la branche gauche de l'artère pulmonaire ; c'est à ce point de vue surtout qu'elle a paru intéressante à rapporter.

15. Lésions d'origine syphilitique observées chez un fœtus mort-né à terme; par M. le Dr De Sinéty.

Les préparations histologiques présentées à la Société proviennent du foie, des reins et du placenta, d'un fœtus mort-né, dont la mère était arrivée au terme de la gestation. Cette femme, qui avouait des antécédents syphilitiques, avait eu déjà deux grossesses terminées par la naissance d'enfants morts. Ces deux autres enfants étaient, au dire de la mère, minces, *enflés et pleins d'eau*. Le troisième, qui est le seul que nous ayons eu l'occasion d'examiner, était fortement œdématié et présentait de l'ascite.

Le *foie*, à l'œil nu, n'offrait pas d'altération appréciable (au moins sur les portions que j'ai eu entre les mains). Mais sur des coupes histologiques, on croyait que tout le tissu hépatique était infiltré de petits éléments ronds fortement colorés par les réactifs. Ces éléments étaient disséminés dans tout le parenchyme et disséquaient, pour ainsi dire, les traînées de cellules hépatiques. Sur certains points irrégulièrement situés, on voyait une augmentation du nombre de ces éléments embryonnaires, qui, pressés les uns contre les autres, formaient de véritables îlots. Cette disposition a été indiquée déjà, dans des cas de ce genre, par M. Charcot et par M. Parrot. Nous avions donc affaire à l'hépatite interstitielle syphilitique du nouveau-né.

Les *reins* présentaient, à l'œil nu, quelques taches d'un blanc jaunâtre, mais, c'est surtout à l'examen histologique que j'ai pu constater une altération du parenchyme de l'organe. Comme pour le foie, on observait ici une infiltration disséminée de petits éléments ronds, formant sur certains points des îlots.

Sur d'autres points la lésion anatomique paraissait de date plus ancienne et, au lieu d'éléments embryonnaires, on voyait entre les tubes un épaississement du tissu conjonctif plus avancé en organisation. Il y avait donc dans ces reins de la néphrite interstitielle à diverses périodes.

Le *placenta* avait des dimensions considérables, si bien que, pendant le travail, l'énorme développement du ventre avait fait penser à la possibilité d'une grossesse gémellaire. Ce développement exagéré était dû à l'hypertrophie placentaire. Outre l'exagération de son volume, ce placenta présentait une coloration pâle, blanchâtre et une consistance moindre qu'à l'état normal. A l'examen histologique, on voyait que les villosités étaient deux ou trois fois plus développées qu'elles ne le sont dans un placenta normal à terme. Un petit nombre de villosités avait cependant conservé à peu près ses dimensions normales. Dans la plupart des villosités hypertrophiées les vaisseaux avaient disparu ; ils étaient, au contraire, conservés dans les petites villosités. Ces dernières se rencontraient principalement dans la partie des coupes qui se rapprochaient de la face utérine. Le revêtement cellulaire ou épithélial des villosités était parfaitement conservé. En étudiant des coupes avec un fort grossissement, on constatait qu'un certain nombre d'éléments du tissu musqueux qui constitue les villosités, était très-augmenté de volume et présentait une forme sphérique. Sur des préparations traitées par l'éosine, on voyait aussi que les prolongements anastomotiques des cellules du tissu musqueux étaient épaissis et plus étalés qu'à l'état normal. Ce placenta présentait un premier degré de l'altération qui, à un degré plus avancé, produit la môle hydatiforme, ou myxome du placenta. Je désire encore faire observer que dans ce cas-ci, la portion du caduque maternelle qui accompagne toujours le placenta, paraissait parfaitement saine ainsi que les cellules de revêtement des villosités. Je considère donc ce cas-ci comme présentant des lésions de la portion fœtale du placenta, les éléments maternels restant normaux. On a déjà signalé cet état spécial du placenta sous le nom d'œdème du placenta (1).

Doit-on considérer cette altération placentaire comme se rattachant à la syphilis ? Je l'ignore. Mais en tout cas il est certain que ces mêmes lésions se rencontrent en dehors de tout antécédent syphilitique. D'après les faits que j'ai eu l'occasion d'observer, j'en dirai autant de bien d'autres altérations, plaques jaunes, dégénérescence graisseuse, qu'on a décrit comme d'origine syphilitique et que j'ai vues absolument semblables, dans des placentas expulsés à diverses périodes de la grossesse, par des femmes indemnes de syphilis.

16. Cyanose congénitale ; cœur à un seul ventricule; par M. Hippolyte Martin, interne des hôpitaux.

(Cette observation a été présentée à la Société médicale des hôpitaux, par M. Labric) :

F... Léon, âgé de 12 ans, est entré à l'hôpital des Enfants, service de M. Labric, le 31 mai 1877. Les renseignements que nous avons pu recueillir sur sa première enfance ne sont pas très-circonstanciés. Sa mère est morte depuis longtemps d'une affection inconnue et son père nous apprend simplement qu'au moment de sa naissance, il était bleuâtre asphyxié; on eut beaucoup de mal à lui faire faire sa première inspiration, et quoique depuis lors il ait pu s'allaiter et vivre convenablement, il a toujours gardé la même teinte cyanique. Il a marché fort tard, et a toujours été débile, s'enrhumant avec facilité, peu propre aux exercices du corps et de l'intelligence ; de sorte qu'il n'est jamais allé à l'école, mais se livrait simplement à quelques soins de ménage chez la personne qui l'avait recueilli depuis la mort de sa mère. Nous n'avons pu savoir exactement s'il était très-sensible à l'action du froid, avec tendance manifeste au refroidissement.

L'année dernière il a déjà été soigné à l'hôpital des Enfants, pour une tumeur blanche du genou gauche. Après une application répétée de pointes de feu, il est sorti du service de chirurgie guéri par ankylose incomplète de l'articulation. Mais déjà à cette époque il toussait beaucoup et présentait des signes d'une affection pulmonaire assez avancée pour compromettre directement son existence et dans un temps prochain. Si donc, l'insuffisance des renseignements ne nous permet de fixer avec exactitude l'époque du début de cette complication, on peut du moins supposer qu'elle remontait à quinze ou dix-huit mois au moment du décès. Depuis l'an dernier, il toussait et crachait beaucoup, s'affaiblissait progressivement ; mais n'aurait jamais eu d'hémopthysie. Les personne qui le conduisent dans le service nous apprennent en outre, que depuis huit à dix jours il tousse davantage, a perdu l'appétit et garde le lit, incapable de se tenir sur ses jambes.

Etat à l'entrée. F. est assez bien développé pour son âge ; la taille est moyenne, la peau fine et marquée de taches de rousseur, principalement sur le visage ; le crâne est petit, mais pas à l'excès. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la teinte cyanique générale : l'enfant est absolument bleu de partout et

(1) Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorganen. Klob 1864, p. 558.

comparable à un pendu, pendant la dernière période de l'asphyxie. Les doigts sont des types de la forme dite hippocratique : la dernière phalange énormément renflée en massue est recouverte par un ongle très-fortement convexe et dont la blancheur du derme sous-jacent tranche vivement avec la teinte bleu foncé générale de la peau. L'enfant a du reste de la tendance au sommeil et il faut le secouer vivement pour en obtenir des réponses.

Cœur. A l'auscultation, on ne trouve rien à la pointe ; à la base au contraire, on constate l'existence d'un souffle très-prononcé, au premier temps et dont le maximum est au deuxième espace intercostal gauche, contre le sternum. La percussion fait en outre reconnaître une hypertrophie légère de l'organe ; la pointe bat un peu en dehors du mamelon, dans le sixième espace intercostal.

Poumons. A la percussion, on trouve une submatité générale, mais plus complète, aux deux sommets. L'auscultation fait constater l'existence d'énormes cavernes aux deux sommets, il y a à ce niveau du souffle amphorique avec gargouillement, surtout à gauche sous la clavicule. On entend enfin des râles sous-crépitants humides dans toute l'étendue des deux poumons. Rien de saillant dans les autres organes : le foie et la rate ne sont ni douloureux au palper, ni augmentés de volume. Le pouls est petit, fréquent, mais régulier : il bat 110 fois à la minute ; la température est de 37° dans le rectum.

En présence de cet ensemble symptomatique, on fit aussitôt le diagnostic suivant : rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, phthisie caséeuse consécutive. Du reste, l'enfant était au plus mal ; le 1er juin, l'oppression est considérable ; il tousse énormément par quintes accablantes, ne mange pas et boit avec peine. Le pouls est à 105 ; la température de 37° (rectum). Le soir du même jour, il est couvert de sueur et dit avoir souffert de la chaleur pendant toute la journée. Le pouls est toujours à 105 environ, même température de 37°.

2 *juin*. Il a eu plusieurs accès d'oppression pendant la nuit. La respiration est difficile, le facies grippé, les extrémités froides. Pouls à 115 ; température de 37°. Le *soir* à 6 heures l'agonie a commencé ; le pouls, à peine perceptible, bat 120 par minute ; température de 37°,2. Il meurt dans la nuit.

Autopsie. — *Poumons*. Ils adhèrent à la cage thoracique par leur sommet, et, à gauche principalement, une caverne tout à fait superficielle se déchire pendant l'extraction de l'organe. Elle apparaît alors volumineuse, en bissac, pouvant contenir une orange dans son renflement supérieur ; un liquide puriforme s'écoule de son intérieur. Ce poumon gauche est infiltré dans toute son étendue de masses jaunes caséeuses, au milieu desquelles les orifices des bronches apparaissent légèrement dilatés et pleins par place du même liquide puriforme. A droite, même infiltration caséeuse et caverne au sommet, d'un volume inférieur cependant à celle du sommet gauche. Il est difficile d'affirmer à l'œil nu l'existence de granulations tuberculeuses ; on n'en trouve point, du reste, dans les autres organes.

Cœur. Nous nous trouvons en présence d'un cœur à *trois* cavités, n'ayant, en d'autres termes, qu'*un seul* ventricule. En voici du reste une description détaillée : une incision faite à la pointe nous fait pénétrer dans une grande cavité ventriculaire ayant la forme d'un cône ou plutôt d'un triangle curviligne. Une valvule tricuspide dont les trois valves sont bien plus nettement dessinées que sur la valvule auriculo-ventriculaire droite d'un cœur normal, s'insère sur les trois faces de ce triangle, et correspond à un large orifice situé sur la portion gauche du cône ventriculaire, et donnant accès dans l'oreillette gauche. Cette valvule est saine et oblitère bien l'orifice. Quant à l'oreillette correspondante, sa conformation est normale : les quatre veines pulmonaires viennent s'y aboucher en lieu voulu. L'oreillette droite juxtaposée ne présente également aucune anomalie, du moins quand on la considère par sa surface extérieure, où l'on aperçoit l'orifice normal des deux veines caves ; disons seulement que la valvule située à l'embouchure de la veine cave inférieure est plus large, plus proportionnée à l'orifice que d'habitude. Mais quand on examine cette oreillette par sa face interne, on constate l'absence de l'orifice auriculo-ventriculaire normal. Il est remplacé par un long canal étroit qui semble se glisser dans la paroi postérieure du ventricule unique, pour venir s'ouvrir dans ce ventricule à environ quinze millimètres de la pointe. Cet orifice ventriculaire est tout à fait dissimulé entre deux volumineux piliers de second ordre, sur la paroi postérieure, de sorte qu'il échappe complétement à un premier examen, et on n'en constate l'existence qu'en y faisant pénétrer un stylet par l'ouverture auriculaire.

Il n'y a pas trace de valvule dans toute l'étendue de ce canal. A la base du cône ventriculaire, à droite de la valvule et de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, viennent s'ouvrir à côté l'une de l'autre, l'aorte et l'artère pulmonaire. Un pilier charnu horizontal, volumineux et qui se portant de la paroi ventriculaire à la valvule tricuspide, semble destiné à fortifier les insertions de la valve droite de cette valvule, convertit la portion du ventricule correspondante à ces deux gros vaisseaux en une sorte de diverticulum. L'aorte est antérieure : son orifice, sa crosse et ses divisions sont normalement constitués ; elle est pourvue de trois valvules semi-lunaires bien développées. L'artère pulmonaire s'aperçoit immédiatement derrière l'aorte ; son diamètre est tellement rétréci, qu'il n'est pas supérieur à celui d'une forte plume de corbeau. Le pourtour de son orifice ventriculaire est blanc, nacré et résiste légèrement sous le scalpel. Le vaisseau étant intact, on n'y voit pas d'abord de valvules ; mais en le fendant dans toute sa longueur, on trouve *deux* valvules semi-lunaires plus larges et par suite bien plus élevées que sur un cœur normal : elles paraissent oblitérer complétement l'orifice.

Enfin, le trou de Botal n'était pas oblitéré ; il existait entre les deux oreillettes une ouverture pouvant admettre une sonde uréthrale. Pas d'hypertrophie des parois des oreillettes ; l'épaisseur de l'*unique* ventricule était celle d'un ventricule gauche normal.

18. Communication congénitale des ventricules du cœur ;

par M. Gaston Decaisne, interne des hôpitaux.

D..., âgée de 26 mois, entre le 5 mai 1877, à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. Bouchut, salle Sainte-Catherine, n° 49. On n'a sur elle aucun renseignement, si ce n'est que, depuis deux jours, elle vomit et a de la diarrhée. Ces symptômes ne persistent pas après l'admission de l'enfant à l'hôpital. Elle n'a pas de fièvre, mange et dort bien, et rien ne décèle à première vue chez elle un état morbide quelconque. De tous les organes interrogés successivement, c'est le cœur qui fournit les signes les plus positifs. En effet, l'auscultation fait découvrir un bruit de souffle systolique intense occupant toute la région précordiale, s'étendant même au côté droit de la poitrine, et perceptible jusque dans la région thoracique postérieure. Le maximum de ce souffle correspond manifestement à la base du cœur et à la partie moyenne de ce viscère. Il existe en même temps une voussure considérable, avec frémissement cataère. Le pouls bat à 102 pulsations par minute. Il est d'ailleurs régulier, non intermittent. La matité cardiaque n'est pas sensiblement augmentée.

L'absence de phénomènes généraux écartait l'idée d'une affection aiguë. Aussi, M. Bouchut s'arrêta-t-il à l'hypothèse d'une lésion congénitale. Mais quelle était cette lésion ? L'absence de cyanose excluait l'idée d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire. On n'avait plus à hésiter qu'entre un rétrécissement aortique et une persistance du trou de Botal. C'est à ce dernier diagnostic qu'on finit par s'arrêter, tout en faisant des réserves.

Pendant quelque temps, l'enfant continua à se bien porter. La respiration était libre, il n'y avait pas de suffocations. Les digestions étaient bonnes, mais bientôt la petite malade se mit à tousser et à s'affaiblir. En même temps, des râles muqueux apparurent à la base et à la partie moyenne du poumon droit. La mort survint le 19 juin 1877.

Autopsie. — Le cœur n'est pas hypertrophié. L'aorte et l'artère pulmonaire, loin d'être rétrécies, sont plutôt légèrement dilatées, mais leurs valvules sont saines. Les valvules mitrale et tricuspide le sont également. Les parois ventri-

culaires ne sont pas altérées. Mais, à la partie supérieure de la cloison interventriculaire, sous la valvule mitrale, on trouve un orifice conduisant dans un trajet qui établit une communication entre les deux ventricules. Du côté du ventricule gauche, l'orifice est allongé et sinueux. Du côté du ventricule droit, il est au contraire arrondi et proéminent. L'endocarde à ce niveau est blanchâtre, épaissi et opaque. Le trou de Botal est oblitéré.

Le lobe moyen du poumon droit est, dans une assez grande étendue, le siége d'une induration grise-opaque, sans suppuration, analogue à celle que l'on rencontre dans certains foyers de pneumonie chronique. Les autres parties des poumons sont saines. Le *foie* est volumineux et congestionné. La *rate* est un peu dure, mais normale. Les deux *reins* sont un peu ratatinés. Leur substance corticale est grisâtre, dure, scléreuse. La substance médullaire est blanche et décolorée.

19. Rupture spontanée de l'aorte; épanchement de sang dans le péricarde. Mort subite; par M. Emile Nitot, interne des hôpitaux.

Mar.. Joseph, 56 ans, confiseur, entre à l'hôpital Necker le 14 mai 1877, (service de M. Delpech), salle Saint-Ferdinand, n° 18.

Le malade est un ancien syphilitique qui présente sur tout le corps des signes variés de syphilis tertiaire, (cicatrices nombreuses, exostoses, etc.). Il se plaint de fortes palpitations qui gènent sa respiration; pas d'œdème des jambes; état relativement calme quand le malade est au repos. Le pouls radial est identique des deux côtés, il est bondissant, se déprime rapidement sous le doigt, et présente tous les caractères du pouls de Corrigan.

A l'examen du cœur on constate : Au palper et à la percussion, une augmentation du volume du cœur, la pointe bat en dehors et au-dessous du mamelon ; à l'auscultation, un souffle très-net au 2e bruit à la base, présentant son maximum au niveau de l'orifice aortique. Le 1er bruit est tout à fait normal.

Aucun soulèvement de la poitrine, aucun frémissement. On porte le diagnostic, insuffisance aortique. Quant à la cause, elle échappe; aucune attaque de rhumatisme antérieure.

28 *mai*. Le malade sort de l'hôpital dans de bonnes conditions.

4 *juin*. Il se présente à la consultation et rentre à l'hôpital, salle Saint-Ferdinand, n° 30. Il est très-essoufflé, anxieux, ses jambes ont enflé. Son cœur est violemment agité; le souffle de la base au 2e bruit est très-fort, et se propage dans toute la poitrine. Le malade souffre, mais ses douleurs sont mal définies, néanmoins après quelque temps de repos l'anxiété semble avoir diminué. Deux ou trois jours avant la mort, tous les phénomènes s'accentuent, le malade ne peut plus rester au lit, et le 25 au matin, il meurt subitement dans un accès de suffocation.

Autopsie.— La *plèvre* droite renferme un peu de liquide séreux. Le *péricarde* est rempli de sang liquide sans caillot, il contient un cœur volumineux qui fait aujourd'hui l'objet de notre présentation. Le *cœur* est complétement vide de sang; ses parois, surtout celles du ventricule gauche sont très-hypertrophiées et présentent deux ou trois centimètres d'épaisseur.

L'*aorte* est à peine un peu plus volumineuse qu'à l'état normal, juste assez pour rendre insuffisantes les valvules sigmoïdes et donner lieu aux signes que nous avons constatés pendant la vie. Après avoir fendu la crosse aortique dans toute son étendue, en suivant la petite courbure, on constate quelques plaques d'athérome qui sont loin d'avoir la dureté qu'elles présentent ordinairement. On ne remarque aucune ulcération. Les valvules sigmoïdes sont saines. En examinant l'aorte, on aperçoit sur la partie antérieure, une fente demi-circulaire d'un centimètre et demi de longueur située à cinq centimètres au-dessus des valvules sigmoïdes.

Cette éraillure en coup d'ongle n'intéresse que la tunique interne et la tunique moyenne; les bords sont déchiquetés et taillés en biseau de façon à représenter assez bien une sorte de valvule permettant facilement le passage du sang de dedans en dehors, mais venant appliquer ses valves l'une sur l'autre, et s'opposant plus ou moins complétement au retour du liquide dans l'intérieur du vaisseau. A ce niveau il est important de remarquer que les parois de l'aorte ne présentent aucune lésion apparente, aucune plaque athéromateuse, aucune perte de substance.

Cette ouverture fait communiquer l'intérieur de l'aorte avec une poche du volume du poing fermée par le décollement de la tunique celluleuse dans une grande étendue. Mais dans l'intérieur on ne rencontre que du sang liquide, aucune trace de caillots. Tout à fait à la partie inférieure, au niveau de l'oreillette droite, la poche offre une large perforation du volume d'une pièce d'un franc par où le sang a fait brusquement issue dans le péricarde.

Réflexions. — Si, la plupart du temps il a été possible d'admettre comme cause de la lésion la déchirure d'une plaque athéromateuse, il n'en est plus de même ici puisque l'artère paraît saine à ce niveau.

Les parois de l'aorte, altérées dans leur structure, ont-elles cédé sous l'énergique impulsion du ventricule gauche très-hypertrophié? La syphilis ancienne dont était atteint le malade peut-elle produire ces altérations profondes des tuniques artérielles? Ce sont là des questions auxquelles nous ne saurions répondre.

Dans tous les cas, nous pouvons admettre que le travail morbide s'est fait en deux temps bien distincts; et nous rapprocherons de cette observation un cas tout à fait analogue, recueilli dans le service de M. Charcot, et qu'a présenté en 1870 M. Hanot à la société anatomique.

Dans un premier temps le sang se serait infiltré petit à petit par l'éraillure des tuniques interne et moyenne et se serait accumulé sous la tunique externe formant une sorte d'anévrysme disséquant. Puis bientôt cette pression continuelle exercée sur la tunique externe est devenue suffisante pour produire la rupture, surtout, si, comme nous avons eu soin de le faire remarquer, l'on considère que la disposition spéciale de l'ouverture empêchait le retour du sang de la poche dans l'artère.

Cette explication concorde parfaitement avec les phénomènes qu'a présentés le malade les 2 ou 3 derniers jours de la vie. Angoisse, dyspnée excessive. Après quoi mort subite au moment de la rupture de la tunique externe dans le péricarde.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 *novembre* 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Polaillon communique une observation de présentation du tronc, déterminée par une malformation de l'utérus. La version par manœuvres externes fut impossible, attendu que la grossesse était trop avancée. La malade ayant succombé à une maladie d'Addison, on put constater à l'autopsie que la cavité utérine était divisée en deux excavations latérales par une sorte d'éperon saillant qui émergeait du fond de l'utérus. Cette observation démontre que la présentation du tronc peut avoir pour cause un cloisonnement incomplet de l'utérus.

M. Gillette présente un fragment de manche de pelle qu'un boulanger s'était introduit dans le rectum. Ce corps étranger, long de 22 centimètres, s'était logé dans l'S iliaque et n'avait pourtant déterminé aucun phénomène inflammatoire.

M. Trélat fait une communication sur un cas de mal de Pott. Il s'agit d'une enfant de 8 ans sur laquelle fut porté le diagnostic de : mal de Pott, gibbosité, possibilité d'abcès par congestion. M. Trélat donna le conseil de placer l'enfant dans une gouttière et de lui supprimer ainsi tout exercice. Cette enfant fut soignée ensuite par M. le docteur Dally, qui employa surtout des moyens hygiéniques, et arriva à améliorer considérablement son état. Mais, il y a quelques jours, cette enfant m'a été ramenée, encore bien portante il est vrai, mais souffrant de sa gibbosité et portant à la région inguinale un abcès par congestion. Ce fait nous enseigne à nous défier des apparences de guérison.

MM. Verneuil et Marjolin appuient l'opinion de M. Trélat, relativement à la nécessité de l'immobilité absolue et prolongée dans le traitement du mal de Pott.

Séance du 27 novembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. PANAS donne lecture, au commencement de la séance, du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Bouvier, membre de la Société, et fait procéder ensuite à la nomination d'une Commission chargée d'examiner les titres de M. Georges Poinsot (de Bordeaux) pour une place vacante de membre correspondant national.

Après la lecture du procès-verbal, une discussion provoquée par M. Després, s'engage sur le traitement par l'immobilisation du mal de Pott à propos de la communication faite par M. Trélat à la fin de la dernière séance.

M. DESPRÉS. Il y a mal de Pott et mal de Pott. Une première variété, bénigne, caractérisée seulement par la douleur locale, une gibbosité et guérissant après une série de révulsions, sans jamais être suivies d'abcès par congestion. Tel est le cas d'un pharmacien de Paris et de ses 4 enfants soignés récemment par M. Després. Une seconde, maligne, devant se terminer par abcès et la mort. Ces deux formes, on peut les diagnostiquer pendant la vie, en se basant sur l'hérédité. Tout enfant né de parents tuberculeux sera atteint d'un mal de Pott grave, qui neuf fois sur dix se terminera par abcès. Ces cas-là on pourra les traiter par l'immobilité bien que les guérisons d'abcès par congestion soient rares, et que l'on ne voie pas trop en quoi l'immobilisation puisse les prévenir. La forme bénigne, au contraire, cédera aux cautérisations, et guérira plutôt si on laisse se promener les enfants sans les immobiliser.

M. VERNEUIL admet avec tout le monde cette différence dans la gravité du mal de Pott. Mais, au début, il est impossible de diagnostiquer la marche future de la maladie ; et alors, dans le doute, le chirurgien doit appliquer à la colonne vertébrale, les moyens de traitement qui réussissent si bien pour les autres arthrites, la coxalgie en particulier.

M. SÉE confirme l'opinion de M. Verneuil. Il cite des cas de guérison d'abcès par congestion chez des malades traités à Berck, et dont on immobilisait la colonne vertébrale avec des corsets silicatés, tout en les laissant marcher.

M. MARJOLIN. — Les abcès sont beaucoup plus souvent curables que ne le prétend M. Després. Le séjour au lit, du reste, ne facilite pas le développement de la tuberculose. Il est prouvé qu'il est nul sur la production des méningites. Quant à la lésion, il permet le développement de ces nouvelles productions osseuses qui doivent entraîner la guérison. M. Marjolin termine en exprimant le regret qu'il n'y ait pas dans les hôpitaux d'enfants un nombre de lits suffisants pour recevoir tous les enfants atteints de mal de Pott, au début de la maladie.

M. LANNELONGUE. — M. Després semble s'être arrêté à l'opinion des auteurs du *Compendium* qui ont péché par insuffisance d'observation. Il revient souvent de Berck, guéris, des enfants envoyés avec des abcès ouverts. Quant au mode d'action des appareils, des corsets en particulier, ce n'est point l'immobilisation. Ils agissent simplement, en supportant le poids du corps. M. Lannelongue se propose d'appeler dans une prochaine séance, l'attention de la Société sur la série de mouvements nouveaux qui se passent dans les articulations vertébrales d'un enfant atteint de mal de Pott. Il se contente de faire remarquer seulement aujourd'hui, que le premier phénomène qui se passe autour des vertèbres malades, est leur immobilisation pathologique par suite de la contracture des muscles de gouttières latérales. Les appareils et le repos, surtout dans la position horizontale, seront salutaires, non pas donc en immobilisant, puisque la chose existe déjà, mais en soutenant la partie supérieure, et en empêchant l'écrasement de la partie malade.

M. GUYON se range à l'avis général et rappelle à ce sujet la discussion ancienne à laquelle prirent surtout part MM. Bouvier et Broca.

M. TRÉLAT résume la discussion, et conclut à la nécessité d'immobiliser en comparant le mal de Pott aux autres maladies articulaires.

M. TILLAUX communique à la Société le cas suivant de son service. Un homme de 33 ans y fut amené, il y a quelques [illegible] jours, après s'être enfoncé dans l'abdomen, à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, une aiguille à emballer longue de 12 centimètres et demi. Elle était facile à sentir, sous la peau. Sa direction était horizontale, et elle s'implantait dans la colonne vertébrale. Le lendemain matin, M. Tillaux, indécis un instant sur ce qu'il y avait à faire, se décida à extirper le corps étranger. Le malade a guéri sans accident. M. Tillaux a reproduit la lésion sur le cadavre, et il conclut de ses expériences que l'aiguille avait pu traverser le colon tranverse, l'intestin grêle, l'aorte à sa bifurcation ou l'une des artères, et la veine iliaque gauche.

M. LANNELONGUE fait remarquer que la plaie de l'intestin produite par la piqûre n'avait pas de conséquences au point de vue de la perforation, ainsi qu'il résulte des expériences classiques. Quant à la lésion vasculaire, elle eût pu être beaucoup plus grave, à ce point qu'il est persuadé que les gros vaisseaux n'avaient point été atteints. Dans tous les cas, M. Tillaux a eu raison d'agir immédiatement.

M. SÉE fait remarquer qu'à ce point de vue même, le séjour de l'aiguille n'eût pu qu'agrandir l'orifice de pénétration dans le vaisseau. D'un autre côté, il se fût formé autour d'elle plus ou moins de caillots capables d'entraîner tout un autre ordre d'accidents. Il n'y a donc pas de doute à avoir sur l'opportunité de l'intervention. E. B.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 *octobre* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente les pièces anatomiques relatives au cas d'*anévrysme de l'aorte*, dont il a déjà entretenu la Société (séance du 13 juillet. V. le n° 43 du *Progrès médical*). Les parois du sac sont doublées d'un caillot très-dense, et M. Beaumetz regrette de n'avoir pas enfoncé les aiguilles plus profondément, afin d'obtenir une coagulation plus grande.

M. GUBLER pense, au contraire, qu'il est fort heureux que la coagulation n'ait pas été plus étendue ; car il peut survenir des dangers si la coagulation se fait en grande masse. En outre, il existe toujours en pareil cas des coagulations flottantes, qui peuvent devenir le point de départ d'embolies.

M. BERGERON présente des *végétations polypiformes développées sur les bords de la plaie trachéale*, chez un enfant qui avait subi, quelque temps avant, l'opération de la trachéotomie. Cet enfant était pris de suffocation au bout de quelques minutes, toutes les fois qu'on tentait d'enlever la canule. Le 13e et le 15e jour après l'opération, le petit malade rendit dans des quintes de toux de petites végétations qui, examinées au microscope par M. Balzer, ont présenté la structure de bourgeons charnus arrivés à un degré assez avancé de leur évolution et développés sur un tissu de cicatrice. Le 19e jour la canule était enlevée, il n'y eut plus d'accès de suffocation. La guérison est survenue, malgré une complication de pleurésie.

M. Bergeron insiste sur une conclusion qu'il avait déjà donnée pour un cas un peu analogue, présenté à la Société il y a quelques années. C'est que « dans les cas où l'impossibilité d'enlever définitivement la canule ne saurait être attribuée à la persistance des fausses membranes, il serait sage, avant de se retrancher derrière l'explication banale du spasme, de passer au pourtour de la plaie trachéale une curette mousse, ce qui permettrait au moins de constater la présence des végétations polypiformes, peut-être même de les enlever. »

M. CADET DE GASSICOURT rappelle que dans un mémoire de M. Revillod (de Genève), il a relevé 4 cas de concrétions polypiformes sessiles. Il a lui-même observé deux cas analogues à celui de M. Bergeron ; dans l'un, la concrétion fut détachée facilement ; dans l'autre, elle fut expulsée par un effort de toux. Mais il existe des cas dans lesquels on ne peut trouver aucune concrétion, et dont l'explication reste à trouver. M. Cadet de Gassicourt en observe en ce moment même un exemple.

M. LAVERAN présente, au nom de M. Villemin, une pièce relative à un cas d'anévrysme de l'aorte ouvert dans l'artère pulmonaire. Un homme de 29 ans, atteint depuis plusieurs années d'une oppression très-marquée, est pris tout à coup, le 18 septembre, de dyspnée intense et de crachements de sang. Les battements cardiaques sont tumultueux, le pouls

présente les caractères du pouls de Corregan, et l'on constate, outre les signes d'une hypertrophie cardiaque, un bruit de souffle très-intense à la base du cœur et au premier temps. A l'autopsie, on trouve les lésions de la congestion pulmonaire et un épanchement pleural double, et, de plus, des altérations intéressantes dans l'aorte. Le vaisseau est épaissi, rouge, rugueux, et au-dessus de l'orifice aortique, on trouve un autre orifice de 3 à 4 cent. de diamètre, s'ouvrant dans une poche anévrysmale, communiquant elle-même avec l'artère pulmonaire, dont l'orifice cardiaque était rétréci. C'était donc un anévrysme de la base de l'aorte, rompu dans l'artère pulmonaire. M. Laveran n'a trouvé dans les *Bulletins de la Société anatomique* que deux cas de ce genre : dans ces deux cas, l'anévrysme siégeait plus haut sur l'aorte. Le malade n'était pas alcoolique, mais avait eu autrefois la syphilis.

Election. — MM. Gouguenheim, Hallopeau et Debove sont nommés membres titulaires de la Société. A. S.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 28 novembre 1877. — Présidence de M. Bouchardat.

M. Vidal donne communication d'un travail sur l'isolement dans les hôpitaux. Cette question, traitée par M. Laborde pour le cas relatif aux opérés de diphthérie, doit être généralisée. — Un service spécial devrait être réservé à chacune des affections contagieuses. Après avoir traité rapidement la question historique, l'auteur montre que, pour ce qui concerne la variole, un premier pas a déjà été fait. En 1857, M. Bousquet démontra que la plupart des cas de variole étaient contractés à l'hôpital même et que ceux qui venaient visiter les malades n'étaient pas exempts de la contagion. L'administration, saisie de l'affaire, envoya aux médecins des hôpitaux une circulaire et demanda leur avis. Sur trente-huit réponses faites, trente-cinq médecins concluaient à l'isolement, trois déclarèrent qu'il y aurait peut-être danger à accumuler les varioleux. Ces derniers furent écoutés. La raison d'économie rendait l'assistance sourde aux bons avis. Voulant faire du grand, du monumental, l'administration s'effrayait de la dépense. C'était de l'économie mal entendue. Annuellement 850 varioles sont contractées dans les hôpitaux; le chiffre des visiteurs atteints est sensiblement le même. Ajoutez à cela la contagion par les autres maladies éruptives, et si l'on considère que la plupart des visiteurs viennent se faire traiter à l'hôpital, vous verrez que l'économie n'a été qu'imaginaire. D'ailleurs, quand la vie et la santé sont en jeu toutes les considérations doivent s'effacer.

Cette importante question de l'isolement est déjà résolue à l'étranger, en Angleterre, en Allemagne, en Suisse, en Russie, etc. La loi lui vient en aide par une sanction pénale. En Angleterre, quatre hôpitaux spéciaux sont destinés aux maladies éruptives et renferment des sections réservées aux enfants qui ne sont pas reçus dans leurs hôpitaux habituels lorsqu'ils sont atteints de variole, rougeole, etc. Seule la France et l'Espagne sont en retard. Il est urgent de se mettre au niveau. Relativement à la variole, quelques pas ont été faits dans cette voie, mais ce qui est fait laisse à désirer sous tous les rapports; l'isolement est incomplet ou plutôt n'existe pas. La province, qui se modèle sur Paris, suivra l'exemple donné ; il faut donc que l'on demande avec insistance les modifications urgentes, et cela jusqu'à ce que le résultat soit obtenu. M. Vidal conclut en demandant : 1° qu'une réclamation soit faite au ministère de l'intérieur afin d'obtenir une ordonnance imposant la création d'hôpitaux spéciaux pour les maladies contagieuses ; 2° que cette réclamation soit appuyée par des pétitions au Sénat, à la Chambre des Députés et au Conseil municipal de Paris.

M. Lunier partage les mêmes idées sur la question de l'isolement, mais nie que jusqu'à présent le progrès soit venu de Paris. C'est de la province qu'il nous arrive. Déjà les prisons, les maisons centrales, les asiles d'aliénés ont des infirmeries spéciales avec services réservés aux varioleux. Ces progrès sont dus aux médecins qui, dans les petites villes, font autorité, s'imposent par leur savoir, sont consultés par les commissions, tandis que les médecins sont noyés dans le milieu parisien. Il ne croit pas non plus qu'une ordonnance du ministère soit suffisante ; elle sera inutile, méconnue ; une loi seule amènera un bon résultat.

M. Leroy de Méricourt. Les hôpitaux de marine possèdent des salles d'isolement et sont bien partagés sous ce rapport. Je voudrais voir les hôpitaux civils suivre la même voie de réforme, mais il faut bien nous mettre d'accord et nous entendre sur ce que l'on appelle maladies contagieuses. Si l'on désire que chaque maladie ait un service spécial et des salles spéciales, cela peut mener loin. Certaines épidémies peuvent survenir, et il faut songer à l'extension que peut prendre la maladie. Quelles sont, en outre, les mesures nécessaires pour avoir un isolement complet ? Autant de questions que nous devons discuter et résoudre.

M. Vidal répond qu'à Saint-Pétersbourg il a été construit un hôpital d'enfants qui semble remplir tous les *desiderata*. Les salles ne renferment que 3 lits, les plus grandes n'en ont que 8; en plus, on a des chambres d'observation où l'on met le malade en attendant que la maladie soit franchement déclarée. L'hôpital renferme en outre 4 pavillons d'isolement avec jardins, escaliers et cuisines spéciaux. Aucun service ne communique avec les autres; et chacun possède sa literie, sa lingerie et son personnel.

M. Laborde est d'avis que ces questions soient mises de suite à l'étude. Si l'on ne peut arriver très vite à la perfection, s'en suit-il que l'on ne doive rien faire. Si l'on ne peut obtenir toutes les réformes, réclamons les plus urgentes. Il est nécessaire aussi que le public soit intéressé à ces questions vitales, que son opinion soit éclairée. Il insiste sur le pétitionnement et croit, lui aussi, qu'une loi seule sera assez forte pour forcer la routine à laisser le passage aux progrès. Il demande la nomination d'une commission, qui sera chargée de faire l'enquête, prendre des conclusions, rédiger un rapport et fasse sérieusement son devoir.

M. Collin appuie les conclusions de M. Vidal. Il veut que l'installation des services se fasse d'une manière complète. La séparation des services doit être absolue et l'isolement appliqué jusque-là à la variole n'a donné que des résultats imparfaits. Si, dans les épidémies, il survient un encombrement, il est facile d'y remédier par l'emploi des baraques en bois. On peut ainsi bâtir des hôpitaux en quelques jours et à peu de frais. Pour les varioleux, cela est tout indiqué, car chacun a pu constater pendant la dernière épidémie que ces malades subissaient sans aucun danger les variations atmosphériques.

M. Lunier croit qu'il serait nécessaire, si une loi était rendue, de demander la création d'un service d'inspecteurs chargés de veiller à sa bonne exécution.

M. Hudelot. J'apporte quelques observations relatives au travail de M. Valin, sur la désinfection des tissus par la chaleur. Ce procédé est excellent, mais l'auteur a reconnu lui-même que les tissus trop chauffés pouvaient s'altérer et se détruire plus facilement. Il y aurait donc lieu d'étudier plus sérieusement les conditions du chauffage. D'un autre côté, dans la destruction des virus par la chaleur, c'est l'eau contenue à l'intérieur des bactéries qui, en se vaporisant, les fait éclater et les détruit. Le fait est prouvé, car on a vu des bactéries soumises à une dessication préalable par la chaux, supporter des températures élevées. Je ne crois pas que l'humidité des tissus soit indispensable. Je conclus à l'emploi de la vapeur surchauffée, les conditions de régularité sont faciles à obtenir, même sans appareil régulateur. Pour ce qui est de la désinfection des matelas, qui n'est qu'imparfaite à l'intérieur et demande un temps considérable, je pense que l'opération serait plus vite et mieux faite en ouvrant les matelas et mettant la laine et le crin dans des appareils qui remueraient ces matières et favoriseraient l'action de la chaleur (1).

A. Blondeau.

(1) Plusieurs opinions émises dans cette séance nous paraissent un peu hasardées ; nous tenons à faire dès aujourd'hui des réserves et à éveiller l'attention du lecteur.

CORRESPONDANCE

Le Laboratoire de physiologie de la Sorbonne.

A M. le Rédacteur en chef du *Progrès Médical*.

Paris, le 21 novembre 1877.

Mon cher confrère,

Je lis dans l'un des derniers numéros de votre excellent journal la mention suivante :

Faculté des Sciences : *Laboratoire de physiologie*. Chef du laboratoire : M. Paul Bert ; préparateurs : M. Jolyet et M. P. Regnard. Ce laboratoire est libéralement ouvert aux *étudiants en médecine*, déjà avancés dans leurs études, et qui désirent faire des recherches expérimentales pour leur thèse (1).

Permettez-moi d'y relever une inexactitude qui a bien son importance, comme vous allez le voir. Il est bien vrai que le laboratoire est ouvert — dans les limites que m'imposent les nécessités de l'emplacement et du budget, — à toutes les personnes qui veulent bien me faire le plaisir d'y venir travailler, mais ce n'est pas là l'objet spécial de son fonctionnement. Il appartient, parmi les laboratoires de l'Ecole pratique des hautes études, à la catégorie des *laboratoires d'enseignement*. En conséquence, j'y fais — ou en mon absence mon suppléant, M. Dastre, et le sous-directeur, M. Jolyet, y font — des conférences pratiques, dans lesquelles on répète devant les élèves les expériences principales, classiques, de la physiologie.

Ces conférences vont bientôt commencer ; pour être autorisé à les suivre, il suffit de s'inscrire au secrétariat de la Faculté des Sciences, et, comme pour les autres laboratoires d'enseignement, l'inscription est purement gratuite. Une vingtaine d'élèves seulement peuvent être admis.

Si désagréable qu'il soit pour un journaliste d'être pris en flagrant délit d'erreur, je pense que voudrez bien, mon cher confrère, insérer cette petite rectification dans un de vos prochains numéros : vous en sentez l'intérêt pour les étudiants. Enfin, au risque de me brouiller complètement avec vous, je vais encore vous chercher chicane sur votre mot « libéralement. » A qui s'applique-t-il, à l'Etat ou à moi ? A l'Etat ? Je ne veux pas discuter, mais si vous connaissiez mon budget, vous trouveriez l'épithète généreuse. A moi ? Comment pouvez-vous dire qu'un professeur est « libéral » parce qu'il cherche à être utile à ceux qui travaillent, alors qu'il n'accomplit qu'un devoir strict, pour lequel il est nommé et appointé, alors qu'il ne doit pas avoir de plus grande joie, surtout lorsque les travaux personnels lui deviennent, comme à moi, si difficiles à poursuivre, que d'en voir naître, se développer, s'achever autour de lui sous son influence et sa direction !

Allons, je vous pardonne à cause de l'intention, mais n'y revenez plus ! Paul Bert.

Nous aurions mauvaise grâce à invoquer les circonstances atténuantes qui nous feraient assurément pardonner notre criminelle erreur, puisque cette erreur a été l'occasion de l'intéressanteet humoristique lettre qui précède. B.

REVUE DENTAIRE

Tandis qu'à l'étranger, en Amérique et en Angleterre surtout, les publications périodiques sur la pathologie dentaire et tout ce qui concerne l'art du dentiste, abondent, et, il faut le reconnaître, sont souvent riches de faits intéressants; celles-ci, peu nombreuses, en France,sont loin de présenter la même ampleur et le même intérêt ; cela s'explique, d'ailleurs : à Londres, à Philadelphie, existent de véritables Ecoles de dentistes où, pendant des années, des jeunes gens instruits sont astreints à une pratique journalière. Les professeurs de ces écoles ou colléges, honorables savants, jouissant d'une considération légitime, ont leur place marquée dans les sociétés scientifiques et les académies, à côté des plus illustres médecins et chirurgiens de ces pays; aussi chaque année partent de ces centres autant de praticiens déjà consommés dans leur art. Rien de pareil chez nous ; quelques personnalités remarquables ont pu élever très-haut, par leurs travaux, la chirurgie dentaire et former quelques élèves distingués ; mais, il y a loin de là à un véritable enseignement, qui est un besoin, en même temps qu'il serait un honneur pour notre Faculté.

Ce défaut d'enseignement, bien fait pour décourager ceux qui veulent se livrer à la pratique de la chirurgie dentaire, se traduit naturellement par la rareté des publications sur la matière. Des observations inédites, des faits curieux, trouvent de temps en temps place dans nos différents recueils de médecine ou de chirurgie ; des travaux remarquables sur l'anatomie et la pathologie dentaire ont été publiés par des savants français, et font autorité, même à l'étranger, mais nous ne connaissons, en France, que deux publications périodiques consacrées à cette branche spéciale de la chirurgie: l'*Art dentaire*, revue mensuelle de M. Preterre, dentiste américain ; le *Progrès dentaire*, mensuel, de M. Stevens, docteur de Philadelphie. Loin de nous la pensée de nier la compétence de ces praticiens distingués et occupés, auxquels une clientèle nombreuse doit fournir un trésor toujours renouvelé de faits intéressants pour la pratique ; mais il nous sera permis de regretter, encore que nous en ayons indiqué la cause, que les seuls recueils français que nous ayons à analyser soient dus à des étrangers non sortis de nos Facultés.

A ce propos, la pétition présentée au Sénat par M. le docteur Andrieux, chirurgien dentiste, est longuement commentée dans ces deux journaux. Cette pétition, on le sait, demande : 1° qu'une loi spéciale établisse que nul ne puisse exercer la profession de dentiste, s'il n'est reçu docteur en médecine ou officier de santé; 2° elle réclame, en outre, la création d'une chaire spéciale des maladies de la bouche. Ajoutons que le Sénat a pris en considération la pétition du docteur Andrieux. Le second paragraphe en est approuvé, sans réserve, par l'*Art Dentaire* et le *Progrès dentaire* ; mais l'*Art Dentaire* n'accepte pas le premier, et nous en comprenons les motifs ; sachons reconnaître que le *Progrès Dentaire* pousse le sacrifice plus loin et avoue que la satisfaction donnée à la pétition du docteur Andrieux, serait le seul moyen de relever en France la chirurgie dentaire. Il est inutile de dire, que pour nous, celle-ci,comme n'importe quelle branche de la chirurgie,exige des connaissances générales, que le titre de docteur doit sanctionner, comme garantie nécessaire. On ne saurait trop insister sur ce point, mais le moment est venu de commencer notre analyse.

Dans le numéro de mai 1877, de l'*Art dentaire*, se trouve une observation intéressante de pyohémie résultant de carie dentaire, observation extraite elle-même du Cosmos ; il s'agit d'un enfant de 4 ans qui, à la suite d'une carie de la première grosse molaire inférieure du côté gauche et d'une périostite alvéolo-dentaire, eut une ostéo-périostite de la branche montante du maxillaire inférieur ; de là, l'inflammation gagna les orbites par la fosse ptérygo-maxillaire, et enfin la cavité crânienne ; il en résulta une méningite suppurée dont l'enfant mourut assez rapidement.

Le titre de pyohémie donné à l'observation est justifié par la présence, à l'autopsie, d'abcès dans les reins et les poumons. Ces faits ne sont peut-être pas extrêmement fréquents, mais rien ne montre mieux qu'une semblable observation, l'utilité de connaissances médicales dans la pratique de la chirurgie dentaire ; de semblables faits doivent aussi être connus des chirurgiens qui ne portent pas toujours suffisamment leur attention du côté des mâchoires.

Dans le numéro d'août, du même journal, sous le titre de : dents cariées, se trouve une observation malheureusement trop peu développée, et rapportée par le docteur Gaulois, d'abcès multiples du cerveau, et même des parois du cœur à la suite d'une carie dentaire. L'enfant, sujet de l'observation, vécut un mois dans un état comateux qui se termina par la mort. L'inflammation avait suivi la même voie que dans le cas précédent, pour gagner le cerveau. Les abcès, au nombre de quatre, dans la substance cérébrale, provenaient vraisemblablement de l'inflammation propagée. Faut-il invoquer la pyohémie pour l'abcès trouvé dans les parois du cœur ? L'auteur ne soulève pas ces questions. Ce fait remarquable a attiré notre attention parce qu'il est à rapprocher, ou plutôt à séparer, d'une observation très-curieuse publiée récemment par le docteur Tuefferd, de Montbéliard ; il s'agit encore d'abcès du cerveau, coïncidant avec une évolution difficile de la dent de sagesse et des abcès péri-maxillaires, sans qu'il ait été possible, à l'autopsie, faite avec soin, de saisir la relation existant entre la suppuration péri-maxillaire et l'abcès du

(1) N° des Etudiants, p. 814.

cerveau ; et cependant l'auteur ne peut admettre une simple coïncidence par des raisons qu'il expose. Peut-on admettre une inflammation sympathique ? Il est difficile de se contenter d'une pareille explication qui recule la difficulté ; y a-t-il eu embolie capillaire ? Rien n'autorise à le croire ; le fait, en tout cas, est extrêmement intéressant et digne de provoquer d'autres observations.

Dans le dernier numéro de juillet, nous signalerons un fait de réimplantation dentaire, accomplie dans des circonstances singulières par le dr Sellers. Le cas était compliqué: carie pénétrante d'une petite molaire, périostite et abcès alvéolaire ; la dent est enlevée, la cavité de l'abcès est soigneusement lavée avec la solution phéniquée ; enfin, la dent elle-même est plombée jusque dans la racine et replacée dans l'alvéole, après toutefois qu'on en eût poli l'extrémité de la racine. Au bout de huit jours, la dent était solide et le malade pouvait manger sans douleur. M. Préterre ajoute : « Nous reproduisons, mais nous ne garantissons pas. » La réserve est de droit; mais le fait ne nous paraît pas extraordinaire ; nous avons vu, dans la pratique de M. le dr Magitot, de nombreux cas de réimplantation de dents cariées, avec périostite, donner des résultats presque constamment satisfaisants. Ces résultats, il faut le dire, ne manquaient pas de provoquer l'étonnement, et finalement, la satisfaction des patients. Nous ne trouvons rien autre chose à signaler dans les numéros de l'*Art dentaire* que nous avons sous les yeux. Ce journal, on le voit, est un recueil d'observations dont les plus intéressantes sont empruntées aux journaux étrangers ; on y trouvera d'autres travaux instructifs fournis par les journaux français et parfois par le *Progrès médical* lui-même.

Le journal, le *Progrès dentaire*, plus volumineux, très-soigné dans son impression, est presqu'exclusivement consacré à des faits de pratique journalière ; on y trouve peu d'observations pouvant intéresser le médecin ou le chirurgien. Les méthodes de pansements des dents cariées, les différentes espèces de plombage, les instruments de chirurgie dentaire sont tour à tour décrits et discutés; c'est dire que le dentiste de profession y trouvera des renseignements précieux. Ce n'est pas tout cependant ; on consultera avec fruit la pharmacopée dentaire du dr Stocken traduite du *The Monthly Review of dental Surgery*. Les gens désireux de s'instruire suivront avec intérêt les longues discussions qui ont lieu, dans les sociétés odontologiques d'Angleterre et d'Amérique, sur les points les plus variés d'anatomie et de chirurgie dentaires. Ces sociétés prospères, dont nous n'avons pas idée en France, maintiennent et élèvent le niveau scientifique, grâce au savoir et à l'autorité de leurs membres.

Quelques questions plus particulièrement intéressantes pour nous sont abordées dans le journal du dr Stevens. Dans le numéro d'avril 1877, M. Woght Ditcham, de Paris, traite la question de l'anesthésie locale pour l'extraction des dents. A cet effet, il emploie la pulvérisation d'éther au moyen de l'appareil Richardson avec soufflet à pédales et à becs droits ou courbes ; mais M. Ditcham est forcé lui-même d'avouer que les douleurs consécutives sont intolérables, et incomplètement calmées par l'eau tiède ou le phénol sodique, qu'il préconise, l'opération terminée. Assurément l'anesthésie locale sans réaction douloureuse ou inflammatoire réaliserait l'idéal longtemps caressé par les dentistes ; mais l'agent ou la méthode n'a pas encore été trouvé. En ce qui concerne la pulvérisation d'éther, M. le docteur Magitot nous a dit en avoir essayé à plusieurs reprises, sans avoir obtenu de résultats satisfaisants et ne croit pas à l'efficacité de ce moyen ; il y a donc de nouvelles recherches à faire dans cette voie. La question de l'anesthésie générale par le protoxyde d'azote est également agitée dans plusieurs numéros du même journal, et le protoxyde d'azote est défendu avec conviction par la rédaction ; cependant rien de moins prouvé que l'inocuité de cet agent; le *Progrès dentaire* lui-même, dans son numéro de mai, rapporte, d'après les journaux anglais, deux cas de mort dus au gaz hilariant! et l'une des victimes appartenait au corps médical anglais ! En pleine santé, dans la force de l'âge, cet homme paie de la vie une extraction sans douleur ; peut-on dire que le service rendu dans bien des cas est à la hauteur du risque à courir ? Les lecteurs du *Progrès médical* ont pu lire un travail de M. le dr Bordier signalant les dangers de l'anesthésie par le protoxyde d'azote, et les troubles cérébraux très-graves qui peuvent se montrer longtemps même après son inhalation, alors même que le gaz est aussi pur que possible ; il est prouvé, d'ailleurs, que cet agent, ne produit d'effet qu'en déterminant l'asphyxie et que son usage ne peut-être prolongé sans imprudence dans une opération de quelque durée ; son emploi est aussi délicat que celui du chloroforme et ne produit certainement pas une anesthésie aussi sûre et aussi longue ; et cependant quel dentiste n'emploie pas le protoxyde d'azote? Quelles garanties présentent la plupart de ceux qui l'emploient?

De quelque façon qu'on l'envisage, d'ailleurs, la question pour le chirurgien et le patient se posera toujours de cette façon : actuellement, il n'y a pas d'anesthésie locale satisfaisante ; est-il prudent de recourir à l'anesthésie générale par le protoxyde d'azote pour une opération qui dure généralement peu de temps et se réduit le plus souvent à un choc traumatique? Il faut avouer que le praticien sera souvent pris entre sa conscience et ses intérêts, car le client ira jusqu'à ce qu'il trouve un dentiste à protoxyde. Qui pourrait l'en blâmer, puisque anesthésie qui veut ! Dans les opérations prolongées sur la bouche, dans les cas difficiles d'extraction de racines, ou d'une dent de sagesse, alors surtout qu'il y a de graves inconvénients à ne pas agir, l'usage du chloroforme sera tout aussi légitime que dans toute autre opération chirurgicale, mais à la condition que le malade soit protégé par les garanties qu'exige la loi, pour la pratique des opérations de chirurgie.

Dans son numéro de juin, le *Progrès dentaire*, et c'est par là que nous terminerons cette courte revue, extrait du *The dental Register* un fait qu'il intitule : cas singulier observé par le dr Rawls et qu'on nous permettra de trouver... extraordinaire ! Une dame se présente pour se faire enlever et replanter après obturation une seconde molaire du côté droit de la mâchoire inférieure ; la première partie de l'opération, c'est-à-dire l'extraction se fait sans difficulté ; mais lorsque le dr Rawls en vient à vouloir préparer la cavité de la dent pour l'obturation en dehors de la bouche, la dame se met à pousser des cris de douleur à chaque contact de l'instrument avec la dent. Jusqu'ici on peut invoquer l'influence de la vue sur une organisation de femme impressionnable; la patiente est alors installée dans un appartement voisin du cabinet d'opération où se tient le dr Rawls; mais de nouveaux cris s'élèvent aussitôt qu'une tentative de plombage est faite sur la dent; bien plus une injection d'eau froide étant pratiquée pour déterger la cavité de la pulpe, la dame s'écrie qu'on lui injecte de l'eau glacée dans sa dent. La scène dure encore un certain temps et se termine enfin par la réimplantation qui réussit à merveille. Nous livrons le fait à la sagacité des lecteurs du *Progrès médical !*

Dans une de nos prochaines revues nous nous proposons d'analyser quelques publications anglaises et américaines; espérons que nous aurons à y relever des observations moins *singulières* et en tout cas plus profitables à la science.

L. Cruet.

NÉCROLOGIE

Bouvier.

Nous avons annoncé (n° 47) la mort du Dr Bouvier, membre de l'Académie de médecine, officier de la légion d'honneur, et bien connu par de nombreuses publications sur les maladies des enfants et sur celles de l'appareil locomoteur.

Bouvier était né en 1799. En 1819, il était reçu premier au concours de l'internat, devenait bientôt aide d'anatomie et se consacrait déjà aux recherches de physiologie ; sa thèse (1823) porte : « *Sur quelques points d'anatomie et de physiologie.* » En 1824, Bouvier fut reçu agrégé dans la section des sciences accessoires avec une thèse ayant pour titre : « *Quoad usque in functionibus nutricus et in medicaminum deglutitorum actione vis et impulsio legum physicarum et chemicarum admittendæ?* » Il fut bientôt nommé, au concours, médecin des hôpitaux et chargé, comme tel, du service orthopédique de l'hôpital des Enfants. Bouvier se consacra dès lors à cette branche de l'art médical et fut à même d'observer sur un large terrain, tant dans son service que dans la maison d'orthopédie qu'il dirigeait à Chaillot.

Aussi présentait-il à l'Institut, en 1837, son travail sur *Etiologie des difformités en général, et de déviations de l'épine en particulier*. Ce mémoire obtint le prix de 6,000 fr. Deux ans plus tard, Bouvier était nommé de l'Académie en remplacement de trois membres décédés, selon la règle de réduction à laquelle on eut recours à cette époque :

Bouvier a laissé un grand ouvrage sur les *Maladies de l'appareil locomoteur*, (avec atlas), et nombre de mémoires relatifs à l'orthopédie : nous citerons de lui : *Le strabisme* (1844), *Gymnastique et orthopédie* (1832) ; *Section sous-cutanée des tendons* (1842) ; *des muscles* (1842) ; *Caractères des plaies sous-cutanées* (1855) ; *Méthode opératoire sous-cutanée* (1857) ; *Cautérisation cutanée dans les maladies du système osseux* (1854) ; *Discours sur la méthode sous-cutanée* (1866) ; *Discours sur la vivisection* (1863) ; *La vaccine* (1864) ; *La surdimutité* (1854) ; *Des mémoires sur la Trachéotomie dans le croup* (1859) ; *Les canules et les dilatateurs* (1862) ; *La chorée* (1859).

Bouvier a laissé en outre un grand nombre d'articles épars dans les publications périodiques ou dans les dictionnaires, il fit entre autres l'article *Lits orthopédiques* du *Dictionnaire encyclopédique* (1869). Les derniers moments de Bouvier furent affligés par une cécité presque complète et qui causa sa mort. On se rappelle, en effet, qu'il est tombé dans un des bassins des Tuileries pendant une de ses promenades : quelques heures après il succombait à une congestion pulmonaire.

H. de B.

J. H. C. Dave.

Nous avons une bien triste nouvelle à communiquer à nos lecteurs. Notre ami et distingué collaborateur, J. Dave est mort à Lille, le 23 novembre dernier, dans sa vingt-septième année.

Après avoir fait de bonnes études au lycée de Lille, où son père est professeur de mathématiques, Dave commença ses études médicales à l'école préparatoire de la même ville, où, deux années de suite, il remporta les prix du concours de fin d'année. De plus, il se fit recevoir licencié ès-sciences naturelles et licencié ès-sciences physiques. Ses connaissances étendues et son habitude du travail lui rendirent facile l'accès de l'internat des hôpitaux de Paris (promotion de 1873.)

Durant ses années d'internat, Dave a fait de nombreuses communications à la *Société anatomique* et publié quelques leçons de ses maîtres, entre autres les leçons de M. Raynaud sur la *fièvre typhoïde*. Enfin, nos lecteurs connaissent sa participation au *Progrès médical*, participation que sa maladie a plusieurs fois interrompue.

Cœur bon et dévoué, esprit libéral, caractère ferme et droit, Dave était aimé et estimé de tous ses collègues. Que leurs regrets, que les nôtres puissent adoucir la douleur de sa malheureuse famille ! B.

VARIA

Cours publics d'anthropologie.

Au siége de la Société d'anthropologie à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine.

Ouverture des cours le samedi 24 novembre.— Anthropologie anatomique : M. Broca, samedi et mardi, à 4 heures ; anthropologie biologique : M. Topinard, lundi, à 4 heures ; Ethnologie : M. Dally, mercredi, à 4 heures ; anthropologie préhistorique ; M. de Mortillet, lundi, à 3 heures ; anthropologie linguistique : M. Hovelacque, vendredi, à 4 heures ; démographie et géographie médicale : M. Bertillon, vendredi, à 3 heures.

Programme des cours du semestre, 1877-1878. — Cours d'anthropologie anatomique : Parallèle de l'homme et des animaux supérieurs ; anatomie comparée des races humaines ; crâniologie. — Cours d'anthropologie biologique : De l'homme vivant, ses caractères physiques extérieurs et ses caractères physiologiques ; Histoire de l'anthropologie ; anthropométrie. — Cours d'ethnologie : Classification et description des races humaines, leur répatition, leur filiation, leur évolution. — Cours d'anthropologie préhistorique : Paléontologie humaine ; archéologie préhistorique ; détermination des débris humains au moyen de l'archéologie. — Cours d'anthropologie linguistique : Caractères généraux, classification et répartition des différentes langues. — Cours de démographie et de géographie médicale : Statistique des peuples et des races ; influence des climats et des altitudes ; pathologie comparée des races humaines.

Suppositoire antehémorrohïdal.

Beurre de cacao.................	ââ 2 grammes.
Cire blanche....................	
Onguent populéum..............	
Extrait de jusquiame............	30 centigr.

F. s. a. un suppositoire, à employer dans le cas d'hémorrhoïdes enflammées et douloureuses. Entretenir la liberté du ventre, à l'aide de boissons laxatives. Lavements émollients additionnés de miel de mercuriale. (*Douze cents formules*, etc.)

Enseignement libre.

Cours public de démographie et géographie médicale. — M. Bertillon commencera ce cours, le *Vendredi* 30 novembre 1877, à 3 heures du soir, et le continuera le *Vendredi* de chaque semaine, à la même heure, au siége de la Société d'anthropologie, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine.

Programme du cours : Statistique des peuples et des races ; influence des climats et des altitudes ; pathologie comparée des races humaines. — Cette année le professeur traitera plus spécialement de la population française étudiée en chaque département et comparée aux populations étrangères.

Pathologie interne. — M. le dr Lacombe commencera son cours le lundi 3 décembre, à 4 heures, et le continuera tous les lundis et vendredis. Il étudiera d'abord les affections du cœur. (Ecole pratique. — Amphithéâtre n° 2.)

Pathologie externe. — M. le Dr Paul Berger agrégé de la Faculté, commencera son cours le lundi 3 décembre, à 1 heure, dans le petit amphithéâtre de l'Ecole de Médecine et le continuera les Vendredis et Lundis suivants, à la même heure. Il traitera des affections chirurgicales communes à toutes les régions et à tous les tissus.

Pathologie interne. — M. le Dr Dieulafoy, agrégé de la Faculté, commencera son cours élémentaire le Lundi 3 décembre, à 3 heures, dans le petit amphithéâtre de l'Ecole de Médecine, et le continuera les Vendredis et Lundis suivants, à la même heure. Il commencera son cours par les maladies du système nerveux.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 29 novembre 1877, on a déclaré 883 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 25 ; rougeole, 13 ; scarlatine, 3 ; variole, 1 ; croup, 19 ; angine couenneuse, 27 ; bronchite, 45 ; pneumonie, 68 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 10 ; choléra nostras, » ; dysentérie, 2 ; affections puerpérales, 9 ; érysipèle, 3 ; autres affections aiguës, 226 ; affections choniques 372, dont 158 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 34 ; causes accidentelles, 26. — Les 883 décès ci-dessus donnent une proportion de 23,1 par 1,000 habitants et pour l'année.

Faculté de médecine. — *Cours de l'école pratique.* — Ces cours seront faits dans les pavillons par MM. les chefs de pavillon, tous les jours, de 2 à 3 heures. Pavillon n° 1. M. Humbert. *Splanchnologie*. Lundis et Jeudis. — Pavillon n° 2. M. Richelot. *Névrologie*. Mercredis et Samedis. — Pavillon n° 3. M. Peyrot. *Myologie* et *Angiologie*. Mardis et Vendredis. — Pavillon n° 4. M. Bouilly. *Ostéologie* et *Arthrologie*. Lundis et Jeudis.

Avis. — M. le professeur Chauffard a repris son cours le mercredi 28 novembre.

— M. Ollivier est prorogé dans ses fonctions d'agrégé près la Faculté de médecine de Paris, à partir du 1er novembre 1877.

Collége de France. — *Médecine*. M. le professeur Claude Bernard commencera son cours le mercredi 5 décembre à 10 h. 1/2, et le continuera les mercredis et vendredis. Il traitera de l'expérimentation physiologique.

Anatomie générale. — M. Ranvier commencera son cours le mardi 4 décembre à 3 h. 1/2, et le continuera les jeudis et mardis. Il traitera de l'histologie du système nerveux.

Embryogénie comparée. — M. Balbiani commencera son cours le mardi 4 décembre à 1 h. 1/2, et le continuera les mardis et samedis. Il traitera de la génération et du développement des vertébrés.

Chimie organique. — M. Berthelot commencera son cours le lundi 3 décembre à 10 h. 1/2, et le continuera les lundis et vendredis. Il traitera de la thermochimie.

Chimie minérale. — M. Schutzenberger commencera son cours le mercredi 5 décembre à 1 h. 1/2, et le continuera les mercredis et samedis. Il traitera de l'histoire générale des principaux groupes de combinaisons chimiques.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 28 novembre, le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué pour le lundi 10 décembre.

Concours. *Externat :* 16 novembre, *articulations de la mâchoire inférieure ;* 19, *vaccine et vaccination ;* 23, *signes et diagnostic de la pleurésie franche ;* 26, *épistaxis, tamponnement des fosses nasales ;* 28, *traitement des ulcères de la jambe.*

Faculté de médecine de Nancy. — M. Hirtz, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Nancy, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1877-78, par M. Bernheim, agrégé.

Nomination. — Par décret en date du 23 novembre, M. Faye, membre de l'Institut, est nommé ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux arts en remplacement de M. Brunet, dont la démission a été acceptée.

Médecins conseillers généraux. — *Yonne :* Sur 37 membres il y a six docteurs : MM. Bert, Duché, Javal, Blandin, Rétif, Coste. — On compte aussi dans ce conseil deux vétérinaires : MM. Duguyot et Roy. — Tous sont républicains.

Cautin (P.). — Du développement des tumeurs de l'ovaire, en particulier des kystes dermoïdes. Paris, 1877, in-8 de 150 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, boulevard St-Germain.

Huchard (H.). — Etude critique sur la pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde, grand in-8 de 36 pages. Prix : 1 fr. 25.

Librairie G. MASSON, rue Hautefeuille.

Moreau (A.). — Mémoires de physiologie. Vessie natatoire. Torpille électrique. — Intestins. — Nerfs vasculaires. Paris, 1877, 1 vol. in-8 de 230 pages avec 6 planches et figures dans le texte. — Prix : 8 fr.

Nicolas (Ad.). — Un cas d'asthme infantile. Paris, 1877, in-8 de 19 pages.

Pouchet (G.) et Tourneux (F.). — Précis d'histologie humaine et d'histogénie, 2e édition entièrement refondue. Vol. in-8 de 820 pages avec 218 figures. — Prix : 15 fr.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *novembre* vient de paraître : Un an : Paris, 18 fr., Départements, 20 fr.

Abeille. — Maladies des femmes. — Question de la stérilité subordonnée dans certains cas aux déviations utérines et du redressement de celles-ci par la méthode utéro-vaginale ignée. Réfutation du dr Pajot par le dr Pajot. Paris, 1877, imp. Ch. Untiger, in-8 de 32 pages.

Kunemann (E.). — La principauté de Monaco considérée comme station sanitaire. Paris, 1877, in-8 de 12 pages.

Loring (Ed. G.). — Are progressive myopia and conus (posterior staphyloma), due to hereditary predisposition, or can they be induced by defect or refraction acting through the influence of the cilary muscle? Philadelphia 1877, in-8 de 20 pages.

Laure (P.). — Note sur la diminution de l'urée dans l'atrophie musculaire progressive et les conséquences qu'on en peut déduire au point de vue de la théorie musculaire de la formation de l'urée. Lyon, 1877. Assoc. typog. in-8 de huit pages.

Tamburini (A.). — Periencefalite fronto-parietale cronica. Paralisi progressiva. Conferenza clinica. Reggio-Emilia, 1877. Tipog. Calderini, in-8 de 26 pages.

— Contribuzione alla fisiologia e patologia del linguaggio, 1876. Reggio-Emilia, Tipog. di Calderini, in-8 de 86 pages.

— Nueve osservazioni di osteomi dell' aracnoide spinale nella paralisi progressiva. Reggio-Emilia 1877. Tip. Calderini, in-8 de 20 pages avec figure.

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur Charcot continue son cours clinique sur les *maladies des centres nerveux*, à la Salpêtrière, tous les dimanches, à 9 h. 1/2.

Asile Sainte-Anne. — M. le Dr Magnan a repris, le Mercredi 21 novembre, à 9 heures du matin, ses exercices pratiques sur le *diagnostic de la folie*, et les continuera les mercredis matin, à la même heure.

Hôpital Necker. — Service de M. Désormeaux. Visite à 8 h. 1/2. Salle Sainte-Marie (F.) : 1, anus contre nature; 5, fistule uréthro-vaginale: 21, coxalgie hystérique; 25, syphilis, paralysie faciale. — Salle Saint-Pierre (H.): 4, fracture de jambe avec plaie; 27, nécrose de l'occipital; 29, rétrécissement, uréthrotomie externe; 48, fracture du calcanéum; 53, spina-bifida.

Service de M. Guyon. Visite à 9 h. Salle Sainte-Cécile (F.): 2, corps fibreux; 7, cysto-sarcome du bassin; 8, fracture sus-malléolaire ; 9, ménorrhagie avec corps fibreux; 12, cicatrice vicieuse de la lèvre inférieure; 14, fracture du col du fémur. — Salle Saint-André : 1, *nain* (général Tom-Pouce); 23, fracture du col du fémur; 16, fracture de jambe; 28, coxalgie; 10, amputation sus-malléolaire. — Salle Saint-Vincent (voies urinaires); 5, épispadias opéré; 9, cystite du col; 20, uréthrotomie externe; 25, infiltration d'urine; 27, calcul vésical.

Service de M. Delpech. Visite à 8 h. 1/2. Salle Sainte-Anne (F.) : 1, pleurésie à droite; 2, arthrite blennorrhagique; 3, obstruction intestinale; 4, typhlite grave, engouement stercoral ; 10, corps fibreux de l'utérus; 11, paraplégie et hyperesthésie hystériques; 20, pleurésie droite; 7, 15, fièvres typhoïdes. — Salle Saint-Ferdinand (H.): 7, cirrhose alcoolique; 19, hystéro-épilepsie; 18, entérite ulcéreuse; 22, rhumatisme articulaire aigu; 8, 9, 23, 24, 26, 29, 31, fièvres typhoïdes.

Service de M. Chauffard. Visite à 8 h. 3/4. Salle Saint-Jean (H.): 2, danse de Saint-Guy: 5, pleurésie; 9, paralysie générale; 11, rhumatisme blennorrhagique; 12, cancer de l'estomac; 16, roséole copahique. — Salle Sainte-Eulalie (F.): 2, chorée hystérique; 9, péritonite par perforation; 27, insuffisance mitrale; 28, colique hystérique.

Service de clinique, M. Potain. Visite à 8 h. 1/2. Salle Saint-Luc. (H.) et salle Sainte-Adélaïde (F.).

Service de M. Blachez. Visite à 8 h. 1/2. Salle Saint-Louis (H.) : 1, bronchite; 5, 17 et 2, fièvre typhoïde; 4, saturnisme, coliques de plomb; 6, insuffisance mitrale, congestion du foie ; 22 et 7, pleurésie ; 9, cirrhose ; 11,

rhumatisme articulaire ; 13, bronchite, emphysème ; 21, cirrhose hypertrophique ; 25, 34 et 23, sciatiques ; 26, tubercule cérébral ; 27, ataxie. — Salle Ste-Thérèse (F.) : 2, rhumatisme chronique ; 4, hystérie ; 6, rhumatisme subaigu ; 8, hémiplégie ; 10, fièvre typhoïde ; 16, insuffisance mitrale, congestion du foie ; 19, cancer stomacal ; 21, fièvre typhoïde ; 22, gangrène pulmonaire ; 23, anémie ; 28, insuffisance mitrale ; 30, phlegmon du ligament large. — Salle Saint-Vincent : 5, épispadias (opéré) ; 10, cystite du col ; 20, uréthrotomie externe 25, infiltration d'urine ; 27, calcul vésical.

Hôpital Cochin. — Service de M. Bucquoy. — Salle Saint-Jean (F.) : 1, rhumatisme sous-calcanéen blennorrhagique ; 2, abcès sus-pubien post-puerpéral ; 14, pleurésie hémorrhagique ponctionnée ; 16, kyste de la rate ; 6, pleurésie diaphragmatique. — Salle Saint-Philippe (H.) : 1 et 17, ulcère rond de l'estomac ; 3, péritonite tuberculeuse sciatique ; 9 et 11, insuffisance mitrale ; 14, pleurésie diaphragmatique ; 16, néphrite parenchymateuse ; 18, aphyxie locale des extrémités ; 20, atrophie musculaire progressive. — Salle Sainte-Marie (H.) : 4, rhumatisme sous-calcanéen blennorrhagique ; 9, pleurésie ponctionnée ; 11, insuffisance mitrale.

Service de M. Desprès. — Salle Cochin (F.) : 1, kyste hydatique du foie ; 4, fistule vésico-vaginale ; 6, adénite cervicale ; 12, polype de l'utérus ; 17, cataracte double ; 18, coxalgie ; 16, arthrite suppurée du poignet ; 10 *bis*, plaie contuse du dos de la main ; gangrène du médius. — Salle Saint-Jacques (H.) : 3, hémorrhoïdes enflammées ; 6, ostéite épiphysaire à forme chronique : 10, hémorrhoïdes enflammées, lésions cardiaques ; 11, entorse ; 17, fracture de l'os malaire ; 18, arrachement de la main ; 25, orchite chronique à répétitions.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Vacance Médicale. — La commune d'Andeville (popul. 1,270 h.) demande un médecin. Elle offre beau logement gratuit pendant quatre ans. S'adresser, pour les renseignements, à M. le maire d'Andeville (Oise), près Méru (station du chemin de fer Montseult à Amiens).

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Notes sur la physiologie pathologique des traumatismes cérébraux (1);

Par **H. DURET**, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

PREMIÈRE PARTIE. — De la commotion cérébrale.

Une des questions les plus profondément obscures de la pathologie chirurgicale est celle du mécanisme, du diagnostic, du pronostic et des indications thérapeutiques des traumatismes cérébraux.

Malgré les grandes difficultés de cette étude, à laquelle nombre d'observateurs éminents ont déjà consacré leurs efforts sans parvenir à jeter sur elle un jour satisfaisant, nous avons osé, après eux, entrer dans la même voie.

L'éducation scientifique et pratique que nous avions reçue de maîtres éminents, nos recherches antérieures sur l'anatomie et la physiologie des centres nerveux, autorisaient un peu cette hardiesse.

Pour montrer avec quelle persévérance nous avons poursuivi ces laborieuses recherches, il nous suffira de dire que nous y avons consacré près de cinq mois, et que le nombre des animaux sur lesquels nous avons expérimenté dépasse la centaine (2).

Aujourd'hui, nous nous contenterons d'exposer sommairement devant la Société de biologie la partie expérimentale; nous ajouterons la partie clinique à notre thèse inaugurale, car notre cadre est immense : le diagnostic des traumatismes cérébraux. Nous ne pouvions, en effet, explorer un des côtés de ce terrain difficile, sans avoir des notions suffisantes sur son aspect général. Exposons d'abord le point le plus embarrassant : le mécanisme de la commotion cérébrale.

1. Qu'est-ce donc, pour les pathologistes, que la commotion cérébrale?

Les savants auteurs du *Compendium* la définissent ainsi : « La commotion cérébrale représente, disent-ils, pour la plupart des chirurgiens de nos jours, l'ébranlement général de la masse encéphalique, ébranlement qui en altère tout à coup, en suspend, pour un temps variable, ou en abolit pour toujours les fonctions, sans pourtant en avoir causé la désorganisation apparente, ou, du moins, sans y avoir causé d'altération anatomique, qui paraisse en proportion avec les désordres fonctionnels observés. »

Ainsi, pour ces auteurs, l'effet de la commotion, c'est l'abolition plus ou moins subite des fonctions encéphaliques; la cause : l'ébranlement moléculaire de la masse nerveuse; et, enfin, la condition nécessaire : l'absence d'altérations anatomiques en proportion avec les désordres fonctionnels. Nos expériences démontreront que, pour nous aussi, la commotion consiste dans l'abolition plus ou moins durable, plus ou moins complète des fonctions encéphaliques, et nous reproduirons expérimentalement toutes les formes cliniques de la commotion : mais nous croyons qu'il faut abandonner l'hypothèse de l'ébranlement mécanique ou des oscillations de la pulpe nerveuse. Depuis longtemps, notre excellent maître, M. le professeur Verneuil, a fait justice de cette condition imposée pour admettre qu'il s'agit d'une commotion : l'absence de lésions des centres nerveux. Parmi toutes les observations publiées sous le titre de commotion cérébrale par les chirurgiens, il n'en est qu'un très-petit nombre, et elles sont de date fort ancienne, où cette absence complète de lésions soit formellement indiquée. Pour nous, donc, l'absence de lésions n'est pas une condition *nécessaire* de la commotion cérébrale.

La définition de notre savant maître, M. Duplay, dans son Traité de pathologie externe, de date plus récente, est aussi, à bon droit, infiniment plus réservée : « On est loin d'être fixé, dit-il, sur le point de savoir si les troubles fonctionnels reconnaissent uniquement pour cause un ébranlement moléculaire de l'encéphale, sans lésion matérielle appréciable, constituant, en un mot, la commotion cérébrale, ou si les mêmes troubles répondent à des lésions anatomiques appréciables, mais passant souvent inaperçues, ou échappant jusqu'à présent à nos moyens d'investigation. » Nous espérons établir précisément qu'il existe des lésions, parfois relativement minimes dans la commotion cérébrale, mais qu'en raison de leur siége et de leur mode de production, *elles suffisent pour expliquer tous les symptômes observés.*

Il est un terrain commun sur lequel se rencontrent tous les pathologistes : c'est la symptomatologie de la commotion cérébrale. Ce sera notre point de départ.

On distingue, en clinique, trois sortes de commotion : la commotion légère, la commotion grave et la commotion très grave ou foudroyante.

A la suite d'un coup, d'une chute, le blessé éprouve un éblouissement, un vertige; ses forces l'abandonnent, il tombe ou est sur le point de tomber. La face pâlit subitement, et la respiration s'arrête un moment... Puis, au bout de quelques instants, de quelques minutes, plus rarement au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, le blessé revient à lui, sans garder le souvenir de l'accident dont il vient d'être victime, quelquefois même sans pouvoir se rappeler les circonstances qui l'ont immédiatement précédé. En un mot, la commotion légère consiste dans une perte momentanée de la conscience, de l'intelligence, de la sensibilité, du mouvement, avec phénomènes d'arrêt ou troubles de la respiration et de la circulation. (Follin et Duplay.)

Dans la commotion grave, le blessé tombe sans proférer une plainte. Il reste sans mouvement et privé de connaissance, les sensibilités générale et spéciale sont abolies, il respire si faiblement, que la poitrine se soulève à peine; le pouls est d'une excessive lenteur, on l'a vu tomber à 20 pulsations; mais, généralement, il bat de 40 à 60 fois par minute. Au bout de quelques heures, les accidents peuvent perdre de leur intensité, et ce n'est qu'avec une grande lenteur que reviennent la sensibilité, la motilité et l'intelligence. Dans la commotion grave, par conséquent : mêmes phénomènes généraux que dans la commotion légère, mai plus accentués et plus durables. La guérison, plus ou moin complète, est possible. — Dans la commotion foudroyante, la mort est instantanée.

Quelle que soit la variété de la commotion, son ensemble symptomatique peut se définir : un arrêt plus ou moins complet ou une perte absolue du fonctionnement encéphalique, avec troubles du côté de la respiration et de la circulation.

Prenant comme point de départ la symptomatologie clinique, la seule partie claire et compréhensible dans la pathologie de la commotion, nous nous proposâmes d'abord, par des expériences chez les animaux, de reproduire les trois formes classiques.

Nous pouvions, pour cela, produire des commotions par des coups plus ou moins violents sur des crânes d'animaux. Mais ce procédé nous parut trop difficile à analyser, tout d'abord, dans ses effets : les lésions produites sont trop multiples.

Il était plus aisé d'agir immédiatement sur la masse encéphalique et de l'observer directement. Mais, déjà,

(1) Communication faite à la *Société de Biologie* dans la séance du 18 novembre 1877.

(2) Elles ont été faites, pour la plupart, au laboratoire de M. Vulpian, à la Faculté; ou au laboratoire de M. Tillaux, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

nous savions par nos recherches antérieures qu'une large ouverture du crâne modifie considérablement l'état physiologique des cellules nerveuses encéphaliques, change les conditions de la circulation dans cet espace fermé, où la tension artérielle et la tension du liquide céphalo-rachidien sont soumises à une pression constante ou varient selon certaines lois déterminées. Nous abandonnâmes donc l'idée d'appliquer une couronne de trépan. Nous résolûmes de faire une ouverture très-petite à l'aide d'un perforateur, puis, par cette ouverture, d'injecter brusquement une petite quantité de liquide, que nous laisserions ressortir immédiatement. Ainsi serait produit, par un moyen incapable de résistance durable, un choc sur les hémisphères cérébraux.

On objectera peut-être, dès à présent, qu'ainsi, nous faisions de la compression et non de la commotion; nous reconnaissons que ce procédé n'est peut-être pas à l'abri de toute critique, ainsi formulée *à priori*; mais les faits nous ont convaincu depuis, que les symptômes produits sont absolument semblables à ceux déterminés par un choc sur le crâne. Et, en réalité, choc sur le crâne ou choc sur la masse encéphalique, ce sont, dans l'espèce, deux conditions expérimentales à peu près semblables; dans la seconde, nous étions maître d'agir à notre fantaisie et d'observer le cerveau directement. D'ailleurs, ces observations seront confirmées par l'expérimentation, à l'aide de coups appliqués sur le crâne, comme dans les véritables commotions pathologiques, traumatiques, accidentelles.

Dans cette première série d'expériences préliminaires, il nous a été possible de produire tous les degrés de la commotion, en injectant plus ou moins rapidement, sous des pressions plus ou moins fortes à la surface du cerveau, entre les os et la dure-mère ou dans la cavité arachnoïdienne des liquides tels que l'eau, l'huile, la glycérine, etc., ou des substances coagulables telles que la gélatine, ou un mélange de cire et de suif préparé spécialement. Dans cette courte esquisse, nous ne pouvons entrer dans les détails des expériences; nous dirons seulement que, par ce procédé, nous avons pu déterminer chez des chiens l'arrêt subit de la respiration, le ralentissement du pouls, la perte de connaissance, l'insensibilité, l'impuissance musculaire, et, suivant le degré de violence du choc, faire durer ces phénomènes quelques minutes, plusieurs heures, plusieurs jours, ou causer la mort de l'animal; en un mot, reproduire à notre gré *tous les signes* des différentes variétés pathologiques de la commotion. Tantôt après quelques minutes, les animaux recouvraient la santé, dans les cas légers; tantôt, leur état d'affaissement cérébral persistait plus ou moins accusé, puis ils revenaient peu à peu à l'existence; tantôt, certains troubles dans l'intelligence, dans le mouvement, la sensibilité, la respiration ou la circulation duraient pendant un certain temps après un rétablissement à peu près complet; enfin, parfois, ils succombaient immédiatement après le choc, comme dans la commotion foudroyante des auteurs classiques.

II. C'était là un résultat; mais, pendant longtemps, nous ignorâmes la cause immédiate de ces phénomènes.

Nous ne pouvions admettre que, suivant la doctrine reçue, la cause de ces symptômes si graves, si accusés, résidait dans un ébranlement mal défini de la masse encéphalique. L'ébranlement suppose une oscillation, et l'oscillation un déplacement; un déplacement notable des éléments nerveux, sans déchirure des fibres visibles à l'œil ou au microscope, sans rupture des capillaires, était contraire à toutes les données de la physiologie pathologique et de la physique, car la pulpe nerveuse n'a aucune des propriétés physiques des corps, qui par le choc, peuvent être animés de vibrations (1). Peut-on affirmer que, dans son fonctionnement, la cellule hépatique soit moins délicate que la cellule nerveuse? Cependant, on ne produit pas un arrêt si subit dans son rôle physiologique par une simple secousse, ou, alors, on trouve des lésions hémorrhagiques. Et la fibre musculaire, si vous la paralysez par un choc, n'y a-t-il pas dans l'épaisseur du muscle des traces de la contusion?

D'un autre côté, en faisant appel aux notions physiologiques les plus récentes sur le rôle fonctionnel des hémisphères cérébraux, nous ne pouvions trouver dans leur lésion, même prononcée, l'explication de l'arrêt si brusque de la respiration et du ralentissement si accusé du pouls. Vous pouvez, chez un animal, contusionner, dilacérer, détruire, enlever la substance des hémisphères cérébraux proprement dits, jamais vous ne verrez, à ce degré, si brusquement, survenir des troubles de la respiration et de la circulation. D'un autre côté, nous connaissons nombre d'observations de traumatismes cérébraux très-graves, chez l'homme, où les troubles cardio-pulmonaires n'ont jamais eu cette intensité : des blessés militaires ont eu le cerveau traversé par des corps étrangers, d'autres ont eu la partie antérieure des hémisphères cérébraux enlevés par des coups de sabre, et jamais, dans ces cas, les signes d'une commotion grave, persistante, ne se sont manifestés; ils ont pu guérir après un laps de temps plus ou moins long. Ce n'est donc pas une lésion des hémisphères cérébraux proprement dits, si grave qu'elle soit, qui peut expliquer tous les phénomènes si accusés de la commotion : perte subite du fonctionnement encéphalique, arrêt de la respiration, ralentissement ou suspension des mouvements cardiaques.

Mais, n'existe-t-il point, en dehors des hémisphères, une partie des centres encéphaliques, dont la lésion, même limitée, minime, puisse causer de pareils désordres physiologiques? Nous pensâmes, après ces réflexions, qu'il pouvait s'agir d'une lésion du bulbe ou voisine de cet organe. Le bulbe, en effet, est le foyer d'entrecroisement des fibres nerveuses qui descendent des hémisphères ou qui s'y rendent, des fibres qui conduisent aux centres élevés du système nerveux les impressions sensibles, ou qui en rapportent les excitations et les ordres pour les mouvements volontaires; dans le bulbe, encore, s'entrecroisent les fibres régulatrices des mouvements, qui proviennent du cervelet; le bulbe est le centre de la vie cardiaque et pulmonaire; il préside enfin, aux mouvements de la face, des lèvres, des mâchoires, du pharynx, du larynx, de la langue, des globes oculaires, des paupières, par les différents noyaux des nerfs encéphaliques, qui sont disséminés sur le plancher du quatrième ventricule. Ainsi une lésion du bulbe suffit à expliquer la perte de la sensibilité et des mouvements du tronc et des membres si les fibres ascendantes ou descendantes sont atteintes; des mouvements des yeux, de la face et des mâchoires, si les nerfs dans leur trajet bulbaire ou leurs noyaux sont altérés; et des troubles cardio-pulmonaires, si le noyau du pneumo-gastrique est violenté. Mais comment comprendre l'évanouissement de l'intellect?

La lésion des noyaux de l'hypoglosse, ou des fibres qui les mettent en rapport avec l'encéphale suffit à expliquer la perte de langage. Les expériences les plus précises ont appris que les phénomènes de l'intelligence se passent surtout dans les hémisphères cérébraux (Flourens, Vulpian, Longet) : mais quelle manifestation peuvent avoir les hémisphères si aucune excitation périphérique ne peut leur être transmise à cause de l'interruption des fibres centripètes au niveau du bulbe, si toute communication avec les organes des sens ou avec les muscles moteurs sont abolis au même point? En un mot, si la moelle est le centre principal de la vie réflexe; les hémisphères cérébraux, le siége de la vie intellectuelle et volontaire; le bulbe est un centre des mouvements de la face et de la vie viscérale (poumons, cœur, foie, reins, etc.). On comprend donc que les phénomènes si graves observés dans la commotion, puissent trouver une explication à peu près satisfaisante dans un trouble bulbaire, dans une lésion de cette partie des centres nerveux. Cette lésion pourra être relativement minime, puisque ce bulbe est un véritable foyer de radiation de fibres

(1) Au début de nos recherches, nous avions pensé qu'il s'agissait d'un changement, sous l'influence du choc, dans la polarisation électrique de l'encéphale. Cette hypothèse s'accorde avec la perte si subite du fonctionnement de l'encéphale. Nous avons entrepris, à cet égard, quelques expériences avec notre ami Regnard, interne des hôpitaux, mais sans résultat précis.

nerveuses, ou de petits centres moteurs et viscéraux, disposés en un petit espace. Comme un écran très-pettt placé au foyer d'une lentille optique suffit pour arrêter les rayons lumineux et produire l'obscurité derrière lui ; de même une petite lésion, sise au foyer bulbaire, produira la nuit intellectuelle et suspendra tout le fonctionuement encéphalique. Nous étions fortifiés dans cette opinion par la connaissance des troubles circulatoires et respiratoires à la suite de commotions cérébrales, troubles étudiés sur des tracés à l'hémodynamomètre (1).

Mais il fallait démontrer cette lésion bulbaire, en indiquer le mécanisme. Comment comprendre qu'à la suite d'un choc sur les hémisphères cérébraux, d'un coup sur le crâne le bulbe était le siége des effets principaux du traumatisme?

Comme les anciens auteurs, nous cherchions dans des autopsies aussi minutieuses que possible, et nous ne trouvions que des lésions minimes, insuffisantes tout d'abord à nos yeux, pour expliquer des phénomènes si graves.

III. Puisque notre procédé nous permettait d'augmenter à volonté la violence du choc produit sur les hémisphères cérébraux, nous résolûmes de le faire aussi brusque que possible afin d'accentuer les lésions produites.

Un jour, chez un chien vigoureux, d'un coup, *brusquement*, nous injectâmes par un petit trou au crâne, environ cent grammes d'eau. (Dans les expériences précédemment citées, destinées à étudier les phénomènes de commotion, il nous suffisait de l'injection subite de dix à vingt grammes d'eau pour tuer l'animal instantanément.) Cette violente injection eut pour résultat la mort immédiate de l'animal, (chien n° 32 bis). — A l'autopsie, nous trouvâmes une large perforation latérale, en haut, et un *éclatement* étendu, sur la ligne médiane, du plancher du quatrième ventricule. Vous pouvez constater sur le dessin, que nous plaçons sous vos yeux, l'énorme lésion produite. En examinant avec soin la forme de cette perforation et de cette déchirure, vous reconnaîtrez, comme nous le fîmes aussitôt, qu'elles avaient été produites par une violence agissant de *dedans en dehors*, de l'*intérieur du ventricule vers l'extérieur*: en effet, la séparation du bulbe en deux moitiés latérales, suivant le plan médian, suivant la tige du calamus, commence en arrière et elle est incomplète en avant où les deux moitiés sont encore réunies, par une mince lamelle de substance nerveuse. La perforation elle-même, qui est située dans la moitié latérale gauche supérieure du plancher, s'ouvre sur la partie latérale de la protubérance par une ouverture plus petite que l'interne, et à bords frangés, De plus, il existait une énorme dilatation de l'aqueduc de Sylvius et du canal central de la moelle dans toute sa hauteur : de nombreux foyers hémorrhagiques par rupture artérielle occupaient le plancher du quatrième ventricule et le canal central.

L'idée lumineuse surgit aussitôt à notre esprit. Cette distension du bulbe, cette rupture de dedans en dehors, cette dilatation de l'aqueduc de Sylvius et du canal central avaient été produits par la tension énorme du liquide céphalo-rachidien. Sous l'influence de la pression considérable subitement exercée à la surface des hémisphères cérébraux, le liquide céphalo-rachidien contenu dans les ventricules latéraux, avait été chassé rapidement, à travers l'aqueduc de Sylvius dans le quatrième ventricule. (La quantité de liquide contenue dans les ventricules latéraux et cinq ou six fois plus considérable que celle que peut renfermer le ventricule bulbaire). L'aqueduc de Sylvius s'était dilaté et déchiré. Le quatrième ventricule recevant *brusquement* une énorme quantité de liquide qui ne pouvait trouver un écoulement rapide et suffisant par le canal central ou par la petite ouverture de Magendie sous la pie-mère rachidienne ; le quatrième ventricule, disons-nous, s'était trouvé tellement distendu qu'il avait éclaté. Il y avait eu, en même temps dilatation du canal central de la moelle et déchirure de l'ouverture de Magendie. Le choc avait d'ailleurs été trop brusque, pour que le liquide céphalo-rachidien eut pu être absorbé en quantité suffisante.

Cependant, dans cette expérience, nous nous étions exposé à une cause d'erreur : bien que la forme de la déchirure indiquât réellement une rupture du ventricule bulbaire de dedans en dehors, on pouvait nous objecter que c'était le liquide chassé de notre seringue, qui avait pénétré dans le ventricule et en avait brisé la paroi. Pour échapper à cette critique, nous avons entrepris une autre série d'expériences, dans lesquelles nous injections à la surface des hémisphères un liquide coagulable, de la gélatine ou de la cire. A l'autopsie nous pouvions suivre ce liquide dans sa marche, savoir jusqu'où il avait pénétré. Or, les mêmes faits se reproduisirent : à l'autopsie nous trouvâmes la gélatine coagulée à la surface des hémisphères soit entre la dure-mère et les os, soit dans la cavité arachnoïdienne ; et nous constatâmes les mêmes lésions bulbaires. Vous pouvez voir sur cette aquarelle (chien n° 37), une rupture du ventricule bulbaire, comme dans le premier cas, et une dilatation considérable de l'aqueduc de Sylvius et du canal central.

IV. Nous connaissions dès lors, l'influence considérable que pouvaient avoir les oscillations et l'excès de tension du liquide céphalo-rachidien, sur les parties qui le contenaient. Nous nous livrâmes à une troisième série d'expériences dans le but d'étudier cette action dans tous ses détails.

Remarquez que, si l'ébranlement, l'oscillation des parties d'un corps solide, si mou que vous le supposiez se comprennent difficilement, que si Nélaton n'a jamais pu vérifier à l'aide du procédé des fils l'ébranlement moléculaire de la gélatine dans le ballon de Gama, il n'en saurait être de même pour les liquides.

Les solides sont élastiques et compressibles (1). Les liquides sont incompressibles et d'après le principe de Pascal transmettent également, dans tous les sens, les pressions exercées sur un point quelconque de leur masse.

Faites une ouverture par le trépan au crâne d'un chien, du côté droit par exemple ; par une ouverture de même nature faite sur l'autre côté, à gauche, observez ce qui survient, lorsque vous appliquez le doigt, par la première ouverture, sur l'hémisphère droit. Vous voyez au moment même de l'application du doigt à droite, l'hémisphère gauche venir faire saillie dans l'ouverture correspondante. Ce n'est pas que vous l'ayez simplement repoussé par l'intermédiaire de la compression exercée sur l'hémisphère droit ;(la faux de la dure-mère et une série d'autres conditions mécaniques, s'oppose à un tel déplacement des hémisphères), c'est que vous avez chassé une partie du liquide du ventricule droit, dans le ventricule gauche, et que le liquide ainsi déplacé est venu soulever la voûte du corps calleux et l'hémisphère gauche ; vous opposez peut-être que le liquide du ventricule droit comprimé par le doigt appliqué sur la surface de l'hémisphère aurait pu fuir par le trou de Morand dans le ventricule moyen, et, par l'aqueduc de Sylvius dans le ventricule du bulbe : mais, votre mouvement de compression a été trop brusque pour qu'il en soit ainsi ; le débit, l'écoulement du liquide par le trou de Morand, n'a pu se faire si rapidement en quantité suffisante. Si vous attendez un instant après le choc compressif, peu à peu vous voyez diminuer la saillie de l'hémisphère gauche dans l'ouverture du crâne : c'est que l'écoulement par le canal de décharge, s'est accompli lentement. La connaissance de ces faits nous a permis de comprendre pourquoi le cerveau vient si souvent, de lui-même, faire hernie dans une ouverture du crâne, accidentelle ou établie par le chi-

(1) Déjà M. Fano a émis cette idée d'une façon générale : mais la physiologie cérébro-bulbaire était trop peu avancée pour lui permettre de la soutenir avec succès. Le nombre de ses expériences était trop restreint : il avait examiné seulement le cerveau de six chiens commotionnés ; enfin son mode expérimental manquait de précision, et il n'a pas vu le mécanisme des diverses contusions bulbaires.

(1) La masse nerveuse de l'encéphale n'est guère élastique, elle se rompt et se déchire avec facilité, ce qui n'est pas le propre des corps vraiment élastiques. Et cependant, on supposait des oscillations, des ébranlements dans cette masse, sans la moindre rupture des capillaires, sans déchirure des fibres nerveuses, visible à l'œil ou au microscope !

rurgien à l'aide d'une couronne de trépan. En effet, la tension du liquide céphalo-rachidien est partout la même : *elle est plus considérable que la pression atmosphérique*. C'est ce que prouve l'écoulement à l'extérieur du liquide céphalo-rachidien, lorsqu'on fait une piqûre à la dure-mère et à l'arachnoïde viscérale (1).

Lorsque vous appliquez une couronne de trépan sur l'hémisphère droit, vous mettez de ce côté, la pression atmosphérique en communication avec la cavité du crâne, et, comme la tension du liquide céphalo-rachidien partout où il se trouve, et en particulier à l'intérieur des ventricules, est un peu supérieur à celle de l'atmosphère, poussé par cette pression intérieure, supérieure à celle qui est extérieure, l'hémisphère vient occuper l'ouverture du trépan. Si ce fait ne se produit pas toujours, c'est que la tension du liquide céphalo-rachidien est variable, qu'elle subit, à un haut degré, les variations de la tension artérielle elle-même et qu'alors il peut exister une très-légère différence entre les deux tensions (celle du liquide céphalo-rachidien et celle de l'atmosphère), différence insuffisante pour soulever la voûte du corps calleux et l'hémisphère ; c'est qu'enfin, dans le traumatisme, souvent une piqûre à l'arachnoïde laisse écouler le liquide céphalo-rachidien (2).

Le liquide céphalo-rachidien peut, non-seulement être chassé d'un ventricule latéral dans l'autre, mais, aussi, des ventricules cérébraux, qui en contiennent une assez gaande quantité, il peut être repoussé dans le 4e ventricule dans le ventricule bulbaire, dans le canal central de la moelle, et, par l'ouverture de Magendie, sous la pie-mère rachidienne. Mettez à nu chez un chien, par la section des muscles du cou, la membrane occipito-atloïdienne, vous la verrez agitée de battements respiratoires et circulatoires (battements si bien étudiés dans ces derniers temps par Salathé et Frank, à l'aide des ingénieux procédés graphiques de Marey). Si, par une ouverture de trépan au crâne, vous produisez un choc, une pression rapide sur un hémisphère, aussitôt la membrane occipito-atloïdienne se tend; ses battements se suspendent momentanément. Chaque choc lui est transmis intégralement selon la loi de Pascal ; donnez des coups successifs sur l'hémisphère, et la membrane sera alternativement tendue et relâchée (3). Exercez une pression sur la surface de l'hémisphère avec la main, le doigt, un tampon d'ouate, ou faites une injection coagulable, et vous verrez aussitôt la membrane tendue à son maximum, rester immobile, et les oscillations respiratoires et circulatoires disparaître complétement. Chose remarquable ! pendant tout le temps que la membrane demeure fortement tendue, la respiration de l'animal reste en suspens, et son cœur bat avec une extrême lenteur (40 puls. et quelquefois 10 et 20 puls. par minute chez le chien) ; puis, la tension de la membrane diminuant peu à peu, les mouvements respiratoires reparaissent, d'abord anxieux, pénibles, superficiels, très-rares ; puis plus rapides. Nous reviendrons sur ces détails à propos des nombreux tracés circulatoires que nous allons vous montrer.

Cette action du liquide céphalo-rachidien, cette transmission de pression, cette tension de la membrane, nous ne nous sommes pas contentés de les voir à l'œil, de les montrer à nos amis, qui voulaient bien nous aider, nous avons pris des tracés des modifications oscillatoires de la membrane, d'après les procédés si délicats de Frank et Salathé. Voici un de ces graphiques ; vous pouvez voir, d'abord les oscillations régulières de la membrane à chaque respiration, et les festons plus petits décrits par les oscillations circulatoires, pendant et après les grandes oscillations respiratoires ; eh bien ! au moment où l'on fait l'injection de cire à la surface de l'hémisphère, il y a une ascension brusque du tracé ; puis, une ligne droite, légèrement ascendante, indique l'immobilité et la tension extrême de la membrane.

Une de nos plus belles expériences est celle que nous avons faite pour mettre tout à fait en lumière l'importante action du liquide céphalo-rachidien dans les phénomènes de commotion et de compression cérébrales. Chez un chien, nous injectons de la cire à la surface de l'hémisphère ; aussitôt, violent opistotonos, perte de la connaissance et de la sensibilité, arrêt de la respiration, ralentissement du pouls, puis, résolution complète. Pendant une minute à deux environ, nous laissons l'animal dans cet état ; pas le moindre mouvement respiratoire, quelques battements cardiaques à peine perceptibles et très-lents. La membrane occipito-atloïdienne mise à nu préalablement, est tendue au possible. Alors, avec la pointe d'un bistouri aigu, nous perforons doucement la membrane ; un flot de liquide céphalo- rachidien jaillit.... et, aussitôt notre chien se met à respirer, et les battements du cœur reviennent... tout se rétablit peu à peu, il recouvre la connaissance... Nous l'avions ressuscité... et, il a vécu quarante-huit heures (1). Nous avons répété cette expérience sur plusieurs animaux et toujours avec le même succès. (*A suivre*).

(1) D'après Leyden et Pagenstecker, aux travaux remarquables desquels nous aurons souvent recours dans notre travail complet, la tension du liquide céphalo-rachidien dépasse la pression atmosphérique de 10, 11 centim. d'eau c'est-à-dire de 0 cent. 769, 0 cent. 846 de mercure.

(2) Mais il est possible, que plus tard, la piqûre se cicatrise ; la hernie cérébrale est alors consécutive.

(3) Pour étudier plus délicatement ces faits, j'enlève avec précaution le ligament occipito-atloïdien ; il ne reste plus que la dure-mère.

(1) Chez l'homme, on ne peut évidemment songer, comme procédé thérapeutique, à piquer la membrane occipito-atloïdienne, mais à l'aide d'une respiration artificielle bien faite et longtemps continuée, on pourrait rappeler à la vie un blessé, qui, après une chute, un coup, etc., viendrait d'être atteint de commotion et de compression brusque. Dans certains cas, par une intervention ayant lieu immédiatement après l'accident, on sauverait l'existence, nous en sommes convaincu. de blessés sous le coup de la mort, par arrêt, par syncope de la respiration et de la circulation, arrêt produit par le simple choc du liquide céphalo-rachidien. Maintes fois, nous avons pu ainsi rappeler les animaux à la vie. Par cette respiration artificielle, on détermine peu à peu l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, en excès de tension dans le quatrième ventricule. La théorie indique que l'on doit presque toujours réussir, s'il n'y a pas une grave lésion anatomique, contusion ou autres du plancher du quatrième ventricule, au voisinage du noyau du pneumo-gastrique. La saignée serait aussi très-utile à ce moment, car elle diminuerait la tension du sang, et, par contre, la tension du liquide céphalo-rachidien. Nous ne pouvons ici, insister sur ces faits ; nous ajouterons cependant, que dans nos nombreuses expériences, nous avons étudié non-seulement le diagnostic et le pronostic des traumatismes cérébraux, mais aussi, leur traitement. Nous avons fait de l'intervention chirurgicale chez les animaux. Dans notre travail complet, nous indiquerons les résultats de nos essais thérapeutiques.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Leçons sur le traitement des plaies (2).

Recueillies par E. MAROT, interne des hôpitaux.

VI.

Après l'application méthodique de ces procédés de réunion, si l'on suppose un sujet d'une santé irréprochable, dans un milieu atmosphérique irréprochable, une plaie sans complication, dont le rapprochement superficiel et profond a été excellemment obtenu, dans laquelle l'hémostase est demeurée parfaite, il est rationnel de compter sur une réunion immédiate parfaite et totale. Mais ce blessé irréprochable, ce milieu sans inconvénients, cette hémostase absolue, cette plaie sans tendance à la mortification, sont des raretés. Dans l'immense majorité des cas, il y a ou bien un peu d'écoulement sanguin ou bien un excès de sécrétion plastique, dont il résulte, dans les deux cas, une accumulation de corps étranger à éliminer : la réunion est compromise. C'est de là qu'est née, chez les chirurgiens qui recherchent la réunion primitive, la préoccupation d'assurer le libre déversement de ces liquides à mesure qu'ils sont produits. Qu'ils aient recours aux mèches de charpie, aux drains, au catgut, le but est le même : la plupart se servent des tubes fenêtrés de Chassaignac, qu'il faut avoir soin de laver, de débarrasser des corps étrangers qu'ils contiennent. L'incon-

(2) Voir les nos 44, 46, 48 et 49.

vénient est que leur calibre est effacé par la moindre pression ou torsion ; on a beaucoup discuté sur la façon dont ils doivent être posés : le plus souvent il suffit de les coucher au fond de la plaie, chaque bout dépassant au niveau de chacune des commissures de la plaie ; pour les plaies profondes à ouverture étroite, on place simplement une anse en U ou un tube unique. On a quelquefois intérêt à faire ressortir ce tube unique par une contre-ouverture déclive pratiquée à cet effet : les deux bouts du tube sont liés ensemble à l'extérieur et forment une anse comprenant un lambeau dans sa concavité. Le but est partout le même, nous n'insisterons pas davantage.

Si efficaces que soient ces conducteurs contre le danger de l'accumulation des liquides, encore est-il plus sûr de prévenir la production de ces liquides, et l'hémorrhagie en particulier. Je sais que les partisans d'une méthode nouvelle, dont je parlerai, prétendent que le saignement n'entrave pas la réunion immédiate ; gardons-nous d'élever à ce propos une querelle de détail : il est évident que dans une certaine mesure une hémorrhagie très-modérée ne compromet rien, mais il est certain qu'elle compromet si elle est abondante et qu'il n'y ait pas d'écoulement préétabli. Dans ce cas, le sang peut bien, si l'on veut, ne pas agir comme agent de putridité, mais il constitue tout au moins, par sa masse seule, un obstacle mécanique au travail de réparation. L'hémostase reste donc une des premières nécessités ; mais l'hémostase implique la ligature des artères, c'est-à-dire la présence de corps étrangers dans la plaie ; il a donc fallu songer à faire l'hémostase sans corps étrangers : l'ampressure de Syme, dans laquelle on passe sous l'artère une épingle qui la comprime, peut répondre à ce besoin, mais son auteur a été peu imité et le sera peu.

Un vieux procédé consistait à faire ramollir des lanières de peau de daim tordues qui devaient être résorbées ultérieurement ; on a employé aussi le fil de fer dont l'oxydation devait, espérait-on, amener la disparition ; ces tentatives partaient assurément d'une intention louable, mais l'événement y a mal répondu ; les lanières de peau de daim, pas plus que le fil de fer, ne se résorbent. On a encore ressuscité une autre vieille méthode, la torsion des artères, tour à tour reprise et abandonnée nombre de fois. — Retenez que la torsion, procédé précieux, et que je préconise fort, pour les artères de gros et de moyen calibre, a toujours été reconnue médiocre ou mauvaise pour les artérioles. Celles-ci, lorsqu'on n'a pu arrêter leur écoulement par la forcipressure employée au cours de l'opération et que le repos, le froid, et la compression directe sont également restés impuissants, exigent une ligature. Puisqu'il y a toujours des artères à lier, on a cherché une substance assimilable, et l'on préconise actuellement le catgut, ou boyau d'animal préparé à l'acide phénique, qui paraît enfin réaliser les desiderata de la question.

VII.

La réunion immédiate ne guérira jamais toutes les plaies, soit que le chirurgien ne la tente pas, soit que sa tentative échoue ou ne soit que partiellement suivie de résultat : il faudra donc, de tout temps, compter avec les plaies exposées, c'est-à-dire les plaies qui guérissent par le second mode de réparation, par cicatrisation lente après formation de bourgeons charnus. Cette évolution comprend deux périodes principales : la première commence pour ainsi dire au moment où la plaie se produit, plus exactement quelques heures plus tard, lorsque, solution de continuité béante, elle n'est pas encore une surface qui travaille à sa réparation. Rien n'est à ce moment constitué pour la guérison : les vaisseaux divisés saignent ou sont oblitérés plus ou moins définitivement, la graisse est répandue en gouttelettes sur cette surface humectée de liquides qui ont la plus grande tendance à s'altérer rapidement. Cette période dure de 4 à 6 jours, grave et redoutable : c'est la période des accidents des plaies. Il ne faut pas confondre les pansements applicables à cette période avec les topiques supportés par la plaie dans la seconde période, période de granulation ; dans cette seconde phase, le mode de pansement de la plaie, qui bourgeonne, a une importance bien secondaire, tandis que, de tout temps, on a dressé les plus formidables batteries pour combattre le danger des premiers jours.

Nommons rapidement ces moyens oubliés pour la plupart. D'abord l'incubation de Guyot, qui couvait dans l'air chaud les parties atteintes de traumatismes, les moignons : cette incubation est analogue par ses résultats à un moyen inverse, la ventilation, par laquelle on se proposait de balayer la plaie par un courant d'air frais. Ces moyens ne sont pas pratiques. De même, l'aspiration de Guérin et de Maisonneuve : il y a du vrai au fond de toutes ces idées, mais de la conception à la mise en pratique il y a loin ; pour aspirer tous les liquides d'une plaie, il faut des manchons, des bandages de caoutchouc, etc., bref on y a renoncé. La balnéation, de Langenbeck, est à la vérité plus simple ; on y emploie une eau stagnante, peu renouvelée, au contraire de ce que l'on obtient dans l'irrigation qui est bien différente : les résultats sont mauvais, les bourgeons charnus deviennent épais, grisâtres, œdémateux et sans vitalité. L'irrigation est tout autre : on doit la regarder non comme une méthode de pansement, mais comme un procédé de traitement complet et exclusif de certaines plaies qu'il faut déterger : elle dérive de la même idée que l'aspiration, elle est supérieure à la balnéation, car l'eau courante emporte les produits de la plaie tandis que l'eau dormante les dilue seulement. Malheureusement son emploi est un peu difficile, non sans danger ; d'ailleurs elle ne peut s'appliquer qu'aux plaies des extrémités, elle est à peu près impossible à installer pour les plaies du tronc. Le pansement à l'air libre, si l'on peut donner ce nom à l'absence de tout pansement, a été imaginé en Angleterre : il n'a rencontré d'adeptes qu'en Suisse et en Allemagne où on l'a modifié en protégeant la plaie contre les chocs par des cornets de papier. Au dessus de tous ces procédés se place celui de l'occlusion, défendu surtout par Chassaignac. L'occlusion n'est pas d'une application générale, mais elle rend de nombreux services ; le plus souvent, on ne fait qu'une occlusion apparente au moyen de bandelettes de diachylon. Laugier réalisait la même idée en appliquant sur les plaies une baudruche gommée ou collodionée. Il est certain que l'occlusion est un excellent moyen contre les plaies sans importance. Les grandes plaies chirurgicales ont été encore traitées au début par les caustiques et les liquides coagulants. C'est encore contre les accidents de la première période qu'ont été dirigés le bandage ouaté, le pansement de Lister à l'acide phénique, à l'acide borique, les lavages à l'oxyde et au chlorure de zinc dilués, au permanganate de potasse. L'ancienne chirurgie amputait au fer rouge, dont Ambroise Paré se servait encore pour arrêter l'écoulement du sang par les artères : certains chirurgiens cautérisaient légèrement la surface de la plaie pour obtenir une couche inerte protectrice, isolant la plaie proprement dite du milieu extérieur. Les caustiques avaient été entraînés dans le mouvement de transformation qu'a subi la chirurgie au courant du XVIIIe siècle : on les a rétablis de nos jours. Bourgade (de Clermont-Ferrand) a préconisé et patronné le pansement au perchlorure de fer des grandes plaies opératoires ; il a guéri quelques malades, mais il n'a guère trouvé d'imitateurs. Une autre médication compte plus d'adeptes, c'est celle qui met en œuvre des corps coagulants en tête desquels se trouve l'alcool. Le pansement à l'alcool appartient à la très-vieille chirurgie arabiste, oubliée puis reprise, il compte parmi ses partisans Leprêtre (de Caen), Nélaton et ses élèves, Perrin, Marc Sée, Guyon, Delens, qui l'appliquent aux plaies exposées récentes. Ce pansement offre des ressources, mais il a des inconvénients : sans en être l'ennemi absolu, je pense qu'il retarde les phénomènes de la cicatrisation : on devrait en tout état de cause borner son usage au commencement de la première période.

Nous devons porter maintenant attention au pansement ouaté. L'idée de M. A. Guérin, quand il l'a institué, n'était pas l'affrontement exact et parfait ; il ne recherchait non plus ni la protection ni l'immobilité des plaies, ni l'égalité

de température; il se proposait uniquement d'opposer une barrière aux influences miasmatiques extérieures. La ouate de Guérin était dans sa pensée au début une ouate filtrante; il est certain qu'elle agit de plus d'une autre manière; en particulier, elle supprime la douleur, immobilise la région, comprime doucement la plaie; les blessés et les amputés y sont vraiment à l'aise, mais il ne faut pas perdre de vue que, dans la pensée de son auteur, l'appareil ne devait servir que de filtre antimiasmatique. Je n'ai pas à discuter autrement la valeur du pansement ouaté, dont je ne suis pas un partisan absolu, mais je reconnais qu'il est précieux dans certaines circonstances: les blessés de guerre lui devront du soulagement, et, si dans le cours de la dernière campagne nous avions eu, aussi bien qu'à la fin, du coton en abondance, il est certain que le transport de plus d'un opéré se fût effectué dans des conditions meilleures.

Le pansement de Lister, si compliqué, repose en somme sur l'intention de détruire autour du blessé et sur tout ce qui le touche ou l'approche, mains, instruments, etc., les miasmes et les germes de miasmes, au moyen de la pulvérisation en vapeur d'un liquide particulier dont sont enduits les instruments et les mains, et dont tout est saturé autour du malade. Ce liquide est l'acide phénique en solution concentrée; sur ses propriétés repose tout le système; la plaie elle-même est, selon les cas, rapprochée pour la réunion primitive ou laissée plus ou moins ouverte, mais on la couvre toujours d'un appareil compliqué, construit d'après des règles minutieuses; la description en est longue et je ne la ferai pas. C'est une série de pièces d'étoffe, les unes imperméables, les autres imbibées de liquide: de ces pièces, les unes protégent la surface de la plaie et la peau voisine contre le liquide actif du pansement, les autres protégent ce liquide lui-même contre l'évaporation. Il est difficile encore de juger définitivement cette méthode dont on a dit avec quelque apparence de raison qu'elle avait l'air d'une incantation; on se demande en réalité si tous ces tissus de noms bizarres sont indispensables à la réussite de la méthode. A cet égard, nous sommes encore dans une période de transition, le côté théâtral sera modifié, j'en suis convaincu, le fond pourra subsister. Encore faut-il distinguer dans cet ensemble ce qui appartient à Lister et ce qui est du domaine public: à Lister revient l'idée de détruire toutes les influences septiques extérieures; mais il a emprunté à la pratique courante ses procédés de réunion primitive complète ou partielle, de drainage, etc., leur application minutieuse entre certainement pour beaucoup dans les causes du succès de ce pansement. Il ne faut pas se hâter de dire que toutes les manœuvres de Lister sont sans portée et refuser de combattre l'influence miasmatique, encore moins la nier. Qui de nous a vu le virus syphilitique ou le miasme paludéen? — Et cependant qui oserait nier leur existence et leur malignité? Quant aux moyens, est-il vrai que l'acide phénique soit l'agent par excellence de la destruction de ces miasmes, les détruit-il aussi infailliblement qu'on l'annonce? Ces questions sont d'un autre ordre et, n'ayant pas expérimenté suffisamment la méthode, je ne puis encore y répondre.

On ne doit pas abandonner à elle-même la seconde période de la réparation des plaies: elle comporte des accidents moins nombreux, il est vrai, que la première, mais quelques-uns de ceux qui lui appartiennent sont redoutables: j'envisage ici surtout l'infection purulente ou pyohémie. D'autre part la vitalité des bourgeons peut être modifiée dans une foule de sens et si le plus souvent les topiques anodins suffisent, il peut devenir nécessaire de leur substituer des médicaments plus actifs. Dans les campagnes, l'eau froide réussit le plus souvent: un linge imbibé d'eau propre et suffisamment renouvelée constitue un excellent pansement; Malgaigne lui accordait la préférence. La glycérine, préconisée par Demarquay, Lecomte, etc., rend les plaies très-propres et reste inoffensive quand elle est pure. On a d'autre part préconisé des hydrolés alcooliques de formules différentes: celui que j'emploie a la composition suivante:

Eau	70	grammes.
Alcool	30	—
Acide phénique	1	—

On peut substituer à l'acide phénique un autre corps de même nature, acide borique ou acide salicylique. Les solutions chloraliques, un moment en vogue, sont moins puissantes. Je vous nommerai enfin l'iodoforme, le chlorure de chaux, le sulfate de soude, le sulfure de carbone. L'iodoforme est approprié à l'excitation des vieilles plaies atoniques d'origine scrofuleuse ou syphilitique; il a pour inconvénients son prix élevé et son odeur pénétrante. L'odeur rend également désagréable l'emploi du sulfure de carbone: il est vrai que nous avons obtenu, il y a un an, grâce à son emploi, la cicatrisation de plusieurs ulcères; mais on peut répondre à ces résultats ce qui est vrai de l'action plus ou moins contestable de tous les topiques qui précèdent: ils permettent aux plaies de guérir, mais ces plaies ont une tendance naturelle à la guérison lorsqu'on les a soustraites à leurs causes d'extension et de persistance, lorsqu'on a assuré le repos et l'immobilité.

VIII.

Il s'en faut, Messieurs, que j'aie énuméré devant vous la totalité des substances et des procédés employés dans le traitement des plaies, énumération fastidieuse et inutile. Je vous ai donné l'indication de grandes méthodes, j'ai cherché à réunir dans votre esprit des faits épars, distancés par le temps ou par des classifications inopportunes, et j'ai voulu vous montrer surtout que, semblant tourner toujours dans le même cercle, les pratiques de la chirurgie se conforment de plus en plus savamment aux enseignements des processus naturels. Je vous ai fait voir, que tel procédé, bon en lui-même, n'avait été abandonné que parce que son exécution était défectueuse et son application inopportune. J'ai voulu surtout plaider devant vous la cause de la guérison des plaies par réunion primitive, vous conduire à en rechercher les plus larges applications sans toutefois vous égarer dans l'emploi systématique de cette belle méthode. J'aurai bien rempli mon but si, tout en vous engageant dans cette voie, j'ai su vous inspirer les craintes légitimes et les défiances salutaires que ne doit jamais perdre de vue le chirurgien soucieux de son art.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Bains et écoles de natation à Londres.

Autant Paris l'emporte sur Londres par le nombre et la variété des bains de rivière ou écoles de natation qui, durant l'été, émaillent la Seine dans la traversée de Paris, autant Londres l'emporte sur Paris par le nombre et la variété des piscines ou écoles de natation permanentes qui s'élèvent dans la plupart des quartiers de la capitale du Royaume-Uni. Dire que Londres l'emporte sur Paris, n'est même pas assez; car Paris, sous ce rapport, n'a rien absolument à offrir aux gens qui voudraient pouvoir, à toute époque de l'année, se donner le plaisir de nager ou de faire apprendre à nager à leurs enfants. Cela est d'autant plus regrettable que le nombre des années où la saison des bains de rivière ne dure que trois ou quatre mois est considérable, et que les Français paraissent être bien moins durs au froid ou moins enclins à s'y exposer que les Anglais. La plupart de nos lecteurs n'apprendront pas sans quelque étonnement que, d'une statistique du nombre des personnes qui, durant les dernières années, ont profité de la permission donnée au public de se baigner, à certaines heures de la matinée et de la soirée, dans les lacs de Victoria Park, à Londres, il ressort que, *dès le 14 avril 1872*, il y eut 2,000 baigneurs qui se livrèrent à l'exercice de la

natation, et que, *dès le 23 mars 1873*, il y en eut 60. La même statistique constate que, le 14 avril 1872, il fit très-beau, mais que le 23 mars 1873 fut une journée froide et pluvieuse. Cela n'empêcha pas 60 personnes de braver le froid et l'humidité de cette vilaine journée de mars, pour s'exercer à la natation. Que nous sommes loin en France d'une pareille ardeur pour les exercices en plein air... ou en pleine eau !

L'honorable secrétaire du *London Swimming Club*, à qui nous devons ces curieux et intéressants renseignements, nous dit que, si cela peut aider à la propagande que nous faisons en faveur des écoles de natation permanentes, il s'offre à organiser une compagnie de nageurs londoniens, qui viendraient nous donner, en 1878, un échantillon de ce dont ils sont capables en fait de natation sérieuse et de natation *ornementale* (*sic*). Nous sommes fort embarrassés pour répondre à cette politesse ; mais il n'est point à notre connaissance qu'il existe à Paris un *Swimming Club* (Club des Nageurs), et c'est cependant ce qu'il faudrait au préalable organiser, pour recevoir dignement les honorables membres du Club des Nageurs de Londres. Nous n'en sommes malheureusement pas encore là; mais c'est pour en venir là et ne pas rester, sur ce point de l'éducation physique, trop en arrière de nos voisins, que nous essayons de piquer d'émulation nos compatriotes et de créer un mouvement d'opinion publique en faveur de l'établissement d'écoles de natation permanentes, jusqu'ici vainement demandé par nous et par nos collègues du Conseil municipal de Paris à l'administration de M. Ferdinand Duval. Deux ans et demi déjà se sont écoulés depuis que nous proposâmes au Conseil municipal de Paris, qui l'adopta, le projet de vœu suivant :

« Le Conseil, — Considérant que la natation est l'un des plus fortifiants et des plus utiles exercices gymnastiques ; — Que la saison des bains de rivière ne dure au plus que quatre mois à Paris ; — Que dans maintes grandes villes, notamment à Londres, sous le nom de *Swimming Baths*, il existe de grandes piscines pour la natation, où l'eau est maintenue à la température convenable et où l'on s'exerce à la natation toute l'année ; — Que ces établissements sont très-fréquentés, et que, malgré la modicité des prix, ils sont une source de revenus pour ceux qui les exploitent ; qu'il y a donc lieu de penser qu'ils pourraient aussi être une source de revenus pour la ville de Paris ; — Que, du reste, et indépendamment de cette considération de revenus possibles, il y a lieu, pour la ville de Paris, qui est sous ce rapport en retard sur la plupart des grandes villes du monde, de se remettre, pour tout ce qui concerne l'éducation physique, intellectuelle et morale des jeunes générations, au rang d'où elle n'aurait jamais dû déchoir ; — Que jusqu'ici on a mis la charrue devant les bœufs en faisant passer l'éducation littéraire avant l'éducation physique, et qu'en bonne méthode il faut d'abord s'occuper de préparer à l'intelligence et à la volonté des organes bien constitués et bien équilibrés ; — Emet le vœu que l'institution des gymnases publics, dont la création est à l'étude, soit complétée par l'adjonction à ces établissements de piscines de natation, qui devront être ouvertes, en attendant qu'il y en ait un assez grand nombre pour que cette alternance ne soit plus nécessaire, certains jours de la semaine aux garçons et certains jours aux filles. »

Ce vœu fut, avec plusieurs autres relatifs au développement de l'éducation physique des enfants de Paris, approuvé par le Conseil et renvoyé à M. le préfet. Est-il besoin de dire qu'il n'a même pas reçu un commencement d'exécution. Ah ! si nous avions demandé l'adjonction de confessionnaux aux écoles, comme ce vœu serait réalisé depuis longtemps !

Depuis lors aussi, nous avons eu le voyage du Conseil municipal à Londres. Nous regrettons de dire que ce voyage, dont nous étions, a été, pour emprunter une expression à nos voisins, peut-être trop *ornemental*. C'est même un voyage qu'il conviendrait de recommencer: le premier rendrait le second plus fructueux, en permettant de tracer à l'avance un plan précis.

Londres est, sauf la Cité, — et encore la Cité est-elle entièrement livrée à une sorte d'oligarchie bourgeoise, — une des villes d'Angleterre où la vie municipale est le moins développée. C'est à Manchester, à Birmingham, à Liverpool, que les conseillers municipaux de Paris auraient dû aller étudier la vie municipale des grandes villes de l'Angleterre. C'est là qu'ils auraient pu prendre sur le vif l'application de ce principe sur lequel reposera la prospérité des sociétés futures, et auquel nous revendiquons l'honneur d'avoir le premier donné son vrai nom, *la Coopération communale*. Vainement, nous prêchâmes à nos collègues et amis la nécessité de visiter d'autres villes anglaises que Londres ; le temps manqua ; c'est, nous le répétons, un voyage à recommencer.

Cependant, quoique Londres ne possède pas d'aussi remarquables institutions municipables que les villes que nous avons citées plus haut, on va voir, rien que par l'énumération des bains et écoles de natation de Londres, combien, sur ce point, cette grande ville laisse Paris loin derrière elle.

Il n'y a pas, à Londres, moins de 27 établissements où l'on peut, *toute l'année*, se livrer au plaisir ou apprendre l'art de la natation. Les plus petites piscines ont une quarantaine de pieds de long sur une trentaine de pieds de large, les plus grandes ont de 200 à 300 pieds de long sur 100 à 150 pieds de large. Ces dernières contiennent de 150,000 à 300,000 gallons d'eau (1). Il est de ces piscines où l'eau est renouvelée à certains jours de la semaine ; il en est d'autres où elle se renouvelle par un courant ininterrompu. Dans presque tous ces établissements il y a des piscines de 1re et de 2e classe, et, dans la plupart, des piscines pour les dames. Quelques-uns de ces établissements sont d'une élégance et d'une somptuosité vraiment artistiques. La décoration seule d'une des piscines de l'établissement de Marylebone, qui en contient quatre, soit de 1re, soit de 2e classe, pour hommes et pour dames, a coûté plus de 100,000 francs.

Hâtons-nous de dire que la somptuosité est ce qui nous touche le moins dans ces établissements, auxquels nous demanderions surtout de satisfaire aux conditions hygiéniques d'espace, de commodité, de simplicité. Le jour où les gens riches voudront avoir à Paris des piscines ornées dans le style pompéien ou dans le style moderne le plus recherché, nous savons qu'ils pourront se les procurer. Ce que nous voulons, nous, procurer à tous, et particulièrement aux enfants de nos écoles, ce sont de vastes et salubres établissements où ils puissent se livrer à cet exercice de la natation, dont le célèbre docteur anglais Abernethy, a dit que « c'est, après le manger et le dormir, l'exercice le plus puissant pour l'entretien de la vie. »

Les bains et écoles de natation de Londres se divisent, au point de vue de la propriété et de l'administration, en trois classes: établissements appartenant à des particuliers, il y en a quinze ; à des compagnies publiques, il y en a 2 ; à des paroisses ou communes, il y en a 10. Ce sont ces derniers que nous avions spécialement en vue, lorsque nous présentâmes notre vœu au Conseil municipal, et c'est de ces derniers que nous nous occuperons surtout dans un prochain article.

Alfred TALANDIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er décembre 1877.—PRÉSIDENCE DE M. Cl. BERNARD.

M. HAYEM complète sa communication sur les hématoblastes. Lorsqu'on examine le sang circulant dans les vaisseaux, sur un mésentère de grenouille exposé à l'air pendant quelque temps, on voit à côté des globules rouges de petits éléments incolores, de formes variables, s'infléchissant comme ceux-ci et ayant tous les caractères assignés par M. Hayem aux hématoblastes. Ils s'altèrent lorsqu'ils se trouvent au contact de l'air et acquièrent alors une grande viscosité.

Après les saignées, ces *éléments d'attente* se transforment en globules rouges: on trouve alors dans le sang beaucoup d'hématies imparfaites et fort peu d'hématoblastes.

M. M. DUVAL vient de voir son opinion sur l'origine du facial confirmée par l'anatomie pathologique, dans un cas de paralysie labio-glosso-laryngée. On sait que, d'après l'opinion classique, les noyaux innominés qui existent entre le noyau du grand hypoglosse et celui de la 7e paire appartiendraient au facial inférieur. Pour Meynert, Huguenin et M. Duval il n'en est rien: le noyau du facial est plus haut et plus en dehors. Or, dans ce fait de paralysie labio-glosso-laryngée ces noyaux innominés étaient intacts, tandis que le noyau décrit par M. Duval était entièrement atrophié.

M. GELLÉ montre à la Société l'oreille de chien chez qui MM. Duval et Laborde ont déterminé des troubles trophiques oculaires en blessant l'origine du trijumeau. On constate une suppuration de la caisse du tympan. Ce fait prouve bien que les troubles oculaires ne sont pas dus à la paralysie de l'orbiculaire.

M. D'ARSONVAL décrit un appareil destiné à la calorimétrie.

M. LABORDE présente quelques considérations sur la déviation conjuguée des yeux. Deux cas se présentent. Tantôt elle a lieu du côté de la lésion, ce qui est dû à l'excitation des fibres radiculaires: tantôt, au contraire, les yeux se dressent du côté opposé à la lésion; cela arrive quand les fibres sont sectionnées.

M. A. ROBIN communique un fait clinique intéressant au point de vue de la théorie de M. Duret sur la commotion cérébrale. Un homme de 19 ans fut apporté à Beaujon quelques heures après avoir fait une chute sur la tête qui avait déterminé une commotion cérébrale. L'urine renfermait une grande quantité de sucre et beaucoup d'acide urique. Cette glycosurie fut passagère: dès le lendemain, elle avait disparu ainsi que tous les symptômes cérébraux. On trouve, du reste, dans les auteurs un certain nombre de faits du même genre,

M. LABORDE rappelle que Fritz avait constaté la glycosurie dans presque toutes les affections cérébrales.

M. Cl. BERNARD dit qu'il est très-facile de la produire expérimentalement chez les chiens par un choc violent sur la tête.

L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 décembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

Après la lecture du procès-verbal de la dernière séance et le dépouillement de la correspondance, M. le président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne d'un de ses membres les plus considérés, M. Barth. Il propose de rendre hommage à la mémoire de leur illustre collègue, en levant la séance. Cette proposition est accueillie avec une approbation unanime.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 juillet 1877.— PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

20. Lymphangite utérine à la suite de couches. Mort; par M. FÈVRE, externe des hôpitaux.

Monteignet, Marie, 31 ans, passementière. Pas de maladies antérieures. Réglée à 12 ans. Pas de leucorrhée. Première grossesse normale; le 7 juin dernier, la malade se rend chez une sage-femme pour accoucher. Après deux jours de douleurs, un médecin appelé fait une application du forceps. Enfant vivant. Le placenta ne put être extrait que deux heures après l'accouchement, et grâce à son décollement à l'aide des mains introduites dans l'utérus. — Une hémorrhagie suivit qui nécessita l'emploi de seigle ergoté. Du 10 au 13 juin, la malade eut des douleurs dans le ventre avec un maximum d'intensité à gauche; en outre, elle fut prise de fièvre le soir. Pas de frissons; pas de nausées ni de vomissements. La malade est amenée à l'hôpital Lariboisière le 14 juin dans le service de M. SIREDEY.

A son entrée, on constate que la langue est blanche et humide, que la soif est vive et l'anorexie complète. La température axillaire marque 39°,8. Le ventre est dur, ballonné, douloureux, surtout dans la fosse iliaque du côté gauche. Irradiations douloureuses dans l'aine du même côté. Au toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus entr'ouvert et déchiré à gauche dans toute sa longueur. Le cul-de-sac gauche est très-douloureux. La vulve est déchirée dans une certaine étendue. Le périnée est intact. *Traitement,* 12 sangsues à l'aine. Sulfate de quinine 1 gr.; opium, 0,10 c.

16 *juin*. Tm. 39°,5. On sent à la palpation de l'abdomen une tumeur dure, résistante, douloureuse, qui s'avance à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

21 *juin*. Tm. 40°,2, délire continuel, le ventre est très-météorisé. Diarrhée abondante. Traitement, glace sur le ventre.

22 *juin*. Tm. 39°,2. Des vomissements bilieux, verdâtres apparaissent pour la première fois.

23 *juin*. Tm. 39°,7. Diarrhée abondante. Une petite escharre au sacrum. Vomissements incoercibles. La malade meurt le soir dans un état adynamique complet.

AUTOPSIE. *Poumons*, *cœur*, *reins*, *foie*, intacts.

A l'ouverture de l'abdomen on note des traces de péritonite adhésive. Les intestins sont agglutinés et forment une masse considérable peu mobile. Disons de suite que les annexes de l'utérus sont accolés à cette masse. La portion iliaque du muscle psoas iliaque gauche est le siége d'une collection purulente abondante. Le muscle est en partie détruit; ses fibres sont dissociées et ont une coloration noirâtre.

L'*utérus* est volumineux. Il mesure dans son diamètre antéro-postérieur 15 centimètres, et dans son diamètre transversal 12 centimètres.

Sa face antérieure et sa circonférence sont remarquables par la présence de petites tumeurs fluctuantes, disposées assez régulièrement en grains de chapelet et rappelant par leur forme et leur volume certaines dilatations variqueuses dites ampullaires. Une coupe pratiquée sur ces petites tumeurs donne issue à du pus; franchement phlegmoneux. Aucun caillot ne se trouve dans leur intérieur. La plupart communiquent entre elles. Enfin on retrouve des valvules qui indiquent que l'on a affaire à des vaisseaux lymphatiques dilatés et gorgés de pus. La face postérieure de l'utérus est indemne. Le tissu de l'organe lui-même a subi la dégénérescence graisseuse et se laisse facilement déchirer sous le doigt. La muqueuse utérine est noire, tomenteuse, irrégulière. Elle répand une odeur gangréneuse caractéristique.

Le *col utérin* est déchiré jusqu'au fond du cul-de-sac vaginal. Le vagin et la vulve présentent aux points qui avaient été le siége d'ulcérations et de déchirures des détritus gangréneux.

RÉFLEXIONS.—Cette observation est intéressante à un double point de vue: 1° Au point de vue de l'étiologie on voit très-nettement que de nombreuses portes étaient ouvertes à la suppuration: la déchirure du col, les ulcérations de la vulve et du vagin, abstraction faite des lésions qui ont dû être produites sur la muqueuse utérine elle-même dans l'extraction laborieuse du placenta;

2° Au point de vue clinique, on note une absence complète de frissons; ce qui, dans les lymphangites utérines, s'observe rarement.

21. Hémiplégie droite avec contracture secondaire et hémianesthésie. — Aphasie due à une deuxième attaque; lésion centrale rendant compte de la paralysie motrice et de celle de la sensibilité. — Lésion de l'Insula de Reil et intégrité

complète de la troisième circonvolution frontale gauche, répondant à l'aphasie; par M. H. CLAUZEL DE BOYER, interne des hôpitaux (1).

Le 10 mars, entre, salle Saint-André, nº 10, à Bicêtre, (service de M. BOUCHARD), le nommé L...., âgé de 46 ans. Cet homme est un gâteux, atteint de pneumonie; il meurt le 14 mars. Il avait déjà été soigné dans le service et était entré à l'hospice comme hémiplégique et aphasique.

En 1874, il avait été frappé d'hémiplégie droite et depuis il était devenu aphasique dans une seconde attaque. Quand nous l'avons examiné il présentait une griffe de contracture secondaire de la main droite, mais paraissait jouir encore un peu de la motilité à la jambe droite : il gardait le lit, gâtait et avait une escharre étendue de la fesse droite. La sensibilité tactile était abolie à droite; les fonctions vésicales étaient assez bien conservées.

La tête était un peu tournée à gauche, la parole était abolie, le malade comprenait bien, mais ne répondait que par le mot *dar....da*; il semblait du reste n'avoir jamais mieux parlé depuis son attaque d'aphasie. Je dois dire cependant qu'en l'absence d'observation datant de l'époque ces renseignements n'ont été dus qu'au témoignage toujours suspect des garçons de service de sa salle.

L'état mental paraissait sain, mais le malade était accablé par sa pneumonie; cette exploration clinique au point de vue de l'aphasie laissait donc forcément à désirer: jamais d'accidents convulsifs, pas de troubles de la vision, le malade ne pouvait tirer la langue. Le cœur ne présentait aucun bruit anormal; les urines peu denses, sans cylindres pathologiques, semblaient indiquer par leur aspect un état scléreux des reins : pas d'œdème.

AUTOPSIE (15 *mars*). Pneumonie double, sclérose rénale, kystes et reins contractés, granuleux; traces d'endocardite au cœur, athérome de l'aorte.

Cerveau symétrique ; méninges épaissies, laiteuses au niveau de la partie postérieure de la branche horizontale de la scissure sylvienne à gauche et sur le lobule pariétal inférieur. Les artères de la base et la sylvienne sont athéromateuses: en décortiquant le cerveau on ne constate aucune adhérence au niveau de la région frontale.

La troisième circonvolution frontale gauche est complétement respectée tant à la superficie qu'à la profondeur, mais toutes les circonvolutions de l'insula sont très-altérées, ce qu'on aperçoit en écartant les lèvres de la scissure sylvienne. En outre le ramollissement superficiel occupe la T. 1, la T. 2, à la partie antérieure et un peu de la partie postérieure et inférieure de la circonvolution pariétale ascendante. Le gyrus angularis est respecté ainsi que les régions signalées comme répondant aux centres moteurs des membres dans la substance corticale; dans la profondeur, le ramollissement comprend, avons nous dit, toute l'insula de Reil, mais s'arrête à la branche ascendante de la scissure sylvienne; là non plus il n'empiète donc pas sur la troisième frontale. Pour plus de précision la pièce est mise à durcir dont l'alcool et les coupes que l'on y pratique alors montrent l'intégrité parfaite des faisceaux blancs situés sous la troisième frontale et un vaste foyer s'étendant dans la capsule interne en arrière du siége classique de l'hémiplégie avec hémianesthésie. — Rien au reste de l'encéphale.

RÉFLEXIONS. Ce cas est intéressant, car il confirme une fois de plus les données relatives au siége de l'hémiplégie avec hémianesthésie ; en outre la deuxième attaque de ramollissement ayant atteint seulement l'insula de Reil et des points relativement indifférents du territoire cortical a donné lieu à une aphasie bien nette; il faut rapprocher cette observation de celles signalées par M. Lépine, dans sa thèse de concours 1875, et par quelques auteurs étrangers.

On serait porté ainsi à augmenter un peu le territoire répondant au syndrôme aphasie qui reconnaîtrait l'une des trois causes suivantes : 1° la lésion classique et vérifiée tous les jours de la circonvolution de Broca ; 2° la destruction de l'insula de Reil, accompagnée ou non de lésion de la troisième frontale ; 3° la séparation de la troisième frontale du centre blanc par section pathologique de ses communications, comme le démontrait récemment M. Oulmont, dans un cas d'hémorrhagie cérébrale ou comme nous avons eu l'occasion de le montrer nous-même dans un cas de ramollissement central.

(1) Pièce déposée au Musée Dupuytren et dessin dans l'album de la Société.

22. Pneumonie chez un alcoolique, quelques jours après signes d'épanchement pleurétique. — Ponction. — Hématémèse.—Mort par rupture d'une dilatation anévrysmale dans la bronche gauche; par M. Charles LEROUX, interne des hôpitaux.

M.., 35 ans, entre le 16 juin, dans le service de M. DUMONTPALLIER, à l'hôpital de la Pitié.

Cet homme petit, bien musclé, n'aurait jusqu'alors fait aucune maladie ; peu prédisposé aux bronchites, il n'a jamais eu antérieurement d'affection de poitrine, sauf, dit-il, quelques points de côté ; mais, par contre, c'est un alcoolique : Souvent il fait des excès et quelquefois, nous dit-on, il aurait bu jusqu'à douze litres dans une même journée !

Le 12 juin, il est pris subitement de malaise, de frisson et bientôt de toux. Il ressent un violent point de côté à gauche et peu de temps après, il commence à cracher du sang. Son état s'aggravant, il entre à l'hôpital.

Examen à l'entrée. L'état général paraît assez bon, cependant la fièvre est forte (39°,4) ; la peau chaude, le pouls plein et fréquent, la langue assez sèche. De temps en temps il est pris d'accès de toux qui exagèrent son point de côté et sont suivis d'une expectoration visqueuse peu adhérente, striée de filets de sang.—A l'examen de la poitrine on trouve les signes suivants: *Du côté gauche.* Pas d'exagération des vibrations, pas de matité ni de submatité ; ni râles ni souffle à l'auscultation ; on entend la respiration à peu près normale, bien que diminuée. *Du côté droit.* La sonorité est normale, les vibrations existent, mais à l'auscultation on trouve une respiration supplémentaire très-accentuée ; pas de râles. Les sommets sont intacts. Rien à signaler du côté des autres viscères : pas de souffles cardiaques ; pas de délire. Malgré l'absence de signes, tant à la percussion qu'à l'auscultation, on diagnostique : pneumonie centrale du côté gauche.

Le lendemain l'état est le même. On ne trouve pas d'autres signes physiques ; cependant au sommet gauche apparaît un souffle assez fort, analogue au souffle tubaire ; mais on n'entend de râles ni à la fin de l'inspiration, ni après la toux ; pas de bronchophonie. Même état général.

19 *juin.* Les signes physiques se modifient, les vibrations ont singulièrement diminué ; submatité à la partie postérieure de la poitrine ; la respiration est moins nette, pas de râles; toujours le même souffle au sommet. A droite, respiration supplémentaire. Même état général, fièvre forte qui oscille entre 39° et 40°.

21 *juin.* Tout le côté droit de la poitrine est mat, privé de toute élasticité ; c'est la matité des épanchements considérables ; elle s'étend depuis la fosse sus-épineuse jusqu'à la base de la poitrine ; dans l'aisselle et sous la clavicule, même matité. Les vibrations ont également disparu, à peine quelques vibrations persistent-elles vers la colonne vertébrale dues à la transmission.

A l'auscultation, on ne trouve ni murmure vésiculaire, ni râles, ni souffle dans les deux tiers inférieurs du poumon ; au sommet, aussi bien en avant qu'en arrière, même souffle que les jours précédents.

A droite, respiration supplémentaire beaucoup plus marquée. Les crachats sont également modifiés : de visqueux et sanguinolents qu'ils étaient les jours précédents, ils deviennent plus séreux, ne contiennent presque plus de sang ; le point de côté est moins fort, la respiration est plus gênée ; même état fébrile.

En raison de cette matité absolue, de cette absence de vibrations et de respiration et enfin de l'ensemble des symptômes, M. Dumontpallier pense qu'un épanchement assez considérable complique l'inflammation pulmonaire. On fait une ponction. Il ne s'écoule ni sang ni liquide. (Ponction faite avec le trocart capillaire moyen et l'aspirateur Dieulafoy). L'état n'est pas modifié pendant la journée ni le lendemain.

Deux jours après la première ponction, l'état de la poitrine

du côté gauche étant absolument identique à celui des jours précédents, on fait une seconde ponction. On ne ramène qu'un peu de sang. La ponction est bien supportée ; pas de toux, pas d'expectoration sanguinolente.

La journée se passe bien, lorsque vers cinq heures, M... est pris d'un vioent accès de toux qui amène un peu de sang au dehors ; une minute après un deuxième accès survient et se termine par une hématémèse formidable et subitement mortelle. Le sang sort à flots par la bouche et le nez, couvrant le lit et le sol.

Autopsie. — *Poumons. Du côté gauche*; à peine trouve-t-on quelques cuillerées de liquide dans la plèvre ; quelques dépôts fibrineux peu adhérents et peu résistants font agglutiner la plèvre pariétale et la plèvre viscérale. Il y a là un peu de pleurésie sèche. Le poumon peut se détacher facilement et sans déchirure. Avant de sectionner le poumon, on recherche quel a été le résultat de la ponction tant sur les parois thoraciques que sur le parenchyme pulmonaire. On retrouve nettement sur la peau de l'aisselle les traces des ponctions. Sur la plèvre pariétale, au point correspondant, on voit quelques caillots encore cruoriques dans l'espace de deux centimètres carrés, peu adhérents et se laissant facilement détacher de la plèvre sur laquelle on ne peut retrouver le point de passage du trocart. Du côté du poumon, il y a également quelques caillots peu adhérents que l'on enlève sans trouver de blessure du poumon. Poussant plus loin les recherches, on lie la bronche gauche et plongeant le poumon en totalité dans l'eau, on le presse entre les mains ; et, bien qu'il ait été certainement blessé par le trocart, on ne voit sortir aucune bulle d'air, ni au niveau supposé de la plaie, ni ailleurs. Il faut croire que la plaie s'est obturée rapidement, peu en importe d'ailleurs le mécanisme. — A la coupe, pneumonie à la période d'hépatisation grise occupant la totalité du poumon. Vers le sommet cependant, il reste quelques points moins altérés, encore remplis d'air. Pas de tubercules, pas de cavernes.

Du côté droit, quelques adhérences pleurales anciennes ; un peu de pleurésie interlobaire ; le poumon est volumineux, distendu et ne revient pas sur lui-même. A la coupe, on voit qu'il est infiltré de sang dans sa totalité. Les bronches sont également infiltrées, mais ne contiennent pas de caillots. On ne trouve ni tubercules ni cavernes qui expliquent l'hémoptysie. On cherche du côté des grosses bronches. A un centimètre de la bifurcation de la trachée, on rencontre sur la bronche gauche, une sorte de bourgeon du volume d'un noyau de crise faisant saillie dans la bronche et en obstruant en partie la lumière. Cette saillie est formée d'une rondelle gangrénée noirâtre provenant des parois de la bronche, repoussée en avant et encore adhérente par un lambeau de muqueuse et doublée de dépôts fibrineux. La bronche ramollie, noirâtre, ulcérée en ce point, présente un orifice ovale d'un centimètre dans son grand diamètre, bouché par des caillots fibrineux qui soulèvent cette rondelle de bronche nécrosée. En suivant les caillots avec un stylet on pénètre dans l'aorte.

L'*aorte* sectionnée dans toute sa longueur présente des altérations profondes des tuniques internes. Des plaques athéromateuses jaunâtres ont envahi le vaisseau et sont surtout abondantes au niveau de sa crosse.

Dans un point qui correspond à l'endroit où l'aorte est à cheval sur la bronche gauche, les lésions athéromateuses sont à leur maximum. De plus l'artère froncée, plissée comme l'est le péritoine au niveau du collet du sac herniaire, présente un infundibulum où on rencontre les quelques caillots fibrineux qui conduisent dans la bronche gauche. L'adhérence entre la bronche et l'aorte est complète ; le tissu cellulaire voisin épaissi consolide la communication entre ces deux canaux. Les ganglions lymphatiques voisins sont également adhérents à ce niveau ; mais on les isole assez facilement et, à la coupe, ils sont noirs mais non ramollis, non altérés.

Les autres organes présentent des lésions dues à l'alcoolisme. Le cœur est mou et gras. Le foie est flasque et dans un état de dégénérescence graisseuse avancé. Les reins sont également mous, la substance corticale est jaunâtre et la substance tubulée violacée, injectée. L'estomac est distendu par une grande quantité de sang coagulé (600 à 700 grammes); ses parois sont infiltrées, rougeâtres.

Réflexions — Laissant de côté la pneumonie, pour ne voir que la lésion principale, on peut établir ainsi la marche des lésions pathologiques. L'alcoolisme dont cet homme était atteint fut cause du développement de l'athérôme aortique. Une de ces plaques d'athérôme vient à subir un ramollissement inflammatoire ; les parois cèdent en ce point à la pression sanguine et une petite poche se forme au niveau de la bronche. L'inflammation et la dilatation ont dû marcher simultanément. La bronche, bientôt comprimée, s'ulcère ; et une cause accidentelle, un accès de toux détermine la rupture de l'aorte dans la bronche, d'où hémoptysie mortelle.

Peut-être la lésion inflammatoire du poumon a-t-elle activé la marche des lésions ulcératives. Mais comment, d'autre part, expliquer cette disparition rapide de la respiration dans le poumon de ce même côté, la matité absolue, cette absence totale de râles et surtout de vibrations pendant les derniers jours. Faut-il voir là l'effet d'une compression tardive de la bronche, ou bien se reporter simplement à la marche insidieuse qu'affecte la pneumonie chez les alcooliques. Les deux hypothèses doivent avoir une part dans cette anomalie des phénomènes physiques de l'affection pulmonaire.

En résumé, cette observation offre plusieurs points intéressants :

1° Les lésions de l'aorte et de la bronche ; endartérite athérômateuse avec dilatation sacciforme et rupture dans la bronche ;

2° Les modifications des signes ordinaires de la pneumonie, au point qu'on ait pu croire à un épanchement ;

3° Enfin, la coïncidence de la mort subite par hématémèse avec une ponction thoracique, coïncidence qui permettait à beaucoup d'esprits de rendre la ponction responsable de la mort.

23. Mécanisme des fractures du radius.—Rapport sur la candidature de M. Bulteau; par M. Gérard Marchant.

Parmi les nombreuses présentations faites par M. Bulteau, il en est une toute particulièrement intéressante, et sur laquelle je désire appeler votre attention ; il s'agit des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

M. Bulteau nous a présenté deux fractures du radius produites par la chute d'un lieu élevé sur la paume de la main. Il a décrit longuement les différentes particularités de ces deux pièces anatomiques et a cherché à étudier le mécanisme qui aurait présidé à leur production en déterminant expérimentalement des fractures du radius à l'amphithéâtre de Clamart.

On sait combien les chirurgiens se sont occupés de cette question et combien les opinions sont encore divisées sur le mécanisme de cette fracture. Pendant bien longtemps, les fractures de l'extrémité inférieure du radius ont été pour ainsi dire méconnues et confondues avec l'entorse du poignet ; il faut remonter à J.-L. Petit, pour voir s'établir la distinction entre ces deux affections.

C'est à Pouteau surtout que revient l'honneur d'avoir signalé le premier, d'une manière précise, les caractères cliniques de la fracture du radius. En 1820, dans ses leçons à l'Hôtel-Dieu, Dupuytren contribua, pour une large part, à dissiper la confusion qui régnait encore sur cette question ; il précisa les éléments de diagnostic et imagina l'attelle cubitale métallique à convexité externe pour remédier à la déviation en dehors de la main. Enfin, parut en 1836, le travail remarquable de Goyrand, d'Aix, sur la fracture par contre coup de l'extrémité inférieure du radius, et plus tard la question fut de nouveau étudiée par Malgaigne, Diday, Voillemier, Lecomte et Nélaton, et tout dernièrement encore M. Gosselin a cru devoir consacrer deux cliniques à l'étude de cette intéressante fracture.

Nous n'en décrirons pas les symptômes, nous ne pourrions que répéter ce qui se trouve dans tous les ouvrages classiques mais nous étudierons d'une manière toute spéciale l'anatomie pathologique de cette fracture et son mécanisme.

Si tous les auteurs sont d'accord pour en préciser le siége à 0,015 mm. au-dessus de l'interligne articulaire, il n'en est pas de même au sujet de la direction du trait de la fracture. On

sait que Goyrand, d'Aix et Diday, après lui, considèrent la fracture du radius comme étant 19 fois sur 20 oblique de haut en bas et d'arrière en avant à la suite d'une chute sur la paume de la main. La fracture serait au contraire oblique en sens inverse, c'est-à-dire d'avant en arrière dans les chutes sur la face dorsale du poignet. D'après lui, le fragment supérieur est toujours taillé en biseau et glisse sur le fragment inférieur. Pour Voillemier et Nélaton, au contraire, la fracture est transversale dans la très-grande majorité des cas et l'obliquité des fragments ne doit être considérée que comme l'exception.

Il n'est pas étonnant de voir les auteurs professer des opinions aussi différentes sur un fait purement anatomique, car il est rare de pouvoir faire l'examen de fractures du radius non encore consolidées.

M. Bulteau a eu la bonne fortune de pouvoir étudier deux de ces fractures quelques jours après leur production ; voici le résultat de la dissection de ces deux pièces anatomiques. Et d'abord, disons que, dans les deux cas, la fracture était manifestement oblique suivant l'épaisseur de l'os de haut en bas et d'arrière en avant; le fragment supérieur taillé en biseau pénétrait par son bord postérieur dans la substance spongieuse du fragment inférieur; dans les deux cas la fracture était articulaire et présentait la forme rayonnée qu'a signalée Dupuytren. Dans les nombreuses fractures expérimentales, que M. Bulteau a produites à l'amphithéâtre de Clamart par simple mouvement forcé d'extension, la même obliquité a toujours été constatée; dans un seul cas la fracture était transversale, mais on avait affaire alors à un véritable décollement épiphysaire chez une jeune fille de 17 ans; on sait, du reste, que chez les enfants la fracture du radius est toujours transversale.

Dans les deux fractures du radius que nous a présentées M. Bulteau, et dans toutes ses fractures expérimentales, le ligament antérieur de l'articulation radio-carpienne a été trouvé intact; or l'intégrité de ce ligament vient jeter un grand jour sur le mécanisme de la fracture du radius.

De nombreuses théories ont été mises en avant pour expliquer la solution de continuité de cet os à sa partie inférieure. Nous ne rappellerons que pour mémoire celle de Ponteau qui attribuait la fracture à une contraction musculaire brusque, et celle de Lopez (thèse de Paris 1860) qui fait jouer un grand rôle au ligament interosseux.

Pour le plus grand nombre des chirurgiens, dans une chute sur la paume de la main, le radius est pris entre deux forces opposées, la résistance du sol et le poids du corps augmenté de la violence de la chute, et tend à s'infléchir en arrière sous cette double pression. Cette théorie de l'inflexion a surtout été formulée dans les travaux de Foucher, d'Am. Bonnet et de Philippaux. Nélaton et Voillemier croïent que le radius se rompt par la pression à laquelle est soumis son tissu spongieux. Pour Voillemier, dans le plus grand nombre des cas, il y a pénétration réciproque des deux fragments, c'est pour ainsi dire un véritable broiement.

M. Lecomte enfin soutient que toutes les fractures du radius sont des fractures par arrachement; elles ne se produisent que dans un mouvement forcé d'extension. Le ligament antérieur du carpe que l'on sait être très-fort et très-résistant, se tend, et si l'extension est exagérée, il y a arrachement de l'extrémité articulaire du radius. Mais si le mouvement d'extension est poussé à un degré extrême, grâce à la violence de la chute, le fragment inférieur tourne alors sur un axe transversal d'avant en arrière, le fragment supérieur au contraire tend à se porter en avant et en bas, et pénètre alors par son bord postérieur dans la substance spongieuse du fragment inférieur; il y a alors véritable pénétration qui peut aller depuis le simple engrainement des fragments jusqu'au véritable broiement du fragment inférieur, la fracture, dans ces cas, est toujours articulaire et, par conséquent, beaucoup plus grave.

Ainsi donc pour M. Lecomte, dans toute fracture du radius, il y a d'abord arrachement et la pénétration n'est qu'un fait secondaire; elle n'est pas, comme le veut M. Voillemier, un mécanisme de la fracture du radius, et ne doit être considérée que comme une conséquence possible de l'arrachement qui est le fait primitif obligé.

Les deux pièces anatomiques de M. Bulteau et ses fractures expérimentales, sont à ce point de vue très-instructives. Les articulations radio-carpiennes ont été disséquées avec soin, et toujours le ligament antérieur du carpe a été trouvé intact. Dans tous les cas la fracture du radius en avant siégeait immédiatement au-dessus de l'insertion de ce ligament. En un mot c'est un véritable arrachement de la surface articulaire radiale qui s'est produit dans tous ces cas. Comme on le voit, toutes les fractures du radius qu'a étudiées M. Bulteau, viennent à l'appui de la théorie de M. Lecomte. Sans doute, ces seuls faits ne sont pas suffisants pour être en droit de rejeter d'une manière exclusive les idées de Nélaton et de Voillemier, mais ils ont leur importance, et méritent, par conséquent, d'être portés à la connaissance de ceux qui désirent résoudre les quelques points encore en litige de la question.

24. Note pour servir à l'histoire des glandes aréolaires; par M. le Dr Pinard (1).

Depuis quelques semaines seulement, les petites saillies, disséminées à la surface de l'aréole et qui s'hypertrophient pendant la grossesse, ont été, ainsi que les glandes qui leur correspondent, bien étudiées au point de vue de leur structure et de leur fonction.

L'hypertrophie de ces tubercules désignés souvent sous le nom de tubercules de Montgomery, avait été depuis longtemps observée pendant la grossesse, et l'on sait que pour Smellie et surtout Montgomery, ce simple fait constituait un signe infaillible de grossesse ; ce qui est faux, car on peut rencontrer ces tubercules très-développés chez des femmes qui n'ont jamais eu d'enfants. C'est ce que nous avons pu constater chez une femme nullipare qui s'est présentée à la clinique d'accouchements, le 21 août 1876, et dont l'utérus, développé par suite de la présence d'un myôme interstitiel, ne contenait pas de produits de conception.

Depuis longtemps aussi, l'attention avait été attirée sur la sécrétion de ces glandes, puisque, dit M. Duval (2), Bidlos et Morgagni en ont vu couler un liquide limpide, et Morgagni, Winslow et Coralo, un lait épais et abondant chez les nourrices.

Ce fait, très-communément observé par les accoucheurs, était diversement interprété. Tandis que les uns admettaient la présence de glandes secrétant du colostrum pendant la grossesse et du lait après l'accouchement, les autres pensaient que les tubercules n'étaient pas autre chose que des follicules sébacés, qui pouvaient, par hasard, fournir du lait à la pression, quand un conduit galactophore, au lieu de s'ouvrir au sommet du mamelon principal, divergeait et venait s'ouvrir dans le follicule. Les travaux de M. Duval, mais surtout ceux de M. de Sinéty (3), sont venus définitivement élucider ce point.

En effet, si M. Duval, dans sa remarquable thèse, avait déjà bien observé ces glandes, reconnu leur nature, étudié leur fonction, M. de Sinéty a donné de toutes les glandes de l'aréole, une histoire aussi simple que complète au point de vue anatomique et physiologique.

« Ces espèces de petits mamelons accessoires, dit-il, correspondent tous à une ou plusieurs glandes dont ils contiennent le canal excréteur. Ces glandes elles-mêmes sont de trois sortes. Tantôt des follicules sébacés, simples, tantôt des glandes sébacées, divisées en plusieurs lobes; enfin, vient là, surtout, le point intéressant : de véritables glandes mammaires isolées produisent du colostrium et du lait parfait sous les mêmes influences que la glande principale.

» L'existence de ces glandes et leur nature avait été bien démontrée par M. Duval, dès 1861. Cependant quelques auteurs les ont niées pendant longtemps, et il existe, dans la situation de ces glandes, une cause d'erreur dont je me suis

(1) Travail présenté pour être nommé membre titulaire.
(2) Duval. *Du Mamelon et de son aréole*. thèse de Paris, 1861.
(3) De Sinéty. *Sur le développement et l'histologie comparée de la mamelle* mémoire lu à la Société de biologie, le 27 janvier 1877.

rendu compte en en faisant l'étude histologique. Tandis que les glandes sébacées sont placées superficiellement, les glandes lactées sont disséminées très-profondément dans le tissu cellulaire lâche que l'on rencontre au-dessous de l'aréole, si bien que, si on fait des coupes de l'arcade seule, sans y comprendre le tissu cellulaire lâche sous-jacent, on ne rencontre jamais que les canaux excréteurs des glandes. Aujourd'hui, du reste, je crois l'existence de ces glandes admise par tous les anatomistes, et j'ai eu l'occasion de constater qu'au point de vue histologique elles ne diffèrent en rien de la glande principale. Chaque petite glandule est formée d'un certain nombre de lobules tapissés d'un épithélium cubique secréteur, qui passe à l'état d'épithélium cylindrique, c'est-à-dire beaucoup plus allongé, quand il gagne les canaux excréteurs. Sur le trajet de chaque canal excréteur, on observe une dilatation ampullaire, semblable à ce qu'on a décrit sous le nom de sinus pour la glande principale. Ces espèces de réservoirs expliquent comment on peut faire jaillir le lait quand on presse les tissus entre les doigts, au-dessous du point où ils sont situés. »

La pièce moulée que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société anatomique, vient confirmer entièrement les assertions de M. de Sinéty. Cette pièce représente les deux seins d'une femme accouchée à la Clinique. Sur la surface de l'aréole, on constate des deux côtés un nombre considérable de tubercules très-saillants, 16 d'un côté et 12 de l'autre. La goutte de liquide blanc qui surmonte chaque tubercule indique que la sécrétion était très-abondante.

Frappé du volume et du nombre de ces tubercules pendant la grossesse, je les observai avec soin, je vis que la pression faisait sourdre de tous les mamelons un liquide assez abondant. Examiné au microscope, ce liquide était absolument semblable à celui que j'obtenais en pressant le mamelon principal.

Après l'accouchement, le liquide devint plus abondant, plus épais et tout à fait blanc. Au bout de quelques jours, c'était du lait parfait et absolument analogue à celui fourni par la glande principale. Je cherchai alors s'il n'y avait pas communication entre ces petites glandes et les conduits galoctophores; pour cela je pressais chaque petite glande, et dès que celle-ci était vide, la pression n'amenait plus aucun liquide au sommet, tandis qu'en pressant le mamelon principal le lait jaillissait avec abondance. Je dois ajouter que le nombre des conduits galoctophores venant s'ouvrir au sommet du mamelon principal, était, autant que j'ai pu le constater, de huit d'un côté et de neuf de l'autre.

Je suis donc tout disposé à croire, ainsi que M. Duval, qu'il est très-rare de voir communiquer un des conduits galoctophores vers une de ces petites glandes lactées. Quand l'enfant prenait le sein, il avait bien soin d'ouvrir largement la bouche, de sorte que la succion s'opérait non-seulement sur le mamelon principal, mais encore sur les mamelons rudimentaires.

Ce fait est remarquable par le nombre, le volume et la sécrétion abondante des glandes mammaires accessoires, et cette exagération physiologique vient confirmer de tous points les données fournies par l'histologie. Au point de vue du nombre de ces glandes, j'ajouterai qu'il est fort variable : sur soixante femmes examinées à ce point de vue, la moyenne était quatre pour chaque sein ; quatre femmes sur soixante en étaient absolument dépourvues.

25. Contusions et plaies contuses des artères.— Rapport de M. Paul Berger, sur la candidature de M. Chuquet.

Parmi les présentations faites par M. Chuquet, nous appellerons l'attention sur celles qui concernent les lésions des artères et plus particulièrement les contusions et les plaies contuses de ces vaisseaux.

La contusion artérielle simple est un fait assez fréquent; elle est produite par des violences extérieures qui compriment l'artère contre un plan résistant. Les auteurs classiques admettent que, dans cette hypothèse, deux cas peuvent se présenter : ou bien les tuniques *affaiblies* cèdent sous l'effort de l'ondée sanguine et amènent la formation d'un anévrysme, ou bien les tuniques *rompues* se recoquevillent et il y a formation d'un caillot, soit que les membranes convergent vers le centre, s'opposant entièrement au passage du sang, soit que la paroi interne privée de son épithélium détermine la formation de dépôts successifs de fibrine.

Les exemples d'anévrysmes à la suite de contusions artérielles ne sont pas rares ; ceux d'oblitération du calibre du vaisseau, quoique moins fréquents, sont cependant en assez grand nombre.

En compulsant les principales publications chirurgicales nous en avons recueilli quelques observations que nous allons citer succinctement.

Broca. — Société de chirurgie 1862. Contusion de la cuisse au tiers inférieur par une roue de voiture, oblitération de la poplitée. Caillot jusqu'à l'extrémité inférieure du canal de Hunter. Les parois de l'artère paraissent saines.

Richet. — Société de chirurgie 1862. Ecrasement de la cuisse par une roue de voiture. Gangrène du membre. Oblitération de l'artère 12 jours après l'accident. A l'autopsie plaques athéromateuses quoique le sujet n'ait que 52 ans.

Cadier. — Thèse de Paris, 1866. Contusion de l'artère humérale. Oblitération. Guérison.

Bourdillat. — Société anatomique 1868. Broiement de la cuisse par une roue de wagon. Gangrène du membre inférieur. A l'autopsie, caillot dans la fémorale, les tuniques du vaisseau ne présentent ni déchirure, ni recoquevillement. Dans le point plus spécialement contus, élasticité manifestement diminuée, stries transversales moins apparentes, coloration rouge plus marquée, résistance des tuniques interne et moyenne amoindrie. En tirant le vaisseau dans le sens longitudinal, on produit de petites éraillures transversales.

Verneuil. — Académie de médecine, janvier 1872. Déchirure des tuniques interne et moyenne de la carotide chez un individu tombé sous un wagon sans qu'on puisse expliquer la contusion de l'artère. Caillot oblitérant la carotide interne et ayant déterminé un ramollissement dans le territoire cérébral correspondant.

Horteloup. — Société de chirurgie, 1876. Fracture de la clavicule, suivie de paralysie du plexus brachial et d'oblitération de l'artère humérale survenue au bout de cinq jours et ayant duré huit mois.

Tillaux. — Déchirures des tuniques interne et moyenne après une forte contusion produite par un brancard de voiture. Société de chirurgie, 1876.

Terrier, chez Jarjavay, a constaté la même lésion et les mêmes phénomènes à la suite d'une luxation en arrière du genou.

L'observation présentée par M. Chuquet, est des plus concluantes : Il s'agit d'un homme de soixante ans qui eut le genou écrasé par un tramway. A son entrée à l'hôpital, on constate une fracture des os qui forment le genou et une plaie faisant communiquer avec l'extérieur l'articulation et le foyer de la frature. Le pied et la jambe sont froids. Trois heures après l'accident, il n'existe plus de battements dans la pédieuse et la tibiale postérieure. L'amputation de la cuisse est faite le lendemain.

La dissection du membre blessé révèle un épanchement diffus mais peu considérable dans le creux poplité.

Le nerf, la veine, l'artère semblent à première vue intacts, mais en examinant plus attentivement cette dernière, on voit qu'en deux points, au milieu du creux poplité et vers la partie inférieure, l'artère est dure, bleuâtre, ecchymosée. A l'ouverture du vaisseau, on trouve au milieu de la poplitée un caillot fibrineux, adhérant, de deux centimètres de longueur. La paroi de l'artère est éraillée, une membrane très-mince constituée probablement par la tunique interne seule, fait saillie dans le vaisseau. L'examen microscopique eût pu indiquer où était limitée la déchirure, il n'aurait pu être fait qu'au détriment de la pièce (1). Au caillot fibrineux faisait suite un caillot cruorique de 5 à 6 centimètres de longueur, libre dans la cavité du vaisseau. Un fragment de ce caillot avait été détaché par l'ondée sanguine et se trouvait à cheval

(1) La pièce a été déposée au musée Dupuytren.

sur la bifurcation de la poplitée. Le sujet était manifestement athéromateux.—L'artère poplitée en certains points était dure et résistait au doigt qui voulait la déprimer.

Neuf cas de contusions artérielles suivies d'oblitérations, rassemblés sans sortir des publications françaises, permettent de conclure à la fréquence de faits semblables. Les phénomènes ne sont pas toujours identiques, la même cause peut amener des effets différents : tantôt l'oblitération a lieu sans déchirure de l'artère, tantôt et le plus souvent il y a déchirure, d'autres fois, le diagnostic anatomique n'est pas possible. Que penser maintenant de l'artérite aiguë à qui des chirurgiens font jouer un rôle considérable dans ces oblitérations. (Société anatomique 1868. — Société de chirurgie 1876.) M. Verneil nous parait avoir donné un excellent argument contre sa possibilité. Dans la dénudation artérielle où l'artérite est constante, l'oblitération devrait se faire souvent; or, le contraire existe.

Mais si nous refusons un rôle à l'artérite aiguë, au contraire nous en assignons un très-important à l'artérite chronique, à l'athérome. Il est à regretter qu'on n'ait pas mentionné dans la plupart des observations l'état de la paroi artérielle chez les blessés. Dans l'observation de M. Richet, le vaisseau était athéromateux. Dans l'observation de M. Chuquet, l'artère était manifestement en dégénérescence graisseuse et même en certains points incrustée de sels calcaires.

Les lésions de l'athérome étant l'infiltration graisseuse de la tunique interne et d'une partie de la tunique moyenne, s'accompagnant généralement d'endartérite, la coagulation du sang sera favorisée par deux causes :

Par le dépoli de la membrane interne de l'artère ;

Par la cohésion moins intime de ses différentes tuniques.

Chez les athéromateux, la tunique cellulaire est unie très-faiblement à la tunique moyenne. Si, en effet, on cherche à produire les lésions de l'arrachement sur des cadavres, voici ce que l'on constate. Sur des individus non athéromateux, l'effilement n'existe jamais d'une façon parfaite et s'il existe, ce n'est que sur un des bouts. Souvent la tunique moyenne se sépare de la tunique externe dans une étendue de plusieurs centimètres, alors d'un côté il existe une sorte de manchon celluleux, plus ou moins effilé, favorable à l'hémostose, l'autre bout est absolument dépourvu de membrane celluleuse. Sous l'influence de la contusion, les mêmes effets se produisent, la tunique moyenne se sépare de l'externe et se recoquevillant vers la cavité du vaisseau, favorise la coagulation.

Chez l'individu dont les artères ont conservé leur souplesse, il doit être rare de rencontrer la déchirure des tuniques interne et moyenne et cela parait en rapport avec les expériences de Bidard sur les animaux, chez lesquels la contusion simple avait déterminé l'épaississement des artères.

Les plaies contuses des artères dans les auteurs ne comprennent guère que les plaies par armes à feu : c'est là sans contredit la variété la plus commune. Cependant des traumatismes produits par d'autres causes peuvent déterminer des accidents analogues; les deux observations que nous allons résumer en sont de bons exemples.

Il s'agit dans la première d'un jeune homme de 22 ans dont le bras fut écrasé entre deux tampons de wagon. A son arrivée à l'hôpital, il présente une fracture comminutive de l'humérus avec rupture des muscles : une petite plaie met le foyer de la fracture en communication avec l'extérieur. Le blessé avait perdu peu de sang, mais sous le grand pectoral il existait une infiltration sanguine énorme. La désarticulation fut faite le lendemain. La dissection donne les renseignements suivants. la tunique celluleuse manque à l'extrémité du bout supérieur, la tunique interne légèrement retroussée dans la tunique moyenne protége un caillot très-mince qui aurait cédé au moindre effort. Inférieurement au contraire les tuniques interne et moyenne sont recoquevillées et un manchon celluleux favorise la formation du caillot.

La seconde observation est celle d'un jeune homme de 24 ans, dont le bras fut pris dans un engrenage. Il présentait une fracture comminutive avec large plaie au même niveau ; il s'était écoulé par là fort peu de sang. La désarticulation fut faite le soir même. L'artère fut trouvée complétement divisée au niveau des fragments osseux, le bout supérieur non effilé renfermait un caillot assez volumineux qui s'était formé grâce au rebroussement de la tunique interne et d'une partie de la tunique moyenne vers le centre du vaisseau. La tunique externe était rompue à quelque distance de l'extrémité inférieure. Le bout inférieur était effilé, la tunique celluleuse prolongée au-delà de la tunique moyenne et de la tunique interne formait une barrière solide qui eût empêché certainement toute hémorrhagie.

Les plaies contuses, qu'on nommerait peut-être mieux plaies par écrasement, sont loin de se présenter toujours avec les mêmes caractères anatomiques, bien différentes en cela des plaies par arrachement. La plaie par écrasement la plus simple est celle que produit la ligature. Dans ce cas il y a déchirure et retrait des tuniques interne et moyenne, conservation de la celluleuse. La même chose à peu près se passe dans l'écrasement linéaire. Dans les deux cas en effet, l'agent constricteur est appliqué en un point très-limité; tout autres sont les violences extérieures produites sur les vaisseaux par les causes ordinaires des plaies contuses. Si nous mettons à part les plaies par armes à feu, nous voyons qu'elles agissent sur une surface étendue, souvent obliquement. Il en résulte une grande inconstance dans les lésions et le chirurgien reste incertain sur la production de l'hémostase. Tantôt les conditions de celle-ci sont présentées par le bout inférieur, tantôt par le bout supérieur. Aussi la pratique chirurgicale a pour loi de ne pas compter dans ces cas sur les ressources d'une hémostase naturelle et le blessé est mis à l'abri d'une hémorrhagie par la ligature des deux bouts ou par un moyen plus radical encore.

Nous ferons encore remarquer une coïncidence dans la dernière observation. On trouve en même temps, en haut les lésions de la plaie contuse ou par écrasement, en bas au contraire, les lésions de l'arrachement. Le fait n'est pas isolé, M. Pozzi a présenté à la Société anatomique, il y a cinq ans, un cas identique. Le bout supérieur était terminé en massue, ressemblant à une artère sectionnée par balle; il existait un effilement à la partie inférieure. Ces faits ne doivent pas être rares. Souvent dans ces violences produites par des engrenages, le choc de corps pesants, les mêmes faits doivent se produire : l'arrachement est combiné avec l'attrition. L'examen anatomique nous permettra toujours de la reconnaître, car ainsi que le prouvent les observations que nous venons de rapporter, chacun des deux mécanismes peut être déduit de la disposition des tuniques artérielles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 décembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. HOUEL. M. Notta a présenté dernièrement à la Société une tumeur de la paume de la main sur la nature de laquelle il était difficile de se prononcer. L'examen de cette tumeur a été fait par MM. Bochefontaine et Marignac. Il résulte de l'analyse microscopique que la tumeur extirpée par M. Notta était un angiôme caverneux.

M. DE SAINT-GERMAIN, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, revient sur la question du traitement du mal de Pott chez les enfants. Les chirurgiens sont divisés en deux camps parfaitement tranchés : les partisans de l'immobilisation absolue et prolongée, et les partisans de la non-immobilisation. Comme il est fort rare qu'on soit consulté pour un mal de Pott à l'état de suspicion, on a presque toujours affaire à des enfants qui présentent tous un caractère commun : la gibbosité. Ce qui diffère parmi ces malades c'est l'élément douleur. Or, en pareil cas, ainsi que l'ont formulé catégoriquement M. Verneuil et M. Trélat, il faut immobiliser à tout prix, et immobiliser complètement, au moyen d'une cuirasse moulée ou de la gouttière de Bonnet. Ces appareils étant d'un prix élevé, on peut leur substituer la gouttière matelassée de Gilbert d'Hercourt, mais, quel que soit l'appareil d'immobilisation, en maintenir l'emploi pendant un an, deux ans, et plus encore s'il est nécessaire. Mais, la plupart du temps, la gibbosité n'est pas douloureuse ; elle n'est le siége d'aucun phénomène inflammatoire; à elle seule, elle constitue tout le

mal. Devra-t-on alors avoir recours à l'immobilisation complète? M. de Saint-Germain juge ce traitement inutile; un moyen terme est préférable, et ce moyen terme c'est l'immobilisation *relative*. Lorsque la gibbosité est située au-dessous de la deuxième vertèbre dorsale, il suffit d'immobiliser le tronc au moyen d'un corset à tuteurs latéraux et dorsaux. Quand elle est au-dessus, on maintient la région par une sorte de minerve qui suffit à limiter les mouvements. En tout cas, les procédés de massage ou de gymnastique, si légers qu'ils soient, devront être absolument interdits. Donc, en résumé : dans les cas de mal de Pott douloureux, immobilisation absolue jusqu'à cessation complète de la douleur ; dans les cas de mal de Pott sans phénomènes douloureux ou inflammatoires, immobilisation relative.

M. Després communique à la Société une observation de fistule de la trachée traitée et guérie par la bronchoplastie. Les faits de ce genre sont rares. Il en existe trois cas seulement dans la science : deux de Velpeau, un de M. Lefort. Toutes les opérations de bronchoplastie ont présenté les mêmes accidents ; jamais elles n'ont guéri du premier coup. — Dans le cas actuel, il s'agissait d'un jeune homme à qui on avait dû pratiquer la trachéotomie pour une angine gangréneuse. A la suite de cette opération, il avait gardé sa canule pendant 28 mois, et contrairement à ce qui se passe ordinairement, il conserva depuis lors une fistule laryngienne. Une première fois M. Després aviva l'orifice par le procédé de Velpeau, et fit la suture préconisée par M. Lefort. Cinq points de suture furent placés sur une étendue d'un centimètre. Comme dans les cas de Velpeau et de Lefort un point de suture manqua, et il resta une fistulette. Au mois d'octobre dernier, après un nouvel avivement, l'orifice fut oblitéré par cinq points de suture entortillée ; le troisième jour, il y eut encore un point qui céda. M. Després, attribuant alors ces insuccès répétés à l'adhérence de la peau avec les parties profondes soumises aux mouvements continuels de la respiration, songea à immobiliser la région au moyen d'un appareil ; mais il préféra encore tenter la réunion en immobilisant la plaie entre deux plis de la peau réunis par un point de suture et maintenus ainsi en contact. Ce procédé réussit parfaitement. En 7 jours la réunion fut complète, et l'enclavement des lèvres avivées de la fistule au fond du sillon intermédiaire aux deux plis cutanés favorisa la cicatrisation de la même manière que la flexion de la cuisse dans les cas de plaie de la région inguinale.

M. Trélat dépose sur le bureau une observation d'adénochondrôme du voile du palais, et une observation de polype mou des fosses nasales, faisant saillie en arrière du voile dans la cavité pharyngienne.

M. Terrillon lit un travail dans lequel il expose les avantages que, présente pour la confection des appareils à fractures, l'emploi d'un mélange de plâtre ordinaire (3/4) avec du ciment anglais (1/4). Les appareils de cette nature sont moins sujets que les appareils en plâtre ordinaire à se ramollir par l'influence de l'humidité.

M. Tillaux communique à la Société une observation de traumatisme du crâne très-intéressante au point de vue de l'application des données relatives aux localisations cérébrales dans la pratique chirurgicale. M. Tillaux pense comme M. Gosselin que la trépanation n'est indiquée *primitivement* que dans les cas de fracture avec enfoncement. A cette règle, il y a pourtant une exception ; et l'opération pourrait encore être tentée si l'on arrivait à savoir que la lésion cérébrale déterminée par un traumatisme crânien est due non pas à un enfoncement, mais au décollement d'un fragment de la table interne. Un tel diagnostic est toujours extrêmement difficile ; et si, par exemple, on a affaire à une fissure avec hémiplégie, la tentation est encore bien forte. Néanmoins il faut s'abstenir, attendu qu'en pareil cas il peut y avoir un foyer hémorrhagique dans une région de la cavité crânienne très-différente du siége de la lésion. En résumé, M. Tillaux, tout en considérant que les localisations peuvent trouver une application fructueuse dans les cas d'accidents consécutifs aux blessures du crâne, estime qu'elles ne sont d'aucune ressource pour les indications opératoires du premier moment. Voici l'observation dont M. Tillaux fait part à ses collègues : En février dernier un homme reçoit un volet sur la tête, à 7 centimètres en arrière du bregma, à 2 centimètres par conséquent, en arrière des centres moteurs. Cet homme, à la suite de l'accident, devient aphasique et présente une monoplégie brachiale droite. Ces phénomènes disparaissent rapidement, et le blessé peut reprendre son travail. Toutefois il conserve une céphalée violente, et au mois de juin il rentre à l'hôpital. A tout hasard on lui administre de l'iodure de potassium et il en éprouve au bout de peu de peu de temps revient encore une fois avec un grand soulagement. Il quitte de nouveau le service, mais de l'aphasie et la même monoplégie brachiale. En quinze jours, ces accidents disparaissent ; la céphalée seule persista, le malade s'affaiblit, s'épuisa peu à peu et succomba. A l'autopsie on constata qu'une large plaque de méningo-encéphalite occupait la base de la circonvolution frontale ascendante et la naissance de la troisième frontale.

Une autre pièce présentée par M. Tillaux consiste en une vaste tumeur comprimant l'hémisphère cérébral dans la partie la plus reculée de la scissure de Sylvius. Or, les renseignements cliniques relatifs au malade porteur de cette tumeur, indiquent que ce malade avait eu du bégaiement. — Des deux observations qu'il vient de communiquer, M. Tillaux conclut : 1° Que même lorsque la lésion est bien en rapport avec le centre des mouvements abolis, on est exposé à tomber sur une large plaque de méningo-encéphalite au niveau de laquelle la trépanation serait absolument inutile ; 2° qu'un lésion du cerveau peut produire des troubles à distance par compression et refoulement des circonvolutions, de telle sorte qu'on peut tomber fort loin du foyer du mal. Il ne faut donc pas aggraver l'état primitif du malade par une opération inutile.

M. Lucas faisant allusion à la première observation de M. Tillaux, exprime l'opinion que la trépanation aurait dû être pratiquée. Cette observation démontre que quel que soit le siége du traumatisme crânien, on doit appliquer la couronne de trépan sur la région qui correspond au centre des fonctions abolies. Ici le traumatisme avait porté sur le sommet de la tête en arrière du bregma, et immédiatement après la blessure le malade présente de l'aphasie et une monoplégie droite. Cela voulait dire que la lésion cérébrale ne correspondait pas à la région crânienne, et ces phénomènes formulaient exactement l'indication opératoire. L'autopsie a démontré la réalité de la localisation, et si dès le début la trépanation avait été faite, le malade n'aurait peut-être pas présenté par la suite les accidents inflammatoires auxquels il a succombé.

Cette question sera reprise dans la prochaine séance à l'occasion d'un rapport de M. Ledentu.

M. Chauvel a dans sa clientèle un malade non syphilitique, non scrofuleux, qui a depuis 7 ans à la face interne du tibia une tuméfaction limitée à un centimètre environ, et dont il souffre, par crises de 15 jours à trois semaines, d'une manière épouvantable. Tout a été essayé, et rien n'a réussi. M. Chauvel demande à ses collègues s'il n'y a pas lieu d'appliquer à ce niveau une couronne de trépan. — A l'unanimité des membres présents, la Société répond par l'affirmative. E. Brissaud.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 octobre 1877. — Présidence de M. Empis.

M. Laveran, en présentant dans la dernière séance, un exemple d'*anévrysme de l'aorte ouvert dans l'artère pulmonaire* avait émis l'hypothèse que le point de départ des lésions était peut-être une *aortite développée sous l'influence de la syphilis*; car le malade était manifestement syphilitique (chancre antérieur ; gomme du testicule). — L'examen histologique a montré une endocardite bien caractérisée, et montre dans la tunique moyenne et la tunique externe des îlots de cellules embryonnaires. Ce fait viendrait à l'appui de la doctrine de l'artérite syphilitique, qui n'est guère admise en France jusqu'ici que par M. Lancereaux.

M. Laveran ajoute qu'il a eu l'occasion d'observer il y a 2 ans, un officier qui présentait à la fois des manifestations syphilitiques et les signes très-nets d'une affection cardiaque. Or ces signes ont disparu aussi bien que les lésions syphilitiques.

M. E. Besnier lit le rapport trimestriel sur *les maladies régnantes* (Voyez le Bulletin du n° 50 du *Progrès médical*).

M. Laboulbène fait une communication sur le *Bothriocéphale*. Ce ver intestinal est rare en France (1 cas présenté par M. Potain à la Société anatomique. — 3 cas de M. Davaine. — 1 cas de M. Laboulbène). A ces cas, vient s'en ajouter un nouveau que M. Laboulbène a pu récemment observer chez un Polonais entré à l'hôpital pour un rhumatisme et qui, pendant qu'il prenait du salicylate de soude, rendit plusieurs fragments d'un ver rubané. Ces fragments ne se ressemblaient absolument pas. Le premier qui fut rendu avait l'apparence d'un fragment de ténia, ayant des anneaux plus longs que larges, mais avec un pore médian ; les autres étaient des fragments de Bothriocéphale bien caractérisés, avec des anneaux plus larges que longs ; quelques-uns de ces anneaux étaient fenêtrés.

Tous ces fragments venaient-ils du Bothriocéphale ? — On pouvait l'affirmer d'après deux caractères : 1° la longueur des fragments rendus ; 2° l'examen des œufs.

Les œufs de Bothriocéphale sont caractéristiques. On en trouve toujours dans les matières fécales un nombre considérable. Ils sont absolument elliptiques, plus gros que les œufs du ténia. Ils présentent une coque très-mince, et dans l'intérieur de forts granules vitellins, mais sans crochet. Enfin en faisant agir sur eux la glycérine, la potasse, l'acide sulfurique, on voit se soulever vers l'extrémité supérieure, une partie séparée qui est désignée sous le nom d'opercule.

Après l'administration de 40 gr. de teinture de Kamala, le malade a rendu un paquet de vers énorme, et sans qu'il ait été possible de les dérouler, on peut penser qu'il y avait *plusieurs* Bothriocéphales.

M. Laboulbène a songé à utiliser ces œufs pour éclairer la question du développement du Bothriocéphale, et il en a fait remettre à M. Balbiani. En effet, nous en sommes encore aujourd'hui aux hypothèses de Knoch, Bertolus, Leuckart, hypothèses dans lesquelles il y a autant d'imagination que de vérité. L'opinion la plus probable est celle de Bertolus, qui dit que les embryons ciliés qui sortent de l'œuf passeraient dans le corps de certains poissons du genre saumon, à une certaine période de leur développement.

M. Potain a observé un fait qui n'est pas favorable à cette opinion. Il s'agissait d'une dame qui n'avait jamais quitté la France, mais qui vivait à la campagne avec une jeune Suisse. Il semble que, dans ce cas, il faille faire intervenir la salade beaucoup plus que la truite.

A une question de M. Laboulbène, M. Potain répond qu'il s'est assuré que cette dame n'avait jamais reçu de la Suisse autre chose que du chocolat, et jamais de poisson.

M. Guyot rappelle que Knoch a insisté sur l'absence d'embryon de Bothriocéphale dans le poisson du lac de Genève.

M. Dujardin-Beaumetz a vu un malade, traité par l'acide salicylique, rendre un fragment de ténia et rappelle qu'on a du reste déjà donné l'acide phénique contre le ténia.

M. Vallin fait une communication sur l'*inflammation aiguë primitive et spontanée du tissu cellulaire périvésical*. A. S.

MALADIES DES ENFANTS

I. Des adénopathies similaires chez l'enfant ; par Henri Hervouet, interne à l'hospice des Enfants-Assistés ; th. inaug. 1877.

II. Etude sur la névrite optique dans la méningite aiguë de l'enfance ; avec vingt observations suivies d'autopsie, recueillies aux Enfants-Malades, par le Dr Parinaud, ancien interne des hôpitaux ; th. inaug. 1877, chez J.-B. Baillière.

III. Etude sur le spina ventosa ; accompagnée d'observations recueillies à l'hôpital Saint-Eugénie et à l'hôpital des Enfants-Assistés, par Ed. Goetz, ancien interne des hôpitaux ; th. inaug. 1877, chez J.-B. Baillière.

I. Instruit par l'enseignement et l'expérience du professeur Parrot, instruit par les nombreuses autopsies de l'hospice des Enfants-Assistés, le Dr Hervouet nous donne une très-bonne étude des adénopathies de l'enfance, spécialement des adénopathies bronchiques et mésentériques. L'auteur montre les lésions ganglionnaires fatalement subordonnées, tant dans leur existence que dans leur espèce, aux lésions des organes dont ils ne sont qu'une expansion.

Après avoir rappelé, dans un historique rapide, l'idée que se faisaient des adénopathies infantiles, les auteurs classiques qui tous croient leur existence primitive au moins aussi fréquente que leur existence secondaire, le Dr Hervouet étudie en détail les adénopathies tuberculeuses bronchiques et mésentériques, puis les adénopathies similaires bronchiques non tuberculeuses.

De cette étude et de la relation de nombreuses observations suivies d'autopsie, il résulte clairement pour tout esprit non prévenu, pour tout œil qui sait chercher et voir, que les affections pulmonaires ne s'accompagnent pas forcément d'adénopathie, mais, que si l'adénopathie existe, celle-ci est fatalement similaire d'un état pathologique des poumons, des plèvres ou du péricarde dont les ganglions dépendent. Cela est si rigoureusement constant que sur 145 observations prises par M. Parrot, dans son service des Enfants-Assistés, le foyer pulmonaire ou pleural primitif n'a jamais fait défaut.

Il s'en faut que l'adénopathie soit toujours subordonnée comme intensité aux lésions ; primitive souvent, la lésion ganglionnaire l'emporte notablement en volume sur les lésions pulmonaires, et, c'est même ce contraste flagrant entre une adénopathie bronchique considérable et une lésion pulmonaire minuscule qui a conduit les observateurs à se refuser à voir entre les deux choses un rapport de cause à effet. Ce contraste trouve son explication toute naturelle dans ce fait, que la tuberculisation ne s'arrête pas après avoir transformé un ganglion tout entier : ce ganglion de récepteur devient en même temps *multiplicateur*. Le ganglion primitivement atteint reflète le premier l'image de la lésion pulmonaire, mais cette image se réfléchit à l'instant et se multiplie sur ses congénères.

Ce qui est constant pour les ganglions bronchiques n'est pas moins fatal pour les ganglions mésentériques, aussi trouve-t-on toujours dans les ulcérations tuberculeuses de la muqueuse intestinale le point de départ, la cause des adénopathies abdominales dont l'intensité sera proportionnelle à la susceptibilité et aux aptitudes propres du système lymphatique de l'enfant.

Pour ce qui est de la gravité plus grande des adénopathies mésentériques et de leur retentissement plus rapide sur l'état général du sujet, ils s'expliquent par ce fait, qu'une seule ulcération intestinale étant capable de provoquer une adénopathie étendue à une notable portion du mésentère, une grande partie des ganglions lymphatiques qui président à l'absorption intestinale est atteinte, ces ganglions deviennent imperméables, et finalement, au bout d'un temps très-court, la nutrition est gravement compromise; de ce chef, la cachexie apparaîtra beaucoup plus tôt que si des désordres équivalents avaient siégé, par exemple, dans le poumon.

Cette courte analyse suffit pour faire ressortir l'intérêt considérable de l'œuvre de M. Hervouet dans laquelle on trouvera l'exposé très-complet des preuves sur lesquelles M. le professeur Parrot s'appuie pour ériger en loi la subordination des adénopathies aux lésions viscérales, subordination qu'il résume dans cette formule : le ganglion est le miroir du viscère dont il est tributaire.

II. Le Dr Parinaud s'est proposé, dans sa thèse, de préciser les caractères cliniques de la névrite optique dans la méningite aiguë de l'enfance ; de déterminer les conditions anatomiques dans lesquelles elle se produit, d'en rechercher la nature et d'en fixer la signification.

Les résultats, apportés par l'auteur, ont été fournis par l'analyse complète de vingt méningites aiguës, suivies au lit du malade et examinées avec soin à l'amphithéâtre. Cette double étude clinique et anatomo-pathologique a conduit le docteur Parinaud aux conclusions suivantes :

La névrite optique, dans la méningite aiguë de l'enfance, a tous les caractères cliniques et anatomiques de la névrite étranglée, telle qu'on l'observe dans les différentes conditions où la pression intra-crânienne est augmentée. Elle n'est pas le résultat des altérations inflammatoires qui peuvent intéresser les nerfs optiques dans leur parcours intra-crânien, mais de l'hydrocéphalie, qui est une complication fréquente de la méningite aiguë, et qui accompagne toujours la névrite.

L'œdème du nerf optique, qui caractérise l'altération improprement désignée sous le nom de névrite, nous paraît être de même nature que l'œdème cérébral qu'on observe dans les mêmes conditions, et produit par une gêne de la circulation lymphatique.

III. La thèse de M. Gœtz peut être considérée comme le travail le plus complet et le meilleur que nous possédions sur le spina ventosa : observations cliniques, anatomie pathologique, recherches histologiques, bibliographie ; rien ne manque à cette étude, inspirée par M. Lannelongue.

L'œuvre du docteur Gœtz est résumée dans les conclusions suivantes: Le mot de spina ventosa ne doit plus être employé que pour désigner une seule affection : celle que nous avons décrite sur les os longs du pied et de la main chez les enfants scrofuleux.

La lésion anatomique du spina ventosa, ainsi compris, est une ostéomyélite chronique : l'altération de la moelle est primitive (dégénérescence fongueuse du tissu médullaire), celle de l'os secondaire (ostéite raréfiante), l'altération du périoste est consécutive aux deux premières (périostite chronique).

Le spina ventosa est une affection diaphysaire, — il est très-rare que les épiphyses ou les surfaces articulaires soient le siége de lésions, en tout cas elles n'y seraient jamais primitives.

La cause pour ainsi dire unique du spina ventosa, est la scrofule à tous ses degrés. La tuberculose des enfants ou des parents viendrait ensuite. Les causes occasionnelles sont obscures.

Le spina ventosa présente, dans sa marche, deux périodes : 1° Tuméfaction indolente sans altération de la peau ; 2° ulcération de la peau, avec issue des fongosités parties du centre du canal médullaire.

Le diagnostic du spina ventosa doit être fait, avec les engelures, les dactyles strumeuse et syphilitique, l'enchondrome des doigts, les exostoses, la carie et la tumeur blanche des articulations métacarpiennes et phalangiennes.

La guérison est la terminaison la plus fréquente du spina ventosa. On peut, cependant, observer la nécrose de l'os affecté, et l'extension des altérations aux parties voisines.

Le traitement médical devra être essayé dans tous les cas et continué pendant longtemps. L'ablation des doigts ne sera proposée qu'à la dernière extrémité, et après une tentative de conservation qui consistera dans la résection sous-périostée de l'os malade. L. LANDOUZY.

BIBLIOGRAPHIE.

Etudes sur les varices de l'œsophage dans la cirrhose hépatique ; par le docteur DUSAUSSAY, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique. Paris 1877, Fr. Henry, éditeur.

M. Dusaussay a étudié, dans ce travail, l'anatomie des veines de l'œsophage et en a tiré des déductions au point de vue de la pathogénie des hémorrhagies œsophagiennes dans la cirrhose. Ces déductions sont-elles justes? Il n'est pas permis de l'affirmer scientifiquement d'après les expériences trop incomplètes de l'auteur. Son travail n'en conserve pas moins une grande valeur et mérite une lecture attentive.

M. Dusaussay, grâce à l'absence de valvules dans les branches de la veine porte, a pu constater que les veines des deux tiers inférieurs de l'œsophage se jettent dans ce vaisseau et qu'il existe, dans ces parties, des communications faciles entre les deux systèmes cave et porte. « Dans certains cas rares de cirrhose, ajoute-t-il, et sans que la cause en soit bien appréciable, la circulation interrompue dans le foie, au lieu de se rétablir par les voies ordinaires, se fait par les veines de l'œsophage dont elle amène la dilatation variqueuse. »

Une partie de la thèse de M. Dusaussay est consacrée à réfuter les arguments d'une thèse soutenue précédemment par M. Chautemps (1) sur le même sujet. Ce dernier prétend que les varices œsophagiennes tiennent à une altération des parois veineuses occasionnée par la cirrhose plutôt qu'à une gêne de la circulation.

Un fait pathologique fréquent dans la cirrhose tendrait à donner raison à M. Chautemps, c'est la prédisposition aux hémorrhagies à siége multiple. D'un autre côté, M. Dusaussay répondant à son contradicteur, démontre que les veines de l'œsophage perforent cet organe pour aller se jeter dans la coronaire stomachique, qu'il n'y a par conséquent rien d'étonnant à ce que les veines de l'estomac ne deviennent pas variqueuses en même temps que celles de l'œsophage. Le lecteur suivra avec intérêt cette discussion que nous ne pouvons reproduire.

Une autorité dont nous devons tenir le plus grand compte, celle de l'illustre professeur d'anatomie pathologique de la Faculté de Paris, doit être citée ici. M. Charcot, dans ses leçons sur les maladies du foie, dit ceci : « Toutes les hémorrhagies qui se produisent dans la cirrhose du foie ne peuvent pas s'expliquer toujours par la raison mécanique : telles sont entr'autres les hémorrhagies nasales, celles qui succèdent aux piqûres de sangsues, le purpura et qui se montrent même dans les phases peu avancées, ainsi qu'on en a fourni récemment un exemple à la société anatomique (1). » Quant aux causes de ces hémorrahies, M. Charcot, plus prudent que nos jeunes auteurs, garde le silence et préfère avouer son ignorance plutôt que de faire des hypothèses.

La question, au point de vue thérapeutique, ne présente pas actuellement un très-grand intérêt, puisque, d'un côté, les varices œsophagiennes sont difficiles à diagnostiquer ; que de l'autre, l'hémorrhagie qu'elles occasionnent est presque toujours suivie de mort. Mais, il y a là une question pathogénique intéressante qui appellera de nouvelles recherches. Il appartient à l'anatomie pathologique de la résoudre.

Dr G. BOUTEILLIER.

NÉCROLOGIE

Barth.

Des pertes regrettables affligent le corps médical depuis quelques jours ; Bouvier devait être suivi de près par Barth, son collègue de l'Académie. M. le Dr BARTH, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre et ancien président de l'Académie de médecine, agrégé libre de la Faculté, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, président de l'Association des médecins de la Seine, commandeur de la Légion d'honneur, est mort le 4 novembre 1877, après une maladie de quelques semaines, une fièvre pernicieuse, dont il aurait contracté les germes dans un récent voyage en Italie.

M. Barth était né en 1805 à Sarreguemines ; il vint de bonne heure à Paris et fit partie de la génération d'étudiants qu'illustrèrent Nélaton, Grisolle etc. ; c'est contre ces concurrents qu'il fut reçu premier à l'internat en 1831, succès qu'il conconfirma par la médaille d'or en 1835. En 18?7, on remarqua la thèse du jeune lauréat sur *les rétrécissements et les oblitérations spontanées de l'aorte ;* peu de temps après, Barth était nommé chef de clinique de la Faculté, puis agrégé en 1838. Deux ans plus tard, il était reçu au Bureau central.

A ce moment Barth avait déjà produit un certain nombre de mémoires relatifs pour la plupart à l'auscultation, et parmi lesquels nous citerons : *Observation d'oblitération complète de l'aorte abdominale* (*Arch. génér. méd. 1835*). — *Doit-on admettre des hémorrhagies essentielles?* (Agrég. 1838). — *De quelques cas d'absence du bruit respiratoire vésiculaire ; valeur séméiologique de ce phénomène, conséquences pratiques qui en découlent pour l'opération de la trachéotomie.* (*Archives de méd. 1838*). *Mémoire sur les ulcérations des voies aériennes* (*Archives de méd. 1839*). C'est aussi de cette époque (1841) que date le *Traité d'auscultation et de percussion*, qui dû à la collaboration de Barth et Roger, a eu un succès si considérable et est encore aujourd'hui l'ouvrage le plus répandu sur la matière. M. Barth s'était aussi occupé d'épidémiologie. il décrivit le *Choléra-morbus épidémique de la Salpêtrière* en 1849. Reçu membre de l'Académie de médecine en 1854, il publiait à cette époque et en 1865 des *Rapports sur les épidémies cholériques*, et en 1866 des *Leçons sur le choléra.*

(1) Chautemps. — *Des hémorrhagies dans la cirrhose du foie.* Thèse de Paris, 1875.

(1) Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins, par J.-M. Charcot, recueillies par Bourneville et Sevestre. — Paris, bureaux du *Progrès médical.*

M. Barth appartenait à l'école de Chomel, de Louis ; il tenait grand compte des vérifications anatomo-pathologiques et fut chargé de rédiger l'article *Anatomie pathologique* du *Dictionnaire encyclopédique ;* il fut même un moment sur le point d'arriver au professorat à la Faculté de médecine, mais il produisit sa candidature, lorsqu'arrivé déjà à un âge avancé, et par conséquent peu au courant des nouvelles méthodes, il était à craindre qu'il ne pût résister aux fatigues exigées par un tel enseignement. Depuis, M. Barth prit une part active aux travaux académiques et à ceux des nombreuses sociétés qu'il patronnait, récemment encore, en 1872, il publiait une étude sur le *Scherliero*, affection illyrienne dont il donna le premier la description en France. M. Barth avait une clientèle étendue et souvent ses arrêts faisaient foi dans les consultations. Il laisse un fils, interne distingué des hôpitaux, qui, par ses succès, semble devoir continuer les traditions de son père. H. de B.

VARIA

Massacre des Innocents.

Sous le titre qui précède, le *British medical Journal* apprécie l'une des dernières discussions du Conseil municipal de Paris. Nous voyons, avec beaucoup de plaisir, écrit-il, le Conseil municipal de Paris montrer à l'administration de l'Assistance publique de cette ville la nécessité d'ouvrir des salles d'isolement dans les hôpitaux d'enfants. L'état actuel est incroyable, c'est un véritable outrage à l humanité. Les médecins anglais auront peine à croire que, en raison des dispositions défectueuses adoptées par l'administration centrale et malgré les avis, et nous pourrions ajouter, les protestations des médecins, il est encore d'usage d'admettre, dans les mêmes salles, les maladies contagieuses et celles qui ne le sont pas. Nous-même avons vu, récemment, en visitant les salles de M. Dujardin-Beaumetz, des enfants atteints de diphthérie, occuper les mêmes salles que les autres, et si, à ce moment, on avait reçu des malades affectés de rougeole et de scarlatine, ils auraient été placés dans la même salle que les autres. Il n'est pas besoin de dire que, dans de pareilles conditions, le séjour d'un hôpital offre de terribles dangers. En vérité, actuellement nous ne voyons pas de plus grand malheur pour un enfant que d'être admis dans une de ces salles d'un hôpital français. Les médecins des hôpitaux de Paris, pénétrés de la monstrueuse énormité de cette pratique, l'ont démontré à l'envi, mais c'est une des nombreuses infirmités qui affligent une administration de cette nature, que le sans-gêne et la légèreté avec lesquels elle traite de pareils avis.

Bien des fois, dans le *Progrès médical* et ailleurs, nous avons déploré la situation faite aux malheureux enfants laissés en contact avec les autres enfants atteints de maladies contagieuses. Que de fois, nous avons vu, durant les deux années que nous avons passées à l'hôpital des Enfants-malades, de malheureux enfants succomber à des maladies contractées à l'hôpital même, que de fois aussi, nous avons vu notre regretté maître M. Giraldès, presser énergiquement l'administration de hâter la livraison d'appareils prothétiques à des opérés afin de les soustraire au danger de la contagion ! Si les lenteurs administratives ont partout des inconvénients, dans les hôpitaux d'enfants elles ont des conséquences quelquefois terribles.

Bibliothèque des internes en médecine de la Pitié.

M. Bourneville, au nom de la quatrième Commission, propose d'allouer, conformément à la demande de l'administration, une subvention de 1,000 fr. à la bibliothèque des internes en médecine de l'hôpital de la Pitié. La commission invite l'administration, à défaut de local spécial, à munir de vitrages plusieurs casiers actuellement ouverts, afin de mieux protéger les livres qu'ils contiennent. Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées (*Conseil municipal*, 1877, séance d'octobre).

Mortalité dans l'armée italienne.

L'*Italie* analyse un travail dans lequel le docteur Sormani a étudié la mortalité dans l'armée italienne. Ses observations sont faites sur les chiffres fournis par la statistique des trois années 1874-1876.

Pour les maladies des organes respiratoires et tuberculeuses, la moyenne de la mortalité, dans toute l'armée, aurait été de 4,66. Pour les typhus et fièvres typhoïdes, la moyenne de la mortalité, dans toute l'armée, aurait été de 1,87. Enfin, pour les maladies chroniques ou aiguës produites par les influences climatériques, la plus forte proportion s'est produite dans la Sardaigne : 1,45 p. 100 ; Rome tient le second rang, 1,18 p. 100 ; viennent ensuite la Basilicate et la Calabre ; puis la Sicile et la Pouille. Le minimum a été observé dans les divisions de Milan et de Turin.

Le maximum de la mortalité générale a été observé dans les mois de mars, d'avril et de mai ; le minimum, dans les mois de janvier, de novembre et de décembre. Voici, d'après le même auteur, la moyenne de la mortalité dans les armées des différents Etats européens :

	Périodes.	P. 100.
Prusse	1867-69	6,4
Saxe	1868-69	6,4
Prusse	1872	7,2
Angleterre	1871-74	8,4
France	1872-74	8,7
Angleterre	1860-70	9,5
France	1862-69	10,1
Belgique	1870-74	10,7
Italie	1870-76	11,6
Portugal	1861-67	12,7
Belgique	1867-69	12,8
Russie	1871-74	14,7
Autriche	1870-73	15,3
Russie	1862-71	15,4
France, corps d'occupation de Rome	1862-69	15,5
Italie	1864-69	16,3
Belgique	1862-66	20,3

Cette statistique comparée nous montre que l'Italie vient après la Prusse la Saxe, l'Angleterre, la France, le Portugal et la Belgique, et avant l'Autriche et la Russie seulement.

« C'est une mince consolation, conclut le docteur Sormani, de savoir que nous ne sommes pas positivement les derniers et que deux autres Etats se trouvent dans des conditions pires encore que les nôtres. Il faut donc regarder devant nous et faire tous nos efforts pour rivaliser avec les Etats qui ont su réaliser un progrès plus grand en mettant en pratique les préceptes de l'hygiène. La bonne hygiène et le progrès se traduisent précisément par cette suprême formule de statistique, qui exprime en même temps un résultat pratique des plus enviables : le minimum de la mortalité. » — (*Journal officiel.*)

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 22 au 27 octobre.

1. — Courbis. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie et des reins; des kystes en général.
3. — Frarositeanu. — De la coxalgie.
3. — Metton. — Etude sur le pityriasis rosé.
4. — Sucin. — Contribution à l'étude de l'hémiplégie dans le cours des affections du cœur.
5. — Moreau (Henri). — Recherches sur la trachéotomie.
6. — Mory. — Contribution à l'étude des opérations applicables au bec de lièvre.
7. — Thomas. — Abcès encéphalique.

Du 29 octobre au 3 novembre.

8. — Chanceaulme. — Contribution à l'étude du traitement préventif du phlegmon diffus.
9. — Colas. — Observations sur quelques points de l'histoire du mal de Pott, recueillies à l'hôpital de Berck.
10. — Debierré — Des observations artérielles dans la fièvre typhoïde. — Essai sur leur origine.
11. — Rauyé. — Du traitement de l'hygroma prérotulien.

Du 5 au 10 novembre.

12. — Roy. — Réflexions sur quelques variétés rares d'occlusion intestinale.
13. — Guelliot. — Topographie, histoire, statistique médicales de l'arrondissement de Vouziers (Ardennes).
14. — Baronnet. — Cause anatomo-physiologique d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire des jeunes sujets et chute prématurée des dents consécutives.
15. — Delaunay. — Du taxis.

Du 12 au 17 novembre.

16. — Prévot. — Etude sur la glycosurie passagère et en particulier sur celle observée dans la suppuration.
17. — Courgey. — Fréquence des lésions du mamelon et de la mamelle chez les nourrices. Remarques statistiques sur 589 observations d'accouchement et de suites de couches.
18. — Chenu. — De la nostalgie.
19. — Pitache. — Contribution à l'étude de l'infiltration de l'urine.
20. — Torthe. — D'une forme rare de déviation menstruelle.
21. — Cavé. — De l'imperforation congénitale du conduit auditif externe.
22. — Réthoret. — Essai sur le traitement des affections organiques du cœur.

Du 19 au 24 novembre.

23. — Bourricau. — Du phlegmon diffus.
24. — Doucet. — De l'exploration du champ visuel.
25. — Heugas. — Contribution à l'étude de la paralysie saturnine généralisée.
26. — Borrian. — De l'entraînement.
27. — Beaudier. — Contribution à l'étude de la gangrène de l'intestin dans les hernies étranglées.

28. — Millies-Lacroix. — Essai sur l'emploi de l'extension continue dans le traitement de la coxalgie et des fractures du fémur.
29. — Ribrol. — Essai sur la fièvre paludéenne intermittente.
30. — De Fourcault. — Etude sur l'hypertrophie consécutive du col de l'utérus dans la syphilis secondaire.
31. — Willette. — Etude sur les accidents nerveux de la ménopause.
32. — Labat. — De l'hydrocèle congénitale, son étiologie, son traitement par les injections d'alcool.

Du 26 novembre au 1er décembre.

33. — Lagnoux. — De la coqueluche et de son traitement en général et en particulier par la valérianate de caféine.
34. — Charpentier. — De la vision avec les différentes parties de la rétine.
35. — Planel. — La sciatique, son traitement ordinaire. Traitement par les bains thermo-résineux.
36. — Dupont. — Etude sur le développement des organes génito-urinaires, à propos d'un cas nouveau de vice de conformation utéro-vaginale.
37. — Veleau. — De la déviation des points et de l'obstruction des conduits lacrymaux.
38. — Charrier (Henri). — De la coxalgie à marche rapide, observée chez les adultes.
39. — Hugues. — Quelques considérations sur le traitement de la phthisie pulmonaire, par la créosote vraie.
40. — Pepper (Edouard). — Note pour servir à l'étude clinique de l'insomnie dans les maladies fébriles, nerveuses et mentales.
41. — Dixneuf. — Etude sur la médication salicylée; inconvénients, dangers, accidents.
42. — Lacoste. — Contribution à l'étude du goître exophthalmique.

Du 3 au 8 décembre.

43. — Chabbert. — De l'anthrax des lèvres, ses complications, son traitement.
44. — Inchauspé. — Etude clinique sur les contusions de l'abdomen.
45. — Raulx. — De quelques troubles des fonctions génitales dans la phthisie pulmonaire de la femme.
46. — Briand. — De la fièvre hystérique.
47. — Le Roy. — Essai sur les ruptures de la partie supérieure du tube digestif.
48. — Tanguy. — Troubles visuels nerveux d'origine utérine simulant l'asthénopie accommodative.
49. — Force. — Du rhumatisme à la ménopause.
50. — Hug. — Des causes de la mort à la suite de la désarticulation coxo-fémorale.

Enseignement médical libre.

Maladies de l'appareil urinaire. — Le Dr H. Picard, continuera son cours, à partir du lundi 3 décembre, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 heures du soir, amphithéâtre no 3 de l'Ecole pratique au lieu des mardis, jeudis et samedis.

Maladies des yeux. — Conférences d'ophthalmologie. M. le dr Sichel a commencé ses conférences d'ophthalmologie le jeudi 6 décembre à 1 h. 1/2 à sa clinique, rue Jacob, 12, et les continuera les samedis, mardis et jeudis à la même heure.

Sirop anodin de chloroforme.

Sirop de gomme	30 grammes.
Chloroforme	2 —

Gomme adragante q. s. pour densité de 1 gramme 5.

(Gubler. — *Leçons de thérapeutique.*)

Hémoptysie.

Eau distillée de menthe	90 grammes.
Ergotine (formule de Bonjean)	4 —
Acide gallique	0 gr. 50 centigr.
Sirop d'essence de térébenthine	30 grammes.

(Gubler. — *Leçons de thérapeutique.*)

Oxymel diurétique de Beaujon.

Teinture alcoolique de digitale	10 grammes.
Ergotine de Bonjean	10 —
Acide gallique	5 —
Bromure de potassium	30 —
Eau de Laurier-cerise	30 —
Sirop de groseille	400 —
Oxymel scillitique	515 —

(Gubler. — *Leçons de thérapeutique.*)

Adénites chroniques.

Emplâtre mercuriel	15 grammes.
Opium en poudre	àà 85 centigr.
Camphre trituré	àà 85 centigr.

A mettre en emplâtre sur le ganglion tuméfié (*Dictionnaire de médecine et de thérapeutique*, p. 30.)

Aigreurs chez les enfants.

Rhubarbe en poudre	10 grammes.
Carbonate de soude	2 —
Eau de menthe	250 —
Sirop de sucre	50 —

Deux cuillerées 3 fois par jour (médicaux) (*Ibid.*, p. 35.)

Solution contre l'ozène.

Permanganate de potasse	2 gr. 50
Eau distillée	250 grammes.

Faites dissoudre.

Dans le cas d'ozène, on injecte cette solution dans les narines, à l'aide d'un appareil pulvérisateur. Si le malade est scrofuleux, on lui administre en même temps des dépuratifs et de l'huile de foie de morue.

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988.806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 6 décembre 1877 on a déclaré 888 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 22 ; rougeole, 14 ; scarlatine, 2 ; variole, » ; croup, 24 ; angine couenneuse, 26 ; bronchite, 53 ; pneumonie, 63 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5 ; choléra nostras » ; dysentérie, 1 ; affections puerpérales, 2 ; érysipèle, 7 ; autres affections aiguës, 250 ; affections chroniques, 354 dont 134 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 46 ; causes accidentelles, 19. — Les 888 décès ci-dessus donnent une proportion de 22,3 par 1,000 habitants et pour l'année.

Faculté de médecine. — Avis aux étudiants. — 1er et 2e examen de doctorat : 1° Les examens pour le premier de doctorat auront lieu jusqu'au 15 mai et les examens pour le deuxième de doctorat jusqu'au 31 mai. — 2° Passé ces délais il n'y aura plus d'examen de cette nature. Les élèves ajournés ne pourront se présenter qu'au mois d'octobre. — 3° Les consignations pour le premier examen de doctorat seront reçues jusqu'au 30 mai. — 4° Les consignations pour le deuxième examen de doctorat seront reçues jusqu'en avril.

Concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes au 1er avril 1878, dans les hôpitaux et hospices de Paris. — Le lundi 14 janvier 1878, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, no 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes dans les hôpitaux et hospices. Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 10 décembre 1877 et fermé le samedi 29 décembre 1877, à trois heures.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 10 décembre 1877, à 3 heures précises, au Palais-de-Justice. — Ordre du jour : 1° Elections pour le renouvellement du bureau. — 2° Vote sur la candidature de M. le professeur Taylor, de Londres, au titre de membre honoraire. — 3° Fracture d'origine syphilitique chez un nouveau-né. Communication de M. Polaillon. — 4° Discussion des conclusions du rapport de M. Demange, sur les aliénés dangereux. — 5° Discussion sur la crémation. M. Napias. — 6° Rapport sur les ecchymoses sous-pleurales, par M. Legroux. — 7° Assassin pédéraste. Communication de M. Masbrenier. — 8° Etude médico-légale sur les anesthésiques, par M. Lutaud.

La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 12 décembre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre. Ordre du jour : 1° Nomination de deux membres associés libres, nationaux ; 2° Election du bureau pour l'année 1878 ; 3° Constitution médicale du mois de novembre. Policlinique ; 4° M. Courtaux : Morphinisme chronique. Hématémèse. Mort ; 5° M. Bernier de Bournonville : Angine gangréneuse. Traitement par l'acide phénique ; 6° M. Commenge : Rhumatisme articulaire aigu traité par le salicylate de soude ; 7° M. Girault : Traitement des hydropisies séreuses.

Universités prussiennes. — *Statistique.* — Dans les onze universités prussiennes, on comptait pendant le dernier semestre d'été, 8,219 étudiants inscrits et 2,200 personnes autorisées à suivre les cours, dont 2,074 à Berlin seul. — (*Journal officiel.*)

Nouveau journal. — Nous venons de recevoir les cinq premiers numéros de la *Chronica medica*, revue bi-mensuelle de médecine et de chirurgie pratique, publiée à Valence (Espagne), sous la direction de MM. Frans. Navarr, Fruns de P. Campa, etc., etc. Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.

Nécrologie. — Nous voulons prendre notre part des regrets sympathiques exprimés par M. Dumontpallier, chef du service auquel appartenait un jeune élève stagiaire des hôpitaux de Paris, M. Le Vieux, qui a succombé, le 25 octobre dernier, à des accidents septiques contractés en pratiquant une autopsie. Loin de sa famille (il était de l'île Maurice), il est mort entouré de ses maîtres et de ses camarades, dont les soins sympathiques et dévoués ont contribué à adoucir ses derniers moments. Pauvre jeune homme !

mais surtout pauvres parents, quand ils apprendront la fatale nouvelle! Accompagnons tous de nos regrets, cette victime prématurée de notre profession. — (*Gazette médicale de Paris*). — M. Alexandre Gay-Lussac, essayeur à la Monnaie de Paris, pour la garantie des matières d'or du commerce, vient de mourir. Il descendait des deux grands physiciens de ce nom. — (*Revue scientifique.*)

La démocratie vient de faire une perte sensible. Le docteur Sermet est mort, dans la nuit de samedi à dimanche, à l'âge de cinquante-cinq ans, vingt-six ans jour pour jour, après avoir été condamné à mort par les tribunaux de Bonaparte. Il avait évité la mort en s'exilant. (*Le Siècle*).

Vacance médicale. — Les maires des communes de Mailly, Trouan-le-Grand, Trouan-le-Petit, Poivres, Lemoine, Dosnoy et Grandville (cantons de Ramerupt et Arcis-sur-Aube), nous informent que ces localités sont actuellement privées de secours médicaux: Un docteur actif pourrait se créer rapidement une position avantageuse. — Pour plus amples renseignements s'adresser au maire de Trouan-le-Grand, canton de Ramerupt (Aube). — (*Gazette des hôpitaux*).

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

Miot. De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan. In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50, pour les abonnés du *Progrès médical*, 2 fr. 50.

Record d'observation médicale. — Quotidien, hebdomadaire, statistique, mathématique, uniforme, international. Paris, 1877. Aux bureaux du *Progrès médical*.

Pitres (A.). — Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales. — In-8 de 152 pages, 2 planches coloriées. — Prix: 4 fr.; net 2 fr. 75 pour les abonnés du *Progrès médical*.

Raymond. Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques. In-8 de 140 pages, avec figure dans le texte et 3 planches. 3 fr. 50. Pour les abonnés, 2 fr. 50.

Iconographie photographique de la Salpêtrière, par Bourneville et Regnard. — Mode de publication : Chaque livraison comprendra **8** pages de texte et **4** photographies. — Prix : **3** fr. — Pour les *abonnés* du *Progrès Médical*, pris au bureau du journal : **2** fr. **50**. Les douze livraisons formant le tome I[er] sont en vente. — Une ou deux livraisons par mois.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

De Ranse. — Clinique thermo-minérale de *Néris*; 3[e] *fascicule*, de l'action des eaux de Néris dans le traitement des maladies des femmes. Paris, 1877, in-8 de 107 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Rosenthal. — Traité clinique des maladies du système nerveux, traduit de l'allemand sur la 2[e] édition par le d[r] Lubanski, avec une préface de M. le professeur Charcot. Paris 1877, 1 vol. in-8 de 835 pages. — Prix : 15 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19.

Courbis (E.). — Contribution à l'étude des kystes du foie et des reins et des kystes en général. Paris, 1877, in-8 de 64 pages avec une planche lithographiée. — Prix : 1 fr. 50.

Godard (J.). — Du bégaiement et de son traitement physiologique. Paris, 1877, in-8 de 64 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Kœberbé (E.). — De l'hémostasie définitive par compression excessive. Paris, 1877, grand in-8 de 56 pages, avec 26 figures. — Prix : 3 fr.

Lebœuf fils (L.). — Notice sur l'émulsion de coaltar saponiné antiseptique puissant, cicatrisant les plaies. Paris, 1875, in-8 de 90 pages.

Picard (H.). — Traité des maladies de l'urèthre. Paris, 1877, 1 vol. in-8 de 600 pages avec 105 figures dans le texte. — Prix : 8 fr.

Librairie V. A. DELAHAYE et C[ie], place de l'École-de-Médecine.

Grasset (J.). — Maladies du système nerveux. Leçons faites à la Faculté de Montpellier. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 640 pages avec 26 figures dans le texte. — Prix: 10 fr.

Hugon de Coltiner. — Souffrance et destinée. Paris, 1877, in-8 de 27 pages.

Masse (E.). — De l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations au point de vue physiologique, clinique et thérapeutique. Paris, 1878, 1 vol. in-8 avec 15 planches et dessins intercalés dans le texte. — Prix : 6 fr.

Moreau (J.-H.). — Recherches sur la trachéotomie. Paris, 1877, in-8 de 135 pages. — Prix : 3 fr.

Panas (F.). — Leçons sur les maladies inflammatoires des membranes internes de l'œil, comprenant l'iritis et le glaucome, professées par M. le professeur Panas, rédigées et publiées par E. Kirmisson, revues par le professeur. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 216 pages, avec 11 figures dans le texte. — Prix : 5 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur Charcot continue son cours clinique sur les *maladies des centres nerveux*, à la Salpêtrière, tous les dimanches, à 9 h. 1/2.

Hôpital Beaujon. — *Médecine :* Service de M. Gubler. — Salle Saint-Louis (H.) : 2, 6, 7, affections mitrales; 10, 12, tumeur dorsale du dos de la main ; 14, empyème pulsatile en voie de guérison ; 29 *bis*, ictère syphilitique secondaire. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 6. Mal de Bright; 12, pelvi-péritonite chronique; 16, angine scrofuleuse ulcéreuse. — Service de M. Guyot. Salle Saint-Jean (H.) : 2, néphrite interstitielle; 9, insuffisance mitrale, asystolie ; 10, entorse ; 13, érysipèle de la face. — Salle Sainte-Paule (F.) : 7, pelvi-péritonite ; 9, entorse ; 8, ulcérations tuberculeuse de la langue. — Service de M. Moutard-Martin. Salle Saint-François : 8, entorse; 10, pleurésie purulente ; 22, ictère catarrhal ; 23, pneumonie aiguë. — Salle Sainte-Claire (F.) : 2 *bis*, allongement hypertrophique du col; 5, cancer stomacal ; 15, pelvi-péritonite ; 31, albuminurie. — *Chirurgie*. Service de M. Le Fort. Salle Saint-Félix (H.) : 24, ostéo-sarcome de l'omoplate avec extension à la colonne vertébrale : 31, plaie pénétrante de poitrine par arme à feu; 36, arthrite sèche scapulo-humérale avec atrophie musculaire; 38, mal perforant; 39, coxalgie avec sciatique; 46, phlegmatia alba dolens symptomatique d'une lésion organique de la vessie. — Salle Ambroise Paré (H.) : 2, Fracture du sternum ; 1, luxation de la tête du cubitus en avant ; 7 et 15, fracture du tiers inférieur de l'humérus. — Service de M. Gillette. Pavillon II (H.): 6, fracture compliquée de cuisse, résection du fémur; 9, kyste sébacé de la région parotidienne; 8, amputation de jambe. — Salle Sainte-Agathe (F.) : 2, cataracte opérée ; 3, anévrysme au niveau d'une ancienne fracture du fémur; 7, fracture du condyle externe du fémur ; 13, kyste hydatique de l'omoplate ; 17, abcès de la grande lèvre.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service de M. Lannelongue. Opérations mardi, samedi à 8 h. — Salle Napoléon : 1, strabisme; 4, arthrite purulente du genou traumatique ; 7, arthrite purulente du genou consécutive à une tumeur blanche ; 9, périostite syphilitique ; 13, fracture du crâne ; 15, tubercules de l'épididyme ; 50, fracture du col anatomique de l'humérus. —

Leçons de Clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité, par le D[r] U. Trélat, recueillies et rédigées par le D[r] A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Conférences de Clinique chirurgicale faites aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, par le D[r] Duplay, recueillies et publiées par Duret et Marot, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr. 50.

Salle Sainte Eugénie : 3, mal de Pott cervical ; 4, tumeur lacrymale ; 10, sacro-coxalgie suppurée ; 13, luxation du coude ; 28, hématome du pavillon de l'oreille.

Service de M. Cadet de Gassicourt. Leçons cliniques les lundis à 8 h. 1/2 et jeudis à 9 h. 1/2. — Salle Saint Joseph (G.) : 6, broncho-pneumonie ; 15, pleurésie purulente ; 16, fièvre typhoïde ; 19, diphthérie ; 22, péritonite tuberculeuse ; 25, scarlatine. — Salle Saint-Augustin : 3, méningite tuberculeuse ; 6, mal de Pott lombaire ; 29, mal de Pott dorsal ; 44, mal de Pott avec abcès prévertébral ; 54, mal de Pott avec compression de la moelle.

Service de M. Triboulet, 8 h. 1/4. — Salle Sainte-Marguerite (F.) : 1, bronchite chronique ; 2 et 18, rhumatisme articulaire ; 5, insuffisance mitrale ; 10, psoriasis généralisé ; 21, tumeur de la rate. — Salle Sainte-Geneviève ; 1, psoriasis généralisé ; 33, tuberculose ganglionnaire ; 52, ostéite du calcanéum ; 45, tumeur cérébrale.

Service de M. Bergeron. Visite à 8 h. — Salle Saint-Benjamin (G.) : 3, rougeole dans le cours d'une fièvre typhoïde ; 4, paralysie pseudo-hypertrophique ; 14, pleurésie purulente enkystée du sommet ; 23, kyste du foie ; 28, endopéricardite et pleurésie rhumatismale ; 30, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Mathilde (F.) : 1, chorée, endocardite ; 2, hypertrophie cardiaque ; 12, paralysie infantile ; 15, méningite tuberculeuse ; 17, dilatation bronchique ; 26, tremblement hystérique.

Hôpital Temporaire. — Service de M. Straus. — Salle Sainte-Geneviève (H.) : 1, paralysie générale et intoxication saturnine chronique ; 4, sclérose en plaques ; 15, dilatation des bronches ; 17, pneumonie chronique. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 5, ataxie locomotrice, dilatation des bronches ; 8, hémichorée post-hémiplégique ; 11, paralysie saturnine généralisée ; 16, mal de Pott ; 22, néphrite interstitielle ; 24, tumeur cérébrale.

Service de M. Duguet. — Salle Saint-François (F.) : 2, syphilis cérébrale ; 3, périostite consécutive à la fièvre typhoïde ; 7, érysipèle consécutif à la rougeole ; 23, phlegmon péri-utérin ; 27, œdème de la glotte (tuberculose). — Salle Sainte-Marie (crèche : 1, pleurésie purulente (enfant de 15 mois) ; 7, pleuro-pneumonie. — Salle Sainte-Anne (H.) : 17, pleurésie symptomatique ; 19, hémiplégie syphilitique ; 33, insuffisance aortique et mitrale ; 38, sclérose en plaques, bronchite chronique ; 36, pleurésie purulente ; 54, rhumatisme blennorrhagique.

Service de M. Rendu. — Salle Saint-Jean (F.) : 3, rétrécissement syphilitique du rectum ; 5, corps fibreux interstitiel de l'utérus ; 6, rhumatisme blennorrhagique ; 8, rétrécissement et insuffisance mitrales ; 9, hydarthrose de l'épaule gauche ; 13, rétrécissement mitral ; 26, cirrhose atrophique, lésions cardiaque ; 27, embolie cérébrale, aphasie, hémiplégie droite, lésion cardiaque, 30, hypertrophie du cœur avec asystolie (d'origine rénale probable). — Salle Saint-Louis (F.) : 1, hémiplégie gauche incomplète ; 5, insuffisance et rétrécissement mitral ; 6, chlorose vraie ; 7, névropathie, congestion ovarique chronique ; 13, tumeur profonde de l'orbite (syphilis ?) 18, sclérose diffuse de la moelle.

Service de M. Dieulafoy. — Salle Sainte-Thérèse (H.) : 2, pneumothorax ; 3, endocardite aiguë ; 9, asthme ; 12, rétrécissement de l'orifice pulmonaire, lésions caséeuses du poumon ; 17, 18, atrophie musculaire progressive ; 25, mal de Pott ; 27, 47, néphrite parenchymateuse ; 92, ataxie locomotrice ; 30, rhumatisme blennorrhagique ; 37, paralysie générale progressive ; 44, encéphalopathie saturnine ; 51, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Catherine (H.) : 3, myélite diffuse chronique ; 9, diabète sucré ; 10, paralysie agitante ; 17, endocardite aiguë ; 50, encéphalopathie saturnine ; 75, rhumatisme blennorrhagique, arthrite cervicale.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'amputation par la ligature;

Par le Dr **BITOT**, professeur d'anatomie à l'école de médecine de Bordeaux.

A l'occasion du *Congrès scientifique* qui s'est tenu à Bordeaux, en septembre 1872, je m'étais livré sur des animaux à des recherches relatives à l'amputation par la ligature. J'y avais été amené par un fait clinique dont je donnerai connaissance et bien propre à démontrer : que dans certaines circonstances tout à fait exceptionnelles, la constriction circulaire peut rendre un signalé service pour faire tomber un membre. La communication que je devais faire à ce sujet au Congrès fut annoncée par les organes de publicité affectés aux intérêts scientifiques. Mais l'abondance des travaux m'obligea comme bien d'autres à réserver ce point pour l'avenir.

Je me proposais de reprendre et de compléter ces recherches, quand M. Krishaber a fait à la Société de chirurgie (séance du 20 mai 1874) une communication sur le même sujet (Recherches expérimentales sur les effets de la compression et de la ligature élastiques). L'accueil que ce corps savant a fait à ce travail ne me permet pas de douter de l'intérêt que le sujet traité comporte ; voilà pourquoi j'écris ces quelques lignes. Comme M. Krishaber, j'avais constaté: que la ligature peut amener non-seulement la section des parties molles, mais encore celle des os. Ces faits étaient connus depuis longtemps, et si le procédé n'a trouvé aucun crédit, c'est qu'il est très défectueux. Notons cependant, ainsi qu'il était facile de le prévoir: que la ligature agit plus vite pour la désarticulation que pour l'amputation dans la continuité. Mais il est une particularité qui me parait avoir échappé à M. Krishaber, et à laquelle j'attache de l'importance ; c'est que pendant toute la période que durent les épiphyses, la ligature appliquée aux jointures m'a conduit souvent, non dans l'article, mais sur la ligne diaphysi-épiphysaire, c'était une véritable désépiphysation chirurgicale, opération plus rapide que l'amputation de tout le temps qu'exige la section de l'os, plus avantageuse comme résultat, et moins dangereuse que la désarticulation.

Evidemment, on ne peut songer à remplacer les procédés ordinaires par celui-ci, mais il peut se présenter des cas où l'instrument étant absolument repoussé par le malade, le praticien s'estimera heureux d'avoir à son service cette ressource quelque défectueuse qu'elle soit. A côté du malade décidé à en finir avec ses jours, en s'abandonnant aux progrès mortels du mal, il peut se trouver une femme et des enfants dont la position et le sentiment imposent à l'homme de l'art l'obligation impérieuse de mettre tout en œuvre pour conserver une vie encore utile. Il faut ici s'acharner contre le mal et le malade, et combattre au besoin contre toute espérance. La foi dans les ressources de l'art et de la nature est capable d'obtenir des résultats inespérés. L'observation suivante en est un exemple frappant.

OBSERVATION I. — *Tumeur maligne au-dessous du genou droit. Amputation de la cuisse, le 12 mars 1857; récidive dans le moignon après 9 ans; hémorrhagie, dépérissement rapide, cachexie; le malade repousse absolument toute intervention d'instrument, emploi d'un lien constricteur pendant une syncope, section progressive des parties molles, amputation définitive par l'instrument, le 31 décembre 1865. Guérison très-rapide, santé excellente qui ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour, 30 octobre 1877.*

M. L...., né le 4 juin 1811, marié, de taille un peu au-dessus de l'ordinaire, vigoureux, d'un caractère résolu, ayant toujours joui d'une bonne santé, est entré dans l'administration des contributions indirectes après quelques années de service militaire en Afrique, en qualité de spahis. Il a eu quelques blennorrhagies, mais jamais d'ulcérations sérieuses, de symptômes consécutifs. Ses parents, morts à un âge avancé ont toujours eu une brillante santé.

Commis à Brannes (Gironde), M. L.... fit une chute de cheval au mois de février 1851. Cette chute causa une douleur assez vive, au-dessous et en dedans du genou droit au niveau de la patte d'oie. Cette douleur fut-elle la conséquence d'une distension ou d'une déchirure de la patte d'oie, d'une contusion de toute la région qu'occupe cette expansion aponévrotique ? Il n'est pas permis de l'affirmer. Toujours est-il que la marche fut douloureuse pendant un temps assez long mais indéterminé.

Huit mois plus tard, chute de voiture, dans laquelle M. L... fut lancé au loin et tout meurtri, mais principalement au genou droit. Application de compresses d'eau salée, — repos, — par le dr Celérier. Dans la suite, et à plusieurs reprises, ce même membre, cette même région, vraiment voués au malheur, furent encore sérieusement atteints dans plusieurs accidents. Il s'en suivit un état douloureux, et qui ne disparut jamais complètement, même au repos.

La jointure perdit peu à peu de sa souplesse; le docteur Celérier consulté ne remarqua rien de particulier et rapporta tout à une contusion simple et à un excès de fatigue.

Ce ne fut qu'en 1854 que M. L...., souffrant de plus en plus et ayant remarqué que son genou un peu grossi, présentait au toucher une petite tumeur roulant sous le doigt, consulta les docteurs Celérier, Herissé et Vitrac. La consultation opina pour un léger épanchement de synovie ou un petit kyste que l'application de le teinture d'iode ferait disparaître. Il n'en fut pas ainsi. Nommé receveur à Pessos (Landes), M. L.... se trouva en présence d'un travail excessif, auquel il tint à faire honneur dans l'intérêt de son avancement. Il resta à cheval en moyenne dix heures par jour, pendant un an environ. Le frottement des bords des houseaux de ses bottes sur la tumeur, la rendirent et plus douloureuse et plus grosse. Un confrère de Mont-de-Marsan croyant à un kyste, fit deux ponctions à des époques assez rapprochées et suivies d'injections iodées. Bien que la canule du trocart n'eut donné issue qu'à quelques gouttes de sang, loin de diminuer, le mal ne fit que s'accroître.

Revenu à Brannes en 1856, le malade revit les confrères de la localité consultés déjà par lui en 1854. Ils l'exhortèrent à patienter et à attendre tout du temps. Se croyant abandonné des médecins, M. L.... se livre aux charlatans, aux somnambules, devins, etc. Sous l'influence de quelques-uns des moyens tout à fait contre-indiqués qu'ils employèrent, le développement de la tumeur s'accentua comme il ne l'avait pas fait encore ; les mouvements de la jointure devinrent plus difficiles et plus douloureux. Moins que satisfait de son expérimentation hérétique, M. L.... revint à la saine doctrine et réclama mes conseils.

La tumeur située au niveau de la patte d'oie. de la grosseur d'une orange ordinaire, non réductible, sans battements, ni souffle, ni crépitation, comme fluctuante, bridée contre le tibia, était douloureuse à la pression et à la marche; absence d'engorgement ganglionnaire au pli inguinal et au creux poplité. Les ponctions pratiquées à Mont-de-Marsan autorisant à laisser de côté l'idée d'un kyste, je n'hésitai pas à déclarer qu'il s'agissait d'une tumeur, sinon cancéreuse, du moins très-grave par les conséquences qu'elle pouvait entraîner; soit du côté de l'articulation, soit vers les ganglions du voisinage, et, par suite que son ablation était urgente pour prévenir le sacrifice du membre. Ce langage parut dur et on se remit à temporiser et à accepter de droite et de gauche des agents plus ou moins inoffensifs si bien et si longtemps, que quand M. L.... crut devoir me consulter une seconde fois, je me prononçai formellement pour l'amputation de la cuisse, tant le mal me paraissait avoir compromis l'articulation. Le refus de l'ablation de la tumeur impliquait nécessairement celui de l'amputation. Toutefois, pressé par l'instinct de la conservation, le malade fit le voyage de Paris pour y consulter Velpeau et Malgaigne. Ce dernier resta indécis sur la nature du mal, Velpeau prononça le nom de fongus, mais à l'un et à

l'autre le sacrifice du membre parut indiqué ? Grâce à la haute autorité de ces deux grands noms, M. L.... prit bravement son parti et me pria de l'opérer.

L'*opération* eut lieu le 12 novembre 1857, après l'inhalation de l'éther et avec l'assistance de MM. Oré, Sous et Delmas. L'*autopsie* de la pièce démontra que l'articulation du genou n'était pas aussi sérieusement compromise que je l'avais supposé, et que l'avaient supposé avec moi Velpeau et Malgaigne. Les progrès de la chirurgie conservatrice, et surtout la découverte de la compression élastique rendrait certainement possible, j'oserais presque dire facile, aujourd'hui, l'ablation d'une tumeur semblable à celle dont il s'agit ici.

Quant à la masse morbide, elle était grisâtre, homogène, friable, analogue à des bourgeons charnus, se laissant facilement entamer par le râclage, et fournissait un suc transparent; anatomiquement, c'était du tissu conjonctif très-fin, dont les aréoles auraient été remplies de cellules, — quelque chose d'analogue au fruit du grenadier, dont le cloisonnage serait très-délicat.

L'examen microscopique ne fut pas fait. Contrairement à des prévisions lugubres, que me fit émettre l'aspect de ce tissu, la guérison se fit sans encombre, sans récidive, avec la durée ordinaire. Au temps voulu par les préceptes classiques, M. L..., dominé par la coquetterie, fit usage d'un membre artificiel fabriqué par Charrière; certes, le travail était irréprochable, mais il fatigua toujours plus ou moins le moignon, qui fut, de temps à autre, le siége soit d'un érythème tantôt léger, tantôt menaçant de passer à l'état érysipélateux, soit de quelques petits abcès superficiels. En 1865, c'est-à-dire huit ans après l'amputation, M. L... fit une chute sur le moignon, qui, peu de temps après, présenta, près de l'os en dedans et en avant, une petite tumeur, douloureuse à la pression et fluctuante. Croyant à un nouvel abcès, mais trouvant trop lente son ouverture spontanée, le malade réclama un coup de lancette pour donner issue au pus. Je ne voulus pas obtempérer au désir du malade, ne lui cachai pas mes craintes sur une récidive, à cause de la situation profonde de la tumeur, et me hasardai même à lui parler d'ablation.

Mon pessimisme ne convint pas au malade, d'autant qu'il n'était pas partagé par des confrères distingués. Cependant, la crainte d'une hémorrhagie et de ses conséquences, dont je m'étais fait un devoir de lui parler, lui firent constamment repousser toute intervention d'instrument piquant. Il était trop intelligent pour ne pas comprendre, qu'en cas d'abcès, le pus finirait bien par se faire jour de lui-même. La prétendue collection devint énorme, et la distension et l'amincissement de la peau tels, qu'elle creva pour laisser échapper, non un produit inflammatoire, mais du sang pur en très-grande abondance, et qu'on n'arrêta qu'avec des tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer ; c'en était fait des illusions pour M. L... Les articles divers sur le cancer, articles qu'il avait lus et médités, l'avaient parfaitement édifié sur le sort qui lui était réservé.

L'illusion évanouie, notre malade entra en pleine possession de son caractère. Résolu, se sachant irrémédiablement perdu, il mit ordre à ses affaires et me pria de lui rendre les derniers services qu'un consolateur doit à un condamné. Je m'évertuais inutilement à conjurer par le raisonnement sa résolution suprême de mourir tranquille, sans secours chirurgical. Fongus de Velpeau, récidive, hémorrhagie, impliquaient pour lui condamnation quand même. Le rôle peut-être dominant de la cause traumatique, dans la formation de ce mal, l'intégrité des ganglions inguinaux rendait pourtant plausible le succès d'une désarticulation coxo-fémorale, surtout après neuf ans de guérison inespérée. Il fallait assister les bras croisés à la marche envahissante du mal.

L'ouverture de la tumeur se changea rapidement en une vaste ulcération saignante et saillante. La masse morbide, dégagée en partie du tégument qui l'avait longtemps bridée, s'érigeait en véritable fongus. Nonobstant l'élévation du moignon, l'usage du perchlorure de fer intus et extra et de la glace, les hémorrhagies se succédèrent à de courts intervalles, pendant lesquels, du reste, il se faisait un suintement sanguin continu, double cause d'épuisement et d'anémie. J'obtins cependant de larder la tumeur avec des cônes de pâte au perchlorure de fer solide ; grâce à ce moyen, rendu très-facile par l'insensibilité et la délicatesse du tissu morbide, je mis fin pour quelque temps aux écoulements sanguins abondants. La constitution embryoplastique de ce tissu permit à la pâte d'y produire des brèches énormes. Le mal tombait par blocs coagulés plus ou moins volumineux, dont l'aspect suscitait parfois dans l'esprit de M. L... le sentiment de satisfaction qu'on éprouve en présence d'un ennemi terrassé. On aurait pu le surprendre en flagrant délit d'espérance. Ne constatait-il pas, d'ailleurs, sur le pourtour de l'ulcère, des phénomènes de suppuration et de bourgeonnement simulant, presque à s'y tromper, l'annonce d'une cicatrisation prochaine, comme dans les plaies de bonne nature ? Ce n'était là qu'une apparence trompeuse. Si je gagnais du terrain en profondeur, le mal n'en perdait pas en surface. Bientôt, d'ailleurs, arrivé sur les confins de son fond, sur son assise, il ne me fut plus possible de faire pénétrer mes cônes destructeurs. Je les remplaçai par des plaques de même composition, plus ou moins larges, suivant les besoins, dans la pensée que j'étoufferais enfin la prolifération ennemie. Ce fut peine perdue. Les plaques au perchlorure de fer ne servaient qu'à masquer et à niveler la reproduction du mal. Ma persistance dans l'emploi de ce topique, que je préfère à tout autre dans ces sortes de circonstances, trouvait sa justification dans la pensée, que l'absorption par la plaie d'une certaine quantité de l'élément martial, concourait au soutien du malade ; du reste, le malade consommait journellement de 20 à 30 gouttes de cet agent. Le dégoût des aliments amena un amaigrissement des plus accusés, et, l'anémie aidant, le facies prit une teinte cachectique très-accusée.

Le 3 novembre 1866, il se produisit une hémorrhagie plus abondante que les précédentes et qui mit le malade à deux doigts de sa perte. Appelé d'urgence, je le trouvai sans connaissance, la mort sur le visage, le pouls imperceptible. Bien résolu à ne pas le céder au mal en ténacité et ne pouvant disposer que de la constriction pour arrêter l'écoulement sanguin, je l'établis, à deux ou trois centimètres au-dessus du mal, avec une corde neuve de la grosseur d'un crayon ordinaire. Un bâtonnet me servit à la tordre par des mouvements de moulinet que je poussai aussi loin que possible. Cette vigoureuse torsion arrêta l'hémorrhagie et réveilla la sensibilité. Revenu à lui-même M. L... me parut attacher de l'importance à l'explication que je lui donnai sur les effets actuels et futurs de la constriction. La continuation de l'usage de la glace devait obvier à la douleur, et, en mouillant la ligature, faciliter par son retrait la section des parties, pendant un certain nombre de jours. En temps opportun, il imprimerait lui-même avec mesure quelques tours de moulinet au garrot. Le lien cheminerait ainsi de plus en plus profond, laissant derrière lui, une traînée de tissu de cicatrice jusqu'au moment de la chute de toutes les parties sous-jacentes, et conséquemment de tout son mal, puisque nous lui barrions le passage, à quelques centimètres au-dessus de son point le plus élevé.

Comme, d'autre part, l'estomac de M. L..., devenu anémiquement intolérant, ne pouvait plus accepter du bouillon, je prescrivis de faibles doses (une cuillerée à soupe toutes les heures) de très-bon Bordeaux, qu'il préférait à tout autre boisson. Il s'établit peu à peu une légère ivresse gaie que je maintins jusqu'au 12 novembre, parce qu'elle me semblait appropriée à faire supporter la marche pénétrante de la ligature. D'autre part, la cessation absolue de l'écoulement du sang ayant remédié à l'incapacité digestive de l'estomac, le bouillon léger d'abord, le consommé ensuite ne tarda pas à être supporté ; mieux que cela, l'espérance était complètement reconquise. « Si j'avais dû mourir, je serais mort dans ma dernière crise, me disait M. L... ». Cependant, comme les forces se reconstituaient, la sensibilité de la surface de section devint exquise, le frottement de la corde très-douloureux, si bien, que le malade manquant d'énergie n'osa plus tordre la ligature. Aussi la corde flottant dans la tranchée qu'elle s'était tracée, et subissant fréquemment le retentissement des mouvements que pouvait faire le malade, causa-t-elle de vives douleurs. M. L... comprit qu'il convenait à tous égards d'achever l'œuvre avec le couteau et la scie ; c'est ce que je fis, avec l'assistance de M. Sentex, alors chef interne à l'hôpital St-André, et de mon collègue Jeannel, chargé de la chloroformisation, le 31 décembre, c'est-à-dire 57 jours après l'application de la ligature, la perte de sang fut insignifiante, et au bout de huit jours le malade se levait.

Examen de la pièce pathologique. — Le tissu morbide était identique à celui qui avait nécessité la première amputation. Il était simple, friable, granuleux, dans toute son étendue, formait un tout nettement limité à sa périphérie par une couche de fibres blanches, très-résistantes, espèce de coque qui lui servait de nid. Cette coque semblait n'être que le résultat du tassement des fibres blanches membraneuses repoussées, mais non envahies par l'élément morbide. Ce dernier formait une véritable collection sans processus. En dehors de la coque, dont la face externe était confondue avec les fibres blanches environnantes, je ne trouvai aucune trace de noyau de nature douteuse et servant de point de départ à une nouvelle

tumeur. C'était un tas de bourgeons se multipliant sur place sans discontinuité, sans avant-garde, ne semblant posséder aucune influence à distance.

La haute gravité de ce genre d'éléments morbides, d'organisation embryonnaire, se trouvait donc contrebalancée par ses propriétés purement végétatives et comme privées des caractères cosmopolites. Nous étions donc en droit de compter sur une guérison au moins aussi durable que la première, et même davantage, si, grâce à de nouvelles précautions, nous étions assez heureux pour prévenir toute cause d'irritation traumatique sur le moignon. Pendant la durée de son traitement et trois ans de suite, le malade n'a jamais manqué de prendre chaque jour de 25 à 30 gouttes de perchlorure de fer en 3 doses dans un peu d'eau sucrée. Depuis 8 ans, la guérison ne s'est pas démentie. Voici l'état actuel du moignon :

De l'épine iliaque antéro-supérieure à la partie externe de la surface de section, il y a 18 centimètres, et 9 seulement de la partie interne de cette dernière au point correspondant du pli inguinal.

La surface de section est ridée, taillée à pic et mesure 8 centimètres en travers, 4 verticalement. Le tissu de cicatrice, plus accusé au centre qu'à la périphérie, glisse sur l'extrémité osseuse, dont il paraît séparé par une bourse muqueuse. Quand le malade relève le moignon par l'action des muscles qui s'y fixent, celui-ci prend la forme d'un gros museau à lèvre antérieure très-prononcée. *(A suivre.)*

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Notes sur la physiologie pathologique des traumatismes cérébraux (1);

Par **H. DURET**, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

PREMIÈRE PARTIE. — De la commotion cérébrale.

V. Maintenant que la violence exercée sur le quatrième ventricule et les parties voisines par le liquide céphalo-rachidien, chassé des ventricules cérébraux par un choc ou une compression brusque sur la surface des hémisphères est devenue évidente, il nous reste à démontrer qu'un effet analogue est produit à la suite de coups appliqués sur la tête, ou de chutes sur le crâne. En un mot, reproduisons expérimentalement les trois formes de la commotion clinique.

Nous nous tiendrons dans les généralités ; nous ne pouvons dans cette note, entrer dans les détails des symptômes observés. A ce point de vue, l'analyse patiente de nos observations nous a conduit à des résultats excessivement intéressants.

Voici une longue série de dessins vous montrant les effets de commotions produites par des coups sur le crâne de chiens et d'animaux de différentes tailles.

Sur le premier dessin (chien n° 48), à la partie supérieure du plancher du quatrième ventricule, au niveau de l'aqueduc de Sylvius, vous pouvez voir cinq ou six petits foyers hémorrhagiques, gros comme des grains de mil ; çà et là, sur le même plancher, un pointillé hémorrhagique ; et, en particulier, les noyaux des pneumo-gastriques en sont criblés. Le siége des plus gros foyers indique qu'une violence a été exercée au niveau de l'aqueduc de Sylvius. Or, c'est précisément le premier *détroit*, par lequel le liquide céphalo-rachidien, chassé brusquement des ventricules, a dû effectuer son passage pour refluer dans le ventricule bulbaire. L'animal avait succombé à la suite de coups *sur le devant* de la tête.

Sur cet autre (chien n° 42), vous voyez deux petits foyers au niveau de l'aqueduc sylvien, et un pointillé hémorrhagique accusé surtout au niveau du noyau du pneumo-gastrique, de l'entrée du canal central, près le bec du calamus, autre *détroit* pour le passage du liquide céphalo-rachidien. Nous ajouterons que, sur des coupes transversales du bulbe, dans l'épaisseur de sa substance, surtout dans sa moitié inférieure, on observe aussi un pointillé hémorrhagique très-accusé. Ces ruptures des artérioles intra-bulbaires, sont le résultat de troubles circulatoires, survenant sous l'influence du choc transmis au quatrième ventricule, par le liquide céphalo-rachidien, et à son excès de tension dans cette cavité.

Cette autre image vous offre un exemple de contusion et de véritable ramollissement traumatique du plancher du quatrième ventricule et du canal central, à la suite de coups appliqués sur *le devant* du crâne. Çà et là, la substance nerveuse du plancher du quatrième ventricule et du canal central, n'est plus qu'une bouillie rougeâtre.

Nous faisons maintenant passer sous vos yeux le bulbe d'un énorme molosse, que nous avons tué par une série de chocs successifs, très-modérés, portés sur le devant de la tête ; nous lui avons donné lentement environ une trentaine de coups. Les accidents se sont aggravés progressivement, la respiration est devenue peu à peu plus lente, et les battements du cœur plus irréguliers. Cette progression des symptômes s'accorde parfaitement avec la théorie du liquide céphalo-rachidien venant à chaque choc sur le crâne heurter le plancher du quatrième ventricule. La *seule* lésion, trouvée à l'autopsie, a été trois foyers hémorrhagiques gros comme des lentilles, à la partie moyenne du plancher bulbaire, et de plus, de nombreux petits foyers punctiformes au niveau des noyaux des pneumo-gastriques et de l'ouverture du canal central.

Enfin, vous constatez encore une contusion avec ramollissement du plancher du quatrième ventricule sur le dessin du bulbe du chien n° 56, tué par commotion.

Il ne faudrait pas croire cependant, que dans toutes nos expériences de commotion, la seule et unique lésion trouvée à l'autopsie, soit une lésion du ventricule bulbaire. Nous nous gardons bien de cette opinion trop excessive. *Partout où circule le liquide céphalo-rachidien, on peut trouver des traces, des violences produites par son déplacement brusque*; ici (voir les dessins), ce sont les espaces sylviens sous-arachnoïdiens qui sont remplis d'un caillot produit par la rupture d'une petite artériole ; ailleurs, la même lésion existe dans les sinus péri-pédonculaires. Souvent, les sillons qui séparent les circonvolutions des lobes cérébraux, portent les traces sanglantes des efforts exercés sur eux par le liquide céphalo-rachidien ; leurs sinuosités sont dessinées par un petit caillot allongé, et remplies d'une sérosité roussâtre (1). — Les caillots hémorrhagiques des chiens commotionnés ont encore un siége fréquent et très-remarquable ; c'est au niveau de l'ouverture de Magendie, ouverture qui, comme on le sait, fait communiquer le liquide céphalo-rachidien du quatrième ventricule avec les espaces sous-arachnoïdiens péri-médullaires : ces caillots sont situés derrière le vermis, sous le repli de l'arachnoïde qui se porte de ce vermis au collet du bulbe ; ils sont disposés là sous la forme d'un caillot en fer à cheval. Ce point est un troisième *détroit* pour le passage du liquide céphalo-rachidien brusquement déplacé. — Dans d'autres cas enfin, les caillots hémorrhagiques sont autour de la moelle cervicale, *sous la pie-mère* ; ils forment des foyers superficiels gros comme un grain de mil, un pois, une amande, etc. Vous voyez des types de toutes ces lésions sur les dessins que nous avons faits d'après nature, et qui traduisent l'autopsie d'une manière exacte. — Parfois, la petite hémorrhagie sous-arachnoïdienne déchire la pie-mère et le feuillet viscéral de l'arachnoïde, et le sang se répand alors sous la forme d'une nappe dans la cavité arachnoïdienne crânienne, péri-bulbaire ou rachidienne. Sur ce dessin, vous pouvez constater le lieu d'une rupture de ce genre ; vous voyez que le caillot intra-arachnoïdien tient encore au caillot sous-arachnoïdien par un mince collet. Le siége des lésions consécutives au choc commotionnant (tantôt, disséminées sur le plancher du quatrième ventricule, tantôt péri-bulbaires ou médullaires, tantôt dans les espaces sous-arachnoïdiens, comme nous l'avons déjà indiqué) varie mathématiquement avec le point de l'application de la

(1) Voir le n° 49.

(1) Cette même sérosité roussâtre, nous l'avons rencontrée souvent sur les chiens commotionnés, en piquant la membrane occipito-atloïdienne dès le début de l'autopsie : le liquide des ventricules avait été teinté par le sang des ruptures vasculaires.

violence exercée sur la surface du crâne. En effet, s'il est vrai que, d'après la loi de Pascal, les liquides transmettent également les pressions subies dans tous les sens, il n'est pas moins vrai, que les effets de cette transmission se font surtout sentir au niveau des passages difficiles, des *détroits* rencontrés par le liquide céphalo-rachidien déplacé. *Le lieu d'application de la force commotionnante sur le crâne, a donc une influence sur le siége des lésions.*

VI. Il nous fallait encore pour compléter notre démonstration, établir que les lésions du quatrième ventricule et autres étaient capables de rendre compte des symptômes observés. Nous avons noté dans nos observations, suivant le siége de la lésion bulbaire, des troubles oculaires, des phénomènes du côté des muscles de la face, des mâchoires, des muscles des membres et de la sensibilité : les lésions principales occupaient alors les points indiqués par les anatomistes comme le siége des noyaux moteurs des yeux, du facial, du masticateur, de l'hypoglosse, etc. Sur le plancher du quatrième ventricule se trouvent les noyaux des pneumo-gastriques : leur lésion est fréquente; c'est tantôt une petite hémorrhagie, tantôt un ramollissement, tantôt ils sont criblés de petits points miliaires hémorrhagiques ; dans ces conditions, la mort est certaine et elle survient subitement comme après les piqûres de Flourens, Longet, Bernard et Vulpian chez les animaux (1). Notre éminent président a déterminé l'albuminurie et le diabète par la piqûre de certains points du plancher bulbaire : chez nos animaux commotionnés, nous avons aussi observé ces troubles pathologiques à la suite des lésions bulbaires concomitantes. Déjà notre savant maître, M. Vulpian, a publié des observations de diabète et d'albuminurie chez des chiens, à la suite de coups appliqués sur le crâne. Nos expériences fournissent donc l'explication de ces phénomènes.

VII. Nous avons voulu faire mieux encore, et reproduire au gré de nos désirs, et l'un après l'autre, chacun des symptômes principaux observés à la suite des commotions cérébrales qui s'accompagnent de lésions bulbaires. Nous avons, pour cela, produit de petites contusions localisées des différents points du plancher du quatrième ventricule. Voici le procédé que nous avons suivi. Sachant déjà par nos expériences antérieures que, pour explorer, dans des conditions véritablement physiologiques, les centres nerveux, il ne faut pas chloroformer les animaux, et qu'il est nécessaire aussi de ne pas modifier la tension sanguine des centres nerveux dans l'espace fermé constitué par le crâne, nous nous sommes contenté, après avoir sectionné les muscles de la nuque et mis à nu la membrane occipito-atloïdienne, d'y faire une petite perforation; puis, par cette petite ouverture, d'introduire une sonde cannelée, avec la pointe de laquelle nous allions contusionner tantôt un point, tantôt un autre du plancher du quatrième ventricule. Nous notions, d'autre part, les symptômes observés, et, à l'autopsie, nous représentions par le dessin le siége de la lésion produite. On comprend que ce procédé offre toutes les garanties possibles de précision.

Pendant l'opération nous pouvions apprécier, d'après la situation du pavillon de la sonde, la direction de cet instrument; la longueur qui en avait pénétré nous indiquait la hauteur à laquelle nous étions parvenu. Nous mettons sous vos yeux deux dessins (chiens, nº 56 et 59) représentant l'esquisse des lésions produites, et, en regard, le sommaire des symptômes correspondants. Dans un premier cas, en dirigeant le bec de notre sonde tout à fait en haut et sur la ligne médiane, nous avons obtenu, par des chocs successifs et nombre de fois, à *chaque contact*, des mouvements de va-et-vient des globes oculaires, un véritable nystagmus expérimental : chaque fois que nous retirions légèrement la sonde, ce mouvement cessait; si nous heurtions de nouveau le même point, il se reproduisait: c'était comme si nous appliquions et interrompions alternativement un courant électrique sur le point. Or, la lésion produite par les chocs successifs de la sonde, la petite contusion, vous le voyez sur le dessin, est située au niveau de l'extrémité inférieure de l'aqueduc de Sylvius, sous les tubercules quadrijumeaux, au siége des noyaux moteurs oculaires communs.— Lorsque nous heurtions de la même manière, avec le bec de notre sonde, la partie moyenne du plancher, au niveau du moteur oculaire externe et du facial, nous observions, à chaque choc, des secousses dans les paupières et dans les muscles de la commissure labiale. — Plus en dehors, au niveau de la partie motrice du trijumeau, à chaque choc, nous avons observé pendant près d'une minute, des mouvements d'élévation et d'abaissement des mâchoires. Vous pouvez constater sur le dessin que la contusion produite correspond à peu près au siége désigné par Stiling, Clarke et notre ami Pierret au noyau masticateur. — Si nous dirigions le bec de notre sonde en dehors vers les corps restiformes, aussitôt l'animal poussait d'horribles cris de douleur, et nous provoquions par action réflexe de la contracture des quatre membres avec opisthotonos (on sait que les corps restiformes contiennent les fibres sensibles).— Plus bas, si nous heurtions violemment les noyaux des pneumo-gastriques, aussitôt survenait l'arrêt subit de la respiration, la syncope respiratoire, le ralentissement du cœur. — On sait que les centres cardio-vasculaires occupent, d'après Vulpian et Cl. Bernard, la partie inférieure du bulbe et la partie supérieure de la moelle cervicale ; or, si nous voulions arrêter rapidement les mouvements du cœur, il nous fallait porter plus bas la sonde cannelée et contusionner le collet du bulbe et la moelle cervicale. L'effet était beaucoup plus saisissant et plus brusque que par une contusion limitée au noyau du pneumo-gastrique. — Enfin, dans un cas, nous avons été assez heureux pour obtenir des mouvements de la langue, non pas seulement des secousses, mais des mouvements de protraction et de rétraction; nous heurtions à ce moment les noyaux des hypoglosses. Cette expérience est délicate car les noyaux hypoglosses sont très-voisins des noyaux pneumo-gastriques; aussi avons-nous, dès le cinquième ou sixième choc, tué l'animal. Vous pouvez voir, sur nos dessins, que les parties lésées sont bien celles que je signale dans cette description (1).

Ainsi, en contusionnant chacun des points du bulbe, nous avons reproduit des lésions analogues aux petits foyers hémorrhagiques bulbaires de la commotion, et les phénomènes observés ont été semblables. Mais dans son choc, s'il ne produit pas des lésions partout, le liquide céphalo-rachidien vient heurter à la fois tous les points du plancher du quatrième ventricule. Nous avons déjà dit que cependant ses effets étaient plus violents au niveau des noyaux du pneumo-gastrique, près du bec du calamus, à l'entrée du canal central ; car c'est là un de ses *détroits*.

Permettez-nous encore de vous montrer quelques dessins des effets de la commotion cérébrale chez d'autres animaux que les chiens. Sur les cerveaux de ces deux lapins, vous observez encore les mêmes lésions sur le plancher du quatrième ventricule et dans les espaces sous-arachnoïdiens. — Il est un lieu dans Paris où autrefois on assommait un nombre considérable de grands animaux à l'aide de coups de massue sur le crâne : nous voulons parler des abattoirs de la Villette. Maintenant, on les tue en leur enlevant une rondelle du crâne à l'aide d'un marteau emporte-pièce et en leur introduisant ensuite un jonc flexible à travers le cerveau jusque dans le bulbe et la

(1) Dans nos expériences, nous avons vu survenir la mort par choc du liquide au niveau du noyau des pneumo-gastriques sans lésions bien accusées de ce point ; c'est une véritable *syncope respiratoire* qui tue l'animal. Cette syncope, cet arrêt de la respiration est rendu très-manifeste sur nos tracés de tension artérielle.

(1) Il est probable que les mouvements produits par les chocs successifs de la sonde au siége de chacun des noyaux moteurs, étaient dus à l'excitation mécanique des filets terminaux des nerfs bulbaires dans les noyaux. Nous avions des effets absolument semblables à ceux que produit le pincement des nerfs moteurs eux-mêmes. Rien ne démontre au moins, que l'excitation mécanique a porté exclusivement sur les cellules nerveuses des noyaux. Il est impossible de limiter de cette façon l'action contondante de la sonde ; mais peu importe pour notre démonstration.

moelle. J'ai pu cependant obtenir de quelques garçons bouchers qu'ils employassent l'ancien système, et abattissent devant moi des bœufs à l'aide de coups de massue sur le crâne. Voici un dessin de la lésion cérébrale consécutive : c'est une hémorrhagie dans les espaces sous-arachnoïdiens sylviens et péri-pédonculaires, et de petites hémorrhagies bulbaires. Il n'y a pas de fracture du crâne, pas d'autre lésion.

VIII. Reste maintenant pour les chirurgiens un point important à éclaircir.

Les observations chez l'homme font-elles mention de lésions analogues à celles que nous avons décrites chez les animaux? La symptomatologie est-elle semblable dans les deux cas?

Nos recherches sur ce point ne sont pas encore terminées, mais déjà nous pouvons dire que dans quelques observations bien prises, on a noté, après des coups ou des chutes sur le crâne, comme unique résultat de l'autopsie, des hémorrhagies dans les espaces arachnoïdiens et des lésions bulbaires et péri-bulbaires. L'hémorrhagie indiquée dans l'observation classique de Deville appartient à cet ordre de lésions (1).

La symptomatologie chez l'homme est aussi concluante. Nous ne parlerons pas des troubles pulmonaires et cardiaques ; ils sont semblables chez l'homme et chez les animaux. Nous vous montrerons prochainement sur de nombreux tracés de pressions intra-vasculaires, l'analyse délicate, très-instructive pour le diagnostic clinique de ces phénomènes. On sait qu'après les commotions cérébrales, certains troubles physiologiques localisés, persistent longtemps après la disparition des accidents graves. On a vu des malades commotionnés conserver longtemps un strabisme paralytique, des paralysies localisées, des contractures limitées à un groupe de muscles plus ou moins durables, phénomènes qui peuvent être mis sur le compte maintenant de lésions des noyaux moteurs bulbaires des muscles des yeux, de la face, des mâchoires, etc., ou de lésions des faisceaux moteurs descendant à travers le bulbe, ou encore, s'il s'agit de troubles de la sensibilité, de lésions des corps restiformes. Plusieurs auteurs ont signalé l'aphasie persistant après l'accident, et cependant, à l'autopsie, ils n'ont pas rencontré de lésion de la troisième circonvolution. Cette aphasie peut, d'après nous, être attribuée à une lésion des noyaux hypoglosses ou des appareils bulbaires du langage articulé. Il s'agirait d'une paralysie labio-glosso-laryngée traumatique, analogue à la maladie de Duchenne.

IX. Les lésions observées diffèrent-elles suivant les formes, le degré de la commotion? A la suite de *commotions légères* chez les animaux, souvent nous n'avons trouvé à l'autopsie qu'un état sanguinolent de la sérosité arachnoïdienne, et quelques points hémorrhagiques très-fins du ventricule. Pour vérifier l'état de leur bulbe, nous avons tué ces animaux par le chloroforme.

Voici le dessin du système nerveux central d'un chien qui a survécu aux accidents de commotion. La seule lésion consiste dans deux petits caillot sgros comme des lentilles, à la partie antérieure du collet du bulbe, et dans un état sanguinolent de la sérosité arachnoïdienne dans les espaces arachnoïdiens et les sillons des circonvolutions. Les commotions sont foudroyantes quand le caillot hémorrhagique péri-bulbaire atteint les racines des nerfs pneumo-gastriques, ou quand, sur le plancher, les noyaux des pneumogastriques sont le siége de foyers ou de pointillés hémorrhagiques.

X. En résumé : 1° nous avons reproduit expérimentalement les trois formes cliniques de la commotion cérébrale.

2° A la place du mythe incompréhensible de l'ébranlement de l'encéphale, des oscillations de la masse nerveuse, nous établissons l'existence d'une série de lésions, dont le siége et le mode de production suffisent à expliquer tous les symptômes observés dans les commotions ;

3° Nous pouvons ainsi définir la commotion au point de vue pathologique : La commotion est le résultat des lésions produites par l'action du liquide céphalo-rachidien déplacé à la suite d'un choc sur le crâne et transmettant les pressions, lésions qui peuvent occuper différents points des centres nerveux, mais qui siégent plus particulièrement au niveau des espaces arachnoïdiens, ou sur le plancher du ventricule bulbaire (et, nous ajoutons la définition clinique des auteurs du *Compendium*), lésions qui suspendent pour un temps variable ou abolissent pour toujours les fonctions de l'encéphale.

(1) Dans la dernière séance de la Société de Biologie, nous avons pu présenter un cas d'éclatement du bulbe *chez l'homme*, à la suite d'une commotion foudroyante.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le rapport de M. E. Besnier sur les maladies régnantes.

(*Deuxième et troisième trimestres* de 1877).

Nous sommes un peu en retard pour analyser le rapport de M. E. BESNIER sur les *maladies régnantes pendant les mois d'avril, mai et juin*. Cette circonstance nous permettra d'étudier comparativement les maladies régnantes du 3° trimestre (*juillet, août et septembre*). Ajoutons, d'ailleurs, que cette période de l'année est la moins chargée pour la plupart des maladies.

Les *affections des voies respiratoires* ont été tout à la fois moins nombreuses et moins graves ; elles ont souvent, dans les premiers mois, présenté les caractères de la forme catarrhale. Les cas de *rhumatisme articulaire* ont aussi été remarquables par leur bénignité.

La *diphthérie* s'est manifestée encore par un grand nombre de cas, mais a subi toutefois l'atténuation habituelle à l'approche de l'été. Ainsi, la diminution est manifeste, si l'on considère la mortalité générale dans toute la ville, par le fait de cette maladie. De 728, chiffre du 1er trimestre de l'année, la proportion mortuaire s'est abaissée à 592 pour le second, et à 479 pour le troisième.

Par contre, le nombre des *cas développés à l'intérieur de l'hôpital* a été plus considérable dans le second trimestre que dans le premier, et tous les médecins qui ont transmis des notes sur ce sujet insistent sur l'importance de l'isolement, pour éviter la propagation de cette terrible maladie.

La maladie, d'une façon générale, paraît cependant avoir été moins grave, et a fourni un chiffre de guérisons plus élevé.

La *variole* a subi l'atténuation saisonnière habituelle, d'une façon plus accentuée encore que les années précédentes, et l'isolement pratiqué, au moins pour cette maladie, a rendu tout à fait insolites les cas intérieurs.

La *fièvre typhoïde*, arrivée dans le deuxième trimestre au point le plus déclive de sa courbe saisonnière normale, a commencé ensuite à s'élever par un mouvement régulier et continu, définitivement accentué au mois d'août. C'est là, du reste, le fait habituel, et dont les épidémies peuvent seules troubler la régularité.

Suivant une sorte de loi analogue, mais se manifestant par un effet inverse, on a pu observer au printemps une augmentation de fréquence des formes manifestes ou larvées de la *fièvre intermittente*, et M. J. Simon a particulièrement insisté sur la fréquence des accidents inter-

mittents, justiciables du sulfate de quinine, chez les enfants.

Comme à l'ordinaire aussi, les *affections des voies digestives* ont été, pendant le troisième trimestre, plus nombreuses et plus intenses, mais sans jamais se présenter sous forme épidémique.

Les *affections puerpérales* ne figurent au Bulletin que par une note détaillée de M. Siredey. — Dans son service de l'hôpital Lariboisière, M. Siredey a eu dans le premier semestre de cette année 458 accouchements : 446 femmes sont accouchées naturellement, et, sur ce nombre, 7 sont mortes : 3 d'affections indépendantes de l'accouchement, et 4 d'affections puerpérales (péritonite purulente généralisée, ou péritonite et pleurésie purulentes) ; c'est une mortalité de 1/110. — Au contraire, sur 15 cas, dans lesquels on a dû intervenir, il y a eu 5 décès, c'est-à-dire 1/3. — Dans 2 cas, il a semblé que la mort avait pu être favorisée par le retard dans l'intervention (femmes transportées à l'hôpital après 48 heures de travail). Dans les trois autres cas, la terminaison malheureuse doit, pour une grande part, être attribuée à une cause septique développée sous l'influence nosocomiale.

Tel paraît être, entre autres, le cas d'une femme accouchée naturellement, et chez laquelle une hémorrhagie nécessita l'introduction de la main, pour retirer une partie des membranes restées dans l'utérus après l'extraction du placenta. L'opération fut faite très-facilement, mais par un interne *en chirurgie*. Dès le lendemain, la malade avait un frisson, et dix jours après elle succombait.

Relativement aux *maladies des nouveau-nés*, M. Siredey signale une épidémie d'érysipèle qui est venue s'ajouter aux causes, déjà si nombreuses, de la mortalité à cet âge dans les hôpitaux. Après une enquête minutieuse, M. Siredey finit par s'apercevoir que la persistance de cette épidémie localisée dans son service, était due à l'application sur les fesses et les parties génitales des enfants, (dans le but de prévenir l'érythème), d'une couche de vieille axonge rancie, presque jaune. La cause une fois connue et supprimée, l'épidémie d'érysipèle s'arrêta immédiatement.

L'épidémie de scorbut, signalée dans le précédent rapport de M. Besnier, se rapportait bien à la forme qui mérite le nom de *scorbut des prisons*. Cette épidémie, observée avec soin par M. Gustave de Beauvais à la prison de Mazas, a débuté dans la seconde quinzaine du mois de février et s'est continuée jusqu'au mois de septembre, en présentant un maximum vers les mois d'avril, mai et juin surtout. Le chiffre des cas observés s'est élevé à 21 pour Mazas, dont 12 cas primitifs et 9 cas secondaires ; sur ces derniers, on a noté un seul décès, dû certainement à la phthisie galopante et non au scorbut.

L'âge semble avoir joué le rôle de cause prédisposante ; la maladie a surtout frappé les jeunes gens. Les professions ne peuvent être mises en cause, si ce n'est celle des garçons de café. En effet, gros mangeurs et forts buveurs, ils ont dû souffrir plus que d'autres du régime ordinaire de la prison, qui est souvent insuffisant comme qualité et quantité (pas de vin, ni fruits, ni légumes frais).

Après avoir rejeté l'influence de la durée du séjour, l'insuffisance d'air, d'exercice, M. de Beauvais pense que le développement du scorbut n'a d'autre origine sérieuse qu'une influence générale, de nature franchement épidémique, qui s'est aussi d'ailleurs révélée quelquefois en ville.

La persistance du froid humide, que l'on aurait pu incriminer au début, ne doit pas être mise en cause, puisque l'épidémie a cessé au moment où cette circonstance se présentait de nouveau. L'influence épidémique a seulement été favorisée par l'existence de conditions hygiéniques mauvaises.

Cette épidémie, beaucoup moins sérieuse que celle qui fut observée pendant et après le siége, en 1870-1871, n'a d'ailleurs rien présenté de particulier au point de vue des symptômes. Les pétéchies ont été beaucoup plus fréquentes que les ecchymoses sous-cutanées étendues et les infiltrations musculaires.

Comme traitement, les toniques, le quinquina, le fer (perchlorure ou lactate), le vin, un bon régime alimentaire, des limonades minérales ou végétales, des gargarismes astringents, ont paru des auxiliaires plus énergiques que le jus de citron et le cresson. M. de Beauvais a eu aussi beaucoup à se louer, pour l'usage externe, de la solution sursaturée de chlorhydrate d'ammoniaque (20 gr. de sel pour 250 gr. d'eau), pour amener la résolution des ecchymoses et des infiltrations des membres, ainsi que pour modérer les douleurs qui en résultent.

M. Lereboullet, qui a pu observer au Val-de-Grâce quelques cas provenant de la prison du Cherche-Midi, pense que la seule cause déterminante a été l'humidité extrême du casernement.

M. Desnos a observé dans son service deux cas provenant de la prison de la Santé. L'un des malades, pris de ces accidents pendant le cours d'une pleurésie, a présenté un scorbut grave et a succombé. M. Desnos a vu un troisième cas de scorbut chez un jeune ouvrier qui n'avait jamais subi d'emprisonnement, et chez lequel on ne pouvait guère incriminer que l'influence du froid et de la fatigue.

A. Sevestre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 *décembre* 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Graux communique un fait clinique qui lui paraît être contraire à la théorie de M. Duret, sur la commotion cérébrale. Il s'agit d'un individu qui tomba dans le coma à la suite d'un violent coup sur la tête. A l'autopsie, on trouva des lésions cérébrales étendues, mais le plancher du 4e ventricule était intact. Il n'y avait du reste ni albuminurie ni glycosurie.

M. Duret fait remarquer que ce fait ne saurait être invoqué contre sa théorie. En effet, d'une part, un coup sur la tête peut entraîner la mort par un autre mécanisme que la commotion ; d'autre part, il peut y avoir commotion sans lésion du bulbe. Ce qui est constant, c'est un excès de tension du liquide céphalo-rachidien amenant des lésions en divers points du myélencéphale. Du reste, l'examen de la moelle n'a pas été fait et le microscope révèlera, peut-être, des lésions restées inaperçues à l'exploration macroscopique.

M. Delaunay lit une note sur la méthode en biologie. L'idée dominante qu'il fait ressortir est qu'en anatomie, en physiologie, en pathologie, tout est en raison directe ou inverse de la nutrition et de l'évolution. Ainsi, dans les os, le carbonate de chaux est en raison directe, le phosphate en raison inverse de la nutrition. De même, le fer, le chlorure de sodium, l'urée sont en raison directe, la gélatine en raison inverse à la fois de la nutrition et de l'évolution. C'est ce qui résulte de l'analyse quantitative comparée de ces substances chez l'homme

et la femme, l'adulte et le vieillard, dans le côté droit et le côté gauche du corps, etc.

M. REGNARD présente au nom de M. Routié et au sien une observation de charbon malin, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir.

M. VIDAL rapporte les résultats des recherches du Dr Esof sur l'anatomie pathologique de l'ichthyose. Les altérations observées sont les suivantes : prolifération des cellules épithéliales et abondance de granulations pigmentaires jusque dans les papilles qui sont élargies et allongées ; hypertrophie des trois tuniques artérielles et de la tunique interne veineuse : atrophie des glandes sébacées, prolifération épithéliale dans les conduits sudoripares qui sont souvent déviés avec dégénérescence kystique du glomérule. Du côté des follicules pileux, on note également une néoformation épidermique avec production de diverticulums remplis de cellules épithéliales. Les muscles avectores pilorum sont hypertrophiés, tiraillent et dévient le poil. Quant aux poils de remplacement, tantôt ils se développent en dehors de la gaine pour y pénétrer ensuite, tantôt ils se forment au-dessous du poil ancien qu'ils repoussent devant eux. L. DREYFUS-BRISAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 Décembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. HENRI ROGER rappelle que, conformément à la volonté expresse de M. Barth, aucun discours n'a été prononcé sur la tombe de ce savant. Aussi a-t-il considéré comme un pieux devoir de retracer brièvement la vie de M. Barth, son ami et son collaborateur. L'Académie a souligné, par ses applaudissements, les nombreux traits de dignité professionnelle et de générosité qui ont signalé la vie de M. Barth et que M. Henri Roger avait tenu à rappeler et à présenter en termes simples et émouvants.

M. LEFORT fait la lecture de son rapport officiel sur les eaux minérales.

M. CAZIN (*de Boulogne-sur-Mer*) lit un travail ayant pour titre : *Occlusion intestinale, gastrotomie, guérison.* Ce travail se trouve résumé dans les conclusions suivantes :

1° La gastrotomie est une opération applicable à certains cas d'étranglement interne (par brides, par torsions, ceux, en un mot, qui surviennent brusquement, et les invaginations); — 2° Il n'est pas nécessaire de connaître exactement le siége du mal pour intervenir ;— 3° Toute opération tardive diminue les chances de succès;

4° Quant à la préférence à donner au siége de l'incision : s'il y a doute sur le point où se trouve l'étranglement, incision sur la ligne médiane et dans une étendue proportionnée à la difficulté de trouver le mal ; s'il y a certitude, incision au niveau de l'occlusion et dans une étendue relativement petite ;

5° Pour la recherche de l'étranglement, avoir bien présentes à l'esprit toutes les variétés et les causes de ce dernier, suivre ensuite la méthode de Parise qui simplifie considérablement les manœuvres ; — 6° Pendant toute l'opération, soins de propreté extrêmes;— suivre, en un mot, dans leurs minutieux détails, les préceptes consacrés dans l'ovariotomie ; — 7° Employer la méthode antiseptique de Lister, qui est non-seulement antiseptique, mais encore antiphlogistique ;

8° Sauf indications particulières, laisser le malade, après l'opération, dans un repos strict, général et local, c'est-à-dire, ne pas fatiguer l'intestin par des traitements perturbateurs, tels que lavements et purgatifs.

— L'Académie se constitue en comité secret afin de discuter les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie externe. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 25 juillet 1877.— PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

6. Exostose épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur; par M. FÉRÉ, interne provisoire.

Cette pièce a été recueillie sur un homme mort d'asystolie, à l'âge de 72 ans, dans le service de M. BOUCHARD, à Bicêtre. Il ne présentait aucune trace de rachitisme, et nulle part ailleurs on ne trouvait de saillie anormale sur le squelette; il a eu la syphilis, mais lorsque sa tumeur était déjà en plein développement, vers 22 ans. C'est vers l'âge de 15 ans qu'il vit apparaître au-dessus de la tubérosité interne du fémur droit une petite tumeur dure, grosse comme une noisette, indolore, qui s'accrut lentement et régulièrement pendant une dizaine d'années. Il avait fini par s'accoutumer à cette difformité qui ne lui causait que peu de gêne, de sorte qu'il ne pouvait pas préciser nettement l'époque à laquelle l'accroissement avait cessé, mais il pensait que depuis l'âge de 25 ans, peut-être 30 au plus, elle n'avait pas subi d'augmentation notable. Elle n'a jamais été le siége que de quelques douleurs sourdes, le plus souvent provoquées par des contusions légères et ne persistant que quelques jours. La pression sur la tumeur, dont on distinguait facilement le mamelon à travers les téguments, était incolore ; les mouvements d'extension et de flexion de la jambe se faisaient complétement et sans gêne.

Examen anatomique. La tumeur est recouverte seulement par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose dont elle est séparée par une bourse séreuse à parois peu distinctes sur certains points et ne communiquant pas avec la synoviale articulaire. La tumeur elle-même, de forme ovoïde, se dirige obliquement en haut et en dedans ; elle présente, suivant son axe, une hauteur de 7 cent. et demi ; la plus grande circonférence, mesurée sur un plan perpendiculaire à l'axe, est de 15 centimètres. La base d'implantation, située sur le bord interne du fémur à 6 centim. au-dessus de la surface articulaire du condyle, s'étend sur une longueur de 6 centimètres et demi ; mais elle présente seulement une épaisseur de 2 cent. et demi, de sorte que, dans ce sens, elle forme un véritable pédicule. Le couturier est en arrière de la tumeur comprise entre deux faisceaux du vaste interne.

Cette exostose présente à sa surface une douzaine de bosselures dont le volume varie de celui d'une lentille à celui d'une noisette. Ces bosselures offrent cette particularité que, tandis que le corps de l'exostose est simplement recouvert d'une mince membrane d'apparence fibro-élastique se continuant sans transition avec le périoste de l'os, elles ont un revêtement de cartilage d'un blanc grisâtre demi-transparent, de 1 millimètre d'épaisseur environ sur la partie la plus saillante de l'éminence et s'amincissant à mesure qu'on se rapproche de la base.

On admet généralement que toutes les exostoses ostéogéniques sont recouvertes, pendant toute leur période de développement, d'une couche de cartilage qu'on ne retrouverait plus lorsque la croissance de la tumeur est terminée ; en outre la croissance de ces productions est réputée s'arrêter en même temps que celle du squelette ; après 25 ans on ne devrait donc plus trouver de cartilage sur ces exostoses. Cependant on trouve plusieurs exemples d'exostoses de développement rencontrées sur des sujets ayant dépassé la quarantaine et encore recouvertes d'une couche de cartilage, et analogues par conséquent à celle que je présente.

M. MAYOR a bien voulu se charger de faire quelques coupes d'un fragment de cette exostose, et voici ce que montre l'examen microscopique d'une bosselure : le centre est constitué par du tissu spongieux recouvert par une couche d'apparence plus compacte et qui forme l'écorce. La portion spongieuse est formée par des lamelles de tissu osseux. Quant à la partie compacte, c'est une lame de cartilage calcifiée sur quelques points ; elle est séparée du tissu osseux par une zone de prolifération qui manque sur certains points, où on voit le cartilage hyalin appliqué directement sur une lamelle osseuse.

Etant donné l'âge du sujet, la présence de ces bosselures recouvertes d'une lame cartilagineuse présentant à sa face profonde une zone de prolifération peut contribuer à faire admettre que le développement des exostoses épiphysaires n'est pas nécessairement parallèle à celui de squelette, mais peut se continuer plus tard d'une manière insensible.

7. Note sur la pneumonie caséeuse ; par M. CHARCOT.

M. CHARCOT fait connaître le résultat de l'examen

copique qu'il a fait de pièces présentées à la Société et ayant trait à l'histoire de la pneumonie caséeuse (1).

Dans les trois cas dont il est ici question, il s'agissait de pneumonies pseudo-lombaires qui, sous la forme lobulaire, avaient envahi tout un lobe du poumon. Cliniquement la maladie avait évolué avec une grande rapidité et avec l'allure de la pneumonie lobaire. La mort est survenue une fois très-rapidement le quatrième jour (cas de M. Maygrier).

Il s'agissait donc de cette variété de lésion que l'on désigne sous le nom de pneumonie caséeuse et qui, pour Virchow, provient d'une broncho-pneumonie développée en dehors de la présence des tubercules.

L'examen histologique a montré à M. Charcot qu'il y a lieu de revenir sur l'opinion émise par Virchow et Renhart et acceptée trop légèrement, que dans ces faits il s'agit certainement d'une lésion de nature tuberculeuse et qu'il faut se rattacher à la doctrine de Laennec légèrement modifiée par suite des progrès de l'histologie. Cette opinion n'est donc pas nouvelle en France : MM. Thaon, Grancher et Renault l'ont soutenue ; plus tard, en Angleterre, Wilson Fox la confirmait.

Les nodules visibles à l'œil nu sur les coupes faites dans le tissu pulmonaire sont constitués par une agrégation de tubercules miliaires. On se rappelle que le tubercule, lorsqu'il est isolé, offre à son centre une cellule géante entourée de cellules épithélioïdes en dehors desquelles se voient de nombreux noyaux.

Voici ce que l'on remarque sur la coupe d'un lobule pulmonaire. Au centre apparaissent deux orifices, celui de l'artère et celui de la bronche ; autour de cette dernière se groupent des lésions sous la forme d'une masse à contour irrégulier divisée en deux zones; l'une centrale, jaune, caséeuse est assez nettement séparée de celle qui lui est extérieure ou zone périphérique. Celle-ci, très-bien observée par Grancher, est formée par une série de granulations tuberculeuses contenant une cellule géante, et des noyaux en dehors de cette cellule. Les cellules géantes, ordinairement disposées sur un seul rang peuvent en former plusieurs. Autour de cette zone périphérique se voient les alvéoles pulmonaires soit saines, soit avec des lésions indépendantes du processus tuberculeux. L'ensemble de ces altérations constitue une masse tuberculeuse avec caséification centrale,car ici comme dans la langue, ce sont toujours les tubercules centraux qui se ramollissent les premiers.

Nulle part il n'existait de pneumonie sur les pièces que M. Charcot a examinées. D'ailleurs, y eût-il des dépôts fibrineux dans le parenchyme pulmonaire, c'était là un phénomène accessoire, car les masses, caséeuses à leur centre, sont toujours entourées d'une zone tuberculeuse parfaitement reconnaissable. Que l'on trouve dans la parenchyme pulmonaire des exsudats pneumoniques, cela importe peu : la caséification ne se produit jamais à leur niveau ; toujours elle apparait au centre d'une agglomération de tubercules nettement constitués; que ceux-ci soient ou non entourés de lésions variées, ce sont là des détails secondaires.

La pneumonie caséeuse, résultat supposé de la caséification de l'exsudat pneumonique survenue en dehors de la présence du tubercule, n'existe donc pas sur les pièces observées; et quant à l'existence indépendante de la pneumonie caséeuse, M. Charcot pense qu'elle aurait besoin de s'appuyer sur de nouveaux faits.

8. Hémorrhagie intra-musculaire (psoas) survenue chez un enfant nouveau-né (un mois) dans le cours d'un ictère résultant d'une obstruction du canal cholédoque par des calculs biliaires ; par M. Cuffer, interne des hôpitaux.

Le 5 juillet 1877, on apporta dans le service de M. Parrot, à l'hospice des Enfants-Assistés, un enfant âgé de 12 jours, présentant un ictère très-prononcé, ainsi que des signes d'athrepsie déjà très-accusés. Jusqu'au 11 juillet on ne nota rien de nouveau, l'ictère persistait. Mais le 16, l'enfant eut une hématurie. Le 18, il y eut de nouveau de l'hématurie, de plus une légère hémorrhagie intestinale , et une exsudation sanguine très-nette et persistante au niveau des plaques ptérygoïdiennes et des ulcérations malléolaires très-marquées chez cet enfant. En un mot,il se manifesta une véritable hémophylie et l'enfant mourut le 22 juillet, à 6 h. du matin.

Autopsie. On trouve que tous les viscères ont une teinte anormale. Le poumon est jaune très-clair, le rein également.

Le *foie* est d'une teinte bronze foncé , il est mou, flasque. La vésicule est complétement vide, revenue sur elle-même, réduite à l'état d'un petit canal ; *le canal cholédoque et le canal cystique* sont oblitérés par les *calculs.* — Le foie est rempli de bile. Un grand nombre des cellules hépatiques sont granulo-graisseuses. — *Intestins.* Les selles sont décolorées, grises. — Il y a quelques portions de l'intestin où il y a du sang mélangé aux matières.

Cœur. Le cœur est pâle, anémié. Les fibres musculaires sont en grand nombre devenues granuleuses.

Cerveau. Absolument décoloré ; il a la couleur et la consistance d'une crème au lait. Dans la corne frontale droite, au milieu d'une substance complétement décolorée, d'apparence homogène, on voit un petit foyer sanguin circonscrit, on en trouve également un auprès du ventricule latéral droit.

Enfin, en examinant le reste du corps, on constate au niveau du *psoas* gauche une saillie considérable. Cette saillie est formée par un énorme caillot qui se trouve dans l'intérieur même du muscle psoas dans toute sa longueur. Ce caillot est entouré d'une coque fibreuse. On ne trouve aucune altération des gros vaisseaux voisins, ni du squelette de cette région.

9. Contribution à l'étude du développement du cerveau considéré dans ses rapports avec le crâne ; par M. Ch. Féré, interne provisoire.

L'étude des rapports anatomiques du cerveau et du crâne chez le fœtus présente un grand intérêt, non-seulement pour les faits bruts qu'elle révèle, mais encore pour les renseignements qu'elle donne sur le développement relatif des diverses régions des lobes cérébraux comparé avec celui des os qui les recouvrent. Mais avant d'exposer les résultats de recherches encore peu nombreuses, je dirai quelques mots du procédé que j'ai employé.

Lorsqu'il s'agit d'étudier des cerveaux d'adultes qui présentent une consistance assez considérable, le procédé des fiches de M. Broca, peut donner des résultats suffisamment précis, surtout si, comme je l'ai fait, on a soin de mesurer le cerveau maintenu en position dans le crâne par la dure-mère (*Bull. soc. anat.* 1875, page 828.) Mais lorsque l'on opère sur des cerveaux de nouveau-nés, et à plus forte raison de fœtus, qui présentent une très-faible consistance, ce procédé devient insuffisant, car après l'ablation totale de la calotte crânienne la forme du cerveau subit des modifications telles, que les mensurations deviennent souvent illusoires.

Le procédé dont j'ai fait usage me parait moins trompeur ; il se rapproche beaucoup de celui de Turner, qui serait ici difficilement applicable. Après avoir enlevé les téguments, j'enfonce de chaque côté de la ligne médiane, dans les fontanelles, des chevilles qui sont destinées à maintenir les rapports du cerveau et du crâne, plutôt qu'à servir de points de repère; ensuite j'incise la membrane interosseuse immédiatement en dehors de la ligne médiane. Sur les côtés de la faulx du cerveau, tout le long de la suture sagittale, une seconde incision est faite de même sur toute la longueur de la suture coronale, du bregma au ptérion; une troisième enfin, dans la suture pariéto-occipitale, du lambda à l'astérion.

La dure-mère a été incisée sur les mêmes lignes, de sorte que l'on peut facilement, en écartant les pariétaux en dehors, découvrir toute la région pariétale du cerveau qui conserve sa forme et les rapports des sillons avec les sutures du crâne. La faulx du cerveau restée intacte avec la membrane interosseuse empêche l'écartement des frontaux et de l'occipital, et par conséquent l'allongement du diamètre antéropostérieur qui ne sera pas raccourci non plus, tant que cette membrane sera maintenue tendue. Le cerveau tend toujours à s'étaler en dehors, et les rapports sont moins bien conservés dans le sens transversal ; mais on peut les rétablir momentanément

(1) Voir les faits présentés en mars et mai par M. Maygrier, p. 236 et 372, par M. Bulteau en avril, p. 284.

en rapprochant les pariétaux écartés comme des valves. Même, quand on est très-familiarisé avec l'étude des circonvolutions cérébrales, on doit craindre de se tromper en examinant ces cerveaux de fœtus à travers la pie-mère qu'on ne peut détacher à l'état frais, et dont les vaisseaux sont souvent gorgés de sang; il est donc plus prudent de marquer les deux extrémités des sillons dont on mesure les rapports avec des fiches pour pouvoir vérifier plus tard leur identité.

Il ne sera point question dans cette note des sujets observés avant le cinquième mois de la vie intra-utérine; je ferai seulement remarquer que chez tous ceux que j'ai vus, la scissure perpendiculaire externe ou la scissure perpendiculaire interne, quand la première n'avait point encore paru, se trouvait de plusieurs millimètres en avant de l'angle de l'occipital.

C'est surtout à partir de la fin du cinquième mois, lorsque les sillons de la convexité commencent à être facilement reconnaissables, que l'étude de leurs rapports avec les sutures crâniennes, présente le plus grand intérêt. Les sujets que j'ai examinés depuis cette époque jusqu'à ce terme ne sont qu'au nombre de douze, aussi n'ai-je pas la prétention de tirer des conclusions absolues; mais comme les chiffres sont très-concordants, au moins sur les points principaux, on ne peut leur refuser une certaine importance, surtout si on les rapproche de quelques observations faites sur les nouveau-nés et les enfants.

On ne trouvera ici que les chiffres indispensables, et se rapportant immédiatement au sujet.

I. Je n'ai eu entre les mains qu'un seul fœtus dans la dernière moitié du cinquième mois (examen des points d'ossification). Il présentait sur la convexité de l'hémisphère de chaque côté trois plis radiés bien distincts; l'antérieur était précisément sous-jacent et parallèle à la suture coronale; le pli radié médian était à son extrémité interne ou supérieure de 12 mm. en arrière de la suture coronale, son extrémité externe ou inférieure était seulement à 6 mm. en arrière de la même suture. On admet généralement que c'est ce pli médian, le plus étendu en longueur et en profondeur qui représente à cette époque le sillon de Rolando, tandis que les deux autres représenteraient les sillons pré et post-rolandique.

Le sillon pariéto-occipital ou perpendiculaire externe qui constituait une anfractuosité considérable relativement au peu de profondeur des autres sillons était situé à 1 cent. en avant du lambda.

La scissure de Sylvius était à 5 mm. au-dessus de la partie la plus élevée du bord supérieur de l'écaille temporale.

II. Dans le sixième mois, surtout dans la dernière moitié, il n'y a plus de doute possible sur le sillon de Rolando. Sur trois sujets de cet âge, les distances rolando-coronales supérieure et inférieure étaient : sur une fille 14 et 8 mm., sur deux garçons 15 et 8 mm., 17 et 9 mm.

La distance qui sépare la scissure pariéto-occipitale du lambda était sur les mêmes sujets 8,8 et 10 mm.

La scissure Sylvienne passait chez le premier, à 6 mm. au-dessus de la partie la plus élevée du bord supérieur de l'écaille du temporal, à 7 mm. chez le second, à 8 mm. chez le troisième.

III. Sur trois fœtus dans le cours du septième mois, nous avons, pour les distances rolando-coronales supérieure et inférieure, 18 et 10 mm. (fille), 20 et 12 mm. (garçon) 21 et 10 mm. fille.

La scissure pariéto-occipitale est en avant du lambda de 8 mm. dans les deux premiers cas, de 9 dans le troisième.

La distance de la scissure sylvienne à l'écaille temporale est de 7 mm. chez le premier et de 6 mm. sur les deux autres.

IV. Un fœtus du sexe féminin de huit mois et demi donnait : pour les distances rolando-coronales supérieure et inférieure 25 et 15 mm.

De la scissure pariéto-occipitale au lambda, 12 mm ; de la partie la plus élevée de l'écaille temporale à la scissure sylvienne, 10 mm.

V. Le cinquième groupe se compose de quatre sujets, dont deux fœtus mâles à terme, une fille de deux jours, et un garçon de trois jours.

Les distances rolando-coronales supérieure et inférieure ont été pour les deux premiers 26 et 17 mm.; pour les deux autres, 27 et 18 mm., 29 et 19 mm.

La scissure pariéto-occipitale était en avant du lambda de 18, 15, 17 et 12 mm.

La scissure Sylvienne passe encore au-dessus de la partie la plus élevée de l'écaille temporale de 12, 11, 10 et 13 mm.

Bien qu'on trouve, comme toujours, sur ces cerveaux des différences assez considérables portant sur la forme et la direction des plis secondaires, on doit remarquer que les sillons principaux, ceux sur lesquels ont porté les mensurations, sont presque rigoureusement symétriques.

Dans la même série, les chiffres indiqués varient à peu près dans la même proportion que l'indice céphalique.

J'ai préféré les donner tous plutôt qu'un moyenne qui ne répondrait à aucun cas; cela peut d'ailleurs permettre de les comparer à d'autres. Ainsi, en rapprochant le dernier groupe des trois premières observations de M. de la Foulhouze (th. 1876, p. 53), on peut constater que bien que les indices céphaliques soient presque identiques, les distances rolando-coronales supérieures ou rolando-bregmatiques sont plus considérables dans ses observations que dans les miennes, tandis qu'il existe des différences en sens inverse pour la distance qui sépare la scissure perpendiculaire ou occipitale externe du lambda. Ces différences sont, en somme, dans le même sens puisqu'elles indiquent que, dans les cas de M. de la Foulhouze, l'extrémité postérieure du sillon de Rolando et la scissure perpendiculaire externe sont toutes deux portées plus en arrière. Il est probable qu'elles sont dues à la diversité des procédés de mensuration : je rappellerai ici que M. de la Foulhouze mesurait ses cerveaux une fois retirés du crâne et même le plus souvent le lendemain ou encore plus tard (*loc. cit.* p. 41); cette manière de faire ne me paraît pas à l'abri de toute erreur. Malgré les divergences importantes seulement au point de vue de la localisation de certaines lésions chirurgicales chez le nouveau-né (Tapret, Journ. de méd. et de chir. pratiques 1877, p. 163), je crois que les chiffres donnés par cet auteur, non-seulement pour les nouveau-nés, mais aussi pour les enfants viennent à l'appui des conclusions que je me propose de tirer et je n'hésite pas à les utiliser.

Des mensurations rapportées plus haut réunies à d'autres, faites antérieurement sur d'autres catégories de sujets, on peut déduire :

1° Contrairement à ce qui a été affirmé, jamais à la naissance ni même pendant la période fœtale, l'extrémité inférieure ou externe du sillon de Rolando ne passe en avant de la suture coronale. Le sillon est toujours situé en arrière de la suture dans toute son étendue, dès le moment où il devient facile à distinguer.

2° Pendant la période fœtale, le sillon de Rolando présente une obliquité d'autant plus considérable par rapport à la suture coronale qu'on est encore plus éloigné de la naissance; du sixième mois de la vie intra-utérine à la naissance, le degré de l'obliquité peut varier dans la proportion de 2 à 3, comme on le voit en comparant les distances rolando-coronales supérieure et inférieure chez un fœtus de 6 mois où elles sont de 14 et 8 mm. et chez un enfant de 3 jours où elles sont 29 et 19.

L'obliquité du sillon de Rolando paraît être au minimum chez l'enfant à terme. Cependant, je l'ai trouvé très-incliné chez deux enfants de 9 et 17 jours, dont les distances rolando-coronales supérieure et inférieure étaient 29 et 15 pour le premier, 31 et 16 pour le second.

Après la naissance, le sillon de Rolando s'incline de nouveau graduellement, et chez l'adulte, son obliquité toujours considérée par rapport à la suture coronale, est redevenue presque aussi considérable que chez le fœtus; les distances rolando-coronales supérieure et inférieure sont en effet, chez la femme 45 et 27 (moyenne de 54 sujets), et chez l'homm 47 et 28 (moyenne de 38 sujets).

3° La branche postérieure de la scissure de Sylvius se trouve dès l'origine chez le fœtus sur un plan plus élevé par rapport à l'écaille temporale qu'elle ne le sera chez l'adulte.

4° La scissure pariéto-occipitale, au lieu de répondre exac-

tement au lambda, comme cela est presque constant chez l'adulte, est située très en avant dès son apparition, même avant qu'elle n'ait atteint la convexité de l'hémisphère.

A partir de la naissance, la scissure sylvienne et la scissure pariéto-occipitale semblent s'abaisser progressivement et elles finissent par atteindre chez l'adulte, ou à peu de chose près, la première le bord supérieur de l'écaille du temporal, la seconde le lambda. La scissure de Sylvius ne dépasse jamais inférieurement cette limite; quant à la scissure pariéto-occipitale, je ne l'ai vue que trois fois sur 92 au-dessous du lambda, deux fois chez la femme, et une seule fois chez l'homme.

De ces rapports des scissures sylvienne et pariéto-occipitale avec les sutures crâniennes comparés aux diverses époques de l'évolution, il paraît assez naturel de conclure, que chez le fœtus, la région occipito-pariéto-temporale du cerveau, que les observations physiologiques et pathologiques récentes permettent jusqu'à un certain point de qualifier de région végétative, présente un volume beaucoup plus considérable que chez l'adulte relativement à la région pariéto-frontale ou psycho-motrice; et que ce n'est qu'après la naissance que l'accroissement de cette dernière prend une prédominance progressive et parallèle au développement de certaines fonctions.

L'obliquité du sillon de Rolando, par rapport à la suture coronale qui est redevenue considérable chez l'adulte, semblerait aussi, à première vue, de nature à prouver un plus grand développement relatif pendant l'enfance et l'adolescence, de la portion supéro-interne de la région frontale où on croit pouvoir localiser certains centres moteurs et psychiques; et que ce plus grand développement est en rapport avec l'activité fonctionnelle de cette région. Quelques mensurations faites sur des cerveaux d'idiots ou de sujets amputés depuis l'enfance semblent venir à l'appui de cette opinion (Arch. de phys. norm. et path., 1876, p. 262. — Bul. Soc. anat., 1876, p. 439. — Ibid., 1877, p. 186); mais ces observations sont encore peu nombreuses et n'ont qu'une valeur relative.

Pour que ces conclusions fussent légitimes, il faudrait qu'il fût démontré que le développement des os qui constituent la boite crânienne s'effectue avec une intensité égale sur tous les points à toutes les périodes de l'évolution, et que les loges formées par l'occipital, les pariétaux, les temporaux, les frontaux, s'accroissent toujours d'une façon régulière et parallèle. Or, certains faits tendent, au contraire, à prouver que ce parallélisme de développement n'existe pas. Dans les races blanches, les sutures postérieures se soudent plus tôt que les antérieures, et la portion pariéto-frontale de la cavité crânienne peut continuer à se développer plus longtemps que la portion pariéto-occipitale. Cette disposition est exagérée sur les sujets dont la suture métopique reste ouverte jusque dans un âge avancé; dans certains de ces cas, non dans tous, il est vrai, j'ai constaté que le sillon de Rolando était plus rapproché de la suture coronale que sur d'autres crânes présentant des diamètres identiques. Les différence de rapport du cerveau et du crâne aux divers âges peuvent donc tenir au développement inégal soit des segments de la cavité, soit des régions correspondantes de l'organe contenu. Les faits précédents sont insuffisants pour fournir un argument nouveau et tout à fait probant en faveur de la doctrine des localisations fonctionnelles du cerveau; c'était, je dois l'avouer, l'objet principal de ces recherches, il n'est pas atteint.

A partir de l'âge adulte, du moment où le développement du cerveau et du crâne peut être supposé complet, les rapports des sillons et des sutures paraissent rester invariables: si je compare les mensurations de 92 sujets depuis 30 ans jusqu'au-dessus de 90 en les groupant par sexe et par âge, de 10 en 10 ans, je ne trouve pas de différence notable entre les diverses séries.

Ce résultat semble indiquer que, s'il existe une atrophie sénile du cerveau, ce doit être une atrophie en masse et non pas une atrophie systématique ou régionale (abstraction faite des effondrements des circonvolutions qui d'ailleurs n'ont point de localisation spéciale).

10. Alcoolisme chronique.— Pneumonie chronique.— Cavernes pulmonaires. — Abcès du foie. — Abcès encéphaliques; par M. Maurice Letulle, interne des hôpitaux.

Le 20 mai 1877, le nommé Buff.., Louis, 58 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Michel, nº 28, dans le service de M. Gombault. Il raconte qu'il est malade depuis cinq jours. Il a éprouvé des douleurs assez vives dans le côté droit de la poitrine, en même temps qu'il a eu de la fièvre. Constipation, anorexie. Pas de vomissements.

Ce malade n'a jamais été retenu au lit par la plus minime indisposition. Il avoue des excès alcooliques nombreux dans sa jeunesse. N'a pas eu la syphilis. On constate, au moment de son entrée, un embarras gastrique fébrile léger; la fièvre est peu vive 38°,2. Nombreux râles sibilants et muqueux disséminés dans la hauteur des deux poumons. Tremblement alcoolique des membres supérieurs. La région hépatique est un peu sensible à la pression. On trouve une matité de dix centimètres à la percussion sur une ligne mamelonnaire.

22 *mai*. A la visite du soir, le malade est pris subitement d'une agitation extrême, délire violent; il veut se lever et trois hommes ont de la peine à le maintenir dans son lit; la fièvre est vive, T. A. 39°,5. Ce délire persiste toute la nuit, mais le lendemain matin le malade a repris son air tranquille et ne se rappelle aucunement ce qui s'est passé.

25 *mai*. La même agitation reparaît le soir. Rêvasseries, cauchemars, le malade se croit menacé. Opium à hautes doses. La température monte à 40°,2. L'examen des différents viscères ne donne aucun indice, sauf une légère submatité dans la moitié inférieure du thorax à droite, en arrière. On perçoit à ce niveau, dans les grandes inspirations, des bruits secs qui paraissent être des frottements. Pas d'égophonie ni de souffle. Bien que le délire n'ait pas reparu, l'état général est mauvais, la langue est sèche.

29 *mai*. On perçoit à la base du poumon droit, en arrière, quelques râles muqueux fins et sibilants, mêlés aux frottements; la fièvre persiste, la température oscille entre 39°,6 et 38°,8.

1er *juin*. Le malade va mieux; il a commencé à manger un peu, s'est fort amaigri. Les nuits sont moins mauvaises, il dort un peu. La langue est moins sèche. Quelques râles sous-crépitants à la base du poumon droit. Râles sibilants disséminés.

4 *juin*. Délire cette nuit; mais moins violent. Pas de frisson. Ce matin la T. A. est basse 36°,8.

6 *juin*. On constate, pour la première fois, un léger œdème des membres inférieurs. La percussion du foie n'est pas douloureuse. Pas d'ascite. Le pouls est faible, très-petit, mais régulier, P. 80.

8 *juin*. L'œdème augmente rapidement. Il remonte aujourd'hui jusqu'à l'ombilic. Les urines n'ont jamais contenu ni sucre, ni albumine.

9 *juin*. Toutes les nuits le délire reparaît. Délire calme, mots incohérents, quelques cris très-aigus sans que le malade accuse cependant une douleur localisée.

11 *juin*. Il a été pris hier au soir d'un accès de dyspnée excessivement violent. Cyanose extrême, état asphyxique, on l'a cru mort pendant quelques minutes. Ce matin, la dyspnée est calmée. Les bruits du cœur sont voilés par des râles sibilants nombreux. A la base gauche, on trouve râles sous-crépitants fins et crépitants nombreux. Le pouls reste régulier quoique très-faible, il est lent. La T. A. reste basse depuis le 8 juin, elle oscille autour de 36°,5.

14 *juin*. Le délire a reparu très-violent la nuit dernière. Ascite légère. L'œdème des membres inférieurs est considérable. Le malade ne se plaint pas, répond bien aux questions. Le pouls est toujours très-régulier.

16, 17, 18 *juin*. Les nuits sont très-agitées. Cris perçants éclatant subitement sans cause et après lesquels le malade paraît tomber dans un état comateux. Affaiblissement rapide. Émaciation considérable. Le pouls devient irrégulier et très-rapide 128.

19 *juin*. Facies hippocratique. Le malade pousse des cris incessants. On ne peut le questionner. Décubitus dorsal. Lan-

gue sèche, fuligineuse, asphyxie, cyanose extrême des extrémités. Dyspnée intense. Cris déchirants. Ne répond plus aux questions.

20 *juin*. Le malade parait un peu mieux. Il comprend les questions qu'on lui fait, et y répond d'une voix faible. Il ne peut dire quel est l'endroit où il souffre. — Il meurt subitement dans la nuit.

Autopsie. L'examen cadavérique fait avec soin permit de constater les lésions suivantes :

Le *poumon droit* présente des adhérences déjà anciennes, généralisées à toute la cavité pleurale, sauf au niveau du diaphragme. Sur le lobe moyen, face externe, une caverne anfractueuse, creusée au milieu du parenchyme pulmonaire induré, grisâtre, à peine crépitant. Cette caverne confine à la plèvre, elle atteint la grosseur d'une petite noix. Elle contient une quantité notable de matière putrilagineuse sans odeur gangréneuse, et de tractus encore adhérent aux parois. Le sommet est creusé de cavernules remplies de masses blanchâtres fromageuses. Ces cavernules sont creusées dans un tissu gris noirâtre sillonné sur les tractus fibreux très-abondants. Le parenchyme est friable et crépite à peine. On ne trouve en aucun point de tubercules.

Poumon gauche. Fausses membranes récentes au niveau du bord postérieur et sur la face diaphragmatique. Epanchement pleural très-abondant, liquide louche. Le lobe inférieur est revenu sur lui-même et carnifié. On retrouve dans le lobe supérieur des lésions en tout semblables à celle du côté droit, et l'on ne peut constater la présence de tubercules. Les ganglions du hile de chaque poumon, sont peu gros et ne sont pas caséeux.

Cœur. Gras, paraît dilaté. L'orifice mitral est athéromateux. Gros caillot fibrineux récent, mais totalement blanchâtre dans l'artère pulmonaire. La fibre musculaire parait un peu feuille-morte. Péricarde, sain. — *L'aorte* est très-athéromateuse. On trouve un point où l'endothélium parait comme ulcéré, immédiatement au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche.

Estomac. La muqueuse, manifestement épaissie, montre de gros vaisseaux très-apparents surtout au niveau de la grande courbure. On trouve trois ou quatre ulcérations très-superficielles, arrondies, au niveau des points où les vaisseaux sont le plus apparents.

Reins petits, très-injectés. La capsule s'enlève facilement, elle est très-mince. Les vaisseaux sont très-athéromateux. On trouve au niveau du sommet d'une pyramide une petite tumeur dure, blanchâtre, d'aspect fibreux, arrondie, du volume d'une grosse tête d'épingle.

Foie. Le foie est gras, très-volumineux. Sur la coupe, on tombe dans une énorme poche purulente creusée au centre même de la glande hépatique. Cette poche est de la grosseur du poing. Ses parois sont anfractueuses, sans épaississement du foie dans le voisinage. Le contenu est un liquide jaune verdâtre, très-filant, rappelant une solution de gomme épaisse Dans le voisinage quelques petites cavités purulentes, de la grosseur de petites noix, contenant un liquide purulent semblable. Elles sont situées dans le lobe droit.

Intestins. Les intestins ont été examinés avec soin. Le gros intestin, non plus que l'intestin grêle, n'offraient aucune lésion appréciable. — *Rate* petite, diffluente.

Encéphale. La circonvolution marginale du corps calleux gauche offrait, immédiatement au-dessous de la pie-mère, un petit abcès gros comme un petit pois. De même au niveau du bord postérieur de l'hémisphère cérébelleux gauche, un autre abcès plus petit se montrait sous les méninges. Dans l'épaisseur de la couche optique gauche près de l'épendyme, et dans la substance du corps strié droit (noyau intra-ventriculaire) deux autres abcès du même volume. Ces abcès occupaient la substance grise entourés d'une zone rouge, hémorrhagique. Ils n'avaient pas déterminé de méningite dans leur voisinage. Le pie-mère dans toute son étendue est fortement congestionnée.

Réflexions. Cette observation nous a paru digne d'être rapportée, avec ses longueurs et malgré ses lacunes. Elle nous montre les faits suivants :

1° Une hépatite suppurée méconnue pendant la vie du malade;

2° Une véritable pyohémie chronique (abcès du foie et de l'encéphale, pleurésie aiguë) ne se rattachant à aucune cause connue. Le malade n'avait jamais quitté la France et n'avait eu ni dyssenterie ni fièvre intermittente ;

3° L'affection chronique des poumons probablement de nature alcoolique a-t-elle joué un rôle quelconque dans l'apparition des accidents d'infection purulente qui ont causé la mort du malade?

4° Doit-on rapporter à l'alcoolisme ces lésions graves ayant porté sur trois viscères si fréquemment atteints dans cette intoxication, l'encéphale, le poumon et le foie?

11. Diabète. — Tubercules pulmonaires. — Abcès des reins. — Cancer de l'estomac et du foie; par M. P. Richer, interne des hôpitaux.

P..., 32 ans, entre le 8 mars 1877, dans le service de M. Gallard, hôpital de la Pitié. Sans être d'une très-robuste constitution, il s'est toujours bien porté. Son père, âgé de 71 ans, jouit d'une belle santé. Sa mère, morte à 68 ans, avait un goître et était asthmatique depuis fort longtemps. Elle a succombé à des accidents pulmonaires.

Au mois d'août dernier, un médecin qui le soignait d'une bronchite, s'aperçut qu'il avait du sucre dans les urines. Depuis quelque temps déjà, le malade avait remarqué qu'il urinait beaucoup et qu'il était tourmenté par la soif. Il guérit assez bien de sa bronchite pour reprendre son travail. Mais bientôt un affaiblissement excessif et l'aggravation des symptômes du diabète, le forcèrent d'entrer à l'hôpital vers le mois d'octobre. Il demeura trois semaines dans le service de M. Desnos, et en sortit un peu amélioré. Mais il ne tarda pas à retomber dans le même état que précédemment, ses forces ne lui permirent pas de reprendre son état de cordonnier, et il traina misérablement, buvant beaucoup, pissant de même, s'affaiblissant de plus en plus, jusqu'à son entrée dans le service de M. Gallard.

Il est très-amaigri, il a le teint terreux et la face bouffie. Il boit et urine de 6 à 8 litres par 24 heures. Son urine contient une notable proportion de sucre. Pas d'albumine. Il a grand appétit et se rassasie promptement de viande. Pas de fièvre. Il ne tousse pas. Il porte à la cuisse droite les restes d'un vaste abcès en voie de cicatrisation. Cet abcès est survenu au mois de décembre. Les téguments de la partie postérieure de la cuisse étaient décollés, et l'incision donna issue à près d'un litre de pus. Traitement : Macération de quinquina, pain de Gluten. Cresson.

La quantité de boisson absorbée et d'urine rendue, diminua progressivement, au point de descendre à deux litres vers le mois de juin, et s'y maintint jusqu'à la fin. Le sucre disparut aussi complètement vers la même époque.

L'appétit diminua également ; le malade avait de la peine à ingérer la viande crue qu'on lui prescrivit, mais il n'eut jamais de vomissements.

L'émaciation fit de grands progrès ; il eut une bronchite nouvelle avec craquements aux sommets, et pleurésie à la base gauche ; des inflammations circonscrites et fugaces se montrèrent sur différents points des membres inférieurs. Un abcès suppura au talon gauche. Il eut des douleurs généralisées qui rendaient ses mouvements dans le lit fort pénibles. Sa vue s'affaiblit, il avait un peu de fièvre le soir et des sueurs profuses la nuit.

Quelques jours avant de mourir, ses crachats devinrent purulents, son urine laissa déposer du pus. Elle ne contenait ni sucre ni albumine. — Il mourut le 17 juillet, dans un état de cachexie extrême.

Autopsie. Les *reins* sont volumineux, leur surface externe est rendue inégale par la proéminence d'un grand nombre d'abcès de différents volumes. A la coupe, il s'en échappe un pus blanc et crémeux. Les abcès sont limités par une membrane blanchâtre. Les plus petits sont de forme sinueuse. Dans l'intervalle des abcès, le tissu rénal est pâle et parsemé de petites extravasations sanguines. Les deux substances sont facilement reconnaissables, les deux reins sont altérés à peu près au

même degré. Les uretères ne sont pas dilatés. La vessie est petite à parois un peu épaissies.

Le *foie* a conservé son volume et sa forme, mais sa surface est rendue rugueuse par un semis de petites saillies d'un blanc jaunâtre de volume variable, depuis celui d'un grain de millet, jusqu'à celui d'un petit pois, d'une consistance très-dure. Dans l'intervalle, le tissu du foie est granuleux, assez résistant. — Une coupe permet de constater dans l'intérieur même de l'organe la même abondance de petites tumeurs. Elles sont arrondies, nettement limitées, d'une dureté cartilagineuse, ne laissant pas suinter de liquide. Plusieurs sont teintes en jaune par la bile et présentent, au centre, une petite excavation qui pourrait bien être la lumière d'un conduit biliaire. Aucune d'elles n'a subi de ramollissement. Les *ganglions* qui avoisinent le hile sont volumineux et durs. On trouve au devant de la colonne vertébrale une masse formée de ganglions semblables qui entourent l'aorte.

Le *pancréas* est volumineux, de consistance dure. Sa tête est entourée de masses ganglionnaires dégénérées qui adhérent également au duodenum. Les ganglions solaires du grand sympathique ont été trouvés englobés dans ces amas ganglionnaires. L'*estomac* présente aux environs du pylore une infiltration d'apparence carcinomateuse qui augmente l'épaisseur des parois et rétrécit l'orifice pylorique, au point de ne permettre que l'introduction d'un seul doigt. La *rate* est volumineuse, friable, parsemée de petites nodosités semblables à celles que l'on trouve dans le foie, mais en plus petit nombre.

Le *poumon* gauche est diminué de volume. Sa base est recouverte de fausses membranes peu résistantes et de plusieurs millimètres d'épaisseur. La cavité pleurale renferme une notable quantité de liquide. On trouve près du sommet du poumon une caverne du volume d'une grosse olive remplie de pus. Deux autres excavations de dimensions presque égales se rencontrent vers le bord antérieur. A l'entour des cavernes, le tissu pulmonaire est infiltré de noyaux tuberculeux. Le reste du poumon est congestionné. Il surnage. A droite, les plèvres sont adhérentes dans la plus grande partie de leur étendue, c'est-à-dire à la base du poumon et tout le long de son bord postérieur. Le sommet du poumon présente un noyau du volume d'une noix, d'une dureté presque cartilagineuse. Le reste du poumon parait sain. — Le *cœur* est petit, globuleux, il semble en état de systole. Les parois sont épaisses. Pas de caillots ni de lésion valvulaire.

Le *cerveau* est sain. On trouve seulement sur le plancher du 4e ventricule quelques arborisations vasculaires un peu marquées.

12. Cancer de l'œsophage. Rétrécissement spasmodique, — Cancer secondaire du foie, des ganglions médiastinaux et des poumons. — Caverne pulmonaire tuberculeuse; par M. Maurice Letulle, interne des hôpitaux.

Lesage Louis, 66 ans, fumiste, est apporté le 12 juin 1877, salle Saint-Michel, n° 17, service de M. Gombault. Il y a environ un an le malade s'aperçut pour la première fois qu'il avalait un peu difficilement, bientôt quelques régurgitations faciles se montrèrent. Enfin, il y a six mois, la déglutition devenant absolument impossible, il entra à l'hôpital Lariboisière et fut soumis au cathétérisme. On le sonda 14 fois, et il partit déglutissant assez facilement, les régurgitations alimentaires devinrent journalières depuis cette époque. Il a remarqué que le lait remonte souvent caillé avec quelques autres aliments un peu digérés. Amaigrissement considérable.

Il vient à l'hôpital parce que depuis quelques jours la gêne est devenue très-marquée et que les aliments ne passent plus. Etat squelettique, on trouve au creux épigastrique deux grosses masses bouclées arrondies, visibles sous la peau qu'elles soulèvent, et mobile avec les contractions du diaphragme.

Le foie parait peu volumineux, 10 cent. sur la ligne mamelonnaire. Le ventre en bateau est accolé à la région lombaire, et à peine sonore. Selles très-rares, jamais d'hématémèse ni de vomissements violents. Pas de douleur au creux épigastrique. Cathétérisme de l'œsophage ;-on passe l'olive n° 1 sans grande difficulté, elle revient couverte d'un filet de sang. Aussitôt les aliments liquides passent facilement.

A partir de ce jour, matin et soir, on est obligé de sonder le malade qui ne pourrait avaler sans cela. On ne rencontre pas d'obstacle.

19 *juin*. Les liquides passent facilement, sans qu'il y ait eu besoin de cathétérisme. Ils ne sont plus rejetés ; mais les aliments solides ne peuvent entrer dans l'estomac et sont rejetés par régurgitation. On cesse le cathétérisme. Amaigrissement considérable. — Mort le *21 juin*.

Autopsie. Il existe au niveau de la partie inférieure de l'œsophage une énorme ulcération cancéreuse qui commence au niveau même du cardia. Elle embrasse la circonférence du conduit et envoie le long de sa face antérieure un prolongement ulcéré qui remonte à 12 centimètres au-dessus du cardia. C'est surtout dans sa partie postérieure que le cardia est envahi par le néoplasme. Dans toute l'étendue de l'ulcération les tissus sous-jacents sont épaissis et durs surtout aux deux extrémités de l'ulcération. Un magma putrilagineux adhérent occupe le centre de l'ulcère, et lui donne un aspect noirâtre. Quelques bourgeons rosés pâles apparaissent au fond de l'ulcère et sur ses bords. Au centre elle atteint presque le tissu cellulaire ambiant et menace de perforer.

Estomac. Dans la région du cardia, sur la petite courbure, on aperçoit trois masses jaunâtres, arrondies, dures. Ce sont des ganglions de l'épiploon gastro-hépatique envahis par la dégénérescence cancéreuse. Ils commencent à adhérer aux fibres musculaires sous-jacentes qui ne paraissent pas atteintes. Le ganglion le plus avancé sur la petite courbure est très-ramolli et laisse sourdre à la coupe une matière jaune rougeâtre. Les autres ganglions sont plus durs, et d'un jaune pâle parsemé de points ecchymotiques. La muqueuse gastrique est indemne en dehors du cardia. Sur sa face antérieure elle offre un petit pointillé vasculaire très-rouge, riche réseau très-fin disposé par touffes autour de grosses veines sous-jacentes. Même pointillé au niveau du pylore.

Foie. Ne parait pas gras. Quatre tumeurs apparaissent sur la face convexe, saillantes, de la grosseur de grosses noix, jaunâtres au centre. A leur partie la plus proéminente, on aperçoit des petits bourgeonnements irréguliers, pâles, durs, peu vasculaires et rendant ainsi irrégulière la surface péritonéale. Ces tumeurs sont sphériques, enchâssées dans le tissu hépatique et font saillie sur la coupe. On trouve dans l'épaisseur de l'organe un petit nombre d'autres tumeurs plus petites. A l'œil nu, leur contexture parait être la suivante : tractus de tissu conjonctif jeune circonscrivant des aréoles arrondies remplies d'un tissu jaunâtre friable.

Le cœur est presque exsangue. On trouve un petit caillot récent de la grosseur d'une petite noisette dans chacun des ventricules.

Poumons. Le poumon gauche présente à son sommet une caverne de la dimension d'une petite orange ; elle est entourée d'une zone de tubercules en îlots dont quelques-uns ont commencé à subir le ramollissement caséeux. Cette tuberculose occupe spécialement le lobe supérieur. Au niveau du bord antérieur de la languette pulmonaire adhérente au péricarde, on trouve une masse petite de la grosseur d'une noisette, offrant une teinte rose-grisâtre, accolée au tissu cellulaire péri-péricardique et aux adhérences pleurales. Ce noyau paraît être un ganglion cancéreux. Il adhère intimement au parenchyme pulmonaire dans lequel il parait pénétrer. Le gros ganglion, situé au-dessous de la bronche gauche, au niveau du hile du poumon, est également envahi par la dégénérescence cancéreuse. Les autres ganglions médiastinaux paraissent sains. — *Poumon droit*. Congestion œdémateuse à la base. Au sommet, quelques adhérences anciennes. La plèvre à ce niveau est fort épaissie. Quelques noyaux tuberculeux disséminés dans le lobe supérieur. Au niveau du bord postérieur on retrouve un noyau dur, rosé à la coupe, qui parait être cancéreux.

L'encéphale ne présente rien à noter, si ce n'est un certain degré d'hydrocéphalie ventriculaire. Les vaisseaux sous-épendymaires des ventricules latéraux sont très-apparents. La cavité ventriculaire mesure pour chaque hémisphère, du sommet de la corne frontale à la partie la plus reculée de la corne occipitale, 15 centimètres. Anémie cérébrale. — (L'exa-

men histologique des altérations pulmonaires, sera fait par M. PIERRET.)

REMARQUES. Nous croyons pouvoir insister sur l'intérêt que présentent les faits suivants : — 1° Coexistence de lésions cancéreuses et tuberculeuses chez le même sujet. — 2° La période avancée de la tuberculose peut-elle s'expliquer par la marche rapide de l'affection pulmonaire qui ne se révélait par aucun symptôme fonctionnel ? — 3° La tuberculose pulmonaire est-elle consécutive à la cachexie profonde causée par le cancer du cardia ? — 4° Le spasme de l'œsophage qu'on pourrait appeler ici secondaire ou symptomatique a joué à deux reprises le rôle de véritable complication dans la marche de la maladie. — 5° La généralisation du cancer peut être suivie le long des ganglions lymphatiques d'un côté vers le foie, de l'autre vers le médiastin et les poumons.

13. Dilatation énorme de l'S iliaque; par M. DUPLEIX, externe des hôpitaux.

Brind..., Louis, 38 ans, maçon, entre le 22 juin dans le service de M. VULPIAN (salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 1).

Ce malade naquit avec une imperforation de l'anus. Il fut opéré avec succès, mais pendant sept ans il fut obligé de se servir d'une canule pour la défécation. Au bout de ce temps, il put aller à la selle d'une façon normale. A l'âge de 18 ans, il eut une pleurésie à gauche, dont il guérit parfaitement. En 1870, il eut une première attaque de rhumatisme, qui occupa toutes les articulations des membres, sauf celles des coudes et des épaules. En même temps il eut, dit-il, des palpitations de cœur et les jambes enflées. Il y a deux ans, il fut atteint pour la deuxième fois de la même affection, mais avec une intensité beaucoup moindre.

Depuis son enfance, il éprouve des troubles intestinaux caractérisés par une constipation opiniâtre (il reste habituellement quatre ou cinq jours sans aller à la selle), et un ballonnement du ventre qui apparaît de une à deux heures après le repas. Ce ballonnement disparaissait aussitôt après l'évacuation d'une quantité assez considérable de gaz. Pas de signes d'alcoolisme évidents.

Il fait remonter le début de sa maladie actuelle à 3 mois environ. Vers cette époque, il remarqua que le gonflement habituel de son ventre, au lieu de se dissiper comme les autres fois, persista. Le ballonnement d'abord léger augmenta peu à peu, et bientôt envahit tout l'abdomen. Toujours même constipation. Le malade ne va à la selle qu'une fois tous les 5 ou 6 jours. Depuis 2 mois seulement est apparu un œdème léger des jambes, qui disparaît dans le décubitus. L'état général n'a pas été atteint. Les forces et l'appétit sont restés les mêmes. Jamais il n'a éprouvé de douleurs autres que la gêne occasionnée par le développement du ventre. Pas d'ictère.

Etat actuel. Au premier coup d'œil, on est frappé du volume énorme que présente le ventre de ce malade : Il est uniformément distendu, mais fait encore plus saillie au niveau de l'épigastre, où la masse intestinale paraît s'être réfugiée. En effet à ce niveau, existe une sonorité exagérée qui dénote une accumulation de gaz dans cette région. A mesure que la percussion s'éloigne de cette région, on perçoit tout autour de cette saillie une matité qui devient complète dans les deux flancs et dans toute la région sous-ombilicale. Les veines contenues dans l'épaisseur de la peau de l'abdomen sont considérablement dilatées et forment un réseau très-apparent. Le *foie* paraît avoir diminué de volume, mais il est difficile à délimiter à cause du développement exagéré de l'ascite ; il en est de même de la *rate*.

L'état général est conservé. La peau de la face est d'un jaune terreux. Sur tout le reste du corps, elle est pâle et sèche. Le malade dit avoir conservé toute sa force musculaire, et n'a pas maigri notablement. La respiration est courte et aux moindres efforts il est essoufflé. L'appétit est bon, les digestions se font bien, sauf les phénomènes précédemment cités. Les poumons sont sains, le cœur aussi. Les urines sont normales.

24 Juin. En allant à la selle, le malade est pris de dyspnée intense et subite. Rapporté à son lit, il meurt au bout d'une heure.

AUTOPSIE. A l'ouverture de la cavité abdominale, dont les parois étaient très-amincies, le couteau ayant éraillé une partie de l'intestin, il y eut subitement un dégagement considérable de gaz avec des matières fécales, noirâtres et très-molles. Ce dégagement fut précédé d'un bruit assez fort et projection au loin des matières fécales, en même temps que l'ouverture de la plaie était agrandie et portée à près de 30 centimètres.

Cette ouverture, faite ainsi à l'intestin, fut oblitérée avec des fils, et après avoir sectionné avec soin le reste des parois abdominales dans toute l'étendue, on apercevait une masse énorme remplissant toute la cavité de l'abdomen, depuis la partie inférieure jusqu'au diaphragme, refoulant non-seulement ce muscle dans l'intérieur de la cavité thoracique, mais avec lui l'intestin grêle, l'estomac, le foie et la rate.

Il fut reconnu que cette masse énorme n'était autre chose que l'S iliaque et le rectum très-dilatés, et remplis de matières noirâtres très-molles. On lia l'intestin au-dessus de l'S iliaque, et après l'avoir séparé du reste du tube digestif, il fut enlevé de la cavité abdominale avec le rectum, qui fut disséqué jusqu'à l'anus.

On vit alors qu'il n'y avait pas de traces de liquide dans la cavité abdominale, le reste de l'intestin avec les annexes étaient blottis dans le fond de cette cavité et paraissaient très-diminués de volume.

Après avoir vidé l'S iliaque et le rectum des matières qu'ils renfermaient, on en évalua la quantité à la valeur de plus de 20 litres ; elles étaient très-molles, noires avec un reflet verdâtre et d'une odeur fétide. La dilatation commence au-dessus de l'S iliaque et se continue sur le rectum jusqu'à l'anus ; c'est au niveau de l'ampoule rectale et un peu au-dessus qu'elle est plus grande.

L'anus se présente presque immédiatement après cette dilatation, sous la forme d'un anneau assez rétréci, dans lequel le doigt pénètre assez difficilement. L'ouverture anale semble conformée de la même façon que sur un anus normal.

L'épaisseur des parois au niveau de la dilatation est considérablement accrue, les trois tuniques sont épaissies, mais c'est la tunique musculaire qui à la simple vue paraît l'être le plus. Sur la face interne, on remarque des éraillures plus profondes, plus ou moins étendues, qui semblent dues à la distention des parois par les matières.

La mensuration a donné les résultats suivants :

Circonférence au niveau du rectum dans la plus grande dilatation, 70 centim.; la largeur est de 90 centim.

Le reste du gros intestin est aussi un peu dilaté, le cœcum surtout semble beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal. Dans cette portion du tube digestif, contenant des matières analogues à celles de l'S iliaque et du rectum, on rencontr des corps étrangers de toute espèce, des phalanges entières, des boutons, des noyaux de fruits incrustés de matières calcaires, etc. Les parois à ce niveau semblent parfaitement normales.

L'intestin grêle est normal, son volume extraordinaire, mais ses parois sont amincies et se déchirent à la moindre traction. Il en est de même de l'estomac, qui est un peu dilaté, et don les parois d'épaisseur ordinaire se déchirent facilement sous l'influence de tractions légères.

L'*œsophage* et le pharynx sont absolument sains. Les *reins* sont de volume normal et la coupe présente leur tissu absolument normal. La *rate*, petite, paraît très-anémiée. Le *foie*, de volume normal, de couleur ordinaire, se présente à la coupe comme un foie tout à fait sain et exempt d'altérations; la réaction iodique n'a donné aucun résultat. Le *pancréas* est normal.

La *cavité thoracique* présente sa capacité très-diminuée par le refoulement du diaphragme. Les deux poumons sont refoulés en haut et ne sont tous les deux pas plus gros que les deux poings. Le poumon droit était intimement adhérent à la plèvre pariétale et à la plèvre diaphragmatique ; il présentait une coloration rouge assez nette, et sur des coupes cet aspect rougeâtre était très-marqué. Celui de gauche était normal. Le *cœur* était également sain.

14. Diabète. — Tuberculose miliaire aiguë; par M. MAURICE LETULLE, interne des hôpitaux.

Manguiot François, 36 ans, cordonnier entre le 12 mai 1877 à la Pitié, salle Saint-Michel, service de M. GOMBAULT. Cet homme n'avait jamais été malade, si ce n'est il y a seize ans, époque où il fut couvert pendant quelque temps d'une éruption de furoncles très-abondante. N'a jamais fait de grands excès de boissons et a toujours beaucoup travaillé.

C'est depuis un an qu'il est malade; il s'aperçut, à cette époque, qu'il était obligé de boire beaucoup plus pour satisfaire sa soif. L'appétit augmenta de même mais resta proportionnellement moindre. Bientôt il s'amaigrit, et les forces diminuèrent. Enfin il y a trois semaines environ un affaiblissement rapide, une émaciation considérable, et une toux sèche et quinteuse le forcèrent d'abandonner son travail.

Le malade *à son entrée*, offre une teinte légèrement terreuse de la face, la peau est chaude, 38°,2, le pouls très-rapide, la céphalalgie très-vive depuis une huitaine de jours. La bouche est sèche, la langue rouge et pointue, la soif vive; le malade affirme qu'il boit journellement huit à dix litres d'eau. Il urine beaucoup depuis un an. L'examen des viscères ne présente rien de notable, si ce n'est une rudesse assez grande des bruits respiratoires au sommet droit, en arrière. Il ne crache pas, n'a pas eu d'épistaxis, constipation habituelle. L'examen de l'urine donna le diagnostic. L'urine légèrement trouble, contient une quantité très-notable de sucre. La chaleur et l'acide nitrique produisent un très-léger nuage albumineux.

Dès le lendemain on dosait le sucre, et l'on recueillait la quantité totale d'urine des 24 heures. On trouvait au saccharimètre 388 gr. 10 pour 7 litres d'urine.

Le tableau suivant donne, jusqu'au jour de la mort, la température, le pouls et l'urine avec sa densité :

DATES.	URINE des 24 HEURES.	DENSITÉ	DOSAGE du SUCRE.	TEMPÉRATURE axillaire.	POULS.
12 mai.	›	›	›	m. ›	
				s. 38,2	132
13 —	7.000	1.026	›	m. 37,8	
				s. 37,6	112
14 —	7.000	1.026	›	m. 38,5	100
				s. ›	
15 —	6.800	1.025	388 gr. 11	m. 38,2	106
				s. 38,6	
16 —	8.000	1.022	›	m. 37,4	100
				s. ›	
17 —	7.500	1.021	›	m. 38,5	100
				s. ›	104
18 —	7.500	1.020	›	m. 39,7	108
				s. 38,2	
19 —	6.000	1.020	353 gr. 53	m. 39.1	92
				s. 36,6	100
20 —	6.500	1.015	›	m. 38,2	108
				s. 38,7	
21 —	5.700	1.017	›	m. ›	108
				s. 39,6	108
22 —	6.000	1.017	155 gr. 74	m. ›	108
				s. 38,2	120
23 —	5.900	1.015	›	m. 39,4	128
				s. 38,4	107
24 —	5.000	1.012	›	m. 38°	
				s. 39,5	124
25 —	5.000	1.012	›	m. 39,9	
				s. 39°	128
26 —	6.000	1.010	›	m. 39,2	132
				s. 39,5	132
27 —	5.900	1.010	›	m. 38,5	140
				s. 40,7	140
28 —	›	1.012	›	m. 40°	144
				s. 40,5	140
29 —	›	1.020	›	m. 39,5	144
				s. 39,6	128

Nous pûmes, en effet, constater que le malade buvait, en outre de sa ration de vin et de sa tisane, une quantité d'eau qui variait entre 6 et 10 litres chaque jour.

L'état général assez mauvais persistait. Le malade s'affaiblissait de jour en jour, la céphalalgie opiniâtre dont il s'était plaint à son entrée ne cédait à aucun traitement, lorsque le 22, il se plaignit d'un grand malaise : il éprouvait dans la région hypochondriaque une pesanteur, le foie était douloureux à la pression. La toux plus fréquente ne s'accompagne d'aucune expectoration. On trouve quelques râles sous-crépitants à la base droite, les bruits respiratoires paraissent rudes à la base gauche. L'appétit diminue considérablement.

25 *mai.* On remarque pour la première fois un peu de cyanose de la face. La langue, très-rouge et pointue, paraît comme desquammée. Au sommet droit en arrière, matité très-notable. Sous la clavicule du même côté, submatité, résonnance de la voix, quelques râles crépitants fins. Mêmes signes stéthoscopiques dans le creux axilaire. L'urine est tombée à 5 litres. Le sucre est notablement diminué (réactifs).

26 *mai.* La nuit a été agitée, délire. Diarrhée abondante, souffle rude et profond dans l'aisselle droite. Dyspnée.

27 *mai.* La cyanose constatée les jours précédents s'accentue, la face est violacée. Dyspnée augmentée. Affaissement considérable. Ne mange pas. Il est impossible de recueillir la totalité de l'urine, incontinence des matières fécales et de l'urine.

28 *mai.* Cyanose générale de la surface tégumentaire. La langue est violacée, mais elle n'est pas sèche. Respiration soufflante dans la moitié supérieure du poumon droit. Toux fréquente, pas de crachats.—Soir. Face violacée, lèvres sèches, fuligineuses. Décubitus dorso-latéral droit. Délire. Carphologie.

29 *mai.* La nuit a été très-agitée. La cyanose est extrême. Dyspnée très-grande. Râles sous-crépitants fins, disséminés en avant de chaque côté. — Le malade meurt dans la nuit.

AUTOPSIE. *Poumon droit.* Quelques adhérences pleurales au niveau du bord postérieur du lobe supérieur. Sur les coupes, infiltration de granulations tuberculeuses d'autant plus confluente qu'on se rapproche de la partie inférieure de ce lobe supérieur. Au sommet deux noyaux grisâtres, du volume d'un gros pois, entourés par une zone d'un tissu gris, lardacé, très-dur. Le reste du parenchyme est très-congestionné. Au lobe inférieur, congestion intense d'un rouge brun, sur laquelle tranchent, par leur blancheur, les granulations miliaires très-nombreuses et très-jeunes.

La plèvre interlobaire est parsemée d'un nombre très-grand d'ecchymoses sous-pleurales. Au niveau du hile, on trouve un énorme ganglion mollasse et fluctuant, laissant sourdre sur la coupe une quantité considérable d'un liquide lactescent rempli de masses calcaires très-blanches. On isole la coque du ganglion très-mince et très-peu vasculaire. Au-dessous de la bronche on trouve un autre noyau calcaire, mais noirâtre et fort petit. *Poumon gauche.* Très-congestionné, infiltré également de tubercules qui paraissent un peu plus vieux et déjà jaunâtres sur quelques points. La base du poumon ne crépite plus et va au fond du vase.

Cœur, 257 grammes. Le cœur est mou. La valvule mitrale paraît saine, toutefois on aperçoit, à la partie inférieure de l'angle mitro-sigmoïdien, quatre ou cinq petits points d'athérome endocardique.

Foie, 1680 gr. Le foie offre une teinte générale jaune chamois très-remarquable. Quelques ecchymoses sous-péritonéales. Sur les coupes on aperçoit un semis de granulations tuberculeuses arrondies, infiltrées dans le parenchyme hépatique Elles sont d'un gris-rosé très-tendre et sont toutes entourées d'une petite zone hyperémiée qui donne au foie ce ton orangé pâle. Le foie est gras. La vésicule biliaire est remplie d'une bile jaunâtre.

Reins, 340 gr. Les reins sont, eux aussi, infiltrés de granulations tuberculeuses. Ils sont très-nombreux au-dessus de la capsule. Dans la substance corticale, chacune des granulations est entourée d'une zone d'hyperémie très-remarquable, c'est surtout dans cette substance corticale qu'ils sont le plus abondants. Le parenchyme est d'ailleurs très-congestionné.

Encéphale. Rien à noter, si ce n'est une congestion très-notable des plexus choroïdes du quatrième ventricule. Ce fait

qui a frappé M. Pierret, qui a bien voulu examiner les pièces, a peut-être une grande importance au point de vue de la pathogénie du diabète dans ce cas.

Rate infiltrée de tubercules jeunes. *Intestins*. Les plaques de Peyer paraissent un peu congestionnées ; la muqueuse de l'intestin grêle est au reste notablement rouge. Pas de tuberculose intestinale ni péritonéale. *Estomac* très-congestionné sur certains points, notamment au niveau de la petite courbure. Dans la région pylorique, quelques ecchymoses de la muqueuse.

Réflexions.—Cette observation nous paraît mériter l'attention à plusieurs titres :

1° Elle nous montre un diabétique maigre, mourant d'une granulie à forme dyspnéique.

2° Malgré quelques oscillations bizarres, la température et le pouls se sont élevés progressivement jusqu'au jour de la mort. En même temps, la glycosurie et la polyurie diminuaient progressivement.

3° Au point de vue anatomo-pathologique, nous croyons devoir insister sur la confluence remarquable des lésions tuberculeuses dans le foie et dans le rein, c'est-à-dire dans les deux organes les plus profondément atteints peut-être par la glycosurie.

4° La tuberculose miliaire a-t-elle été dans ce cas l'expression ultime de la prédisposition morbide d'un individu cachectique de par le diabète ? Les lésions anciennes de nature tuberculeuse, constatées au sommet du poumon droit et dans le ganglion du hile pulmonaire, permettent de le supposer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 Décembre 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Perrin, à propos du procès-verbal, déclare ne pas partager les idées émises par M. Lucas-Championnière sur l'opération du trépan que nécessiteraient les lésions cérébrales produites par une fracture du crâne. Quel que soit le siége du traumatisme crânien, on devrait appliquer la couronne du trépan sur la région qui correspond au centre des fonctions abolies ; M. Perrin est d'avis qu'en présence d'une fracture du crâne, on doit se borner à constater si la fracture est simple ou compliquée, afin de subordonner la pratique de la trépanation à la gravité de la fracture et non à la délimitation des lésions cérébrales ; mais on peut courir le risque de faire une opération inutile, ou de provoquer des accidents irrémédiables. A l'appui de son assertion, M. Perrin cite deux observations de plaies du crâne accompagnées de lésions cérébrales, que mettaient en évidence les symptômes aphasie, monoplégie brachiale, paralysie faciale; dans ces deux observations, les malades, traités par l'expectation, guérissent complètement ; toutefois, le malade de la deuxième observation est sujet à des attaques épileptiformes. *M. Lucas-Championnière* exprime le regret que sa pensée soit mal interprétée en raison de la confusion qu'on établit entre les accidents primitifs et les accidents secondaires. Quand un individu a un traumatisme du crâne avec une hémiplégie immédiate, celle-ci est un excellent guide pour la trépanation ; cependant, il y a des troubles moteurs passagers qu'il ne faut pas faire entrer en ligne de compte dans l'acte de la trépanation. Dans l'immense majorité des cas, une paralysie traumatique immédiate ne guérit jamais ; il y a donc avantage à trépaner, en s'entourant de toutes les données anatomiques et physiologiques des lésions cérébrales.

M. Després rappelle un fait semblable à celui de M. Perrin et qu'il l'a observé dans le service de M. Manec. Il s'agissait d'un ouvrier qui présenta sur le côté gauche de la ligne médiane du crâne, une fracture avec enfoncement, accompagnée quelques jours après l'accident de monoplégie brachiale et d'une légère paralysie faciale. Manec se décida à l'expectation et le malade quitta l'hôpital complètement guéri de sa paralysie traumatique.

M. Cazin (*de Boulogne-sur-mer*) fait la lecture d'une observation de fièvre typhoïde qui se compliqua d'un abcès de la face, avec sortie d'esquilles de l'apophyse coronoïde et difficulté d'écarter la mâchoire. M. Cazin, diagnostiqua une ankylose de la mâchoire et recourut à l'opération d'Esmarch qui fut suivie d'un succès complet.

M. Depaul présente à la société un corps fibreux sous-péritonéal, indépendant de l'utérus chez une multipare qui succomba dans son service à une péritonite généralisée. L'autopsie a montré, en effet, que l'utérus était indépendant de la tumeur placée au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche remontant au-dessous du détroit supérieur et adhérant aux trous sacrés antérieurs et aux derniers trous de conjugaison par un tissu filamenteux.

M. Le Dentu fait la lecture d'un rapport sur la question des localisations cérébrales dans la pratique chirurgicale. L'heure avancée de la séance ne lui permettant que de présenter la première partie de son travail, le côté clinique, nous attendrons la communication de la deuxième partie, le côté physiologique, avant d'en entretenir nos lecteurs.

E. Brissaud.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 29 octobre 1877 (fin) (1).

M. Vallin fait une communication sur l'*inflammation aiguë primitive et spontanée du tissu cellulaire périvésical*.

Après avoir rapporté un fait qu'il a observé avec M. Guyon, et après avoir rappelé les descriptions anatomiques faites par Retzius et M. C. Paul, de la cavité prépéritonéale, M. Vallin termine en disant que l'on doit admettre des inflammations périvésicales spontanées primitives, analogues à celles qui se font autour du rectum, de l'utérus, du cœcum. Ces inflammations ont des rapports assez étroits avec les phlegmons profonds de la paroi abdominale, et l'on peut les réunir avec un certain nombre de ces derniers, sous le nom de phlegmon hypogastrique. Les phlegmons périvésicaux ont pour caractères principaux : 1° la persistance au-dessus du pubis d'une tumeur simulant une vessie distendue ; 2° la présence d'une tumeur à la face postérieure de la vessie, tumeur perceptible par le toucher rectal. — Ces phlegmons peuvent se terminer par résolution.

M. Constantin Paul a observé plusieurs cas de phlegmons périvésicaux terminés par suppuration ; mais, dans aucun de ces cas, l'abcès ne s'est ouvert dans la vessie, ce qui est fort heureux, car la guérison serait impossible.

M. Vallin rappelle un cas de Velpeau, dans lequel l'ouverture se serait faite dans la vessie.

M. Laveran et M. Fernet ont observé des cas analogues à celui qui a été rapporté par M. Vallin.

Séance du 9 novembre 1877. — Présidence de M. Empis.

M. Dujardin-Beaumetz lit une note sur un cas d'hémorrhagie dans la cavité prépéritonéale de Retzius (*Hématocèle périvésicale*). Ce fait a été observé chez un vieillard de 67 ans, atteint d'affection cardiaque. Sans cause appréciable, il se produisit dans la région de l'ombilic une ecchymose qui ne tarda pas à s'étendre, et il se forma en même temps une tumeur ressemblant tellement à une distension de la vessie qu'il fallut recourir au cathétérisme pour démontrer la vacuité de celle-ci. Le malade guérit. M. Beaumetz rappelle un autre fait du même genre, mais qui se termina par la mort.

Ces faits d'hématocèle péri-vésicale viennent s'ajouter aux faits de phlegmon péri-vésical pour démontrer l'indépendance anatomique et pathologique du tissu cellulaire péri-vésical.

M. Dujardin-Beaumetz lit une note sur un cas de *sphacèle intéressant la presque totalité des parois de l'estomac* par un liquide caustique, avec conservation apparente, pendant 14 jours, des fonctions digestives. Le malade vécut 3 mois et demi, et succomba 4 jours après une nouvelle ingestion de caustique.

(1) Errata. — Dans la première partie du compte-rendu de cette séance (page 934), rectifiez ainsi : 1° Dans la communication de M. Lavereau : L'examen histologique permet de constater une *endartérite* bien caractérisée, etc.— 2° (Page 935). M. Guyot rappelle que *Vogt* a insisté, au dernier congrès de Genève, sur l'absence d'embryons de bothriocéphales dans les poissons du lac de Genève.

M. Dujardin-Beaumetz présente un exemple de *lésion cardiaque* ayant donné lieu pendant la vie à quelques *symptômes difficiles à interpréter*. Le malade avait eu non-seulement de l'œdème des extrémités, un foie volumineux, une teinte subictérique, mais encore dans les derniers temps de la vie, des ecchymoses cutanées et une gangrène des paupières. Contre toute attente, on ne trouva pas d'oblitération vasculaire, mais il est difficile cependant d'expliquer certains des symptômes autrement que par des embolies capillaires.

M. Desnos rapporte une observation d'*endocardite blennorrhagique*. Entré à l'hôpital pour une bronchite, et ne présentant alors aucun signe de lésion cardiaque, le malade fut pris pendant son séjour dans les salles de douleurs dans l'épaule, puis dans l'articulation sterno-claviculaire ; la douleur resta fixe en ce point, et l'on constata alors l'existence d'une blennorrhagie. Bientôt survinrent des battements de cœur violents les signes physique d'une lésion mitrale, puis de l'œdème des membres inférieurs, et le malade mourut. A l'autopsie, on trouva sur la valvule mitrale une légère ulcération, et une endocardite végétante considérable des valvules aortiques et de toute la surface interne du cœur.

M. Fournier pense qu'il s'agit bien, en effet, ici d'une endocardite blennorrhagique; cependant l'observation est un peu incomplète sous quelques rapports : ainsi, il n'est rien dit de la fièvre.— Or, dans le rhumatisme blennorrhagique, la température n'est jamais élevée, et les sueurs sont aussi rares qu'elles sont communes dans le rhumatisme ordinaire. Mais il y a un fait concluant : c'est la localisation du rhumatisme dans l'articulation sterno-claviculaire, siége de prédilection du rhumatisme blennorrhagique.

M. Desnos. L'examen de la température chez ce malade n'est point démonstratif, en raison des accidents pulmonaires graves qu'il présentait; du reste, il n'avait pas de sueurs. Enfin, jamais auparavant, il n'avait eu le plus léger accès de rhumatisme. A. S.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. **Leçons de thérapeutique** ; par le professeur Gubler, recueillies par le docteur Leblanc, in-8°, 1877. G. Masson, éditeur.
II. **Du Croton-Chloral** ; par Livon. 1877.
III. **Oxythérapie et Amothérapie**; par Tamin-Despalles.
IV. **Du Chlorydrate de Pilocarpine** ; par Kerséa. Thèse de Paris, 1877.
V. **Etude expérimentale sur l'action de la Codéine comparée à celle de la narcéine et de la morphine** ; par Barnay. Thèse de Paris. 1877.

I. M. Leblanc vient de publier des leçons de thérapeutique, faites par M. le professeur Gubler, en 1873. On trouvera dans ce volume 80 leçons et plusieurs tableaux d'ensemble comprenant presque toutes les médications. En guise de préface, on a placé comme premières leçons celles qui traitent *Du rôle de la thérapeutique selon la science actuelle ;* après s'être élevé contre l'ancienne doctrine des signatures, contre celle des spécifiques, le professeur démontre qu'il n'y a, par le fait, pas de maladie comparable à une création définie, et que les médicaments n'agissent que par une spécialité d'action qui leur fait combattre telle ou telle des manifestations morbides, par suite de leurs propriétés physiologiques, de leur mode d'action sur l'organisme sain ou malade ; ce sera ensuite à cet organisme à avoir assez de vitalité pour lui permettre de s'aider des moyens thérapeutiques fournis par le médecin. Dans la leçon suivante, M. Gubler traite des médications et de la classification des médicaments. La médication, dit-il, c'est : *un ensemble de moyens destinés à triompher d'un ensemble de symptômes, c'est-à-dire d'un syndrôme morbide.* De la quatrième à la seizième leçon, l'auteur décrit la *médication reconstituante* ; nous signalerons tout particulièrement les chapitres relatifs à l'huile de foie de morue, aux préparations ferrugineuses, à l'alcool, aux dérivés du quinquina, enfin ceux qui traitent des alcalins et des aliments dits d'épargne. Il s'agit de la *médication hypnotique* dans les onze leçons suivantes ; M. Gubler, après avoir décrit le sommeil physiologique, s'occupe des alcaloïdes de l'opium et de leur action physiologique ; il passe ensuite en revue la belladone, le datura, l'aconit, puis termine par une longue étude du bromure de potassium et du chloral. Les six leçons qui suivent traitent de la *médication anesthésique*, de la comparaison de l'anesthésie par le chloroforme et de celle de l'éther ; M. Gubler conclut qu'il faut préférer le chloroforme à l'éther, car l'éther est un agent infidèle, inflammable, causant des accidents graves, quoi que on en dise ; il faut aussi en employer une dose considérable et se servir d'appareils compliqués et encombrants : la dernière leçon de cette série est consacrée au protoxyde d'azote et à l'anesthésie locale.

De la trente-troisième à la trente-sixième leçon, il s'agit de deux médications opposées, l'*aphrodisiaque* et l'*antiaphrodisiaque ;* dans les cinq leçons qui suivent, consacrées à la médication *emménagogue*, le professeur décrit le seigle ergoté, la rue, la sabine, le safran, etc.; cette étude thérapeutique est précédée d'un intéressant chapitre qui traite de la menstruation et de ses variations pathologiques : la *médication antiseptique* nous conduit jusqu'à la quarante-quatrième leçon, et le reste du volume, près de trente-sept leçons, est consacré à la *médication antiphlogistique ;* tout d'abord le professeur décrit l'inflammation, ses périodes, sa marche selon qu'elle atteint les surfaces ou les parenchymes; puis, il traite des moyens sédatifs et en particulier de l'eau froide, de l'emploi des affusions et des bains dans l'hyperthermie. Vient ensuite l'action du sulfate de quinine, étudiée maintenant dans ses rapports avec la caloricité, tandis que, plus haut, on avait vu son rôle dans la médication tonique, puis celui de la digitale et des colchicacées ; bientôt l'auteur aborde les éméto-cathartiques, les purgatifs, les émissions sanguines, puis les altérants alcalins ou hydrargyriques. Après avoir montré l'action de ces médications qui, quoique rentrant dans la généralité des antiphlogistiques, peuvent répondre, chacune dans leur genre, à des indications plus limitées, l'auteur décrit les révulsifs, autres antiphlogistiques eux aussi ; nous retrouvons à ce chapitre la cantharide dont l'action avait déjà été étudiée lors des aphrodisiaques. M. Gubler fait aussi rentrer dans les antiphlogistiques les diaphorétiques et les duirétiques et termine cette partie principale de ses leçons par plusieurs chapitres consacrés à l'alcool. La dernière leçon résume toute cette médication antiphlogistique qui consiste à combattre d'abord isolément chacun des symptômes de la fièvre, puis à modifier l'état général par les émissions sanguines ou les spoliations séreuses, à combattre ensuite les phénomènes de stagnation globulaire par l'iodure de potassium ou les fluidifiants ; enfin, en dernier ressort, à provoquer un « exsudat séreux ou même plastique jouant le rôle de crise. »

La lecture de l'ouvrage de M. Gubler est attrayante, la forme qu'il a adoptée et les sommaires détaillés placés en tête de chacune des leçons facilitent les recherches, rendues déjà bien commodes par la classification employée. Sans avoir l'aridité d'un codex, ces leçons contiennent un certain nombre de formules choisies et résumant quelques points de la pratique du professeur. Nous ne saurions trop recommander la lecture de ce livre, qui peut servir de thérapeutique générale et d'introduction aux travaux de thérapeutique appliquée que nous devons au même auteur.

II. M. Livon, professeur suppléant de physiologie à l'école de Marseille, recherche dans un travail récent l'action physiologique du croton-chloral. C'est un liquide oléagineux incolore, dont l'odeur rappelle celle du chloral et donnant comme lui un hydrate cristallisé. Cet hydrate jouit de propriétés physico-chimiques analogues à celles du chloral ordinaire, mais il différerait de celui-ci comme propriétés physiologiques, tout en étant aussi un hypnotique ; le croton-chloral produit chez les animaux de l'assoupissement et un abaissement de température dû à la diminution du nombre des mouvements du cœur et de ceux de la respiration. Chez l'homme, le sommeil est provoqué rapidement après l'injection de 0 gr. 50 à 2 gr.: en outre ce médicament jouirait d'une action toute spéciale sur la sensibilité de la tête, et n'aurait, à doses modérées, aucune influence fâcheuse sur les mouvements du cœur.

Aussi l'auteur croit-il devoir l'employer dans les névralgies de la cinquième paire en injections hypodermiques.

Croton-chloral	1 gr. 60	
Glycérine chaude	16 gr.	
Eau de laurier-cerise	16 gr.	

Chaque gramme représente 0 gr. 05 de substance active; on injectera de 10 à 20 centigrammes, dose suffisante pour amener la sédation sans le sommeil.

Si on avait à employer le médicament par la voie stomacale il faudrait laver à la benzine l'hydrate de croton-chloral et masquer son goût par l'extrait de réglisse:

Croton-chloral	2 gr.
Glycérine chaude	6 gr.
Extrait de réglisse	4 gr.
Eau / Sirop simple	45 gr.

L'emploi de la glycérine que l'on remarquera dans ces deux formules est indiqué par le peu de solubilité du produit dans l'eau.

III. M. TAMIN-DESPALLES a présenté à l'Académie un appareil destiné à placer les malades dans une atmosphère oxygénée, variable, soit comme composition, soit comme pression, soit comme température; le caractère essentiel de son appareil est de préparer une atmosphère artificielle quelconque, sans soumettre le malade aux alternatives de cette pression avant qu'elle ne soit achevée: on lira avec intérêt cette brochure que nous ne pouvons analyser à cause des développements qui nous seraient nécessaires pour faire bien comprendre la pensée de l'auteur et les applications intéressantes qu'il a faites de son appareil tant au point de vue des recherches physiologiques qu'à celui de l'emploi rationnel des atmosphères modifiées dans un but thérapeutique.

IV. M. KERCÉA (de Bukarest) a pris comme sujet de thèse inaugurale l'étude de l'alcaloïde du jaborandi. La pilocarpine, isolée en 1875 par M. Hardy, parait produire une action moins désagréable que celle du jaborandi, elle en différerait aussi un peu comme action physiologique.

MM. Hardy et Bochefontaine ont démontré l'antagonisme du chlorhydrate de pilocrapine et du sulfate d'atropine, ils ont constaté l'action franchement sialagogue du jaborandi. Vers la même époque, M. Dumas étudiait chez quelques malades l'action de l'alcaloïde et trouvait que la diaphorèse se manifestait moins rapidement qu'avec le jaborandi; à l'étranger, ces recherches étaient confirmées par Sidney-Ringer, Weber, Scotti, qui observaient aussi la contracture de la pupille par l'application directe de la pilocarpine sur la muqueuse oculaire.

M. Kercéa a repris ces expériences et a employé la pilocarpine en injections sous-cutanées chez un certain nombre de malades de M. C. Paul; il est arrivé à conclure: 1° qu'à la dose de 2 centigrammes et au-dessus, l'action de l'alcaloïde était en tout comparable à celle du jaborandi; 2° qu'à faibles doses, le chlorhydrate de pilocarpine ne causait que la diaphorèse, ou la diarrhée quand l'action sudative venait à manquer.

V. Nous rendions compte, il y a quelque temps, de la thèse de M. Calvet sur le *morphinisme*. M. BARNAY vient d'étudier dans le même laboratoire l'action de la codéine et sa thèse compare les effets de cet alcaloïde et ceux de la morphine précédemment étudiée. La même méthode de saine expérimentation a été employée, avec le concours de M. Laborde, et l'on trouvera dans ce travail plusieurs observations intéressantes accompagnées de tracés physiologiques.

Des faits qu'il donne M. Barnay conclut que la codéine, loin d'être anodine, est un poison convulsivant plus dangereux que la morphine et la narcéine, plus infidèle que ces dernières comme action hypnotique: avant la période de sommeil le codéinisme aigu provoque les convulsions et un abaissement de température, accompagné de dilatation pupillaire: toute autre est l'action de la morphine qui produit le sommeil et la contraction pupillaire, mais partage l'influence de la codéine sur la respiration, la calorification et la circulation. Dans le morphinisme et dans le codéinisme chroniques, on note la déperdition de poids, l'abaissement progressif de la température; mais rappelons que le morphinisme tarit les sécrétions, M. Barnay montre que le codéinisme les exagère: ces inconvénients ne se produisent pas par l'emploi de la narcéine qui procure un sommeil, sans fatigue au réveil, comparable au sommeil normal.

HENRY C. DE BOYER.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique médicale de la Pitié; par T. GALLARD, un fort volume, avez fig., chez J. B. Baillière, — 1877.

Nombre de nos lecteurs connaissent, pour les avoir entendues, les Leçons de clinique médicale que M. Gallard réunit aujourd'hui en volume. Pour donner, à ceux des étudiants ou des médecins qui n'ont pas eu la bonne fortune d'entendre le savant maître de la Pitié, une idée complète de son enseignement et de la manière dont il entend diriger ses élèves, nous ne pourrions mieux faire que de reproduire ses *considérations sur le rôle du professeur dans l'enseignement de la clinique*, considérations qui résument le programme de M. Gallard, font connaître les principes qui le guident, montrent enfin la voie qu'il suit et le but qu'il se propose d'atteindre.

« Vous apprenez, dit le maître à ses élèves, une science, mais, en même temps vous faites l'apprentissage d'un art qui sera pour vous une profession, et, dans l'exercice de cette profession, vous devez trouver un jour une rémunération de vos labeurs, en même temps que des sacrifices supportés par vos familles. Or, pour beaucoup d'entre vous, l'époque où vous pourrez recueillir le fruit de tous ces sacrifices est impatiemment attendue, et il est du devoir le plus étroit de ceux qui dirigent vos études de ne pas les prolonger, sans nécessité, au delà du terme rigoureusement nécessaire. Dès lors, ils doivent élimininer de leur enseignement tout ce qui n'a pas une utilité pratique parfaitement démontrée, et ne pas vous entraîner avec eux, dans des recherches, intéressantes sans doute, et qui conduiront peut-être un jour à la vérité, mais, dont le résultat définitif est encore indécis et lointain, et dans lesquelles, chose plus grave, la vérité d'aujourd'hui se trouvera être l'erreur de demain.

» Que diriez-vous d'un ingénieur qui, chargé de tracer une route, commencerait par en ouvrir les abords de façon à vous inviter à vous y engager, avant qu'elle ne fût terminée et alors qu'elle ne conduirait encore qu'à des précipices ou à des fondrières? Certes, vous lui sauriez fort mauvais gré de vous avoir ainsi exposés à vous embourber; à vous casser le cou, ou tout au moins à perdre votre temps pour revenir sur vos pas. Vous savez cependant que ce chemin sera le plus court; vous voyez le point auquel il doit aboutir, vous suivez de l'œil sa direction, et vous comprenez que, le jour où il sera terminé, il vous aidera singulièrement; mais, en attendant, vous trouvez tout naturel que l'ingénieur, chargé de le construire, s'en aille, seul, explorer les taillis ou les fourrés, sonder les marais, gravir les montagnes; et, si vous êtes pressés d'arriver, vous vous gardez de le suivre. Il le comprend, du reste, si bien qu'il place une barrière en travers de son chemin tant qu'il n'est pas terminé, de façon à pouvoir permettre une circulation large et facile. Pourquoi ne pas imiter cet ingénieur sage et prudent? La barrière n'est pas assez élevée pour empêcher les flaneurs ou les touristes de passer, mais elle suffit pour indiquer aux gens pressés, que s'ils veulent être sûrs d'arriver, ils doivent encore prendre le grand tour. Ainsi ferons-nous, Messieurs, j'explorerai, comme c'est mon devoir, tous les chemins nouveaux qui pourront s'ouvrir devant vous; mais ces excursions, je les ferai sans vous entraîner avec moi, car vous n'avez pas le loisir de courir les aventures et, tant que la voie nouvelle ne sera pas parfaitement praticable, je considérerai comme un devoir de vous faire prendre l'ancienne route, un peu plus longue peut-être, mais par laquelle au moins on est certain d'arriver.

» En comprenant ainsi la mission que je me suis donnée, je ne néglige, comme vous le voyez, l'étude d'aucune des doctrines, l'examen d'aucune des théories qui viennent encombrer la science, mais j'ai soin d'écarter de vous celles qui n'ont aucun intérêt pratique; je vous épargne la connaissance des idées fausses qu'il vous faudrait rectifier plus tard, et je me

borne à vous enseigner, sans aucune exclusion systématique, les faits certains, acquis, rigoureusement démontrés, en vous indiquant les déductions utiles que vous pouvez en tirer.

» Je tiens surtout à vous rendre profitable l'instruction que vous venez puiser ici ; c'est pourquoi, au lieu de m'attacher à la description des maladies rares, extraordinaires, dont on trouve à peine un exemple dans le cours d'une année, et à propos desquelles il est si facile de faire étalage d'érudition ou de donner carrière à toute la verve de son imagination, je préfère vous parler simplement, humblement, prosaïquement si vous voulez, des maladies les plus communes, les plus vulgaires, de celles que Chomel, un de nos maîtres les plus justement vénérés —appelait les *maladies de tous les jours*, parce que le praticien les rencontre à chaque instant dans sa clientèle et que ce sont celles qu'il a le plus d'intérêt à bien connaître. »

La lecture de la clinique médicale de la Pitié montrera combien M. Gallard a su rester fidèle à son programme *utilitaire* dans une longue série de leçons qui touchent à presque toutes les questions les plus importantes de la pathologie. Les troubles digestifs de l'alcoolisme ; l'ulcère simple de l'estomac ; le rétrécissement de l'œsophage ; l'hépatite et les abcès du foie ; le traitement des kystes et des abcès du foie ; la chlorose et la phthisie pulmonaire ; l'anévrysme artério-veineux de l'aorte et de la cave supérieure ; l'aphasie : la crampe des écrivains ; la vaccine : les taches et les éruptions de la fièvre typhoïde ; l'intoxication par le sulfure de carbone ; les maladies causées par le mercure, telles sont les matières traitées par M. Gallard avec un soin, une expérience et un talent justement appréciés du public médical. L. LANDOUZY.

NÉCROLOGIE

E. Gintrac.

Le corps médical de Bordeaux vient d'être cruellement éprouvé par la perte de son doyen d'âge et du plus universellement respecté de ses représentants. E. Gintrac était déjà connu dans la science par ses importantes *Recherches sur l'oblitération de la veine porte*, sur *La cyanose*, et sur plusieurs autres points de pathologie, quand il fut chargé de la direction de l'école de médecine de Bordeaux. Son enseignement clinique était admirable de méthode, de sage critique et d'érudition. Ces mêmes qualités brillent d'un vif éclat dans son grand ouvrage de *Pathologie interne et de Thérapie médicale* qui lui valut le titre de membre correspondant de l'Académie des sciences et qui lui assure un rang distingué parmi les savants.

E. Gintrac était un homme laborieux, d'une volonté ferme et d'un jugement éclairé. Il a rendu à l'école de Bordeaux d'immenses services : il a été le maître de presque tous les professeurs actuels de cette école et a beaucoup contribué à la rendre digne d'être élevée au rang de faculté. La mort l'a frappé avant qu'il ait pu assister à la réalisation de ses vœux ; mais il laisse des exemples et des souvenirs qui ne seront pas oubliés de longtemps et qui perpétueront son influence et son esprit dans la nouvelle Faculté. A. P.

VARIA

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 10 au 15 décembre.

51. Harrouin. Du soulèvement précordial (choc précordial), ses causes, son mécanisme. — 52. Bernard (Gustave). Etude sur les corps étrangers articulaires. — 53. Quesnel. Quelques plaies de la main produites par les machines à battre. — 54. Girin. Etude rationnelle et expérimentale sur le rôle de la pression atmosphérique dans le mécanisme de l'articulation coxo-fémorale. — 55. Fessard. Des fractures traumatiques du cartilage du larynx. — 56. Lepoil. Contribution à l'étude de la dilatation de l'estomac. — 57. Chanseaux. Recherches statistiques sur la mortalité de la pneumonie à Paris, suivant les saisons. — 58. Cazes. Du lait concentré en thérapeutique navale. — 59. Chevet. De l'inoculation utérine et de l'engorgement utérin. — 60. Marcano. De la psoïte traumatique.

Récompenses décernées à des membres des Conseils d'hygiène publique et de salubrité.

Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique, le ministre d'agriculture et du commerce vient de décerner des récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1875 :

Médaille d'or. — M. Dubois, médecin vétérinaire, secrétaire du conseil central d'hygiène de l'Oise.

Médailles d'argent. — M. le docteur Bourguet, membre du conseil d'hygiène et médecin des épidémies de l'arrondissement d'Aix (Bouches-du-Rhône). — M. le docteur Fortin (membre du conseil central d'hygiène de l'Eure). — M. Métadier, pharmacien, membre du conseil central d'hygiène de la Gironde. — M. le docteur Dumas, vice-président du conseil central d'hygiène de l'Hérault. — M. le docteur Regnault, membre du conseil central d'hygiène d'Ille-et-Vilaine. — M. Delcominète, pharmacien, secrétaire du conseil d'hygiène de Meurthe-et-Moselle. — M. Blondlot, membre du conseil central d'hygiène de Meurthe-et-Moselle. — M. le docteur Joly, membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Clermont (Oise). — M. le docteur Dehée, secrétaire du conseil central d'hygiène du Pas-de-Calais. — M. le docteur Gonod, membre du conseil central d'hygiène du Puy-de-Dôme. — M. le docteur Lacaze, secrétaire du conseil central d'hygiène de Tarn-et-Garonne. — M. le docteur Pamard (Alfred), secrétaire du conseil central d'hygiène de Vaucluse. — M. le docteur Yvaren, membre du conseil central d'hygiène de Vaucluse. — M. le docteur Duché, membre du conseil central d'hygiène de l'Yonne. — M. Bidard, chimiste, membre du conseil central d'hygiène de la Seine-Inférieure.

Médailles de bronze. — M. Peltier, membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Rethel (Ardennes). — M. Cailletet, membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Mézières (Ardennes). — M. le docteur Braye, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arles (Bouches-du-Rhône). — M. Boilon, pharmacien, secrétaire du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Rochefort (Charente-Inférieure). — M. le docteur Petel, inspecteur des pharmacies de l'Eure. — M. Lechartier, pharmacien (Ille-et-Vilaine). — M. Thiervoz, agent-voyer du département de l'Isère. — M. le docteur Coutaret, médecin à Roanne (Loire). — M. le docteur Gemin, médecin à Châteaubriant (Loire-Inférieure). — M. le docteur Chiché, médecin à Paimbœuf (Loire-Inférieure). — M. le docteur Home, médecin à Château-Gontier (Mayenne). — M. Legras, ingénieur des ponts et chaussées (Mayenne). — M. l'abbé Caron, membre de la commission cantonale de Noailles (Oise). — M. Tisserant, vétérinaire (Meurthe-et-Moselle). — M. le docteur Nivelet père, médecin à Commercy (Meuse). — M. Collin, pharmacien à Verdun (Meuse). — M. Ferrer, pharmacien à Perpignan (Pyrénées-Orientales). — M. le docteur Cade, médecin à Avignon (Vaucluse). — M. le docteur Loriol, médecin à Avignon (Vaucluse). — M. le docteur Monier, médecin à Avignon (Vaucluse). — M. Lachat, ingénieur des mines (Vaucluse). — M. Hardy, ingénieur en chef des ponts et chaussées (Vaucluse). *Rappel de médailles d'argent.* — M. le docteur Drouineau (Charente-Inférieure). — M. le docteur Pujos (Gers). — M. le docteur Perret (Ille-et-Vilaine). — M. le docteur Evrard (Oise).

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchement. — MM. BUDIN et PINARD commenceront le 15 décembre à 4 h. 1/2, la seconde partie de leur cours : Opérations, dystocie, exercices pratiques. — S'adresser 29, rue Monsieur-le-Prince.

LA CLINIQUE DES MALADIES DES YEUX du dr BADAL est transférée 9, rue Saint-Georges. — Consultations publiques et gratuites tous les jours à partir de deux heures. M. Badal commencera ses leçons cliniques lundi 17 décembre, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants de 3 à 4 h. — Lundi : *Optométrie* ; mercredi : *Thérapeutique médicale et chirurgicale* ; vendredi : *Ophthalmoscopie*.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 13 décembre 1877 on a déclaré 946 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 24 ; rougeole, 22 ; scarlatine, » ; variole, » ; croup, 27 ; angine couenneuse, 31 ; bronchite, 38 ; pneumonie, 66 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5 ; choléra nostras » ; dysentérie, 4 ; affections puerpérales, 4 ; érysipèle, 2 ; autres affections aiguës, 270 ; affections chroniques, 398 dont 157 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 37 ; causes accidentelles, 18. — Les 946 décès ci-dessus donnent une proportion de 24,7 par 1,000 habitants et pour l'année.

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — *Médaille d'or*, M. Cuffer ; — Médaille d'argent, M. Oulmont ; — 1re mention, M. Bouveret ; — 2e mention, M. Kirmisson. — Question écrite : *Glandes de la muqueuse gastrique ; valeur séméiologique de l'hématémèse.* — Questions orales : *Mécanisme et symptômes de l'étranglement herniaire ; — De la variole hémorrhagique.*

Médaille d'argent, M. Gille ; — Accessit, M. Bide ; — 1re mention, M. Saint-Ange ; 2e mention, M. Routier. — Question écrite : *Anatomie du lobule pulmonaire.* — *Emphysème.* — Questions orales : *Corps étrangers articulaires* ; — *Anévrysmes de l'artère poplitée* ; — *Signes et diagnostic de la péricardite.*

Comme nous, nos lecteurs verront, avec plaisir, figurer dans la liste des lauréats, trois collaborateurs du *Progrès médical* : MM. CUFFER, OULMONT et KIRMISSON.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — *Laboratoire de zoologie expérimentale.* — Dr Henri de LACAZE-DUTHIERS, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences. — Les laboratoires de zoologie expérimentale ont été ouverts le jeudi, 15 novembre. Les travaux ont lieu tous les

jours de 11 heures à 4 heures pendant la session d'hiver, ils consistent en dissections, autres exercices et conférences. — Les laboratoires de recherches à la station maritime de Roscoff (Finistère) seront ouverts pour les élèves inscrits ou pour les personnes qui en feront la demande pendant toute la belle saison. Les personnes qui veulent prendre part à ces travaux devront s'inscrire de midi à 4 heures au secrétariat de la Faculté des sciences.

M. Frémy, membre de l'Institut, professeur au Muséum, a ouvert son laboratoire de recherches et de manipulations chimiques le 1er décembre 1877. Les manipulations ont lieu tous les jours de midi à 5 heures du soir. Les élèves qui désirent prendre part aux manipulations devront se faire inscrire au Laboratoire de M. Frémy, 63, rue de Buffon.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de zoologie* (annélides, mollusques et zoophytes). — M. Edmond Perrier, professeur, a commencé ce cours le jeudi, 13 décembre, à 2 heures 1/2 dans la galerie de zoologie et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine. Le professeur exposera les caractères principaux des groupes d'*Helminthes*, ou vers parasites, et fera l'histoire de leur organisation, de leurs métamorphoses et de leurs migrations. Il insistera plus particulièrement sur les espèces qui s'attaquent à l'homme et aux animaux domestiques. Des conférences pratiques auront lieu au laboratoire, 55, rue de Buffon ; elles porteront sur la détermination, l'anatomie et la migration des Helminthes.

Cours de zoologie (animaux articulés). — M. Emile Blanchard, professeur, membre de l'Académie des sciences, commencera ce cours le mercredi 19 décembre, à 1 heure, dans la galerie de zoologie, et le contnuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine. Le professeur traitera des mœurs, de l'origine, des métamorphoses, des instincts et de la distribution géographique des insectes, des arachnides et des crustacés. Dans une partie du cours, il exposera l'histoire de quelques espèces remarquables pour leur industrie ou pour leur rôle dans la nature.

Le Congrès scientifique de France tiendra le mois prochain sa 44e session, à Nice. Elle durera du 10 au 20 janvier.

La Société d'anthropologie de Paris vient de renouveler son bureau pour 1878. Ont été élus : Président, M. le sénateur Henri Martin ; vice-présidents, MM. Ploix et Sanson ; secrétaire général, le dr Broca ; secrétaire-général-adjoint, le dr Magitot ; secrétaires annuels, MM. les docteurs Collineau et Rousselet ; archiviste, M. le docteur Dureau ; conservateur des collections, M. le dr Topinard ; trésorier, M. Leguay.

Vacances médicales. — On demande un médecin à Saint-Genest-Malifaux (Loire), à 11 kilomètres de la ville de Saint-Etienne. — Le médecin cantonal recevra une subvention de 1,800 fr. et de 600 francs pour le service des indigents (ce qui joint aux autres honoraires, permet de réaliser de 6 à 7,000 fr. par an). Pour d'autres renseignements, s'adresser à M. Veylau, juge de paix à Saint-Genest-Malifaux (Loire).

— A prendre de suite et gratuitement une bonne clientèle dans un chef-lieu de canton de Seine-et-Marne, à 20 lieues de Paris. Produit de la dernière année 8,500 francs ; certitude d'augmentation. S'adresser pour les renseignements à M. Armand Bégué, rue de Rocroy, 21, à Paris, le soir de 5 heures à 7 heures.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur Charcot continue son cours clinique sur les *maladies des centres nerveux*, à la Salpêtrière, tous les dimanches, à 9 h. 1/2.

Hôtel-Dieu. — *Médecine* : Service de M. G. Sée. Visite à 8 h. 1/2. Salle Saint-Christophe (H.): 1, 2, 13, 17, dothiénentérie; 3, 7, néphrite parenchymateuse; 6, 15, néphrite interstitielle; 4, paralysie saturnine; 5, 23, phthisie; 9, 19, excavation pulmonaire; 8, adénite de la fosse iliaque gauche; 10, hémorrhoïdes; 11, eczéma; 12, affection cardiaque; 14, asthme; 16, cirrhose hypertrophique; 18, carie vertébrale ; 28, ataxie locomotrice progressive ; 21, gastrite alcoolique; 22, *Ulcus ventriculi*; 24, érysipèle. — Salle Sainte-Jeanne (F.): 1, carcinome; 2, dothiénentérie; 3, ulcus simplex; 4, myélite; 5, métrorrhagie; 6, 11, accidents cardiaques; 7, 20, tuberculose; 8, 14, arthrite; 9, rétrécissement mitral; 10, rhumatisme : 12, 13, néphrite albumineuse; 15, névralgie; 16, accidents syphilitiques; 17, ascite; 18, chorée; 19, chlorose; 21, hémiplégie; 22, paralysie agitante; 23, dyspepsie; 24, pneumonie caséeuse.

Hôpital Saint-Louis. — *Cliniques dermatologiques et syphiliographiques*. Service de M. Hillairet. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le mardi. Pavillon Gabrielle : 5, lèpre tuberculeuse; 15, gangrène. — Salle Henri IV : 2, pityriasis; 39, gomme syphilitique; 40, lupus syphilitique; 34, mycosis fongoïde. — Salle Saint-Louis. 60, tumeur de la rate; 9, syphilide pustulo-crustacée.

Service de M. Lailler. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le mercredi. Par suite des travaux de réparations qu'on est en train d'exécuter au pavillon Saint-Mathieu, le service de M. Lailler se trouve en ce moment réduit aux enfants teigneux réunis dans la salle Sainte-Foy.

Service de M. Guibout. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe le vendredi; lundi leçon clinique sur les maladies des femmes et spéculum, salle Henri IV à 9 h.

Service de M. Vidal. — Visite à 9 h. Consultation externe le jeudi; vendredi examen des nouveaux et conférence clinique au lit des malades, salle Saint-Jean; mercredi, traitement du lupus par les scarifications; samedi, spéculum. Salle Saint-Ferdinand. Accouchements. — Salle Sainte-Marie : 9, mycosis fongoïde; 12, pityriasis rubra. — Salle Saint-Jean: 3, sclérodermie dactylée ; 10, goutte et psoriasis; 15, syphilis secondaire et hémianesthésie hystérique; 16 et 13, épithélioma à foyers multiples; 28, kéloïde spontanée; 34, pemphigus diutinus; 50, eczéma lamelleux; 65, lupus acnéique; 72, syphilis tuberculo-ulcéreuse.

Service de M. Besnier. — Visite à 8 heures 1/2. Consultation externe le lundi ; mardi et samedi conférences cliniques au lit des malades ; vendredi spéculum. — Salle Saint-Thomas : 18, gomme scrofuleuse : 36, dermatite exfoliatrice ; 39 psoriasis scarlatiniforme. Saint-Charles : 6, syphilide tuberculo-ulcéreuse serpigineuse ; 34, psoriasis.

Service de M. Fournier. — Visite à 9 heures. Consultation externe le samedi; lundi, conférence clinique au lit des malades. Salle Saint-Thomas : 7, syphilis maligne ; 9, syphilis cérébrale ; 18, phlegmon de la fosse iliaque; 36, syphilis cérébrale. Salle Saint-Louis : 22, syphilides malignes précoces ; 27 syphilis cérébrale ; 34, syphilome ano-rectal ; 49, paralysie labio-glosso-laryngée.

Cliniques chirurgicales. — Service de M. Pean. — Visite à 9 heures. Consultation externe lundi, mercredi, vendredi ; samedi, opérations et leçon clinique à l'amphithéâtre ; mardi spéculum. Salle Sainte-Marthe (F.) : 37, hypertrophie partielle de l'utérus ; 45, tumeur maligne de l'ovaire. — Sainte-Marthe (H.) : 13, atrésie cicatricielle de narines suite de variole ; 17, rétraction de l'aponévrose palmaire et des tendons fléchisseurs ; 21, exostose de l'extrémité supérieure de l'humérus ; 34, fracture directe de l'extrémité supérieure du tibia, inférieure du péroné.

Service de M. Duplay. Visite à 8 h. 1/2. Consultation externe, mardi, jeudi samedi ; jeudi, leçon clinique et opération à l'amphithéâtre, à 9 h.; lundi examen des yeux et des oreilles; samedi spéculum. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 56, rétrécissement de l'œsophage; 57, tumeur du mollet; 60, hydarthrose du genou; 69, fracture compliquée; 73, sarcôme du sein.—Salle Saint-Augustin (H.): 18, fistule rectale; 30, fracture de jambe compliquée; 35, résection du coude; 39, luxation sous-acromiale; 42, résection du coude; 40, pied-plat valgus douloureux; 41, arthrite suppurée du genou (drainage).

Hôpital de la Charité. — Service de M. Vulpian. — Salle Saint-Jean-de-Dieu : 1, insuffisance mitrale ; 2, néphrite parenchymateuse ; 3, méningo-encéphalite diffuse ; 4, atrophie musculaire progressive ; 5, sclérose en plaques ; 7, pachyméningite cervicale ; 12, paralysie saturnine ; 30, chorée. — Salle Sainte-Madeleine : 2, rhumatisme blennorrhagique ; 12, paralysie infantile ; 13, ataxie locomotrice progressive ; 15, hystérie grave ; 21, hémianesthésie hystérique.

Service de M. Empis. — Salle Saint-Michel : 5, pneumothorax ; 16, cancer de l'estomac ; 20, fièvre typhoïde ; 23, affection cardiaque, asystolie. — Salle Sainte-Marthe : 13, érythème noueux ; 14, fièvre typhoïde ; 18, myélite

ransverse ; 22, angine diphthéritique, paralysie du voile du palais ; 28, érythème noueux, endocardite.

Service de M. Bourdon. — Salle Saint-Louis : 5, néphrite interstitielle, pleurésie purulente ; 9, insuffisance aortique et mitrale ; 13, hémianesthésie cérébrale ; 28, phthisie aiguë.

Hôpital Cochin. — Service de M. Bucquoy. Salle Saint-Jean (F.) : 5, pneumothorax ; 6, fièvre typhoïde ; 17, pleurésie ; 22, péritonite tuberculeuse ; 23, syphilis cérébrale. — Salle Saint-Philippe (H.) : 5, accidents urémiques ; 9, lésions mitrale, hémiplégie ; 10, lésion mitrale, bronchite aiguë généralisée ; 11, fièvre typhoïde ; 12, péricardite ; 15, insuffisance mitrale et tricuspide ; 18, gangrène symétrique des extrémités. — Salle Sainte-Marie (H.) : 1, fièvre typhoïde ; 4, paralysie et encéphalopathie saturnines ; 7, ataxie locomotrice.

Service de M. Desprès. — Salle Saint-Jacques (H.) : 1, syphilis, plaques muqueuses de la gorge ; 5, fracture de la rotule ; 6, fracture de jambe compliquée ; 12, coxalgie ; 14, fracture sus-malléolaire ; 18, arrachement de la main ; 24, orchite chronique à répétition. — Salle Cochin (F.) : 5, épithélioma du rectum ; 11, épithélioma du rectum ; 11, épithélioma de l'orbite ; 13, polype de l'utérus ; 18, coxalgie, abcès tardifs ; 21, fracture de l'omoplate ; 23, fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Desnos. Visite à 9 heures. Consultations le mercredi. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 1, fibro-myome utérin ; 5, chorée hystérique ; 21, ozène scrofuleux ; 28, stomatite mercurielle ; 32, rein flottant ; 38, péritonite suppurée, fistule ombilicale ; 40, rhumatisme noueux. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 1, 2, 14, 23, 28, 51, ataxie locomotrice ; 3, sciatique atrophique ; 10, œdème de la glotte ; 24, paralysie agitante ; 26, paralysie saturnine ; 35, péricardite ; 53, myélite centrale.

Service de M. Gallard. — Salle du Rosaire (F.) : 3, pelvi-péritonite, 4, 26, hématocèle rétro-utérine ; 5, amputation du col ; 7, ovarite ; 17, 27, 40, phlegmon péri-utérin ; 36, métrite interne ; 18, 19, 20, métrite chronique ; 11, ovarite double ; 14, rétroversion.

Service de M. L. Labbé. — Salle Saint-Gabriel (H.) : 13, tumeur blanche du médius de la main droite ; 14, morbus coxæ senilis ; 26, nécrose du fémur ; 29, fracture de jambe ; 32, tumeur du triceps fémoral (?) ; 33, fracture de la rotule ; 2, nécrose du fémur ; 3, fracture du fémur ; 4, épanchement traumatique sanguin du genou ; 6, carcinôme rectal. — Salle Saint-Jean (F.) : 4, luxation en dehors de la rotule ; 5, sarcome du sein ; 6, squirrhe atrophique du sein ; 9, épithélioma de l'anus ; 10, corps fibreux de l'utérus ; 11, épithélioma du col (femme de 25 ans) ; 13, corps fibreux de la lèvre postérieure du col.

Service de M. Verneuil. — Salle Saint-Louis (H.) : 2, plaie par arrachement de la main ; 11, arthrite du coude ; 13, périostite suppurée du fémur ; 19, coxalgie rhumatismale ; 25, mal de Pott de la région dorsale.

Hôpital de Lourcine. — Salle Saint-Alexis : 8, métrite syphilitique (papules du col) ; 4, 3, métrites herpétiques et vulvo-vaginites (herpès de la vulve, du vagin) et du col ; 26, *absence d'utérus* et d'ovaires, ulcération traumatique de la fourchette, adénite gauche suppurée ; 23, angine et laryngite syphilitiques, plaques muqueuses amygdaliennes 15, 20, endométrites métrorrhagiques traitées par les injections d'eau chaude à 50° ; 12, 27, pelvipéritonites aiguës ; 43, pelvipéritonite chronique ; 28, antéversion périmétrite aiguë par balistique ; 30, chancre induré de la fourchette. Stomatite mercurielle. — Salle Saint-Louis. Visite et conférence clinique du samedi : 3, chancre induré du col ; 5, pelvipéritonite chronique, antéflexion ; 8, chancre induré de l'urèthre, blépharite syphilitique ; 16, syphilis contractée le cinquième mois de la grossesse ; 16, métrite chlorotique ; 22, vulvo-vaginite, métrite du col, eczémateuses et arthritiques.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

5e ANNÉE. — N° 51. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 22 DÉCEMBRE 1877

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE MENTALE.

Du double caractère des phénomènes psychiques (1);

Par M. DELASIAUVE.

Lorsqu'au mois de janvier dernier, j'eus l'honneur de vous présenter un aperçu des diverses formes de la folie, vous avez bien voulu m'inviter à confirmer cette esquisse par l'examen de quelques points particuliers. Celui sur lequel, aujourd'hui, je me propose d'attirer, le moins longtemps possible, votre attention me paraît à la fois plein d'actualité et de vraie lumière. Précisément, la question de la nomenclature mentale vient d'être remise à l'ordre du jour de la Société médico-psychologique.

Je vous ai signalé, vous vous en rappelez, le désaccord absolu qui, sous ce rapport, règne entre les aliénistes. Les causes en sont multiples.

Sans une étude approfondie du fonctionnement normal, comment se rendre un compte exact des manifestations morbides ? Chacun se réclame de la clinique ; elle est évidemment la base de l'observation. Encore, faut-il, pour en féconder les éléments, les soumettre à une analyse rigoureuse. Jugeant empiriquement, s'en rapportant à de vagues apparences, est-il étonnant que la généralité des auteurs soit arrivée à des distinctions peu conformes à la réalité et presque aussi variables que les impressions personnelles ?

Les critiques n'ont point manqué à ceux qui ont procédé autrement. On les traite volontiers de psychologues, terme équivalent, dans le langage adverse, à celui d'idéologues rêveurs ; comme si l'aliénation mentale n'était pas d'ordre essentiellement psychique.

De courtes remarques vous en fourniront, je l'espère, une preuve convaincante. Qu'est la folie, sinon un trouble plus ou moins étendu ou circonscrit dans l'exercice intellectuel et moral ? Et cet exercice, ne consiste-t-il pas lui-même dans l'application des facultés à l'élaboration des idées et à l'accomplissement des actes, sous l'empire des sensations, des sentiments, des émotions, des passions, etc.? Or, prenez l'une quelconque des éclosions maladives : un aliéné, par exemple, se proclame grand seigneur et riche. En conclurez-vous qu'il a une monomanie ambitieuse? Vous pourriez commettre une grave erreur. Le symptôme ne vaut que transformé en signe, selon les conditions dans lesquelles il se produit. On le rencontre, vague et fortuit, dans les folies générales, manie, démence, paralysie générale, stupidités. C'est ici un épiphénomène sans conséquence, même lorsqu'il dure et se répète. Qu'au contraire, chez un malade jouissant d'ailleurs de ses facultés, l'idée folle soit passée à l'état de conviction tenace : dans la sphère de son activité, elle conduira logiquement aux extravagances les plus graves.

Un ancien journaliste, à Bicêtre, ne signait jamais que Napoléon, vicomte, etc. Il se croyait le fils du grand homme et affectait la morgue de cette haute naissance ; sa mère n'était que sa nourrice, et son frère, le fils de cette dernière.

Un soldat s'imagine être colonel de son régiment. Ayant recueilli, dans son pays, un héritage de 1,000 francs, il achète un uniforme et revient à Paris, où il se fait arrêter à un ministère, déplaçant les sentinelles et donnant des ordres. Ses camarades ne l'avaient pas d'abord reconnu.

On cite une mère dont l'unique folie consistait à croire son fils mort. Elle le pleurait amèrement. Se présentait-il à elle, elle se fâchait et le repoussait, le considérant comme un Sosie.

Dans les types accusés, le contraste est frappant; nul ne s'y méprend. Mais l'incertitude augmente à mesure qu'on se rapproche des cas intermédiaires. Les qualifications s'en sont ressenties. C'est ainsi qu'on est parvenu, négligeant le traité distinctif et n'admettant que des différences de degré, à confondre les folies générales et partielles. Les formes des lors ayant paru d'une valeur secondaire, on a été d'autant moins porté à tenir compte des diversités psychiques qu'on les réputait changeantes, mobiles, susceptibles de transmutations.

Erreur flagrante. Ces substitutions ont leurs conditions et leurs limites. D'autre part, les lois du fonctionnement mental ne sont point arbitraires. Approfondies et appliquées à une démarcation rationnelle, on en aurait induit la certitude que des groupes importants tranchent moins par la quantité que par la nature des aberrations mentales ; ce que j'ai essayé de vous démontrer dans une précédente lecture.

Manie, démence, stupidité, qui ne sent d'abord la différence radicale qui sépare ces formes où, la faculté syllogistique étant directement atteinte, le délire est, *ipso facto*, étendu à toutes les manifestations, de ces vésanies particulières où, virtuellement intacte, cette même faculté est seulement faussée, sinon subjuguée par des erreurs ou des entraînements maladifs ?

Vous n'avez pas oublié comment, de ce point de vue, s'est constituée une nomenclature où, avec précision et sans efforts, genres et espèces sont venus se ranger à leur place légitime. Rien n'égale la confusion des délires partiels. Quoi de moins circonscrit que les termes mélancolie, avec ou sans stupeur, monomanie, lypémanie, folie raisonnante, etc.? On y a englobé les faits les plus disparates, la plupart, spécialement beaucoup de prétendues lypémanies, appartenant en réalité aux aliénations générales.

Quelques types, mis en parallèle, feront à la fois ressortir et les oppositions morbides et le rôle des symptômes. Esquirol, par exemple, range parmi les lypémanies le cas suivant, reproduit par nous, à l'article semi-stupidité, dans le *Journal de médecine mentale* (t. II, p. 112).

Une dame de 23 ans, à la suite d'une frayeur causée par des soldats, tombe dans une immobilité qui persiste jusqu'à sa mort, due à une phthisie, quatre ans après. Tête inclinée à gauche, yeux fixés vers le sol, bras croisés. Il faut l'habiller, la faire manger et souvent employer les affusions froides pour la contraindre à prendre de la nourriture. Si on lui parle, son teint se colore légèrement, mais elle ne répond pas ; où, si d'aventure on lui arrache quelques demi-mots, ceux-ci décèlent une crainte qui, dit l'auteur, *absorbe* les facultés.

Ainsi la théorie est évidente : de la crainte dépendrait la prostration physique et l'inertie volontaire. Qui le prouve? Renversant les termes, n'est-il pas plus naturel d'attribuer cette double impuissance à la perturbation subie par le cerveau, laquelle, suspendant la pensée, permet tout au plus une vague fascination intuitive et stupéfiante ? La physionomie chagrine comme la mussitation s'expliquent par les scènes confuses et dépressives qui se jouent à l'intérieur.

Un second exemple n'est pas plus significatif.

C'est une jeune fille, commensale, au château de Chantilly, du duc d'Enghien. A 17 ans, apprenant la catastrophe de Vincennes, elle tombe pétrifiée et folle. En une nuit, ses cheveux blanchissent. Levée, elle marche à la façon des culs-de-jatte. Au lit, les jambes fléchies sous les cuisses, elle garde une attitude immobile, la tête haute et le regard dirigé vers une croisée, où elle semble voir et entendre quelqu'un. Sauf quelques murmures à voix basse, jamais elle ne profère une parole.

Sous le même titre de *Mélancolie*, M. Auzouy (*Arch. de méd. ment.*, juin 1861), expose un troisième fait où les manifestations dépressives n'apparaissent également que comme épiphénomènes d'une confusion cérébrale.

(1) Communication à la Société des médecins des bureaux de bienfaisance.

Morose depuis un an, H... arrive à Maréville, dans un tel état d'engourdissement, que parfois il oublie de satisfaire à ses besoins les plus naturels. Vraie statue, on ne saurait en arracher une réponse. La stupeur croissante finit par se compliquer d'accidents cataleptiques, qui cèdent à l'hydrothérapie et à l'électricité.

Où sont ici les idées fixes?

Lors de l'insurrection de juin 1848, entra à Bicêtre le concierge d'une maison qui, après le combat, fut envahie par les soldats. La frayeur l'avait plongé dans une stupidité profonde. Ses traits étaient plus mornes qu'anxieux. Interpellé, il ne semblait pas comprendre, formulant lentement des réponses monosyllabiques, sans cohésion ni concordance avec les questions. Parfois, seulement, se soulevant brusquement de son lit et poussant une exclamation, il se retournait vers des voix qu'il croyait entendre. Cet état fut à peine amendé par des ventouses scarifiées à la nuque et des diffusibles. Mais, au bout de huit jours, quelques lueurs réapparurent. La réaction intérieure s'accentuait davantage au dehors. Il saisissait quelques paroles. Aux nuances de la physionomie, à des demi-phrases, on jugeait de la nature, tantôt insignifiante, tantôt mélancolique, de ses impressions. Bientôt, avec la décroissance graduelle de la nuit cérébrale, s'effaça toute trace délirante. Il ne resta qu'un embarras dans la pensée qui, lui-même, fit place à une clairvoyance définitive. Complétement remis, le patient quittait l'asile environ deux mois après son entrée. Il disait sortir d'un rêve. Nous avons pu suivre les phases de son affection, depuis le degré extrême de l'inertie intellectuelle jusqu'à la simple hébétude. En aucun moment, nous n'avons vu que l'accablement physique, résultât du plus ou moins d'activité des conceptions maladives, lesquelles, au contraire, isolées, disparates, naissaient ostensiblement, d'une manière fortuite, au sein de l'obscurité mentale.

L'analyse des cas où cette obscurité est la moins profonde dissiperait le doute à cet égard s'il existait; car l'entretien alors étant généralement possible, il suffit de bien observer les symptômes et de s'attacher à leur appréciation.

Il y a une quinzaine d'années, nous fûmes appelé dans une maison de santé à diriger le traitement d'une malade, âgée de 40 ans, soi-disant atteinte de lypémanie hypocondriaque. Restée fille, elle se reprochait d'avoir négligé plusieurs propositions de mariage, et éludé par de secrètes satisfactions des désirs tardifs. Tout à coup, sans autre cause appréciable, elle tombe dans une prostration morose. Sa tête est lourde et douloureuse, sa pensée lente, sa mémoire confuse. Son âme se remplit de terreurs chimériques. Scrupules à propos de tous ses actes, présents et passés, surtout de ses confessions. Des voix lui répètent damnation. Cherchant des consolations dans la prière, elle n'y sent que de l'amertume. Prêtres, parents, suscitent sa défiance. Souvent elle les prend pour des ennemis déguisés, les injurie, les maltraite. Par moments, ayant une sorte d'intuition de ce trouble, elle pleure et tremble de devenir folle. Sur ces entrefaites, la nouvelle inattendue d'un frère chéri, mort à l'étranger, ajoute à la gravité des symptômes et nécessite sa séquestration.

Cinq mois s'étaient écoulés sans changement notable, lors de ma première visite. Sa conversation révèle son impuissance intellectuelle, son anxiété morale. On dirait de l'eau qui bruit entre les os et la peau du crâne, et, au dedans, un flot qui avance ou recule, monte ou descend. Nul ressort à la pensée, aucune netteté dans la mémoire. Ce qui attriste particulièrement Mlle X..., c'est l'indifférence, si ce n'est la répulsion, se substituant à sa tendresse de fille et de sœur. Menstruation suspendue.

Un jour, elle refuse de manger, alléguant qu'elle est morte. Elle accorde que c'est étrange; elle se résigne à prendre de la nourriture. Pourtant, soupire-t-elle, *elle est morte*. Cette idée domine momentanément et cède la place aux préoccupations antérieures. Sous l'influence du traitement: bains frais, sangsues à l'anus, purgatifs, pastilles de fer, quinine et camphre, exutoire au bras, infusion d'armoise, insensiblement le retour à la sérénité morale coïncide avec le rétablissement du sommeil, des fonctions générales et des règles.

Ayant quitté l'asile, rien de particulier ne se manifeste pendant un ou deux mois; mais, dans une lettre désolée, elle m'avoue que, malgré sa résistance, elle se sent de nouveau envahie. Sa tête craque; discernement, mémoire lui échappent. Son frère ajoute que, par intervalles, elle converse avec Dieu, les anges et les démons. Au sixième mois, la recrudescence est complète. Un serpent sort de son cœur pour entrer dans celui de sa mère. Elle est l'hydre de sang, la bête de l'Apocalypse. Sa poitrine est pleine de trous et de vides. Son cœur est traversé par une tour de verre que surmonte la vigne du Seigneur. Si elle n'est morte, au moins est-elle damnée dès cette vie... A cette période d'excitation succède une véritable torpeur.

On dut nous ramener la malade, dont, cette fois, le séjour fut moins long. Les règles continuèrent avec quelques retards et moins d'abondance. Plus rarement elle se dit morte. Dans une agitation passagère, sa mère lui apparaît, tour à tour, sous sa forme naturelle, celle d'une domestique ou du diable. Un autre fois, on arriva à temps, pour dénouer un mouchoir, à l'aide duquel elle s'était pendue à une croisée. Point de mobile à cet acte, purement machinal et isolé.

Le mieux, après une seconde rentrée dans sa famille, persista quelques mois. Puis, voici dans une note assez suivie, comme elle me dépeint sa position: « Même flot dans la tête; son chapeau la gêne; une sorte de nuage couvre sa vue. Au fort du mal, son cerveau est confusion; elle ne peut ni raisonner ni calculer. En somme, néanmoins, sa pensée est plus libre. »

Toutefois, la petite crise ne dura pas. Sauf un reste de crainte, Mlle X... ne cessa, un an et demi durant, de jouir de ses facultés ordinaires. Survient une exacerbation subite, où, poursuivie par des fantômes, elle se précipite sur quelqu'un, qu'elle prend pour un démon. Ayant, dès le surlendemain, recouvré le calme, elle m'invite à aller la visiter dans sa petite ville, à 50 lieues de la capitale. « Mon sang, me disait-elle, » s'arrête au cœur; je marche difficilement; la conversation » me déplaît et l'isolement, de son côté, me pèse. »

Je fus heureusement surpris, à mon arrivée, de la trouver beaucoup plus raisonnable que je ne m'y étais attendu. Son accueil fut des plus sympathiques et je ne constatai chez elle, à part de vagues appréhensions, qu'une certaine paresse intellectuelle. Qu'est-elle devenue? Je n'en ai plus eu de nouvelles.

Dans ce tableau, évidemment, aucun trait n'accuse une ressemblance formelle avec les convictions tenaces du délire systématisé. Si l'obtusion et l'impuissance mentale s'observaient à tous les instants, il n'en était ainsi ni des sensations ni des croyances maladives, qui, accidentelles, différaient souvent du jour au lendemain et subissaient, d'ailleurs, des intermittences, exceptionnelles dans les formes opposées. La folie dite monomaniaque est à peu près incurable.

S'il était besoin d'invoquer des analogies, nos services d'épileptiques en fourniraient d'instructives. Le propre des attaques est précisément de produire la confusion mentale, depuis l'hébétude passagère jusqu'à la stupidité plus ou moins durable. Or, qu'arrive-t-il ici comme dans les délires ébrieux, saturnins, toxiques, etc., que nous avons également classés parmi les espèces stupides? Au sommet, l'accablement absolu; immédiatement au-dessous, l'obtusion hallucinatoire, qui se traduit fréquemment par un délire aigu exclusivement basé sur des sensations fausses et des conceptions automatiques. Plus bas et plus bas encore, la représentation de ces lypémanies et mélancolies, indûment confondues avec les délires partiels.

S..., à la suite de ses crises, reste parfois, un ou deux jours, dans une morne stupéfaction. Il ne répond pas ou profère des mots irrités, entendant des voix qui le menacent ou l'outragent. Un jour, dans un paroxysme d'aveugle fureur, s'emparant d'un tisonnier, il en frappe, à la tempe, un malade voisin, qu'il blesse grièvement.

Une épileptique nous arrive, enceinte de huit mois. Avant et après ses couches, plusieurs accès ne s'accompagnent d'aucun trouble mental. Mais, au bout de six semaines, un matin, nous la trouvons alitée. Son teint est pâle, son regard hébété et craintif. Interrogée, elle a l'air de ne pas comprendre. Le lendemain, elle n'ouvre la bouche, lentement, que pour dire qu'elle va mourir. Les siens courent le même danger. Cet anéantissement persiste une huitaine. Peu à peu, les ténèbres s'éclaircissent; elle rit la première de ce qu'elle considère comme un rêve. Depuis, elle a encore éprouvé, mais 48 heures seulement, quelque chose de semblable.

P... est une jeune fille douce, gracieuse et instruite. Nous l'avons depuis quatre ans. Ses accès, fréquents au début, se sont ralentis. A peine si elle en a un ou deux par mois. Leur effet longtemps s'est borné à une morosité de quelques heures. Il y a environ huit mois, une série violente de secousses suspend ses facultés. La torpeur s'empreint sur sa physio-

nomie. La malade balbutie des phrases incohérentes. Elle se croit en butte à des ennemis qui l'outragent et la menacent. Elle pleure, se lamente. Cet état dure une dizaine de jours. Il ne s'est pas reproduit; mais, chose étrange et qui se voit pourtant, malgré nos plaisanteries, elle a peine à ne pas croire à la réalité des machinations fantastiques dont elle conserve la éminiscence.

Le caractère des accidents est particulièrement indubitable chez une certaine catégorie de nos patientes qui, sans convulsions actuelles, sont ainsi sujettes périodiquement à des affaissements moraux qu'on pourrait assimiler aux épilepsies larvées, quelques-unes ayant eu antérieurement, ou étant destinées à avoir plus tard des attaques de mal caduc.

B... est calme et joyeuse, presque boute-en-train. On la voit tout à coup chanceler. Son visage s'assombrit, ses yeux perdent toute expression; elle se plaint d'une violente céphalalgie, d'un endolorissement qui envahit toute la tête. Idées confuses; elle ne répond pas, sinon parfois pour exprimer des craintes vagues, propension du suicide. Cette sorte de rêve sombre dure au minimum une semaine. Elle est retombée avant-hier, après plus de deux mois d'immunité.

Chez G..., la prostration, identique, mais moins prononcée; laisse plus de champ aux manifestations prétendues mélancoliques. On l'injurie, on se coalise contre elle, sa famille l'abandonne. Dans les intervalles, diversement longs, elle est calme et résignée. Trois mois d'immunité ont motivé, sur ses instances, sa mise en liberté. Elle aurait eu des vertiges. Mêmes constatations à l'égard de R... Cette jeune fille, âgée de 15 ans, lorsqu'en 1870 nous prîmes la direction de la section des enfants, restait des semaines dans une torpeur presque absolue. Réponses nulles ou puériles, irritations, craintes passagères. Le travail, la gymnastique et l'éducation ayant amélioré son état, elle obtint de retourner dans sa famille. Avait-elle eu des attaques d'épilepsie? Au bout de 15 mois, elle nous revint au milieu de crises sérielles qui, pendant 15 jours, ne cessèrent de se répéter. Nouvelles obtusions, mais peu intenses. Depuis 15 mois, sortie encore nous l'avons rencontrée dernièrement; elle paraît n'avoir pas eu de rechute.

L..., âgée de 54 ans, était en apparence un type tranché de lypémanie. Elle nous arrivait après une tentative de suicide, ou, selon sa version, une chute accidentelle dans le canal. Sa physionomie décèle l'effarement. Ses réponses sont timides et embarrassées. Elle nie être épileptique; nous ne lui avons point connu d'attaques. Isolement au milieu des malades; elle semble entièrement succomber au désespoir. Le fonds de son chagrin, dont elle a une demi-conscience, remonterait à 4 ans, époque du siége. Elle a perdu deux frères, un autre est éloigné. Elle est seule au monde; à cette pensée, elle pleure à chaudes larmes. Le pire, c'est qu'elle a de grands reproches a se faire; elle ne les a pas assistés comme elle aurait dû. Des voix, celles de ses voisins, le lui répètent. Ceux qu'elle rencontre la regardent de travers. Tout se confond, *s'embrouille* dans sa mémoire, sa tête se fend. Soumise aux prescriptions suivantes: ventouses scarifiées, éther et acétate d'ammoniaque, purgatifs, pilules de quinquina et de camphre, lotions sur le corps et le front, la malade recouvre peu à peu, avec la disparition de l'oppression cérébrale, le libre exercice de la pensée. Elle se promène, cause et travaille. Par malheur, quelques mois après, aux premiers froids de l'hiver, les maux de tête ramènent le trouble mental. La récidive, toutefois, traitée à temps, semblait, en moins de 15 jours, avoir complément cédé. On constate le retour de l'expansion, la reprise des habitudes; un matin même, nous l'en complimentâmes, en traversant une galerie, où elle cousait au milieu de ses compagnes. O déception! A peine sortions-nous d'une salle voisine; on accourt nous avertir qu'elle venait de se pendre. La malheureuse, de l'ourlet d'un drap qu'elle raccommodait, s'était fait un lien dont elle avait enserré son cou et fixé les extrémités à un barreau de sa couchette. En vain nous nous précipitâmes à son secours; elle avait cessé de vivre. *(A suivre).*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **M. CHARCOT.**

Des cirrhoses viscérales épithéliales en général (1).

Messieurs,

J'ai relevé, en finissant la leçon précédente, un caractère anatomo-pathologique commun à certaines formes de la broncho-pneumonie subaiguë ou chronique. Voici, vous ne l'avez pas oublié, en quoi ce caractère consiste: tandis que la paroi des canalicules respiratoires se transforme en tissu embryonnaire, l'endothélium de revêtement est remplacé par un épithélium se rapportant au type cylindrique, et analogue, par conséquent, à celui qui tapisse les bronches.

J'ai cité à titre d'exemple (2): la *pneumonie fibroïde* des tuberculeux, d'après les descriptions de M. Thaon; la *pneumonie lobulaire* des nouveau-nés syphilitiques, d'après MM. Cornil et Ranvier; le cas de la *carnisation* du poumon, décrite par

(1) Voir les nos 25, 27, 31, 36, 44, 46.

(2) Nous rétablissons ici un passage qui a été omis dans la publication de la dernière leçon. Après ces mots: « *Cancer mucoïde,* » page 864, col. 2, ligne 45, il faut lire ce qui suit.

Le *stroma* de ce cancer est constitué, ainsi que cela se voit du reste, pour d'autres formes du cancer du poumon, — par la paroi alvéolaire elle-même, non manifestement altérée et présentant encore en tout cas, parfaitement caractérisée, sa charpente de fibres élastiques. Ces parois paraissent tapissées par un revêtement continu de cellules qui remplace le revêtement normal et qui, sur certains points, affectent la forme cuboïde tandis que, sur d'autres points, elles sont littéralement cylindriques. — Tantôt, il n'y a qu'un seul rang de cellules, tantôt il y en a plusieurs. Ces dispositions variées peuvent se rencontrer sur divers points de la surface d'un même alvéole.

En dehors du cancer nous citerons, encore à titre d'exemple, le cas beaucoup plus vulgaire des diverses broncho-pneumonies subaiguës et chroniques.

C'est ainsi que M. Thaon, dans la pneumonie fibroïde des tuberculeux, a fait voir que les parois alvéolaires épaissies — par suite de leur transformation en tissu embryonnaire ou même fibreux — sont tapissées par un revêtement en collerette de cellules cuboïdes, qui remplacent l'épithélium plat. Au centre de la cavité alvéolaire se trouvent habituellement des amas de cellules épithéliales ovoïdes desquammées, derniers vestiges de l'ancien revêtement *.



Fig. 88. — Coupe à travers un noyau d'hépatisation. — *A.* Tissu conjonctif du poumon en prolifération; *b*, cellules pavimenteuses disposées le long des alvéoles; *c*, cellules sphériques libres au milieu de ceux-ci; *v*. vaisseau. Grossissement de 300 diamètres. (Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, fig. 268, p. 710).

Les petits noyaux de pneumonie lobulaire subaiguë ou chronique, qui se rencontrent fréquemment chez les nouveau-nés syphilitiques, on observe, ainsi que l'on fait voir MM. Cornil et Ranvier (*Fig. 88*) ** absolument la même disposition.

* Thaon. — *Recherches anatomo-pathologiques sur la tuberculose;* Paris, 1873.

** Cornil et Ranvier. — *Manuel d'histologie pathologique,*

Legendre et Bailly, et qui représente, suivant moi, à l'état chronique, la broncho-pneumonie vulgaire. J'aurais pu ajouter que chez ceux des animaux soumis à la section des récurrents, qui ont survécu plusieurs semaines aux suites de l'opération, M. Friedlander a rencontré dans les poumons des altérations fort analogues à celles dont je vous ai donné l'exposé sommaire à propos de l'homme.

Dans tous les cas, je le répète, en ce qui concerne les lésions subies par les canalicules respiratoires, il y a lieu de distinguer deux éléments :

1° Végétation cellulaire de la paroi conjonctive des alvéoles, entraînant la destruction des éléments spéciaux de la région, à savoir : fibres musculaires de la vie organique, faisceaux de fibres élastiques, etc. ;

2° Substitution d'un revêtement épithélial de type cylindrique, au revêtement de cellules plates, endothélial morphologiquement, qui répond, chez l'homme, après la naissance, à l'état normal.

Maintenant, Messieurs, veuillez vous reporter aux quelques détails d'embryologie élémentaire, que je vous ai retracés dans une leçon précédente. Remettez-vous en mémoire les premiers linéaments du développement du poumon.

Vous savez comment les deux bourgeons ou diverticules, appendus à l'extrémité postérieure de l'œsophage, sont composés de deux parties bien distinctes : 1° une couche de cellules *hypoblastiques*, bientôt représentée par un revêtement épithélial cylindrique, régnant sur toute l'étendue des canaux respiratoires ; 2° une couche épaisse de tissu *mésoblastique* au sein de laquelle se développent les éléments musculaires, élastiques, les vaisseaux, etc. *(Fig. 89* et *90)*

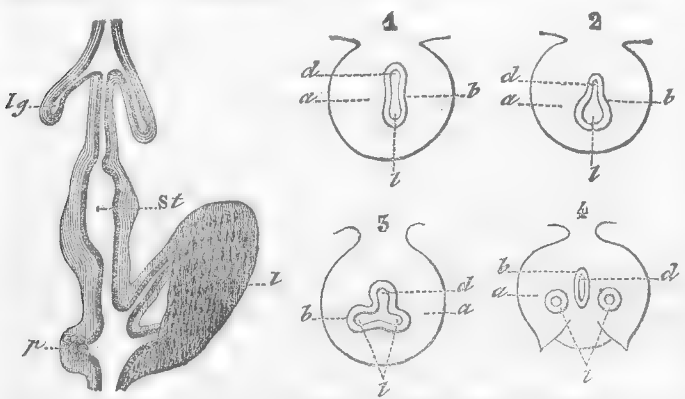


Fig. 89. — Schéma d'une portion du canal digestif d'un poulet du quatrième jour (D'après Gotte). — Le trait noir intérieur représente l'hypoblaste, la partie externe moins sombre, le mésoblaste. — *lg*, diverticulum pulmonaire, présentant une extrémité terminale renflée qui forme la vésicule pulmonaire primitive. — *St*, estomac. — *l*, deux diverticulums hépatiques, dont les extrémités terminales sont réunies par des rangées non interrompues de cellules hypoblastiques. — *p*, diverticulum pancréatique et diverticulum vésiculaire qui en naissent (*Fig.* 12 des *Eléments d'embryologie* de Foster et Balfour).

Fig. 90. — Quatre schémas destinés à montrer la formation des poumons (D'après Götte). — *a*, mésoblaste. — *b*, hypoblaste. — *d*, cavité du canal digestif. — *l*, cavité du diverticulum pulmonaire. — En 1, le canal digestif a subi un étranglement qui l'a séparé en deux canaux, l'un supérieur, l'autre inférieur ; le premier étant le véritable canal alimentaire, le second le tube pulmonaire ; ils sont en communication l'un avec l'autre. — En 2, le tube inférieur (pulmonaire) s'est élargi. — En 3, la portion élargie s'est étranglée de manière à former encore deux tubes qui communiquent l'un avec l'autre et, tous deux, avec le canal digestif. — En 4, ils se sont complètement séparés l'un de l'autre ainsi que du tube digestif, le mésoblaste a commencé également à présenter les signes de changements internes qui se sont produits (Fig. 13 de Foster et Balfour. *Loc. cit.*)

Pour en revenir aux lésions broncho-pneumoniques subaiguës et chroniques, dont je vous entretenais tout à l'heure, il est intéressant de voir, vous disais-je, le revêtement épithélial, originaire de l'hypoblaste, reprendre, sous l'influence d'un processus irritatif, la forme qu'il présentait dans la vie intra-utérine, en même temps que les parois de l'alvéole, qui, dans le premier développement, naissent du mésoblaste, reprennent, elles aussi, le caractère embryonnaire.

Incontestablement, c'est là, je le répète, un incident remarquable dans l'histoire anatomique des bronchopneumonies chroniques. Mais le fait vous paraîtra, sans doute, plus digne d'intérêt encore, si je parviens à vous montrer qu'il se reproduit avec les mêmes caractères et la même signification dans quelques variétés d'inflammation interstitielle, les *cirrhoses* (si vous voulez les appeler ainsi), qui s'attaquent à d'autres viscères que les poumons. Je vous ai fait pressentir déjà que, dans mon opinion, il s'agirait là, non pas d'un fait partiel, d'un épisode, mais bien d'un caractère anatomique commun à tout un groupe de *cirrhoses viscérales*, et relevant, par conséquent, du domaine de l'anatomie pathologique générale. Ici viennent se placer les développements propres à justifier la proposition que je viens d'émettre à nouveau.

Faisant appel à nos études antérieures (1), je me propose d'examiner, au point de vue particulier sur lequel j'ai dirigé votre attention, d'abord le cas du rein, puis celui du foie.

Je vais vous entraîner dans une digression qui vous conduira, en apparence, un peu loin du but prochain de nos études actuelles. Il n'y aura pas lieu de le regretter, si je parviens à vous faire sentir que les considérations du genre de celles qui vont vous être présentées, pourront contribuer quelque jour à dégager le chapitre des pneumonies chroniques de l'obscurité qui l'enveloppe encore, quant à présent, sur plus d'un point.

I. J'invoquerai d'abord l'exemple de la forme de néphrite interstitielle chronique qui, dans le langage de l'anatomie macroscopique, porte le nom de *rein contracté*, *petit rein rouge*, *rein goutteux*, *rein saturnin*, *rein granuleux*, dénominations empruntées presque toutes, vous le savez, à la nomenclature anglaise (2).

C'est, suivant moi, au point de vue anatomique aussi bien qu'au point de vue de la nosographie, une espèce distincte, d'une autre forme d'affection rénale, appartenant, elle aussi, à l'ancien cadre de la maladie de Bright, forme dans laquelle l'organe est également atrophié, *cirrhosé*, et que M. G. Johnson a désigné sous le nom de *petit rein jaune ;* d'autres disent *petit rein graisseux*, *bigarré* (*motley kidney*).

Cette dernière variété d'altération rénale se rattache, comme l'a démontré M. G. Johnson, à l'histoire de la *néphrite parenchymateuse*, dont elle représente une phase avancée. Elle n'a de commun avec l'altération dite le *petit rein rouge*, que de siéger dans le même organe, dont elle détermine aussi l'atrophie scléreuse, et de se révéler cliniquement par un certain nombre de symptômes analogues : circonstance, qui ne saurait surprendre, puisqu'il s'agit de deux affections ayant pour substratum principal le même organe (3).

Je rappelle, en passant, cette distinction à établir entre le *petit rein jaune* ou *gras*, et le *petit rein rouge*, parce que les raisons anatomiques sur lesquelles elle se fonde ne me paraissent pas avoir été suffisamment remarquées, si j'en juge du moins par certains articles critiques, récemment publiés, qui visent mon enseignement d'il y a trois ans, et où les conclusions diffèrent de celles que j'avais formulées à l'époque.

C'est dans la région du labyrinthe — et, à ce propos, je vous renvoie encore à nos précédentes études — que siégent particulièrement les lésions dans le cas du petit rein rouge. J'ai essayé d'établir, avec M. Kelsch, que l'atrophie du labyrinthe et l'intégrité relative des rayons médullaires expliquent l'existence des *granulations* qui font saillie sur la surface de l'organe et s'y dessinent en clair sur un fond rouge. Les parties rouges et déprimées répondent à la région labyrinthique ou des *canaliculi contorti* atrophiés ; les parties plus claires, saillantes, les granulations, en un mot, à la région centrale du lobule, ou autrement dit, des rayons médullaires composés surtout de canaux collecteurs (4) et restés relativement sains (*Fig. 91*).

Histologiquement, deux faits dominent la situation : 1° l'épithélium glandulaire des canalicules contournées à la suite d'altérations diverses présente l'altération granulo-graisseuse et finalement disparait ; 2° En même temps, le tissu conjonctif qui sert de soutien à ces canalicules subit la végétation embryonnaire et se développe à l'excès.

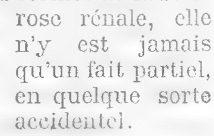
(1) Voir les *Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins*, faites à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8, Paris, 1877.

(2) Voir Charcot, *Loc. cit*, pp. 297 et suiv.

(3) Voir, sur ce point, Charcot, *Loc. cit.*, p. 391, et surtout le mémoire de M. G. Johnson : *On the forms and stages of Bright's Diseases of the Kidney*. In *Med. chir. Trans.* Vol. XLII, 1853, avec planches coloriées.

(4) Charcot, *Loc. cit.*, pp. 302-303.

Mais voici le détail sur lequel je veux aujourd'hui appeler tout spécialement votre attention ; à un moment donné du processus, l'épithélium glandulaire sombre, granuleux, à bâtonnets qui, dans l'état normal, tapisse cette partie des conduits urinifères, est remplacé par un épithélium cubique, rappelant morphologiquement l'épithélium de type cylindrique des conduits collecteurs. Cette modification du revêtement épithélial a été décrite par tous les auteurs qui se sont occupés de l'histologie du rein contracté : G. Johnson, Cornil, Ranvier, Kelsch, etc. (*Fig. 92*). Je n'ai pas manqué de vous la faire remarquer, il y a trois ans, dans mon exposé et sur les préparations du cours pratique. Elle paraît être, dans l'histologie pathologique du petit *rein rouge*, un caractère fondamental, et, si elle peut se rencontrer dans les autres formes de la sclérose rénale, elle n'y est jamais qu'un fait partiel, en quelque sorte accidentel.



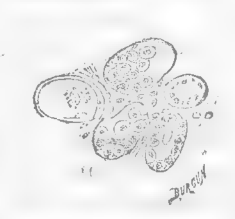


Fig. 91. — Coupe faite sur un rein contracté, perpendiculairement à la direction des lobules. — Les parties claires *a*, formant la granulation, correspondent au centre du lobule et représentent la coupe des canaux collecteurs. — Les parties foncées, *b*, qui circonscrivent la granulation, sont constituées par les tubes contournés, atrophiés par du tissu embryonnaire de nouvelle formation, et par les glomérules, *g*. (Figure demi-schématique, d'après les préparations de M. Kelsch).

Fig. 92. — Tubes urinifères atrophiés et contenant de petites cellules en partie désintégrées et des granulations graisseuses. — Gross. de 428 diamètres. — Comparez le diamètre de ces tubes atrophiés avec ceux de la figure 332 dessinée au même grossissement (Cornil et Ranvier).

Vous saisissez aisément, et sans qu'il soit nécessaire d'insister, l'analogie que je veux établir, au point de vue anatomo-pathologique entre l'espèce de cirrhose rénale, sur laquelle j'appelle votre attention et la cirrhose bronchopneumonique. Le rapprochement vous paraîtra peut-être plus saisissant si je vous remets en mémoire à propos du rein, comme je le ferai tout à l'heure à propos du poumon, quelques détails tirés du domaine embryogénique.

Dès le deuxième jour, chez le poulet, on voit se constituer un groupe de cellules de chaque côté de la partie non divisée du mésoblaste, en dehors des proto-vertèbres, entre celles-ci, l'épiblaste et le mésoblaste. — C'est le 1er rudiment du corps de Wolf. (*Fig. 93*, GG). L'amas en question,

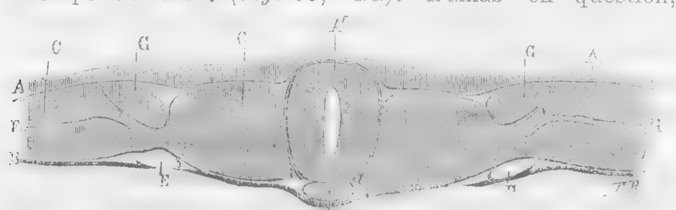


Fig. 93. — Coupe transversale de l'embryon de poulet vers la 50e heure de l'incubation. — A, feuillet externe. — A', coupe de la moelle épinière. — B, feuillet interne. — CC, vertèbres primitives. — D, corde dorsale. — EE, aortes primitives. — F, cavité pleuro-péritonéale. — GG, corps de Wolff. — M, feuillet moyen. — (Ranvier, *Leçons d'anatomie générale*, fig. 1. In *Progrès Médical*).

composé de cellules mésoblastiques, se creuse bientôt d'une petite cavité qui se montre revêtue de cellules cylindriques. — C'est ainsi que le canal de Wolff est formé. D'où proviennent ces cellules cylindriques? M. Waldeyer suppose, mais c'est là une vue purement théorique, qu'elles sont d'origine épiblastique, et qu'elles auraient été par une sorte « d'inclusion, » séparées de l'épiblaste à l'époque de la réunion apparente de l'épiblaste et du mésoblaste (Foster et Balfour, p. 190).

Quoi qu'il en soit, vers le 4e jour, commence à se dessiner la structure du corps de Wolff. — On voit alors une série de tubes contournés s'aboucher dans le canal de Wolff et aboutir aux glomérules vasculaires qui, pendant ce temps, se sont formés, de leur côté, dans l'épaisseur du mésoblaste. Le mode de développement paraît être le suivant : de la partie antérieure de chaque conduit, naissent, du côté interne, des diverticules qui s'allongent peu à peu et forment des tubes repliés sur eux-mêmes. Ces tubes sont, comme le canal de Wolff lui-même, tapissés d'un épithélium cylindrique, mais plus épais toutefois que dans le 1er cas (1). Tel est, en gros, le premier développement du corps de Wolff, que l'on appelle rein primitif (Urniere, Waldeyer). Pour ce qui est du *rein définitif*, qui, seul, nous occupe ici, il se développe peu après, exactement sur le même modèle, aussi bien chez le poulet (Waldeyer, p. 132, *fig. 46*) que chez le mouton (Kuppfer, *Schultz, Archiv.* Bd. I. *fig. 245*) par un prolongement qui part de la partie postérieure du corps de Wolff.

En résumé, au point de vue que nous envisageons actuellement, la comparaison des lésions de la cirrhose bronchopneumonique avec celles du « petit rein rouge » fait reconnaître que dans les deux cas, le processus fondamental est, *mutatis mutandis*, le même au fond, à savoir : Retour à l'état embryonnaire des éléments nés du mésoblaste et, en ce qui concerne le revêtement épithélial, tendance à la reproduction des caractères de l'état fœtal. *(A suivre)*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Bains et écoles de natation a Londres (*Suite*) (2).

Il est à peine besoin de dire que, selon le quartier où ils s'élèvent et la situation de fortune du public auquels ils sont destinés, ces établissements présentent les plus grandes variétés. Tout le monde comprend la différence qui résulte des exigences de la clientèle des quartiers riches, comparée aux modiques ressources de la clientèle des quartiers pauvres. Tout le monde comprend qu'un luxe disproportionné avec leur état et leur train de vie ordinaire, éloignerait les pauvres gens au lieu de les attirer. En Angleterre surtout, où, bien que les sentiments et les doctrines égalitaires fassent de notre temps de grands progrès, il règne encore un respect si enraciné des rangs et des distinctions sociales, cette séparation des classes est bien plus marquée qu'elle ne pourrait l'être chez nous. Partout donc, même dans les quartiers pauvres, même dans les établissements qui sont des propriétés communales, il y a des piscines de 1re, de 2e, quelquefois de 3e classe. A la plupart de ces établissements sont joints, en outre, des bains ordinaires et des lavoirs, avec séchoirs et machines à calendrer et repasser le linge. L'utile, nous pourrions même dire le nécessaire, se trouve ainsi réuni à l'agréable, et chacun, selon ses moyens, peut satisfaire ses besoins ou ses goûts.

Des établissements appartenant à des particuliers ou à des sociétés en commandite, nous ne dirons guère qu'une chose, c'est que leur existence même, leur succès, leur ancienneté (les institutions municipales du même genre sont de date plus récente), témoignent hautement en faveur de l'intelligence des capitalistes et des entrepreneurs anglais. Que ces capitalistes aient eu en vue le bien-être des populations pour lesquelles ils créaient ces établissements utiles, ou qu'ils n'aient cherché que les profits d'une spéculation

(1) Voir : Waldeyer. Eierstock und Ei, — fig. 44, présentant une coupe antero-postérieure du canal de Wolf et fig. 45, 50, représentant des coupes transversales du même canal.

(2) Voir le n° 50.

intelligente, il est certain qu'ils ont été les bienfaiteurs de leurs concitoyens, tandis que les capitalistes français, qui laissent tant de millions s'accumuler dans la plus désolante improductivité, ou cherchent des intérêts mal acquis et chanceux dans des emprunts turcs et autres, alors que les capitaux manquent à tant de créations utiles, qui leur rapporteraient profit, honneur et satisfaction morale, montrent par là qu'ils ne comprennent pas mieux leurs propres intérêts que ceux de leurs concitoyens. Quelle chose singulière ! une institution exotique qui n'offre pas, au point de vue du développement physique, la centième partie de l'utilité qu'offre l'école de natation, le *Skating-Rink* a subitement trouvé chez nous une faveur et des encouragements auxquels on ne peut donner qu'une explication plausible, c'est que la galanterie entrait dans ce succès pour autant, sinon plus, que l'attrait d'un utile et agréable exercice gymnastique. Ç'a été une véritable invasion. En quelques mois, on a vu des *Skatings-Rinks* s'élever partout, et les salles de bal, elles-mêmes, se transformer à certains jours en *Skating-Palaces*.

Il est probable que ce succès, trop violent et soudain pour n'être pas un peu éphémère, aura le sort des succès de mode ; mais il en restera sans doute quelques établissements utiles où l'on continuera, nous l'espérons, à cultiver l'excellent exercice du patinage. Sans être jaloux le moins du monde du succès des *Skating-Rinks*, nous sera-t-il permis de dire que la natation offre au point de vue du développement et du salut individuel comme à celui des secours que nous pouvons porter à nos semblables, bien plus d'utilité que le patinage, et qu'il est déplorable que, tandis qu'il s'est trouvé à Paris tant de capitalistes et d'entrepreneurs pour établir des *Skating-Rinks*, il ne s'en trouve pas un seul pour établir des écoles de natation permanentes. Pendant combien de temps serons-nous encore réduit à crier dans le désert ! Vraiment, nous nous prenons quelquefois à désirer que des capitalistes et entrepreneurs anglais viennent nous montrer la voie, ou qu'un nouveau sir Richard Wallace, sinon sir Richard Wallace lui-même, fasse pour les écoles de natation permanentes ce que celui-ci a fait pour les fontaines, grâce auxquelles son nom est pour le peuple de Paris le nom d'un ami et d'un bienfaiteur.

Revenons aux écoles de natation de Londres et à l'intelligent esprit de spéculation utilitaire qui les a fait établir. Ici, à *Kennington-Oval*, c'est un puits artésien que l'on exploite. La piscine, qui a 127 pieds de long sur 37 de large et une profondeur qui varie de 4 à 7 pieds, contient 130,000 gallons (1) d'eau pure. Des degrés en ciment de Portland règnent tout le tour de la piscine qui est de forme ovale et conduisent à des cabines munies de tout ce qui est nécessaire à la toilette. Ailleurs, au *Crystal Swimming Bath* de *Falham-Road*, ce sont des sources inopinément découvertes que l'on exploite.

La *District Railway Company*, en construisant son chemin de fer, a rencontré des sources abondantes dont elle est sans cesse obligée d'épuiser l'eau pour empêcher sa ligne d'être inondée. Quel meilleur emploi pouvait-on faire de cette eau ? L'on commença par construire une piscine spécialement destinée aux dames et aux enfants. Celle-ci n'a que 50 pieds de long sur 24, et la profondeur varie de 3 pieds 9 pouces à 5 pieds 9 pouces. Elle est d'une contenance de 35,625 gallons. Depuis, on a construit, pour les hommes, une autre piscine plus profonde qui a 85 pieds de long sur 26 de large. Il passe tous les jours à travers ces deux piscines 142,500 gallons d'eau. C'est un immense avantage que cette grande abondance d'eau toujours pure. Les bains de Falham Road n'existent que depuis trois ans ou trois ans et demi. Parmi les bains qui appartiennent à des particuliers, l'un des plus curieux est celui de *Wenlock* à *Hoxton*. Il a 60 mètres de long sur 10 seulement de large. C'est, si l'on peut parler ainsi, une vraie piste pour les nageurs. Aussi, est-ce là que quelques-uns des meilleurs nageurs que l'Angleterre ait produits se sont disputés des couronnes, médailles, coupes et autres prix de natation.

Mais venons aux bains qui, par leur caractère d'établissements communaux, nous offrent un intérêt tout particulier. Londres est divisé comme Paris en un certain nombre de districts administratifs qui portent encore le nom de paroisses, d'où le nom de *propriétés paroissiales* donné aux établissements dont nous allons parler. En réalité, l'Église n'a rien à voir à ces institutions qui sont de véritables propriétés communales. Il existe actuellement à Londres 10 de ces établissements. Nous dirons quelques mots de 3 ou 4 d'entre eux pour bien faire comprendre leur caractère et leur utilité.

Le quartier de Saint-Giles et Saint-George's Bloomsbury, est un quartier dans lequel se trouvent quelques-unes des plus pauvres rues de Londres. Pour mettre à la portée des habitants de ce quartier les moyens de se livrer à des exercices hygiéniques et à des soins de propreté plus indispensables ici que partout ailleurs, le conseil de la commune a ouvert, en 1853, un établissement de bains où se trouvent deux piscines pour la natation (1re et 2e classe), des bains ordinaires et des lavoirs. *De telles institutions*, dit le rapport que nous analysons, *sont pour chaque commune des accessoires indispensables*. La popularité croissante des piscines de natation ressort clairement de la statistique des nageurs qui fréquentent cet établissement.

Il y eu, en 1871, 42,673 nageurs.
— en 1872, 46,977 —
— en 1873, 67,739 —

L'architecte ne s'est évidemment préoccupé que de bâtir un édifice approprié à l'usage auquel il est destiné. Le luxe y est absent ; mais la ventilation et l'éclairage y sont bons ; l'eau y est maintenue à une température un peu plus haute qu'elle ne devrait l'être.

Bains de Marylebone. Cet établissement a été ouvert au public en 1849 : mais il a subi depuis des agrandissements et embellissements considérables. Il y a 4 piscines dont la contenance varie de 31,500 à 56,000 gallons. Il y a aussi des bains ordinaires et des lavoirs. C'est un des établissements les plus fréquentés et qui peut recevoir 4,000 personnes par jour. La moyenne annuelle des nageurs qui s'y rendent est de 200,000. La piscine de 1re classe est d'un luxe somptueux : c'est celle dont nous disions dans notre précédent article que la décoration seule avait coûté plus de 100,000 francs.

Bains de Paddington, Bayswater. Ces bains sont situés dans un des quartiers neufs du West-End ; ils ont coûté à la commune, y compris le terrain, environ 50,000 livres

(1) Le gallon vaut un peu plus de 4 litres et demi (4 litres 543).

sterling (1,250,000 francs). Ils ont été ouverts en grande cérémonie par le lord maire de Londres, le 28 mai 1874. La moindre des piscines, — il en a de 1re, 2e et 3e classe, contient 50,000 gallons d'eau. La piscine de 1re classe pour les hommes a 90 pieds de long sur 40 de large et contient 110,000 gallons d'eau; la piscine de 1re classe pour les dames est moins profonde et ne contient que 54,000 gallons d'eau. L'établissement peut largement recevoir 4,000 personnes par jour. Le nombre des baigneurs et baigneuses qui ont fréquenté ces bains en 1875 a été de 202,882. Un tel succès est bien fait pour justifier l'initiative des intelligents administrateurs qui ont créé ce magnifique et utile établissement.

Bains de Saint-Pancras. Nous revenons à un quartier moins riche et moins fashionable que celui de Bayswater, mais où le succès n'a pas été moins grand. Cet établissement n'offre à sa clientèle que deux classes de piscines ayant les mêmes dimensions, 57 pieds de long sur 23 1/2 de large, et la même contenance, 32,000 gallons d'eau. Il y a en outre cent chambres de bains ordinaires et un lavoir à 63 compartiments, avec séchoirs et machines à repasser. La statistique officielle suivante est la plus complète de celles que nous ayons eu jusqu'ici sous les yeux. Ces bains furent ouverts le 19 mai 1868.

	1869	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876
Clients des bains	145,735	149,474	152,216	165,338	184,295	195,964	199,657	215,080
Clients du lavoir	9,425	19,620	24,405	25,796	29,730	31.456	29,808	29,808

Chose remarquable, la clientèle du lavoir semble ne pas pouvoir dépasser le chiffre de 31,456, atteint en 1874, et oscille, les années suivantes, entre 29,000 et 30,000, tandis que la clientèle des bains, où l'attrait de la natation s'ajoute aux besoins de propreté, ne cesse d'augmenter dans de fortes proportions.

Nous n'avons pu encore nous procurer tous les renseignements désirables sur les dépenses faites et les recettes encaissées dans le plus grand nombre de ces établissements. Mais nous y arriverons et nous prouverons que, sans parler de leur utilité hygiénique, ces institutions loin d'être une charge pour les communes, sont pour elles une source de revenus.

Sans anticiper sur ce que nous aurons à dire bientôt sur ce sujet, nous pouvons constater que les recettes des Bains de Saint-Pancras ont été, pour l'année 1876, de 98,193 francs. L'établissement ayant coûté à la commune, y compris l'achat du terrain, 575,000 francs, on voit que Saint-Pancras n'a pas fait une mauvaise affaire. A. TALANDIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Seance du 15 *décembre* 1877.—PRÉSIDENCE DE M. Cl. BERNARD.

M. CYON présente quelques considérations physiologiques sur le téléphone. On sait qu'avec cet appareil on obtient la transmission des vibrations vocales, et que non-seulement la hauteur et l'intensité, mais encore le timbre de la voix sont conservés. L'oreille humaine peut être comparée à un téléphone. En effet, on y trouve deux membranes vibrantes: Les vibrations sont transmises de l'une à l'autre par un système d'osselets qui y joue le rôle des courants d'induction dans cet instrument. Dans le téléphone, les vibrations ne se transmettent pas intactes: mais, au milieu des vibrations nouvelles, les extrémités des nerfs acoustiques démêlent les vibrations primitives. C'est bien par les fils d'induction que se transmettent les vibrations, ainsi que le prouve l'expérience suivante de Dubois-Raymond, répétée par M. Cyon devant la Société. Si on applique une des membranes sur la patte d'une grenouille, on la voit s'agiter dès qu'au niveau de l'autre membrane on prononce une syllabe à vibrations multiples, comme *ou*; elle revient au repos dès que l'on prononce une syllabe à vibrations peu nombreuses, *il*, par exemple.

MM. BOCHEFONTAINE et BOURCERET communiquent les résultats de leurs recherches expérimentales sur la sensibilité du péricarde. Cette séreuse, qu'elle soit saine ou enflammée, est sensible; dès qu'on injecte une solution de nitrate d'argent dans le péricarde, on constate tous les phénomènes de l'excitation des nerfs sensitifs: augmentation de la pression artérielle, ralentissement du pouls, etc.

M. BOCHEFONTAINE est parvenu par la voie expérimentale à produire des méningo-encéphalites partielles chez le chien. Il a obtenu dans ces conditions des phénomènes analogues à ceux observés en clinique: attaques épileptiques, chorée, troubles de la sensibilité, délire, etc. Tous ces symptômes apparaissaient lorsque la lésion siégeait dans les lobes antérieurs, et non lorsqu'elle portait sur les lobes postérieurs. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 *décembre* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. TARNIER présente un nouveau mannequin obstétrical, dû à MM. Budin et Pinard. Ce mannequin est en bois sculpté et représente le corps d'une femme depuis les seins jusqu'aux genoux. Les cuisses sont placées dans l'abduction nécessaire pour que les opérations soient possibles. Le bassin représente un bassin osseux normal. Les parties molles : parois abdominales, utérus, périnée, vulve, sont en caoutchouc et elles sont fixées au moyen de vis mobiles, ce qui permet de les changer facilement quand un usage prolongé les a trop distendues ou déchirées. Le sacrum est mobile et peut être rapproché à volonté de la symphyse pubienne de façon à produire, à un degré variable, le rétrécissement du détroit supérieur qu'on rencontre presqu'exclusivement dans la pratique, celui du diamètre antéro-postérieur. Les exercices qu'on peut faire avec ce mannequin sont multiples : *Toucher*, un fœtus, mort né, étant placé dans l'utérus, le toucher, fait au point de vue du diagnostic des présentations et des positions, donne des sensations analogues à celles qu'on perçoit quand, chez une femme en travail, la poche est rompue et la dilatation complète. On peut donc faire l'éducation du doigt pour le diagnostic des présentations et des positions.

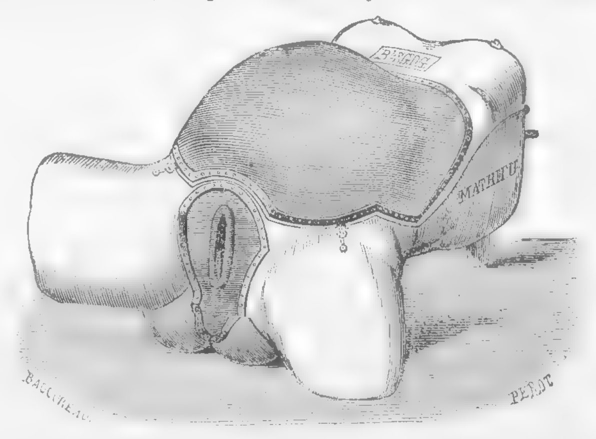


Fig. 94.

Palper. — Si on place dans l'utérus une poche à parois minces, contenant le fœtus et une certaine quantité de liquide, il est possible de pratiquer le palper, de s'exercer à reconnaître à travers les parois abdominales les caractères de la tête, du dos, du siége, le ballottement céphalique et d'effectuer la version par des manipulations externes.

Opérations. — La version par manœuvres internes, les ap-

plications du forceps, la crâniotomie, la céphalotripsie, la céphalotomie et l'embryotomie (éviscération, spondylotomie, rachitomie), peuvent être pratiquées dans des conditions qui se rapprochent de la réalité. L'élasticité des parois de caoutchouc fait que, dans les applications du forceps, la tête accomplit les mêmes mouvements que dans l'accouchement fait sur le vivant.

Pour la version, elle s'accomplit comme chez la femme. L'élève est obligé de manœuvrer avec autant de douceur, de sûreté, que sur le vivant. La seule différence appréciable, consiste dans un redressement des bras et une déflexion de la tête, plus fréquents qu'on ne les rencontre généralement dans la clinique. Tandis qu'une main opère dans la cavité utérine, l'autre est appliquée sur les parois abdominales et peut, à travers elle, agir sur le fœtus. Comme il est possible de porter très-loin le rétrécissement du diamètre conjugué,

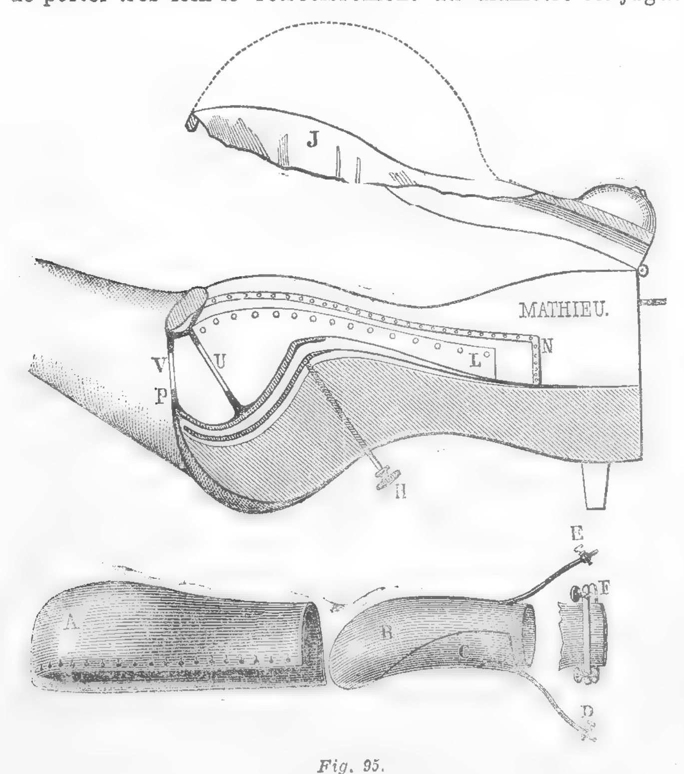


Fig. 95.

la crâniotomie, la céphalotripsie, etc., peuvent être faites dans des conditions où on les pratique le plus habituellement, c'est-à-dire au niveau ou au-dessus du détroit supérieur. Enfin, la souplesse des parois abdominales permet même d'exercer un aide à maintenir la tête fixée bien sur le détroit supérieur, pendant que l'opération est pratiquée.

Election d'un membre titulaire dans la section de pathologie externe. — Sont présentés, en 1re ligne, M. Panas; en 2e ligne, M. Guyon; en 3e ligne, ex-æquo, MM. Désormeaux et Després; en 4e ligne, M. B. Anger. Votants : 75; majorité, 38. Ont obtenu : M. Panas, 67 suffrages; M. Guyon, 2; M. Désormeaux, 12; M. Després, 3; un bulletin blanc. En conséquence, M. Panas est proclamé membre titulaire de l'Académie de médecine.

Election du vice-président de l'Académie. — Votants : 75; au premier tour de scrutin, M. Richet obtient 71 suffrages ; M. Piorry, 1; bulletins blancs, 3. En conséquence, M. Richet est proclamé vice-président de l'Académie de médecine pour l'année 1879.

Election du secrétaire annuel de l'Académie. — M. H. Roger, secrétaire sortant, est maintenu par acclamation dans ses fonctions.

Election de deux membres du Conseil de l'Académie. — MM. Blot et Guéneau de Mussy sont élus membres du Conseil de l'Académie de médecine, le premier par 48 voix, le deuxième par 46. En conséquence, M. le président déclare que le bureau de l'Académie de médecine, pour l'année 1879, est ainsi constitué : M. Baillarger, président; M. Richet, vice-président; M. Béclard, secrétaire perpétuel; M. H. Roger, secrétaire annuel; MM. Blot et Guéneau de Mussy, membres du Conseil.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 26 décembre.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance d'octobre 1877. — Présidence de M. Charcot.

1. Tuberculose génitale; par M. Ch. Féré, interne provisoire des hôpitaux.

R..., Joseph, 54 ans, militaire retraité, entré à l'hôpital du Midi, salle VI (service de M. Mauriac) le 27 mars ; décédé le 29 septembre 1877.

Pas de renseignements positifs sur l'hérédité. Bonne santé habituelle, jamais de toux, pas de traces de scrofule, embonpoint. Deux blennorrhagies de 20 à 30 ans, sans orchite. Pas de syphilis.

Au commencement de janvier, il constata un léger suintement uréthral surtout appréciable le matin, sans douleur ; il y prêta peu d'attention. Vers la fin du même mois, la miction fut douloureuse pendant quelques jours ; il eut alors des besoins fréquents et impérieux d'uriner, se terminant par l'émission de quelques gouttes de sang. Ces besoins cessèrent spontanément, mais la gonorrhée persista. Ce n'est qu'à la fin de février qu'il s'aperçut par hasard, en s'asseyant, que le testicule droit était douloureux et il vit en même temps qu'il était augmenté de volume. La tumeur devint très-rapidement le siége de douleurs spontanées avec irradiations dans la fosse iliaque, et accompagnées d'une sensation de pesanteur dans le fondement. Au bout de trois semaines, la tumeur avait doublé de volume. Le 15 mars, la douleur à la miction reparut, mais moins intense que la première fois, et quatre ou cinq fois seulement, il pissa quelques gouttes de sang qui venaient après l'urine. L'écoulement purulent persistait avec quelques variations en plus ou en moins. Ce n'est que quelques jours avant son entrée qu'il s'aperçut que le testicule gauche était douloureux et presque aussi gros que le droit.

Quand le malade entra à l'hôpital, son scrotum était distendu par deux tumeurs, ayant à peu près le volume d'un gros œuf de dinde, la droite, un peu plus forte, sans rougeur à la peau. Ces tumeurs sont gênantes par leur poids, douloureuses à la pression et de temps en temps, spontanément; on distinguait encore les épididymes déformés par des bosselures inégales ; mais, au bout de très-peu de temps, ils devinrent indistincts et ne formèrent plus qu'une seule masse avec les testicules. La prostate fut trouvée volumineuse et bosselée ; même état des vésicules séminales.

Dans les derniers jours de mai, il se fit une fluxion aigüe vers les deux testicules, le scrotum devint le siége d'un œdème inflammatoire, rougit ; recrudescence des douleurs avec irradiations lombaires et fièvre. Au bout de 4 ou 5 jours, un petit abcès s'ouvrit sur l'épididyme gauche. A partir de cette époque, on a vu s'ouvrir 10 ou 12 petits abcès, situés de chaque côté du scrotum, en dehors et en arrière, le long des épididymes, offrant tous à peu près les mêmes caractères : recrudescence des douleurs au début, tumeur du volume d'une noisette avec rougeur localisée du scrotum, ouverture spontanée, laissant échapper un pus séreux, terminaison par fistule.

Juillet. Les deux tumeurs n'augmentent pas de volume : les testicules sont toujours lisses ; abcès fistuleux sur les épididymes. Les cordons sont restés sains, sauf à la limite de l'épididyme où on sent une bosselure de chaque côté. On ne sent plus de bosselures sur la prostate, ni sur les vésicules qui présentent une dureté uniforme. Persistance de la gonorrhée. Malgré les douleurs et la suppuration, l'état général s'est maintenu assez bon. Le malade ne tousse pas, rien à l'auscultation des poumons ; bon état de l'appareil digestif ; appétit.

Dans le mois d'août, rien à noter que l'ouverture successive de petits abcès occupant le même siége et présentant la même marche que les précédents.

Vers le milieu de septembre, l'appétit commença à diminuer

et le malade dépérit assez rapidement sans toux ni aucun trouble fonctionnel ou physique du côté du thorax.

Le 26, il fut pris d'une recrudescence de douleurs dans les testicules, mais beaucoup plus intenses que d'habitude, avec irradiations, non-seulement dans les fosses iliaques comme d'ordinaire, mais aussi vers les lombes et dans les cuisses, sans rien de particulier dans l'état local. Les douleurs augmentèrent encore le lendemain, et s'accompagnèrent de vomissements alimentaires et bilieux et de fièvre. En même temps, il survenait un peu d'oppression, mais la sonorité de la poitrine restait normale et l'auscultation ne laissait entendre que quelques râles sous-crépitants disséminés.

Le 28 au matin, les douleurs avaient un peu diminué, mais l'oppression augmentait, les râles étaient plus nombreux ; toujours rien à la percussion. Dans la soirée, l'oppression était excessive, les extrémités devenaient froides, la face était cyanosée, et le lendemain matin, il mourait en état d'asphyxie.

Autopsie. — Encéphale et méninges indemnes.

Adhérences pleurales sur toute l'étendue des deux côtés.

Les deux poumons présentent une congestion générale et très-intense, et des granulations miliaires opalines disséminées dans toute l'étendue, mais surtout abondantes au sommet droit. Pas de trace de lésion ancienne.

Rien au cœur.

Foie et rate congestionnés.

Les reins, les bassinets et les uretères ouverts dans toute leur étendue, n'offrent pas de lésion appréciable à l'œil nu.

La vessie présente sur la portion du trigone située immédiatement en arrière du col, une trentaine de petites granulations miliaires grisâtres soulevant la muqueuse. Sur tout le reste de la surface, pas de trace apparente d'inflammation ancienne ou récente.

Dans la portion prostatique de l'urèthre, on retrouve les mêmes granulations ; sur la partie inférieure elles sont plus nombreuses. Le verumontanum est détruit par une ulcération irrégulièrement ovalaire, longue d'un centimètre environ et donnant accès dans une caverne à parois anfractueuses, pouvant loger une noisette, creusée dans la prostate. Cette caverne s'étend surtout dans le lobe droit de la glande ; la portion non ulcérée de ce lobe contient un certain nombre de granulations jaunes, il en est de même du lobe gauche. La glande prise en masse est à peu près doublée de volume.

Le reste de l'urèthre est sain ; son calibre est normal sur toute l'étendue.

Les parois des deux vésicules séminales sont considérablement épaissies, comme lardacées et creusées d'une quantité de petites lacunes isolées, remplies de matière caséeuse. La cavité des vésicules contient du pus caséeux. Les deux canaux éjaculateurs vont s'aboucher dans la caverne prostatique.

Dans toute leur portion pelvienne, les canaux déférents présentent une augmentation de volume considérable et des bosselures fusiformes. Au niveau des bosselures, la cavité des conduits est dilatée et remplie de pus caséeux ; la tunique muqueuse très-altérée présente des dépressions irrégulières et anfractueuses.

Les portions pariétale et scrotale du cordon spermatique sont saines des deux côtés ; on trouve seulement une bosselure fusiforme peu volumineuse immédiatement au-dessus de la tumeur testiculaire de chaque côté.

Le testicule droit est plus volumineux que le gauche, il a à peu près la grosseur d'un œuf de dinde. La glande proprement dite et l'épididyme ne forment qu'une seule masse. Les deux feuillets de la vaginale sont intimement accolés, sauf sur deux points où ils sont séparés par une petite quantité de liquide citrin qui forme une tumeur arrondie du volume d'une noisette. A la coupe, l'épididyme est complètement caséeux avec quelques points ramollis. Le testicule lui-même présente une consistance lardacée comme sarcomateuse, toute la masse est d'un jaune pâle uniforme ; dans la moitié postérieure, vers l'épididyme, il existe une grande quantité de granulations miliaires jaunes qui tranchent nettement sur le reste de la coupe. Il n'existe aucun point ramolli.

Le testicule gauche est moins gros ; les adhérences de la vaginale sont complètes sur toute l'étendue. L'épididyme aussi indistinct avant la coupe est, comme à droite, caséeux et ramolli par places, sur les points qui correspondent aux ouvertures d'abcès. Le tissu du testicule est un peu moins dense, mais présente le même aspect ; les granulations jaunes qui occupent la même région sont moins abondantes.

La seconde pièce du sternum présente une augmentation d'épaisseur considérable, elle a plus de trois centimètres ; immédiatement au-dessous de l'articulation de cette pièce avec la première, on trouve sur la coupe une petite masse jaune du volume d'un gros pois, et au-dessous un foyer gros comme une noisette, rouge, friable laissant pénétrer le doigt.

Les corps des vertèbres lombaires et dorsales ont été sciés; on n'y trouvait point de lésions semblables.

2. Mort par ulcération de l'artère vertébrale dans un mal de Pott sous-occipital ; par M. P. Regnier, interne des hôpitaux.

Louis Lec, 54 ans, porteur aux halles, était entré le 31 juillet à la Charité (Salle Ste-Vierge, lit n° 56), dans le service de M. Gosselin, pour un mal de Pott sous occipital. Il n'avait ni gibbosité, ni déformation de cou ; de vives douleurs et un amaigrissement notable étaient les symptômes principaux. Le 16 août, M. Delens, alors chargé du service, eut à lui ouvrir un abcès rétropharyngien proéminent dans l'isthme du gosier, et occasionnant une gêne considérable de la respiration et de la déglutition. Une notable quantité de pus s'était écoulée ; et à la suite avait persisté une fistule à la partie supérieure du pharynx ; par cette fistule s'écoulait le pus. De temps en temps elle avait de la tendance à se fermer ; alors l'abcès se refermant, de plus vives douleurs et de la dyspnée se produisaient; puis, la fistule se rouvrant, tout rentrait dans un ordre relatif. Le malade était dans cet état, quand, le 15 novembre, à 5 heures du matin, il rendit par la bouche sans toux, sans effort plus de 800 grammes de sang pur, rouge, se coagulant comme du sang de saignée, le sang s'arrêta seul. A la visite du matin, M. Delens, se fondant sur la couleur du sang, sa pureté, l'absence de toux, pensa à une hémorrhagie provenant de l'ulcération de quelque vaisseau. En effet, deux heures après la visite, une nouvelle hémorrhagie dans les mêmes conditions se produisit et enleva le malade.

Autopsie. — On constata que le pharynx, l'estomac étaient pleins de sang, la trachée artère, les bronches en contenaient, surtout la bronche droite. Comme les poumons étaient farcis de tubercules, et qu'au sommet on voyait des cavernes, ce qui aurait pu faire penser qu'on avait affaire à une hémorrhagie pulmonaire, nous avons constaté avec soin que le sang remplissait seulement les grosses bronches, et pas les ramifications bronchiques ; qu'on en trouvait surtout dans les bronches du globe inférieur, et que dans aucune caverne on ne constatait trace d'hémorrhagie. Nous avions donc affaire à du sang inspiré pendant l'agonie, et brassé avec l'air ainsi que l'indiquait son état spumeux. Nous portâmes alors nos recherches du côté du cou. Les artères carotides étaient saines; pas de caillots dans le tissu cellulaire.

Mais en arrière du pharynx existait une poche purulente contenant quelques petits caillots sanguins. Cette poche était fermée en avant par du tissu cellulaire et la paroi postérieure du pharynx, et en arrière par le ligament vertébral commun postérieur ; la moitié du corps de la 3e vertèbre cervicale, et celui de la 4e avaient disparu ; en même temps l'apophyse transverse de la 4e vertèbre cervicale était détruite. Des fragments des corps vertébraux nécrosés se trouvaient dans cette poche, interposés comme des coins entre les corps des vertèbres restées intactes au-dessus et au-dessous d'eux, et ils soutenaient ces vertèbres. Ainsi, en tenant compte du peu de mouvement de la région vu les douleurs, on pouvait s'expliquer qu'il ne se fût produit ni déformation ni gibbosité. Ayant enlevé ces esquilles avec précaution pour ne pas abîmer les parois de la poche, et ayant mis à découvert le tronc de l'artère vertébrale droite entre l'atlas et l'apis, nous y avons fixé une canule, et nous avons poussé une injection de liquide coloré en jaune. Nous vîmes alors, au niveau correspondant à l'apophyse transverse détruite, un caillot se détacher, et un jet de liquide sourdre dans la poche. A l'endroit où l'eau

jaillissait, on pouvait voir distinctement sur le tronc de l'artère vertébrale, que les caillots entraînés par l'eau ne masquaient plus, une petite ulcération visible à l'œil nu, et par laquelle on pouvait introduire dans la cavité vasculaire un bout de papier roulé.

Nous avions donc affaire à une ulcération de l'artère vertébrale droite; et le sang avait trouvé pendant la vie, par la fistule pharyngienne, un facile écoulement au dehors. Ce fait me semble intéressant à signaler car bien que cet accident soit noté comme possible dans les articles des différents dictionnaires, je n'en ai pu trouver qu'un cas bien net rapporté par M. Legouest, et dont la pièce se trouve au musée du Val-de-Grâce; jusqu'à présent, aucun fait pareil n'avait été consigné dans les bulletins de la *Société anatomique*.

3. Rapport sur la candidature de M. Leroux : sur une variété anatomique nouvelle de phlegmatia alba dolens, survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde; par M. V. Hanot, chef de clinique.

Parmi les nombreuses présentations faites à la Société, par M. Leroux, permettez-moi de rappeler rapidement celle qui a trait à une phlegmatia alba dolens, survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde, et dont l'origine était une phlébite des veines ischiatiques et fessières, développée au niveau d'une vaste eschare de la région sacrée.

Il s'agissait d'une jeune fille entrée dans le service de M. Dumontpallier pour une fièvre continue à forme adynamique. Vers la fin du 3e septenaire, on vit se développer rapidement une eschare sacrée, et, onze jours après, apparaître un œdème qui, débutant par le membre inférieur gauche, envahit en 48 heures, le côté opposé. La malade succombe à l'adynamie, et à l'autopsie, on trouve au niveau de l'eschare une phlébite portant à droite et à gauche sur les veines fessières et ischiatiques, et, partant de ce point, une thrombose ascendante, qui gagne successivement l'hypogastrique, la veine iliaque primitive et enfin les veines du membre inférieur. Les caillots étaient d'autant plus récents que l'on s'éloignait davantage de l'eschare.

La phlegmatia alba dolens, survenant dans le cours ou au déclin de la fièvre typhoïde, a été signalée depuis longtemps déjà par Louis, dans son Traité de la fièvre typhoïde, par Chomel, dans sa clinique, par Forget, en 1841. Trousseau, vers 1836, en cite un cas survenu au 3e septenaire; Gigon en rapporte plusieurs exemples, ainsi que Virchow, dans son mémoire sur la thrombose. Leudet (Arch. gén. de méd., 1858), dans ses recherches anatomiques et cliniques sur les hydropisies compliquant la fièvre typhoïde, s'occupe surtout de l'œdème en général, consécutif soit à l'albuminurie, soit à l'adynamie, sans s'inquiéter beaucoup de l'état des vaisseaux : enfin les auteurs classiques, Trousseau, Grisolle, Jaccoud, etc., et ceux qui récemment ont traité cette question, citent la phlegmatia alba dolens parmi les complications de la fièvre typhoïde. Laissant de côté les anciennes théories telle que celle de la métastase de Mauriceau chez les nouvelles accouchées, celle qui faisait dépendre l'œdème d'une affection des voies lymphatiques comme le croyait Charles White, ou d'une sorte d'hydrophlegmasie du tissu cellulaire, comme Hull, Rayer, ils considèrent l'œdème comme consécutif à une oblitération veineuse par des caillots plus ou moins prolongés.

Dans cette théorie, de l'oblitération veineuse, inaugurée par Davis, et bien démontrée anatomiquement par Bouillaud, Velpeau, Cruveilhier et Trousseau chez la femme récemment accouchée, on attribue la coagulation du sang à deux causes principales. Tantôt, c'est une phlébite ascendante qui, née de la plaie utérine, amène l'oblitération secondaire des veines du membre inférieur; tantôt la coagulation résulte de l'union de deux conditions favorables à son développement; l'altération du sang (inopexie) et le ralentissement de son cours, conséquences de la débilitation.

Pour la phlegmatia alba dolens qui complique la fièvre typhoïde, la seule explication donnée jusqu'ici est l'altération inopexique du sang, que provoque la débilitation du sujet; mais on n'a point encore cherché, pour le cas particulier, d'autres causes à la coagulation veineuse que celle qui préside à son développement chez un tuberculeux, chez un cancéreux par exemple.

Or, le fait que nous venons de rappeler à la Société, paraît devoir étendre le cadre des lésions anatomiques qui peuvent être le point de départ de cette complication, puisque la cause en a été une phlébite des veines fessières et ischiatiques, développées au niveau de la plaie sacrée; de la même manière que, chez la femme récemment accouchée, elle se produit au niveau de la plaie utérine.

Il semble donc que, désormais, il y ait également lieu de donner à la phlegmatia alba dolens qui complique la fièvre typhoïde deux origines distinctes : la première, reconnaissant pour cause une coagulation spontanée favorisée là comme ailleurs par la débilitation, l'inopexie; la seconde, ayant pour origine une phlébite développée au niveau d'une eschare, comme l'ont démontré les pièces que M. Leroux a eu l'honneur de présenter, il y a quelques mois, à la Société anatomique.

4. Occlusion intestinale complète ayant duré six semaines; et causée par un rétrécissement infranchissable, annulaire, (carcinome colloïde) occupant la fin de l'intestin grêle; par M. Charles Leroux, interne des hôpitaux.

B... Ernest, imprimeur, 37 ans, entre le 10 mai 1877 dans le service de M. Dumontpallier. Cet homme d'une bonne santé habituelle, ne présente dans ses antécédents personnels, qu'une fièvre muqueuse à l'âge de 15 ans. Du côté de ses parents, quelques faits sont à signaler : sa mère est morte à 37 ans, poitrinaire; un de ses enfants a succombé à des convulsions. C'est en octobre 1876, que pour la première fois, il est malade. A cette époque et pendant dix à quinze jours, il ressentit des coliques abdominales assez fortes avec des alternatives de constipation et de diarrhée, puis une constipation de quelques jours terminée par une débâcle; il se remit bientôt et tout rentra dans l'ordre. Il y a six semaines, il est repris de coliques non continuelles, intermittentes et encore avec alternative de constipation et de diarrhée. Son appétit disparaît; il commence à maigrir. Il ne tousse pas et n'a jamais craché de sang. Quinze jours après, les selles deviennent de moins en moins fréquentes, la constipation augmente avec l'intensité des coliques; il se purge, le mal n'en persiste pas moins. *Depuis quinze jours, les selles sont totalement supprimées*; mais ce n'est que depuis sept jours que le ventre se ballonne et qu'aucun gaz ne sort par l'anus; enfin depuis trois jours il a de temps en temps des éructations et des nausées, mais pas de vomissements.

Etat actuel. Cet homme est grand et maigre, la peau est fraîche, surtout aux extrémités, nulle part œdématiée; le pouls est petit, régulier; il n'y a ni fièvre, ni toux, ni expectoration. Le malade accuse de violentes coliques survenant par accès. Les contractions intestinales déterminent des gargouillements et peuvent se percevoir facilement au travers de la paroi abdominale. Il éprouve une sensation de refroidissement.

L'abdomen est fortement distendu, la sonorité est exagérée dans toute son étendue, sauf cependant sur les parties les plus déclives où on constate un peu de matité dûe à la présence probable d'un peu de liquide en ces points. Ni la palpation, ni la percussion ne sont douloureuses. La distension des parois est telle qu'on ne peut pas pratiquer l'examen des organes que contient l'abdomen. Pas de circulation abdominale collatérale.

Le thorax, à la percussion, présente en avant une sonorité normale; ni râles, ni frottements à l'auscultation. En arrière, rien d'anormal dans les deux tiers supérieurs, à droite et à gauche. Dans le tiers inférieur submatité à gauche et à droite, pas de murmure vésiculaire; signes dus au refoulement du diaphragme et des viscères abdominaux par les anses intestinales distendues.

Le cœur est sain; pas de douleurs de rein, urine avec difficulté et peu à la fois; la langue est rosée, humide; le malade ne mange pas et boit à peine.

En raison de cet ensemble symptomatique, M. Dumontpallier pense à une obstruction intestinale. Quant à en déterminer et la nature et le siége précis, l'hésitation reste grande.

— On administre plusieurs purgatifs, (huile de ricin, huile de croton) qui n'amènent aucune selle.

(Jamais dans ses selles, le malade n'a vu ni sang, ni matières glaireuses, jamais il n'eut de ténesme rectal.)

Divers moyens employés pour obtenir une selle restent infructueux ; son état est identique les jours suivants.

16 *mai.* La sonorité est encore plus étendue, la tension abdominale plus considérable ; la pointe du cœur est refoulée en haut et en dedans ; la gêne de la respiration n'est pas plus grande. Il a rendu par le rectum une masse blanchâtre que l'examen démontre être composée de mucus et de débris épithéliaux. — Le soir, quelques nausées et un vomissement de matières glaireuses.

17 *mai.* Depuis minuit, quatre vomissements de matières brunâtres semi-liquides, répandant une odeur fécaloïde très-nette ; le ventre est toujours fortement ballonné, la matité déclive semble avoir un peu augmenté. Pouls petit, régulier, pas de fièvre ; température entre 36° 5 et 37°. L'amaigrissement fait des progrès, ses yeux s'excavent, les pommettes deviennent plus saillantes, le facies abdominal s'accentue. — *Soir.* On fait une ponction capillaire pour essayer d'agir contre ce ballonnement excessif. La ponction donne issue à quelques gaz et à une goutte de matière fécaloïde, jaunâtre, semi-liquide. Pas d'amélioration.

On pratique le toucher rectal ; on rencontre une prostate volumineuse résistante ; le lobe gauche est tellement développé qu'il fait saillie vers la paroi antérieure du rectum. On ramène avec le doigt quelques débris rougeâtres, teintés de sang, que le microscope démontre être des masses épithéliales en voie de destruction. On essaie le cathétérisme rectal ; on ne pénètre pas au-delà de la prostate.

18 *mai.* Nouveau cathétérisme avec une sonde œsophagienne. On pénètre assez loin, à 42 centimètres, sans issue de gaz ni de matières fécales. — On donne un lavement avec cette sonde, mais sans résultat. On retire la sonde et avec elle quelques détritus analogues aux précédents.

19 et 20 *mai.* Un seul vomissement fécaloïde.

21 *mai.* Plusieurs vomissements fécaloïdes, de matières semi-liquides, jaunâtres ; le malade rend à peu près chaque fois un litre à un litre et demi de ces matières. On voit se dessiner à travers la paroi abdominale les anses intestinales, dont les contractions vermiculaires déterminent des gargouillements, bientôt suivis de nausées et de vomissements. Apyrexie complète, amaigrissement et facies abdominal plus marqués.

22 et 23 *mai.* Les vomissements persistent. Léger état fébrile, coloration rosée des pommettes. Le lendemain, son état s'aggrave, le pouls est petit, rapide (128), la température s'abaisse, 35° 5 le matin, 35° le soir. — Vomissements fécaloïdes diarrhéiformes.

26 *mai.* Depuis deux jours, les vomissements ont cessé, il peut absorber un peu de boissons (bouillon, etc.).

Les jours suivants, il semble y avoir un peu d'amélioration ; les vomissements n'ont pas reparu, mais les coliques et le ballonnement persistent.

1er *juin.* Il y a aujourd'hui 35 jours, que l'obstruction est complète, et qu'il n'y a pas eu de selles. Les vomissements paraissent avoir cessé ; cependant, le 5, ayant voulu prendre un peu de nourriture, il vomit ce qu'il a ingéré.

10 *juin.* Depuis trois jours, l'amaigrissement fait de notables progrès ; le malade est très-faible, la peau est fraîche, surtout aux extrémités ; son état s'aggrave de plus en plus ; le ballonnement est toujours excessif, bien qu'il prétende avoir rendu quelques gaz par l'anus. (?)

13 *juin.* Il sort de l'hôpital, et meurt chez lui deux jours après. La rétention absolue des matières a donc duré 50 jours.

Autopsie. Le ventre est extrêmement distendu, sonore dans toute son étendue ; à l'ouverture, un jet de liquide clair et transparent jaillit au dehors. Il s'écoule environ deux verres de sérosité. En raison de la pression, due à l'énorme distension des anses intestinales, on comprend que le liquide soit sorti en jet malgré son peu d'abondance.

L'abdomen étant ouvert, on voit les anses de l'intestin grêle extrêmement distendues au point que leur conférence a triple d'étendue. La distension est telle, qu'en écartant les anses intestinales, il se fait spontanément une rupture qui s'accompagne d'un jet de matières fécaloïdes analogues à celles des vomissements. Le foie, l'estomac, sont fortement refoulés en haut dans la concavité du diaphragme.

Le péritoine est injecté, présente çà et là des taches ecchymotiques violacées, qui sont d'autant plus abondantes, qu'on se rapproche davantage de la fosse iliaque droite. Les anses de l'intestin grêle sont mobiles les uns sur les autres ; pas de fausses membranes ; quelques dépôts fibrineux, mous, sans adhérences, sont disséminés sur le péritoine pariétal et viscéral, plus abondants sur le cœcum.

Les parois de l'intestin grêle sont ramollies, peu résistantes, la muqueuse est à peu près saine. En déroulant l'intestin, on arrive à l'obstacle qui est situé tout à fait à son extrémité terminale :

A 10 centimètres en avant de la valvule iléo-cœcale, l'intestin grêle forme avec le cœcum et le mésentère une masse dure, agglomérée ; au premier abord, il est difficile d'en reconnaître la constitution.

En suivant l'intestin grêle, on voit que dans ses 10 derniers centimètres, il est extrêmement rétréci, dur, adhérent aux parties voisines et décrit, avant de se jeter dans le cœcum, un tour de spire, dont la concavité répond à une masse résistante formée par le mésentère très-épaissi et contenant, outre ses feuillets inséparables, des ganglions volumineux dégénérés, l'un d'apparence caséeuse, l'autre ramolli à son centre, rempli par une masse gélatineuse, transparente, colloïde,

Si l'on cherche à faire passer du liquide dans cette partie de l'intestin, on voit que l'obstruction est complète ; on peut toutefois, en forçant un peu, faire pénétrer une bougie en gomme sur laquelle on coupe l'intestin rétréci et on arrive ainsi en suivant la spire jusqu'au niveau de la valvule iléo-cœcale. Dans ce trajet, l'intestin grêle offre des parois extrêmement épaisses, de quatre à cinq millimètres, dures à la coupe, blanchâtres, lardacées, ne fournissant pas de suc laiteux à la pression. La muqueuse, revenue sur elle-même est plissée, contiguë à elle-même ; elle paraît relativement saine ; çà et là cependant, on voit de petites végétations polypiformes, elle est pâle, non ulcérée. Au-dessus du point rétréci, l'intestin grêle offre un volume triple ; la muqueuse est fortement injectée et présente des plaques ecchymotiques. Toute cette portion sus-jacente au rétrécissement est remplie de matières fécaloïdes semi-liquides, de couleur jaunâtre et d'une odeur infecte.

La valvule iléo-cœcale du côté de l'intestin grêle n'existe pour ainsi dire plus, elle se confond avec ses parois épaissies.

Du côté du cœcum, elle est déformée par le tissu dégénéré de l'intestin grêle qui semble la refouler du côté de la cavité cœcale. La muqueuse de ce côté paraît saine. Le cœcum, très-petit, revenu sur lui-même, est sans altération apparente, il adhère par sa face extérieure à l'intestin grêle et au mésentère. Tout le gros intestin est revenu sur lui-même et offre à peine le calibre de l'intestin grêle normal. Il contient une matière d'un blanc-grisâtre, composée de mucus et d'épithélium.

Examen histologique. — Sur une coupe faite au niveau du rétrécissement, on voit la muqueuse complétement infiltrée d'éléments embryonnaires, ses glandes plus ou moins détruites, mais sans grande altération ni ulcération de la surface libre. Le tissu sous-muqueux dont l'épaisseur a considérablement augmenté d'étendue par l'écartement de la muqueuse et de la couche musculeuse, est complétement envahi par un stroma fibreux à larges mailles au milieu desquelles sont accumulées les cellules cancéreuses, les unes contenant un seul noyau, les autres deux. Dans certains points, les noyaux sont seuls distincts et le protoplasma de la cellule en dégénérescence muqueuse est devenu complétement transparent. La couche musculaire contient des cellules rondes ; çà et là les faisceaux sont écartés par des traînées de cellules cancéreuses.

Dans la couche sous-péritonéale, qui est très-épaissie (2 à 3 mill. à l'œil nu), on retrouve le carcinome colloïde bien développé : un stroma, formé de très-minces faisceaux fibreux ;

ses mailles sont complétement remplies de substance colloïde très-transparente au milieu de laquelle on retrouve quelques débris de cellules cancéreuses et quelques rares noyaux. Il s'agit d'un carcinome colloïde annulaire de l'intestin grêle, primitivement développé dans le tissu sous-muqueux. Les ganglions voisins sont complétement envahis par le carcinome colloïde.

5. Abcès développé dans le sinus frontal du côté droit. — Collection purulente dans le lobe frontal du même côté. — Trépanation. — Mort; par le Dr BOUSQUET, aide-major.

Ch. Trem...., soldat de l'infanterie, entre à l'hôpital du Gros-Caillou, le 16 septembre 1877 (service de M. CHAMPENOIS, médecin en chef).

En examinant ce malade, on constate dans la région frontale du côté droit, un empâtement considérable avec œdème de la paupière supérieure; par la palpation, on reconnait une fluctuation manifeste, mais profonde. Le point le plus fluctuant semble siéger au niveau de l'arcade sourcilière à un travers de doigt de la ligne médiane entre le nerf sus-orbitaire et l'artère frontale. C'est là qu'est enfoncé un bistouri qui donna issue d'abord à du sang puis à un pus extrêmement fétide. Une sonde cannelée introduite par l'ouverture permet de sentir l'os à nu et rugueux. Un drain debout est planté dans le trajet.

On voit donc que nous avons à faire à un abcès sous-périostique, avec nécrose du frontal.

Mais d'où vient cet abcès, quelle en est la cause ? voilà ce qu'il faut rechercher.

L'examen complet du malade et un interrogatoire attentif nous apprend ce qui suit.

Trem... est un jeune homme de vingt-quatre ans, dont le facies est celui d'un scrofuleux. C'est un enfant trouvé élevé dans les hôpitaux de Paris. Malgré son aspect chétif, il est au service depuis quatre ans et n'a jamais été malade. Les renseignements qu'on obtient par l'interrogation sont très-vagues. Trem... n'a jamais été bien intelligent, et actuellement, il est dans une sorte de torpeur intellectuelle et répond difficilement et tardivement aux questions qu'on lui pose. A-t-il eu la syphilis, je l'ignore; il y a bien à parier qu'il ne s'agit pas là d'accidents syphilitiques, car, serait-il diathésique, ce seraient des accidents bien hâtifs. Relativement à la cause occasionnelle, voici ce qu'il raconte : étant de service le jour de l'enterrement de M. Thiers, il a été fortement mouillé et a eu froid. Deux jours après, il était pris de violents maux de tête et entrait à l'infirmerie.. Nous ne savons donc ni quelle est la cause de cet abcès, ni par où il a débuté. Maintenant une autre question se pose ; la clinique nous apprend que, dans bien des cas, lorsqu'il y a un abcès, avec nécrose d'un point osseux de la voûte crânienne, une autre collection purulente existe, soit, entre la table interne et la dure-mère, soit entre cette dernière et l'arachnoïde, soit enfin dans l'épaisseur des circonvolutions : Est-ce le cas ici ? Un seul symptôme, peut nous y faire songer, c'est la torpeur intellectuelle, de notre malade, toutes ses fonctions sont intactes, la sensibilité et les mouvements conservés, aussi, est-il impossible de conclure et de prendre un parti, c'est à l'avenir à nous éclairer.

Pendant quinze jours, le malade va à peu près bien, il s'écoule toujours beaucoup de pus par le drain; toutes les fonctions sont intactes ; il va et vient dans l'hôpital, néanmoins il est toujours dans cette sorte de torpeur intellectuelle que nous avons signalée.

30 *septembre*. Au moment de la contre-visite, le malade venait d'être pris de syncope, lorsque j'arrivai près de son lit, il venait de reprendre connaissance, et avait un peu d'écume aux lèvres. Personne ne sait s'il a eu des contractures ou des convulsions, l'accident lui est arrivé en dehors de la salle ; on ne peut avoir de renseignements. Depuis deux jours, l'œdème de la paupière est plus accusé. L'intelligence plus lente, les différentes fonctions sont intactes. Dans la soirée, deux nouvelles attaques se produisent. Cette fois, on constate l'existence de contractures: Chose curieuse, ces accès coïncident avec l'ingestion d'aliments ou de boissons. — Emissions d'urine involontaires.

Le lendemain premier octobre, M. Champenois, fait une contre-ouverture à la paupière supérieure, il s'échappe une nouvelle quantité de pus, la question de trépan est discutée. Un des médecins traitant ne croit pas devoir intervenir aussi activement, les accidents de compression n'étant pas très-manifestes. Déjà la sensibilité est fort émoussée, les réflexes plus lents.

Dans la journée, les mêmes accidents se reproduisent et dans les mêmes circonstances.

Le 2 à la visite, l'opération du trépan est décidée et faite. Une incision cruciale est pratiquée dans le lieu où l'a été la ponction lors de l'entrée de Tr... à l'hôpital. Une tréphine est appliquée, les os sont tellement friables qu'ils s'effondrent sous l'action de l'instrument; les esquilles sont extraites, et l'on sent et l'on voit la dure-mère à nu au fond de la perforation. Il ne s'écoule pas de pus par cet orifice. La dure-mère est injectée et granuleuse ; par la pression on perçoit une sorte de fluctuation, mais la substance cérébrale donne toujours une sensation de rénitence. M. Champenois se borne à laisser la plaie béante, se réservant d'intervenir si les accidents le commandent. Il n'y a du reste aucune indication précise, les accidents qui se produisent semblent dénoter une lésion bulbaire plutôt qu'une compression : et puis, où est le pus, va-t-on le trouver sous la dure-mère, est-il dans l'épaisseur du lobe frontal ou à la base comme semble le faire supposer un exophthalmos assez considérable qui s'est produit depuis plusieurs jours: telles sont les différentes questions que l'on se pose et qui, on le comprend, sont de nature à arrêter l'opérateur le plus audacieux.

Dans la matinée, deux nouvelles attaques se produisent. Je vois le malade à dix heures ; son intelligence quoique très-lente est encore intacte, il répond aux questions que je lui pose, et se plaint de souffrir beaucoup.

A deux heures, notre collègue de garde, appelé en toute hâte, trouve le malade cyanosé, et malgré ses soins, Trem... expire bientôt.

AUTOPSIE. — Les cavités thoraciques et abdominales, examinées avec le plus grand soin, sont saines.

La cavité crânienne est ouverte avec précaution et voici ce que l'on constate.

Le sinus frontal du côté droit est rempli de matière caséeuse et communique, par deux perforations, d'une part avec la cavité orbitaire, de l'autre avec l'étage antérieur du crâne. Au niveau du point où porte la couronne du trépan la dure-mère est villeuse, comme ayant été située dans le pus ; sur une portion de son étendue, on voit une teinte spéciale, qui délimite les parties qui ont été en contact avec le pus, cet espace s'étend jusqu'au milieu de l'écaille du frontal.

Cette membrane est incisée, les sinus sont gorgés d'un sang noir et visqueux. Les circonvolutions frontales antérieures présentent une teinte grisâtre sale ; on y sent manifestement l'existence d'une collection liquide. Un coup de bistouri donne issue à du pus fétide, et conduit dans une cavité, du volume d'un œuf de poule qui occupe toute l'étendue du lobe frontal. Cette cavité est pleine de pus, et limitée par une sorte de membrane pyogénique. Le reste de l'hémisphère est sain, seul le noyau caudé présente une teinte verdâtre à sa partie antérieure: il la doit évidemment à son voisinage de la collection.

L'hémisphère et le sinus frontal gauche sont intacts. Le cervelet et le bulbe sont fortement congestionnés.

RÉFLEXIONS.— L'observation précédente nous semble intéressante à plusieurs points de vue: la collection purulente que nous avons trouvée à l'autopsie, limitée par une sorte de membrane organisée, remontait certainement à plusieurs jours ; les accidents qui ont amené la mort, ne se sont manifestés que fort tard et nous ne doutons pas que le malade n'aurait eu beaucoup de chances de guérison, si cette collection eût pu être diagnostiquée et ouverte. Ce fait nous montre encore, que toute la portion antérieure d'un hémisphère cérébral peut être très-gravement atteinte, sans qu'aucun trouble bien sensible, se manifeste.

Quant aux accidents épileptiformes qui se sont manifestés sur la fin, et qui coïncidaient avec chaque ingestion d'aliments,

nous ne voyons pas bien le rapport qui pourrait exister; il n'y avait rien de particulier dans l'estomac et les pneumo-gastriques, que nous avons disséqués attentivement sur une grande partie de leur trajet, paraissaient entièrement normaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 *Décembre* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. PANAS.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une observation ridigée par M. Filiette (de Boulogne), et envoyée par M. Cazin, membre correspondant. Cette observation, relative à un cas de traumatisme crânien avec phénomènes cérébraux, arrive à point pour servir au rapport de M. Ledentu sur les localisations cérébrales dans la pratique chirurgicale.

Il s'agit d'un garçon de 17 ans qui, le 24 février dernier, reçut sur la tête une grosse pièce de bois, désignée en terme de marine sous le nom de marguillier. L'accident arriva en pleine mer, sur le pont d'un bâtiment. La violence du choc fut telle que ce jeune garçon fut projeté au loin et resta sans connaissance pendant 10 minutes environ; au bout de ce temps, il fit quelques mouvements et vomit à plusieurs reprises. — Ramené à Boulogne, il ne put être examiné que le lendemain et voici dans quel état le trouve M. Filiette : la résolution musculaire est complète ; le malade paraît plongé dans le coma ; et pourtant lorsqu'on le presse de questions, il semble sortir de sa torpeur, et exprime par des gestes qu'il est dans l'impossibilité de répondre.

Le squelette du tronc et des membres est intact; mais la paupière supérieure gauche est le siége d'une forte ecchymose, et à 3 centimètres au-dessus de l'hélix, du même côté, on remarque l'existence d'une plaie linéaire, longue de quelques centimètres, et au fond de laquelle on peut introduire le doigt. Cette exploration permet de constater que le crâne est fracturé par enfoncement, et que la dépression osseuse correspond exactement à la lésion tégumentaire. Enfin, le blessé a une hémiplégie faciale droite parfaitement caractérisée, avec mydriase gauche.

Le 26 février, mieux sensible. Lorsqu'on interroge le malade, il répond par les mots : « Eh bien! eh bien! rien, rien. » — Le 27, le mieux s'accentue, mais l'aphasie ne s'est pas modifiée. Le 28, l'amélioration se prononce encore; seulement, à mesure que la motilité reparait, on s'aperçoit que le bras droit est plus faible que le bras gauche. — Le 1er mars, violent frisson avec claquements de dents. Le 2 mars, convulsions épileptiformes généralisées, durant plus de 35 minutes. C'est alors que M. Filiette appelle en consultation MM. Cazin et Harvez, et se décide avec ses collègues à pratiquer la trépanation. Mais, au moment où l'on allait appliquer la couronne, le père de l'enfant effrayé de la gravité de l'opération, s'oppose formellement à l'intervention chirurgicale. — Le 3 mars, lorsque M. Filiette vient voir le blessé, il le trouve assis sur son lit et jouant aux cartes. L'aphasie persiste, mais le pouls est à 60 et les accidents des jours précédents ne se sont pas reproduits. Le 7 mars, il reste levé pendant toute la journée; la mydriase et la paralysie faciale ont complètement disparu, mais l'aphasie dure encore. Le 22, guérison complète; il ne reste que la dépression osseuse qu'on peut sentir sous les téguments. Aujourd'hui, 15 décembre, l'enfant se porte à merveille.

M. GUYON dépose sur le bureau une observation de M. Malherbe (de Nantes), sur un cas de kyste du cou avec contenu huileux. (Nos lecteurs se rappellent que dans le courant de cette année même, M. Verneuil a communiqué un fait de kyste huileux de l'angle de l'œil, et qu'à l'occasion de cette communication M. Perrin a rapporté un cas semblable.) (1).

M. DESPRÉS présente à la Société le malade auquel il a fait une trépanation du tibia pour un abcès osseux, le 7 octobre dernier. (Voir le compte-rendu de la séance du 7 octobre.) Aujourd'hui ce malade est parfaitement guéri.

M. POZZI présente un jeune homme qu'il a opéré par la méthode d'Esmarch pour une constriction de la mâchoire, produite par une tumeur blanche temporo-maxillaire (Voir les comptes-rendus de décembre 1876.)— Ce malade peut accomplir des mouvements de mastication très-suffisants.

M. LEDENTU continue la lecture de son rapport sur les localisations cérébrales au point de vue de l'intervention chirurgicale dans les traumatismes crâniens. Ce travail, excessivement complet et fort intéressant, est trop vaste pour que nous puissions en donner une analyse. D'ailleurs nous reviendrons prochainement sur ce rapport au sujet duquel la discussion ne s'est pas encore engagée; pour le moment, nous ne pouvons que renvoyer le lecteur aux Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie.

La Société procède à l'élection de son bureau pour l'année 1878. Sont élus : *Président*, M. Guyon ; — *Vice-président*, M. Tarnier ; — 1er *secrétaire*, M. Horteloup; — 2e *secrétaire*, M. Lannelongue ; — *Trésorier*, M. Nicaise. E. BRISSAUD.

(1) Voir dans le *Progrès médical* de 1875, page 83, une leçon très-intéressante de M. B. Anger sur un cas de *kyste huileux traumatique*.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

I. De la pupille, anatomie, physiologie, sémiologie ; par A. Drouin. Paris; Delahaye, 1876.

Cette thèse est assurément une des meilleures, et depuis longtemps, qui ait été soutenue à la Faculté de Paris. Nous avons même à nous excuser près de nos lecteurs de ne point l'avoir présentée plus tôt dans nos analyses d'ouvrages ophthalmologiques. Son mérite seul nous a arrêté : fallait-il en donner une analyse complète ou seulement faire connaître l'esprit de l'ouvrage?

« Le but que s'est proposé l'auteur a été de résumer en un travail homogène et facile à consulter tout ce qui a été écrit d'important sur la pupille. » Ces premières lignes de la préface expliqueront pourquoi nous renonçons à une analyse complète : l'auteur a fait un résumé de la science sur la question; vouloir le condenser serait le rendre peu intelligible. Aussi bien est-ce là déjà le défaut de cet ouvrage à tous les points de vue très-remarquable; il a le luxe de l'érudition, des expériences contradictoires, venues de tous les points du globe, au milieu desquelles l'esprit se perd. Cependant, disons à la louange de l'auteur qu'il ne s'est pas borné au rôle de compilateur; il a jugé, contrôlé et cherché par des expériences personnelles à établir la conviction.

Le sujet est divisé en trois parties : 1° L'anatomie, la structure, le développement et les procédés de mensuration de l'iris. 2° La physiologie de cette membrane : son usage dans les corrections de l'aberration, et l'accommodation. Laissons à M. Drouin la responsabilité de l'axiôme suivant : Il n'existe aucun rapport direct entre l'effet accommodatif de l'œil et les dimensions de la pupille.

Les caractères, la nature des mouvements de l'iris, ont conduit l'auteur à la discussion de toutes les théories musculaires ou vasculaires de ces modifications. Il étudie ensuite l'action des différentes portions du système nerveux sur l'état de la pupille et arrive à cette conclusion : la pupille exécute deux sortes de mouvements, les uns fonctionnels, mouvements actifs d'adaptation et de nature musculaire; les autres, indépendants de l'exercice de la vision et de nature vasculaire.

Tout ce qui précède est une introduction à la sémiologie de la pupille. Après avoir établi les anomalies de forme et de dimension, l'auteur termine par une longue énumération des différents états de la pupille dans les affections du système nerveux central et périphérique, dans les affections des viscères, les névroses, les maladies mentales, l'appareil cardio-vasculaire, certaines maladies générales, les empoisonnements et la mort.

Aucun point de l'histoire de l'iris n'a échappé à l'auteur, sauf peut-être l'anatomie pure et histologique trop négligée. Qu'il nous soit encore permis de faire remarquer combien une bonne bibliographie générale avait sa place marquée d'avance à la fin de cet ouvrage. Malgré cette lacune, cette monographie mérite les plus grands éloges; elle restera classique en France.

II. De la ambliopia alcoholica en la Isla de Cuba; par Santos Fernandez. La Havane, 1876.

Ce mémoire, écrit en espagnol, repose sur l'examen du fond de l'œil de 56 cas d'amblyopie alcoolique. Les malades buvaient, suivant les habitudes du pays, quatre ou cinq petits verres le matin, deux ou trois à onze heures et plusieurs dans la soirée. L'auteur nous apprend que dans l'espace de cinq mois, pour la Havane seulement, la consommation de vins étrangers s'élève à plus de 28 millions de bouteilles; et pour le genièvre en particulier, la répartition des entrées en douane donne plus de 43 bouteilles par buveur en un an, c'est-à-dire près de trois litres par mois.

Le signe nouveau sur lequel M. Fernandez attire l'attention est l'atrophie de la moitié interne du N.O. Ce serait un symptôme constant et d'une grande importance pour établir le diagnostic, si on trouve avec lui les troubles spéciaux à cette amblyopie spéciale.

Nous ajouterons, comme contrôle personnel du signe donné par Fernandez, qu'ayant eu dans ces derniers temps l'occasion d'observer deux cas très-nettement alcooliques d'amblyopie, nous n'avons pas rencontré cette atrophie signalée par le médecin de la Havane.

III. Traité des maladies des yeux; par le Dr Abadie. Tome II; Oct. Doin, Paris 1877.

Nous avons déjà rendu compte du premier volume de cet ouvrage, il y a bientôt un an, et nous l'avions considéré comme un exposé classique, bien ordonné, complet, des maladies des yeux telles que l'ophthalmologie moderne les a récemment établies. Le deuxième volume continue cette tradition, surtout avec l'aide des auteurs allemands et anglais. On sait, en effet, que, parmi les recueils d'ophthalmologie, les archives de Grœfe en Allemagne, l'ophthalmical hospital report, en Angleterre, les archives de Knapp en Amérique, les annales de Bruxelles, contiennent en mémoires originaux à peu près toutes les questions qui sont exposées dans un traité dogmatique. C'est à ces sources que l'auteur a fait de nombreux emprunts, et avec tant de confiance qu'il a oublié quelquefois les travaux français. Ainsi, bien qu'ils seront passibles d'un contrôle sévère, nous regrettons de ne pas voir les travaux de l'Hôpital des Enfants mentionnés, nommés dans un ouvrage français.

Ce second volume comprend l'ophthalmoscopie et l'examen fonctionnel de l'œil, les maladies du N. O., de la rétine, de la choroïde, du corps vitré, les amblyopies, les amauroses, les anomalies de la réfraction et les maladies des muscles de l'œil.

Il nous est impossible de passer en revue chacun de ces chapitres. Nous dirons seulement que si M. Abadie n'a point négligé, chose fréquente jusqu'ici, les données de l'anatomie pathologique, il devait à ses lecteurs des aperçus personnels sur la valeur même de ces recherches.

Une des parties les plus intéressantes de l'ouvrage est celle qui se rapporte aux relations des maladies de l'encéphale avec celles de l'œil. L'Ecole de la Salpétrière et son chef illustre ont fourni depuis quelques années des matériaux trop importants dans cette question pour que dorénavant ils ne fassent point partie de nos traités d'ophthalmologie.

Les vices de réfraction sont exposés avec simplicité et dans leurs principes les plus importants, sans trop de formules, et néanmoins très-intelligibles. Par un dernier sacrifice aux anciennes mesures, M. Abadie compte encore en pouces. Pourquoi ne pas le faire, en effet, puisque tous nos verres portent encore ce pointage? Le nouveau système métrique est cependant exposé tout au long, et l'auteur en démontre l'incontestable utilité pour la simplicité des petits calculs optométriques. Le dernier chapitre traite des maladies des muscles de l'œil: ici encore les travaux de localisation cérébrale pour les centres moteurs ont été judicieusement utilisés.

En résumé, l'ouvrage aujourd'hui terminé de M. Abadie, est l'exposé le plus correct, le mieux ordonné, le plus simple de l'ophthalmologie moderne, telle que l'ont édifiée les recueils périodiques *étrangers*, disons-le, à notre grand regret, nous, dont la littérature courante ophthalmologique est si pauvre en travaux originaux.

IV. Essai clinique sur le nystagmus; par L.-H. Ravaud. Coccoz. 1877.

Après avoir établi rapidement l'historique de la question et signalé la thèse justement connue de Gadaud, l'auteur décrit les symptômes du nystagmus et signale les rares exceptions aux mouvements associés des deux yeux; il examine le nystagmus des enfants ou congénital, le nystagmus acquis, le nystagmus professionnel des mineurs. Ce dernier chapitre, qui a fait au congrès du Havre, l'objet d'une communication intéressante de la part d'un autre ophthalmologiste, comprend les conclusions suivantes:

Le nystagmus des mineurs est professionnel. Il n'apparait qu'à un âge déjà avancé, chez des ouvriers mineurs travaillant dans les galeries depuis un temps plus ou moins long.

L'obscurité, le passage d'un lieu sombre à la grande lumière, sont des conditions favorables à l'apparition de l'affection. — Il se montre par accès, il est périodique et s'accompagne de vertige.

Dans la physiologie des différents nystagmus, l'auteur établit deux grandes divisions: 1° le nyst. optique par troubles dans la réfraction des rayons, la sensibilité de la rétine, ou les lésions musculaires; 2° le nystagmus névropathique lié soit à une lésion bulbaire ou cérébrale (nerfs bulbaires, bulbe lui-même, ou encore la zone du pli courbe dans la couche verticale); 2° le nystagmus professionnel. Le traitement dépend de l'étiologie.

V. De l'ophthalmie sympathique et spécialement de son traitement par l'énucléation; par J. C. Vignaux. J.B. Baillière, 1877.

L'auteur a résumé la pratique du professeur Gayet (de Lyon), dans l'ophthalmie sympathique. Nous connaissions déjà la richesse de la clinique lyonnaise par les magnifiques dessins présentés au congrès de Lille en 1875, et par quelques pièces rares que notre honoré confrère nous avait données à examiner; aujourd'hui nous avons les conclusions cliniques qui sont nées de l'anatomie pathologique même.

Après un rapide historique de l'ophthalmie sympathique, M. Vignaux accepte deux formes de cette lésion: 1° l'irritative avec asthénopie, névralgies, photophobie, amblyopie et 2° l'ophthalmie avec lésions matérielles diverses, malignes ou bénignes, de formes rares.

Nous ne nous arrêterons ni aux causes énumérées de l'affection sympathique, ni à sa pathogénie: ce sont là, sujets déjà étudiés soit en France, soit à l'étranger, et M. Vignaux, malgré la riche collection d'yeux énucléés, n'a rien ajouté au mécanisme de cette lésion.

Etablissant un long tableau circonstancié de 90 observations personnelles à M. Gayet, l'auteur pose les conclusions suivantes: L'énucléation est préventive ou curative. L'énucléation *préventive* est indiquée dans les phlegmons oculaires, les traumatismes avec désorganisation, les blessures ciliaires avec perte de la vision, les corps étrangers pénétrant et produisant l'amaurose, les moignons sensibles, les atrophies avec amaurose et impossibilité de porter l'œil artificiel, les hydrophthalmies, les troubles inflammatoires profonds avec amaurose et douleur à la pression. Elle est contr'indiquée pour les moignons insensibles et les petits staphylomes. L'énucléation *curative* est indiquée: *a*) pour les formes sympathiques et irritatives. Dans les cas de moignons même indolores avec corps étrangers ou ossification. Dans les cas de staphylomes: décollements, glaucomes iridocyélites avec douleur et amaurose. *b*) Pour les formes malignes; dans les atrophies douloureuses.

Quant à l'opération elle-même: elle est inoffensive, elle élimine un organe difforme et inutile; elle doit être pratiquée dès que l'indication se présente, même si elle était incertaine.

Ce travail qui indique une étude bien suivie, et sérieuse de l'ophthalmie sympathique, est une des bonnes monographies de notre presse opthalmologique: la Faculté de Médecine lyonnaise inaugure bien ses travaux d'oculistique. Cependant nous ferons à cette thèse une sérieuse objection: elle manque d'une vue générale d'ensemble: trop d'indications, dirons-nous; ce n'est pas ainsi qu'on procède en pathologie générale, et toutes ces recherches manquent d'une base so-

lide, parce que l'étiologie même de l'ophthalmie sympathique est mal étudiée. La faute n'en est pas à M. Vignaux; ne voyons nous pas au Congrès de Genève, ce sujet même traité par un des doyens de la science, pour arriver à des conclusions analogues à celles de l'Ecole de Lyon. Le Directeur des annales belges n'a pas fait non plus avancer la partie étiologique, et tant que nous ne connaîtrons pas ce mécanisme intime de l'irradiation sympathique, nous poserons mal et en balbutiant les indications d'une thérapeutique heureuse par empirisme.

VI. — De la Blépharoptose cérébrale (paralysie dissociée de la 3e paire); par L. Landouzy, chef de clinique (*Archives générales de Médecine*).

Mémoire contenant une dizaine d'observations de paralysie du releveur de la paupière, offrant comme caractère spécial d'être croisée, comme l'hémiplégie et limitée, dans la troisième paire, au filet du releveur. De l'examen de ces faits, l'auteur conclut : 1° que l'origine du centre moteur de la paupière doit être cherchée dans la région postérieure du lobe pariétal; 2° que cette origine ne confine pas immédiatement les centres moteurs des membres; 3° que parmi les faisceaux nerveux constituant par leur réunion la troisième paire, ceux destinés à l'élévateur palpébal paraissent seuls avoir des connexions avec les hémisphères.

Cette paralysie cérébrale de la troisième paire n'étant jamais totale, l'origine des différentes fibres du moteur oculaire commun est différente pour le filet du releveur et les autres muscles de l'œil.

VII. — Essai sur les cataractes traumatiques; par Adolphe Piechaud. (Mémoire couronné par la Société chirurgicale de Liége):

Etude correcte, bien divisée, mais peu neuve des cataractes traumatiques. L'auteur en profite pour examiner les lésions de l'œil, à titre de complications des blessures du cristallin. Il établit une différence entre l'imbibition de la lentille et son opacité : quant au mécanisme de cette opacité, il n'est bien connu ni de par les précédentes recherches, ni par l'auteur lui-même personnellement. Nous avons cherché en vain, dans ce mémoire, ce qui pourrait différencier au point de vue de l'anatomie pathologique la cataracte sénile, de la cataracte traumatique, sujet important au premier chef dans un travail de concours. Quant à la thérapeutique, nous n'y avons rien rencontré de nouveau, ni même dans l'aphorisme qui sert d'introduction à l'ouvrage : « Défiez-vous des cataractes traumatiques. » Elles n'ont jamais inspiré de tranquillité aux cliniciens.

F. Poncet (de Cluny).

CORRESPONDANCE

L'école de médecine de Toulouse.

La lettre de notre correspondant de Toulouse insérée dans le *n° des Etudiants* a, paraît-il, vivement ému les membres distingués de cette école. L'un d'eux, notre ancien collègue et ami, M. le Dr Caubet, a jugé utile de nous adresser à ce propos la lettre suivante :

Toulouse, le 3 décembre 1877.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Votre journal a publié dans son numéro du 3 novembre dernier une lettre datée de Toulouse, où notre Ecole de médecine est prise à parti, et dont le corps enseignant de cette Ecole s'est justement ému. Permettez à l'un de ses membres, qui est votre ancien collègue d'internat, et abonné de votre journal, de se faire le fidèle interprète des protestations unanimement exprimées par ses collègues. Cette correspondance contient, sous forme d'allusions peu voilées, des personnalités désobligeantes qui peuvent être dédaignées ; mais elle reproduit surtout des assertions injustes, qu'on ne saurait laisser sans rectification, car elles tendraient à la déconsidération de l'Ecole de médecine de Toulouse.

L'auteur de la lettre critique surtout les cours complémentaires qui sont de création récente : il s'étonne de l'existence d'un cours d'anatomie générale et déplore l'absence d'un cours d'histologie ; comme si l'enseignement de l'anatomie générale ne comportait pas aussi l'enseignement de l'histologie.

Il fait voir la scission de la pathologie externe en deux tronçons : le civil et le militaire, c'est-à-dire la chirurgie commune et la chirurgie des armées; mais qu'importent les deux catégories, si les deux professeurs peuvent se partager la matière de la pathologie chirurgicale, de telle sorte que les deux enseignements se complètent l'un l'autre, au plus grand profit des élèves.

Quatre professeurs de clinique, c'est un luxe ! dit votre correspondant, et un luxe vraiment inutile, puisque la clinique médicale a pu être abandonnée pendant le mois d'août. Mais il a omis de signaler que c'est seulement du 20 au 31 août que la clinique a été — non abandonnée — mais remise à un médecin des hôpitaux; et que, dès cette époque, les examens de fin d'année étant terminés, les élèves étaient partis en vacances ! Du reste, le professeur et le chef de clinique étaient nantis d'un congé régulier ; et la double approbation du directeur de l'Ecole de médecine et de l'administration hospitalière, avait été acquise à la prise de possession anticipée du service, par le médecin des hôpitaux, qui devait réglementairement entrer en fonctions le 1er septembre. Celui-ci en outre, — vous pouvez m'en croire — est arrivé second à son concours, et non sans mérite; car il a suivi de très-près le premier élu, dans une série d'épreuves estimées très-bonnes par les membres du jury. Au surplus, ce nombre de quatre professeurs de clinique n'est pas spécial à Toulouse, car les écoles de Bordeaux, Marseille, Nantes, Rennes, sont dans des conditions identiques.

Quant au service de l'anatomie, votre correspondant est mieux que personne en état de déclarer qu'un cours complémentaire n'a jamais absorbé tous les loisirs du chef des travaux anatomiques, et ne l'empêche nullement de surveiller les salles de dissection; pas plus que la préparation des pièces destinées au cours du professeur d'anatomie n'a suffi à absorber toute l'ardeur du prosecteur.

Notre bibliothèque n'a sans doute pas tous les éléments pour satisfaire aux recherches savantes ; mais elle abonde en livres classiques ; elle est parfaite, en un mot, pour les élèves auxquels elle est destinée.

On vous écrit aussi que le microscope est systématiquement repoussé et que c'est à l'Ecole vétérinaire qu'il faut recourir pour tout examen micrographique. Oui certes, l'Ecole vétérinaire nous ouvre généreusement les portes de ses riches laboratoires ; mais ce sont les professeurs de l'Ecole de médecine qui vont y faire les examens et les préparations des pièces qu'ils recueillent; et on on ne saurait leur reprocher d'aller chercher chez des voisins hospitaliers les laboratoires qui font défaut dans leur maison.

Recevez, monsieur le rédacteur en chef, l'assurance de mes meilleurs sentiments de confraternité,

Dr Caubet.

Voici maintenant la réponse de notre correspondant :

Toulouse, le 16 décembre 1877.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*.

Ma correspondance, parue dans le *Progrès médical*, du 3 novembre dernier, a soulevé des protestations de la part du corps enseignant de Toulouse, protestations, dont se fait aujourd'hui l'écho un de ses membres, lecteur du *Progrès médical*. Ces protestations ont lieu de nous étonner, car tous les faits que nous avons signalés, sont exacts, et aucun démenti ne saurait leur être donné. Tout d'abord, l'honorable contradicteur nous reproche d'avoir insisté sur la mauvaise organisation des cours complémentaires, et il est surpris de l'étonnement que nous avons manifesté, relativement au cours d'anatomie générale, professé à l'Ecole secondaire de médecine de Toulouse.

Notre étonnement nous paraissait naturel, car en vérité, jusqu'à ce jour, nous avions cru que cette branche de l'enseignement relevait des hautes études du Collège de France, et non d'une école secondaire de médecine qui ne compte guère que des étudiants de première ou de seconde année. D'autre part, nous faisions remarquer qu'il n'y avait pas de chaire d'anatomie générale à la Faculté de médecine de Paris, et qu'il y avait lieu d'être surpris de voir cette chaire exister dans une école de province. Notre étonnement était-il légitime? Le lecteur décidera.

Quant au cours d'histologie, dont « nous déplorions l'absence, » on répond aussitôt : « comme si l'enseignement de l'anatomie générale ne comporte pas l'enseignement de l'histologie. » Dans ce cas-ci, nous l'avouons, notre étonnement persiste; habituellement lorsqu'on veut procéder avec ordre, on va du simple au composé; avant d'apprendre à lire, on apprend à épeler, tout comme avant d'étudier l'anatomie générale, on doit connaître l'histologie, qui en est la base fondamentale. Eh ! bien, encore une fois nous avions fait erreur, une chaire d'histologie n'a pas de raison d'être, l'anatomie générale peut y suppléer.

Si, maintenant, on cherche à concilier l'existence d'une chaire de chirurgie des armées, et des soins à donner aux blessés en temps de guerre, avec la chaire de pathologie externe, ainsi que l'a fait notre honorable contradicteur, on ne peut y souscrire. Ou bien, cette chaire est simplement une 2° chaire de pathologie externe, et, dans ce cas, on doit lui donner sa vraie dénomination ; ou bien c'est une chaire spéciale, et on ne peut en justifier la nécessité. Dans ce dernier cas, en effet, on admettra avec nous, que la chaire de chirurgie des armées, comporte l'étude des différents décrets qui régissent le corps de santé militaire, le service des ambulances, des brancardiers, l'étude des plaies par armes à feu, les ligatures d'artères, les amputations, etc., et alors nous en ferons une chaire qui aurait plutôt sa place au Val-de-Grâce que dans une école secondaire qui compte tout au plus une dizaine d'étudiants militaires. Il est vrai, bon nombre de ces matières ne sauraient être laissées dans l'oubli, dans une école secondaire, mais elles seraient mieux à leur place, dans un cours de médecine opératoire.

Là, se termine notre critique, sur les cours complémentaires, et notre réponse à la première partie de la lettre qui vous a été adressée. Arrivons maintenant, aux assertions qualifiées d'injustes.

Aurions-nous émis une assertion injuste en disant : « Malgré ce luxe de professeurs de clinique, on a pu voir cette année, au mois d'août, la clinique interne sans professeur. » Mais, il nous semble que ces deux mots, *au mois d'août*, signifient en bon français dans le courant du mois d'août, et non pendant tout le mois d'août. Et on eût avoué, qu'à la vérité, « du 20 au 31 août, les professeurs de clinique et le chef de clinique étaient absents ! » Avons-nous dit quelque chose de plus ? Et, aussitôt pour se couvrir, on ajoute : « Que les examens de fin d'année, étaient terminés, que les élèves étaient partis en vacances ! » En vérité, nous ne nous attendions pas à une pareille réponse, et si, on avait réfléchi, on se serait gardé d'insister. Nous prenons une affiche de l'Ecole de médecine de Toulouse, et voici ce que nous y lisons en gros caractères :

« ARRÊTÉ DU 1er JUILLET 1862.

» ARTICLE PREMIER. — *Chacune des années de stage dans les hôpitaux se composera, déduction faite des vacances, de dix mois complets de services effectifs, et commencera régulièrement le* 1er *novembre pour se continuer sans interruption jusqu'au* 31 AOUT INCLUSIVEMENT. »

Quelle est la conclusion à tirer de cet article premier ? Ma foi, une chose bien naturelle, c'est que le règlement n'a pas été exécuté à l'Ecole de Toulouse, que du 20 au 31 août, ainsi que l'on veut bien le reconnaître, il n'y avait ni professeurs, ni chefs de clinique, ni élèves, et cependant le stage *ne finit que le* 31 *août*. Notre assertion était-elle donc injuste ?

Quant à savoir, si le professeur de clinique ou son chef de clinique, étaient munis d'un congé régulier, nous n'avons pas qualité à cet égard. On aura beau invoquer que la clinique avait été remise à un médecin des hôpitaux « arrivé au concours et non sans mérite, » il n'en est pas moins vrai, que ce médecin des hôpitaux n'appartenait nullement à l'Ecole, et que s'il était arrivé second au concours, c'était second sur deux candidats et pour deux places à donner. Quant au mérite, nous aurions mauvaise grâce à le contester, du moment que notre honorable contradicteur nous l'affirme, et nul mieux que lui, qui a été son concurrent, ne saurait en témoigner.

Maintenant, pour justifier le nombre de quatre professeurs de clinique à l'Ecole de Toulouse, on éprouve le besoin de citer les écoles de Bordeaux, Marseille, Nantes, Rennes « qui sont dans des conditions identiques. »

Il nous suffira de dire que Bordeaux, Marseille, Nantes, sont écoles de plein exercice, alors que Toulouse est simplement école secondaire ; que ces écoles possèdent un nombre d'élèves supérieur à celui de Toulouse, et qu'il ne saurait y avoir la moindre comparaison entre le nombre des malades affectés aux cliniques de ces écoles, et celui dont disposent ici nos professeurs de clinique. Que si, à la vérité, Rennes, école secondaire, est dotée de quatre professeurs, ce fait ne saurait amoindrir nos convictions, car le mal d'autrui n'a jamais guéri le nôtre. Aussi, il reste acquis que l'Ecole secondaire de Toulouse, compte quatre professeurs de clinique, dont deux de clinique interne et deux de clinique externe ; que ces professeurs au lieu de faire leur cours *toute l'année scolaire* comme cela a lieu dans les Facultés, professent l'un, le semestre d'hiver, et l'autre le semestre d'été. Et au cas où le lecteur pourrait croire que nous émettons une assertion *injuste*, nous copions textuellement, sur l'affiche des cours, le passage suivant :

SEMESTRE D'HIVER (*du* 5 *novembre* 1877 *au* 31 *mars* 1878.)
Clinique interne : M. Noguès, professeur titulaire.
Clinique externe : M. Batut, professeur titulaire.

SEMESTRE D'ÉTÉ (*du* 1er *avril au* 31 *août* 1878.)
Clinique interne : M. Bonnemaison, professeur titulaire.
Clinique externe : M. Ripoll, professeur titulaire.

Quant au service de l'anatomie et des études de dissection, l'honorable contradicteur, affirme « que mieux que personne, nous pouvons déclarer qu'un cours complémentaire n'a jamais absorbé tous les loisirs du chef des travaux anatomiques, ni que la préparation des pièces destinées au cours du professeur d'anatomie n'a suffi à absorber toute l'*ardeur* du prosecteur. »

A cela nous répondrons, que nous ignorons, si M. le chef des travaux anatomiques a des loisirs ou non ; mais du moment que M. le chef des travaux anatomiques est chargé d'un cours complémentaire, il lui est matériellement impossible, d'être à la salle de dissection aux heures de son cours, et du reste, il nous paraît bien difficile d'admettre qu'une personne seule, puisse surveiller neuf tables de dissection comprenant chacune au moins six élèves. Il est vrai, l'ardeur du prosecteur peut y suppléer, car la préparation du cours d'anatomie, ne saurait absorber tous ses moments. Il est à croire, que même ici, l'on ignore en quoi consiste la préparation du cours d'anatomie à l'Ecole de Toulouse. Pour édifier le lecteur, il nous suffira de dire, que du 20 novembre au 31 mars de l'année dernière, le prosecteur a fait pour le cours, toutes les préparations de myologie, d'angéiologie, (artères, veines et partie de lymphatiques) tous les nerfs crâniens (y compris le rameau de Jacobson), et le grand sympathique. Peut-être notre honorable contradicteur trouvera-t-il que c'est insuffisant, et que son ardeur, à lui, lui eût permis de faire davantage ? S'il en est ainsi, nous nous inclinons.

Mais, puisque on avait mission de rectifier les assertions du correspondant du *Progrès médical*, pourquoi laisser sans réponse le passage suivant de sa correspondance ?

« *En outre, une salle de dissection humide, ne possédant pas un seul calorifère, pas un seul aide d'anatomie ; — de garçons de salle, point. Si l'on regarde aux moyens d'études dont peuvent disposer les élèves, même insouciance, même dénûment. Le musée d'anatomie renferme des pièces d'une certaine valeur, qui pourraient être très-utiles aux étudiants, soit pour préparer leurs examens, soit pour s'instruire, cependant on se garde bien de les livrer à leurs regards. En fait d'ostéologie, il n'est pas un seul squelette qui leur soit confié.* »

Oui, nous le comprenons, on a préféré se taire, car dans ce passage, nous signalions des faits précis, indéniables. Eh bien, nous nous montrerons généreux et nous ferons la rectification suivante. Nous avions dit qu'il n'y avait point de garçons de salle, nous le reconnaissons, nous avions commis une erreur.

La salle de dissection possède *un* garçon de salle qui remplit à la fois les fonctions de concierge et en même temps est chargé de la propreté des locaux. Il existe encore, un autre garçon de laboratoire, mais ce dernier mieux favorisé de la fortune est affecté *uniquement* au service de la chimie et reçoit de ce chef 600 fr. d'appointements. Aussi, si on juge de la valeur des gens, d'après la rémunération qu'ils reçoivent on voit avec peine qu'un laveur d'éprouvettes, rend plus de services qu'un prosecteur, voire même qu'un chef de clinique. Cette rectification admise, arrivons au passage qui a trait à la bibliothèque.

Ici, on reconnaît que la bibliothèque de l'Ecole, n'a pas sans doute, tous les éléments pour satisfaire aux recherches *savantes*, mais qu'elle abonde en livres classiques, parfaite en un mot. Si on n'avait pas voulu lire à travers nos lignes, on aurait pu voir que nous n'avions pas dit autre chose, moins la perfection cependant. Voici le passage incriminé :

« Quant à la bibliothèque, si elle renferme un certain nombre d'ouvrages, elle est loin de posséder les ouvrages nécessaires. Veut-on faire des recherches sérieuses, impossibilité complète ; veut-on se tenir au courant de la science, impossible de trouver un seul journal. »

A la différence du mot sérieuses remplacé par celui de *savantes*, ne sommes-nous pas du même avis ? Quant aux journaux de médecine, on a l'air de les ignorer, on n'en fait aucune mention ; serait-ce à supposer que c'est là chose indifférente dans une bibliothèque et que ces feuilles de papier d'imprimerie n'ont aucune utilité pour les étudiants ?

Enfin, pour répondre à notre dernière assertion concernant l'examen au microscope des pièces pathologiques, on tourne la difficulté, en avouant qu'à la vérité, on a recours à l'Ecole vétérinaire « mais, que ce sont les professeurs de l'Ecole de médecine, qui vont y faire les examens et les préparations des pièces qu'ils recueillent. »

Tout d'abord, nous ferons remarquer, qu'il est bien inutile d'aller à l'Ecole vétérinaire, *alors que les services de l'Hôtel-Dieu, sont munis de microscopes.* En second lieu, nous pouvons affirmer que nous-mêmes, à deux reprises différentes, avons été mandé auprès *d'un professeur de l'Ecole vétérinaire*, pour le prier de vouloir bien examiner deux pièces pathologiques.

Maintenant, est-il nécessaire d'ajouter que, l'année dernière, les étudiants en médecine, désireux d'avoir quelques notions sur les études histologiques, ont été obligés d'aller suivre un cours professé à l'Ecole vétérinaire par un professeur de l'Ecole vétérinaire.

Voilà, croyons-nous, des faits probants, et malgré ces faits probants, on affirme, « que ce sont les professeurs de l'Ecole de médecine, qui vont dans les locaux de l'Ecole vétérinaire faire les préparations et les examens des pièces histologiques. » Nous pourrions répondre par une affirmation contraire ; nous n'en ferons rien cependant, laissant juges de cette dernière assertion les anciens élèves de notre école.

Ici, se termine notre réponse, à la lettre rectificative qu'on avait mission de vous adresser. On voulait relever des assertions *injustes* tendant à déconsidérer l'Ecole de médecine de Toulouse ; a-t-on rectifié quelque chose ? rien, nous osons l'affirmer, car non-seulement nous avons maintenu les premiers faits, mais nous en avons établi de nouveaux. Et, si maintenant, on nous demande quel est le mauvais esprit qui nous pousse à agir ainsi, nous répondrons que c'est uniquement le désir de la vérité. Ah ! je le reconnais, la vérité n'est pas toujours bonne à dire, surtout pour des personnes qui estiment que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes ; mais comme nous avons été toujours indépendants, que nous avons en horreur les génuflexions et les paroles mielleuses, nous ne craindrons pas de la dire à l'occasion.

Quand, il s'est agi de défendre les intérêts de l'Ecole de Toulouse, nous les avons défendus sans regarder ni au temps, ni à la peine, et aujourd'hui encore, nous croyons servir ces mêmes intérêts, car nos assertions auront pour effet d'éveiller l'attention du corps médical sur la mauvaise organisation des Ecoles secondaires. Ce jour là, la question à débattre sera nette et précise, et se résumera dans ces deux mots : Suppression ou réorganisation.

Recevez, Monsieur le Rédacteur, etc.

L. C.

Les deux lettres qu'on vient de lire nous fournissent des renseignements très-intéressants sur l'organisation et le fonctionnement de l'Ecole de Toulouse. Nous ne doutons pas que la lettre, peut-être un peu vive, de notre correspondant, n'ait pour résultat de stimuler le zèle du corps enseignant de l'Ecole et cela pour le plus grand bien de cette école et des étudiants : C'est là, le but que poursuivait notre ami et le *Pro-*

grès Médical sera toujours disposé à prêter sa publicité à des divulgations aussi désintéressées, ayant pour objet le développement de nos institutions scientifiques, à la seule condition de respecter les personnes.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations; par le Dr E. VALTAT. Un vol. 155 p. Chez J.-B. Baillère, 1877.

M. le docteur Valtat, ancien interne des hôpitaux, a publié un travail très-intéressant et soigneusement fait sur les lésions musculaires qui se rattachent aux maladies des articulations. Dans une première partie, il envisage la question au point de vue clinique et rapporte un grand nombre d'observations dont la plupart lui sont personnelles. Dans la seconde, il relate des expériences sur les animaux qui lui permettent, non d'expliquer le processus d'une manière absolue, mais tout au moins d'établir une hypothèse fort vraisemblable. Nous ne saurions mieux résumer le travail de M. Valtat qu'en citant les conclusions qu'il a formulées.

« La plupart des maladies des articulations retentissent énergiquement sur la nutrition du système musculaire. — Dès les premiers jours dans la plupart des variétés d'arthrites, on voit survenir une atrophie considérable et une paralysie plus ou moins accentuée de certains muscles plus spécialement destinés à la jointure affectée. Cette atrophie ne saurait être rattachée ni à l'inertie fonctionnelle, ni à l'inflammation des muscles, des nerfs ou de la moelle. Très-vraisemblablement, elle se produit par le même mécanisme que les phénomènes dits réflexes. — Elle est très-importante au point de vue des troubles fonctionnels; elle s'accroît le plus habituellement, tant que dure la maladie articulaire; et si, parfois, elle peut n'avoir qu'une durée passagère, dans l'immense majorité des cas, elle persiste après la guérison de l'arthrite, se substitue à elle et constitue, dès lors, le seul obstacle au rétablissement des mouvements. — Sa durée est, en général, fort longue et elle n'a que peu de tendance à la guérison spontanée. Quelquefois, les muscles, sous l'influence de l'exercice seul, peuvent reprendre leur force et leur volume, mais cette heureuse terminaison est rare, toujours tardive et, le plus souvent, incomplète. — Ces lésions atrophiques guérissent facilement et rapidement par l'emploi des courants continus faibles et permanents, tels que les a fait connaître M. le professeur Le Fort, et, mieux encore, par l'usage combiné de ces derniers et de la faradisation. I. BESSON.

VARIA

L'internat dans les hôpitaux de Paris.

La liste des *internes titulaires* et des *internes provisoires* va être définitivement arrêtée dans quelques jours. Aussi, espérons-nous avoir bientôt l'occasion d'adresser nos félicitations à l'administration qui, d'après nos renseignements, serait décidée à pourvoir rigoureusement chaque service du nombre nécessaire d'internes titulaires, et, de plus, à nommer un nombre d'internes provisoires suffisant pour faire face aux besoins qui se font sentir tous les ans à partir du mois de juillet.

Concours de l'externat (1877).

Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. 1 Trousseau, Lévy (Albert), Babinski, Ricard (Alfred), Lebreton, Guinard, Laurent (Auguste), Gaucher, Ozenne. — 10. Liandier, Dutertre, Richardière, Chaput, Guelliot, Cheron, Artaud, Chatellier, Figueroa y Girau, Binet. — 20. Chenantais, Feulard, Bastard, Brazier, Carasi, Laurand (Georges), Luizy, Latil, Baron (Arthur), Cahier. — 30. David, Mercier (Julien), Millet (Joseph), Marcy, Butruille, Thomas (Pierre), Astier, Olivier (Adolphe), Simon, Malécot. — 40. Wickham (Edmond), Lhuillier, Lacaille, Heulz, Barbulée, Catusse, Laurent (Alfred), Hannequin, Ménard, Cayla. — 50. Farcy, Rousseau (Gabriel), Dhomont, Gallois, Gomot, Groselande, Masson, Meunier (Léon), Brulard, de Lavarenne. — 60. Mercier (Gabriel), Oudiné, Bignon, Jousset, Vinache, Millet (Pierre), Rowlat, Soyer, Malibran, Basset. — 70. Ferrier, Henneton, Frémont, Balési, Carrette, Delangenhagen, De Lapersonne, Uribe, Bucquet, Fournier. — 80. Janin, Michelena, Brossard, Cadet, Chayé, Duroselle, Meunier (Jules), Saury, Guiter, Levêque. — 90. Massot, Rousseau (Théodore), Fibich, Jagot, Levisse, Hache, Calmeau, Poussié, Bernard (Antoine), Jozan. — 100 Hérédia, Angulo, Audiguier, Dautel, Finet, Sauce, Vallon, Champeil, Chassaing, Gautiez (Adrien). — 110. Poupon, Reant, Valentini, Fleyssac, Lejard, Chabrier, Turquet, De Ladroite, Thomas (René), Haranger. — 120. Suchard, Leclère (Charles), Boureau, Jorry, Ramella, Restrepo, Roussel, Bailly, Bergeron, Lesur. — 130. Maubertier, Narich, Pennel, Sédillot, Tremblet, Vidal Solares, Diaz, Crosnier de Varigny, Livet, Lévy dit Franckel. — 140. Boucheron, Buffet-Delmas, Liebaut, Cornilleau, Jacquelot, Sauvier, Barral, Bolot, Callias, Chaumanet. — 150. Colin (Emile), Moineau, Morand, Noguès, Pillot, Richard, Rogier, Compte, Coulon, Maison. — 160. Reverchon, Sentex, Fèvre, Berthier, Lopez, Luce, Renet, Abelanet, Deniau, Fleurs. — 170. Sanglé-Ferrière, Vazeille, Pautry, Ribeton, Turgis, Paris, Peltier, Marcigney, Imbert, Bonnaire. — 180. Veillard, Bernheim, Ferrand (Maxime), Wickham (Henri), Aron, Béquin, Bouchet, Durand (Félix), Comte Lagauterie, Lannois. — 190. Weisgerber, Corneau, Rattel, Augé, Reynaud, Sauvage, Jouin, Cochot, Leroux, Lemoine, — 200. Deschamps, Olivier (Jean), Duchemin, Privé, Baron (Léon), Bottey, Clozier, Gulat, Henry, Amiot. — 210. Jaurand, Rogron, Vandenabeele, Arteaga y Quésada, Luquet, Dhourdin, Puistienne, Boini, Buret, Gargam. — 220. Lafage (Joseph), Descourtis, Davet, Proust, Conil, Ranguedat, Trichet, Clément, Quendot, Chevassus. — 230. Dallidet, Morel, Chipier, Paskowski, Ledé, Ott, Lemonnier, Lacroix, Contanciu, Nicolas (Marie). — 240. Ricard (André), Callais, Fontagny, Bourgean, Mignard, Pujol, Renouard, Hublé, Faurot, Métaxas. — 250. Jobim, Saissinel, Ducasse, Socquet, Mossmann.

Questions de pathologie. — Aux questions que nous avons déjà indiquées, il faut joindre les suivantes qui terminent la série des épreuves du concours de cette année : *Entorse* ; — *Accidents de la saignée* ; — *Signes des fractures* ; — *Brulûres* ; — *Phlegmon circonscrit*; — *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde* ; — *Appareils inamovibles* ; — *Cautères.*

L'Internat en médecine dans l'asile d'aliénés du département du Rhône.

Le *Petit Lyonnais* nous apprend que « grâce aux persistantes revendications du Conseil général du Rhône, basées sur la loi du 10 août 1871, le Ministre de l'intérieur s'est décidé à établir le concours pour le recrutement des internes de l'hospice de Bron. Ce sera un honneur pour le département d'inaugurer le premier le concours pour le recrutement du personnel des asiles d'aliénés, qui est partout ailleurs nommé par voie directe ; mais ce n'est pas sans peine que ce résultat a été obtenu. Le concours annoncé pour le 10 décembre, s'ouvrira à 9 heures du matin dans une des salles de la rue de la Barre. Voici la composition du jury nommé par le préfet : MM. les docteurs Arthaud, médecin en chef de l'asile de Bron; Max-Simon, médecin-adjoint du même établissement ; Campagne, médecin en chef de l'Asile publique d'aliénés d'Avignon (Vaucluse) ; Pierret, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine ; Français, professeur agrégé à la Faculté de médecine ; M. le docteur Dufour, médecin en chef de l'Asile de Saint-Robert (Isère).

Le concours pour l'internat de l'asile de Bron, s'est ouvert, comme cela avait été annoncé, lundi 10 décembre, à la Faculté de médecine, rue de la Barre. Le jury, primitivement fixé à sept membres, était réduit à six à cause de l'absence de l'un d'entre eux, empêché par un cas de force majeure, et régulièrement excusé par ses collègues. Cinq candidats s'étaient fait inscrire, quatre se sont présentés et ont soutenu avec honneur les trois épreuves. Les questions sorties ont été le premier jour : *De l'articulation coxo-fémorale.* — Le deuxième jour : Des fractures du crâne. — Le troisième jour : Symptômes, marche et lésions de la paralysie générale progressive. Les candidats élus sont, par ordre de mérite : MM. Bouvet, Danthony et Olivier. (*Lyon médical.*)

Nous ne pouvons qu'applaudir à la mesure prise pour la nomination des internes de l'asile de Bron. L'an dernier, dans les séances de la troisième commission du Conseil général de la Seine, nous avions insisté auprès de nos collègues pour que les internes des asiles de la Seine fussent recrutés par le même procédé. De plus, nous avions émis l'idée que les internes des asiles fussent pris parmi les internes des hôpitaux. Nous pensions qu'il serait avantageux pour les internes, pour l'administration et surtout pour la société que le plus grand nombre possible d'étudiants fussent mis à même d'étudier l'aliénation mentale. Les internes pourraient avoir la faculté de se faire remplacer par un de leurs collègues au bout de six mois et l'administration pourrait prendre des mesures afin d'assurer la régularité du service. Nous n'insisterons pas davantage, aujourd'hui, sur cette question, ni sur les difficultés invoquées sous le rapport administratif, parce que nous aurons probablement l'occasion d'y revenir dans peu de temps.

Médecins militaires.

Par décret en date du 22 novembre 1877, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe :*

M. Champouillon (Jules-Henri), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Nancy, en remplacement de M. Dussourt, retraité ;

M. Maffre (Marie-Honoré-Sophie-Auguste), médecin principal de 2e classe, attaché au service du recrutement de la guerre, en remplacement de M. Marchessaux, retraité.

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe :*

M. Arnould (Jules-Hippolyte), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille, en remplacement de M. Champouillon, promu.

M. Hamel (Henri-Auguste-Achille), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles, en remplacement de M. Maffre, promu.

3° *Au grade de médecin-major de 1re classe :*

(Ancienneté). M. Ducharme (Jean-Joseph), médecin-major de 2e classe au 61e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Strauss, retraité.

(Choix). M. Warion (Jean-Pierre-Adrien), médecin-major de 2e classe au 2e régiment de spahis, en remplacement de M. Arnould, promu.

(Ancienneté). M. Lambert (Georges-Nicolas), médecin-major de 2e classe au 13e régiment de chasseurs, en remplacement de M. Hamel, promu.

4° *Au grade de pharmacien-major de 1re classe :*

(Ancienneté.) M. Bernard (Georges-Eugène), pharmacien-major de 2e classe, attaché à l'hôtel des Invalides, en remplacement de M. Cohade, mis en non-activité pour infirmités temporaires. — (*Journal officiel*).

Par décret du Président de la République, en date du 20 décembre 1877, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, M. Fropo (Auguste-Joseph), médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles, a été promu au grade de médecin inspecteur, en remplacement de M. Marmy, admis dans la section de réserve.

Ministère de l'Instruction publique.

Art. 1er. — M. Bardoux, député, est nommé ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en remplacement de M. Faye, dont la démission est acceptée. — (*Journal officiel.*)

Par arrêté en date du 16 décembre 1877, M. Xavier Charmes sous-chef au 2e bureau de la direction des sciences et lettres au ministère de l'instruction publique, est délégué dans les fonctions de chef du cabinet du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts. — (*Journal officiel.*)

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 17 au 22 décembre. 61, M. Regnier : De l'influence de certaines maladies constitutionnelles dans les affections utérines. — 62. M. Grognot : De la rupture des kystes de l'ovaire. — 63. M. Longeaud : De l'influence des excès alcooliques sur la production de la phthisie pulmonaire, spécialement chez les aliénées. — 64. M. Dumont : Essai sur la pathogénie de l'œdème des membres inférieurs.

Nouveaux journaux de médecine.

Annales de démographie internationale. Recueil trimestriel. 1re année, n° 3. in-8 de 500 pages. Dir. Chervin. 1877. Paris, librairie Guillaumain. Prix de l'abonnement : 30 fr. par an dans l'union postale, en dehors le port en sus.

Nuovo giornale internazionale delle scienze mediche, 1877. Napoli, tip. de Angelis e Figlio. Dir. M. le dr Domenico Franco. Revue mensuelle, in-4 de 4 feuilles ; un semestre 5 fr.; un an 10 fr.

La cronica medica, Revista quincennal de medicina y cirujia practicas. Dr Francisco Moliner, 1877. Valencia, libreria de P. Aguilar, Caballeros, 1. Precios. Tres meses, 12 reales. Seis, 22. Un ano, 40 reales.

Un nouveau journal de médecine. — Un groupe d'étudiants en médecine à l'intention de publier sous le titre de *Revue hebdomadaire des cliniques lyonnaises*, un journal dans lequel seront résumées toutes les cliniques de la Faculté. Nous ne pouvons qu'encourager cette œuvre de vulgarisation scientifique, entreprise par tous et pour l'utilité de tous, et faisons des vœux sincères pour sa prompte réalisation. Adresser toutes les communications à M. A. d'Oceus, étudiant en médecine. — (*Lyon médical.*)

Potion contre la grippe (*Van Holsbeck*).

Lactucarium..................	50	centigr.
Extrait d'opium..............	3	—
Oxide blanc d'antimoine.......	10	—
Glycérine....................	2	grammes.
Mucilage de gomme arabique...	60	—
Sirop de sureau..............	40	—

Faites dissoudre.

A prendre, dans la grippe, par cuillerées à bouche, toutes les deux heures.
(*Douze cents formules*, etc.)

Potion contre l'hémoptysie

Extrait de ratanhia...........	1 à 4	grammes.
Sulfate d'alumine et de potasse..	10	centigr.
Infusion de roses de Provins....	120	grammes.
Sirop tartrique..............	30	—

F. s. a. une potion à donner par cuillerées, de demi-heure en demi-heure pour combattre l'hémoptysie. — Révulsion cutanée énergique. — Repos absolu, glace à l'intérieur. (*Ibid.*).

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard ont commencé le 15 décembre à 4 h. 1/2, la seconde partie de leur cours : Opérations, dystocie, exercices pratiques. — S'adresser 29, rue Monsieur-le-Prince.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 20 décembre 1877 on a déclaré 968 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 19 ; rougeole, 23 ; scarlatine, 1 ; variole, » ; croup, 36 ; angine couenneuse, 28; bronchite, 43; pneumonie, 66 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5 ; choléra nostras » ; dysentérie, 1 ; affections puerpérales, 5 ; érysipèle, 6 ; autres affections aiguës, 235 ; affections chroniques, 434 dont 154 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 49 ; causes accidentelles, 17. — Les 968 décès ci-dessus donnent une proportion de 25,3 par 1,000 habitants et pour l'année.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour la place de chef des Travaux anatomiques, près ladite Faculté.* — Conformément à l'arrêté ministériel du 21 novembre 1877, un concours sera ouvert le 1er avril 1878, devant la Faculté de médecine de Paris, *pour une place de Chef des Travaux anatomiques près ladite Faculté.* Tous les Docteurs en médecine sont admis à concourir. Aux termes du règlement du 30 septembre 1836, le concours se compose des épreuves suivantes : 1° Une préparation extemporanée sur un sujet anatomique, dont le choix sera déterminé par le sort ; 2° Deux leçons, l'une sur l'anatomie descriptive, l'autre sur un sujet d'anatomie pathologique ; les deux sujets tirés au sort ; 3° Une opération chirurgicale, dont l'objet sera déterminé par le sort, et qui sera pratiquée sur le cadavre ; 4° La présentation d'une série de préparations anatomiques sèches, effectuées conformément à l'indication du Jury et dans le délai par lui déterminé. Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, *un mois au moins avant l'ouverture du concours ;* ils devront déposer leur acte de naissance et leur diplôme de docteur en médecine. Le Registre d'inscription sera clos le 31 mars 1878.

Conférences de médecine légale pratique. — M. Brouardel, agrégé, chargé de conférences à la Faculté, commencera les Conférence de médecine légale pratique le *mercredi* 9 *janvier* 1878. Ces Conférences auront lieu deux fois par semaine, *mercredis et vendredis*, à 3 heures. MM. les Docteurs en médecine et MM. les Etudiants qui ont subi le 3e examen de doctorat, et qui désirent prendre part à ces Conférences, devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, où il leur sera délivré une carte d'admission.

Faculté de médecine de Paris. — *Avis.* — Premier trimestre de l'année 1878 (2e trimestre de l'année scolaire 1877-1878).

Inscriptions et consignations. — 1° *Inscriptions.* — Le registre pour les inscriptions du premier trimestre de 1878 sera ouvert le *lundi* 7 janvier ; il sera clos le *jeudi* 25 janvier à 4 heures. — Les inscriptions seront reçues les lundi, mardi, mercredi et jeudi de chaque semaine, de 9 *à* 11 *heures* du matin, et de 1 *à 4 heures* de l'après-midi. Passé le 25 janvier, nulle inscription ne pourra être prise sans une autorisation rectorale ou ministérielle, selon les cas.

2° *Consignations.* — Les consignations pour les examens de doctorat continueront à être reçues les vendredi et samedi de chaque semaine, de 1 *à* 4 *heures.* Il ne sera plus reçu de consignations pour le premier examen de doctorat passé *le* 30 *mars.*

Vacances de la Faculté. — A l'occasion du jour de l'an, les vacances de la Faculté sont réglées de la manière suivante : 1° La Faculté sera fermée ainsi que l'Ecole pratique, la Bibliothèque et les Musées, les lundi 31 décembre, mardi 1er, mercredi 2 et jeudi 3 janvier ; les vendredi et samedi 4 et 5 janvier l'Ecole sera ouverte, il n'y aura pas de cours, mais les examens auront lieu comme à l'ordinaire.

Avis aux Etudiants. — *Le lundi* 24 *décembre*, les examens auront lieu comme à l'ordinaire, mais il n'y aura pas de cours.

Ecole pratique des hautes études, laboratoire de physiologie de la Sorbonne. — Directeur : M. P. Bert. — Les conférences pratiques de physiologie expérimentale commenceront le 28 décembre, et continueront les mardi et vendredi de chaque semaine, à 1 heure. Elles auront pour objet l'étude du système nerveux et de son influence sur les diverses fonctions de la vie (circulation, respiration, digestion). Ainsi, la plupart des expériences classiques seront répétées devant les élèves qui pourront eux-mêmes s'exercer aux manipulations. Ces conférences sont publiques, la seule formalité à remplir, pour y être admis, est de se faire inscrire au secrétariat de la Faculté des sciences, de 10 heures à 4 heures.

Société de médecine de Paris. — Dans sa séance du 8 décembre, la Société de médecine de Paris a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1878, ont été nommés : M. E. Gery, président ; M. Blondeau, vice-président ; M. Beauvais, secrétaire général; MM. Dieulafoy et Marcet, secrétaires annuels; MM. Polaillon et Collineau, membres du comité de publication ; MM. Mercier et O. Larcher, membre du conseil d'administration. — (*Union médicale*).

Hopitaux de Paris. — Par suite de la mort de M. Dolbeau et de la création de deux nouveaux services de chirurgie à l'hôpital de Ménilmontant, diverses permutations ont lieu dans les services de chirurgie des hôpitaux. — M. Tillaux passe de l'hôpital Lariboisière à l'hôpital Beaujon. — M.Po-

laillon de la Maternité à la Pitié. — M. Labbé, de la Maternité à la Pitié. — M. Th. Auger, de l'Ourcine à Ménilmontant. — M. Perier, de la Salpêtrière à Ménilmontant. — M. Terrier, de Bicêtre à la Salpêtrière. — Nicaise, du bureau central à Bicêtre. — M. Lucas-Championnière, du bureau central à la Maternité.

Le compte rendu officiel du congrès international d'hygiène et de sauvetage, qui s'est tenu à Bruxelles, en 1876, vient de paraître à la librairie Germer Baillière; il comprend deux volumes que voudront lire tous ceux qui s'intéressent à ces questions de premier ordre pour nos sociétés. Comme on le sait, un grand nombre de questions ont été étudiées à ce Congrès; le médecin hygiéniste fera donc tout son profit des discussions qui en ont été la conséquence et où nos représentants français ont su prendre une si grande part.

Hopital civil de Mustapha. — *Concours pour trois places d'élèves internes en médecine et en chirurgie.* — Ce concours, ouvert le 19 novembre, s'est terminé le 21. MM. Lecoq et Dupuy ayant seuls réuni le nombre de points nécessaire, ont été déclarés internes titulaires. (*Alger médical.*)

Vacances médicales. — On offre une bonne position à un docteur-médecin à Arpajon (Seine-et-Oise). S'adresser au docteur Fontaine, à Arpajon. —Un médecin est demandé dans la commune des Hautes-Rivières (Ardennes). Cette commune, de 2,133 habitants, est située au centre de plusieurs communes importantes, qui, dans un rayon de 8 à 10 kilomètres, tant en France qu'en Belgique, n'ont pas ou n'ont plus de médecins. La position offre de 8 à 10,000 francs de recettes annuelles (dont 900 de traitement fixe et 300 fr. de la Société de secours mutuels). Les soins à donner aux membres du Conseil municipal et à ceux de la Société de secours mutuels sont gratuits, mais non point les médicaments.

En vente **aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL,**

De midi à cinq heures.

Béhier. Etude de quelques points de l'urémie (clinique, théories, expériences), leçons recueillies par H. Liouville et I. Straus. In-8° de 24 pages. 60 cent.

Besson (I.). Dystocie spéciale dans les accouchements multiples. Vol. in-8 de 92 p. — Prix 2 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 25.

Bétous (I.). Etude sur le tabes spasmodique. In-8 de 48 pages.. 1 fr. 50 Pour les abonnés, 1 fr.

Bourneville et Regnard. Iconographie photographique de la Salpêtrière. Mode de publication : Chaque livraison comportera de 8 à 16 pages de texte et 4 photographies. — Prix : 3 fr. — Pour les *abonnés* du *Progrès médical* 2 fr. 50. Douze livraisons sont en vente.

Bourneville. Science et miracle : *Louise Lateau* ou la *Stigmatisée belge*. In-8 de 72 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau-forte, dessinées par P. Richer. 2 fr. 50. Pour nos abonnés. 1 fr. 50.

Bourneville. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie. In-8 de 200 pages avec 5 fig. dans le texte de 3 planches.. 4 fr.

Bourneville. Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde. In-8° compacte de 80 pages, avec 10 tracés en chromo-lithographie. 3 fr.

Bourneville et L. Guérard. De la sclérose en plaques disséminées. Vol. gr. in-8 de 240 p. avec 10 fig. et 1 pl. 4 fr. 50. — Pour nos abonnés. 3 fr.

Bourneville et Voulet. De la contracture hystérique permanente ou appréciation scientifique des miracles de Saint-Louis et de Saint-Médard. In-8°. 2 f. 50

Budin (P.). De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8 de 112 pages, avec de nombreux tableaux, dix figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. Prix : 10 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 6 fr. franco.

Cornil (V.) Leçons sur l'anatomie pathologique et sur les signes fournis par l'auscultation dans les maladies du poumon, professées à la Faculté de médecine, recueillies par P. Budin. In-8° de 92 pages. Prix 2 fr. 50. Pour nos abonnés, *franco*. 2 fr.

Cornillon (J.). La folie des grandeurs. In-8 de 60 pages. 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, *franco*. 2 fr.

Cornillon (J.). De la contracture uréthrale dans les rétrécissements péniens. In-8° de 60 pages. 1 fr. 50. Pour nos abonnés. 1 fr.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, pl. de l'École-de-Médecine.

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveaux-nés, par J. H. Depaul, Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Le numéro de *décembre* vient de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *décembre* vient de paraître : Un an : Paris, 18 fr.; Départements, 20 fr.

Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.

Lafforgue (J.-A). Etude sur les rapports des lésions de la couche optique avec l'hémianesthésie d'origine cérébrale. Paris, 1877. in-8 de 100 pages avec deux planches en chromo-lithographie.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, boulevard St-Germain.

Guéneau de Mussy (H). — Aperçu de la théorie du germe contage, de l'application de cette théorie à l'étiologie de la fièvre typhoïde. Considérations sur les moyens prophylactiques. Paris, 1877, brochure grand in-8. Prix 1 fr. 50.

Herbert-Spencer. — Principes de biologie. Traduit de l'anglais par M. E. Cazelles. Tome deuxième. Paris, 1877, 1 volume in-8 de 172 pages, avec figures dans le texte. Prix 10 francs. L'ouvrage complet en deux volumes, Prix 20 fr.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

Lagnoux (P.-H.). — De la coqueluche et de son traitement en général et en particulier, par le valérianate de caféine. Paris, 1877, in-8 de 44 pages.

Rosenthal (J.). Les nerfs et les muscles. Traduit de l'allemand. Paris, 1878, 1 vol. in-8 de 268 pages, avec 75 figures dans le texte. Prix 6 fr.

Westphal. — Ueber Zwangsvorstellungen. Berlin, 1877, Gedruckt bei L. Schumacker. In-8 de 21 pages.

Gelineau (E). — Traitement de quelques affections nerveuses par les dragées au bromure arsenical et à la picrotoxine. 1877. Surgères (Charente-Inférieure). J. Teissier, éditeur. In-18 de 90 pages.

The hospital Gazette and archives of clinical Surgery. A semi-monthly journal of Medicine and Surgery, edited by Edward J. Birmingham. 1877, New-York, subscription $ 1.50 per year postpaid.

Henry Fraser camp bell. — Resume of a report on position pneumatic pressure and mechanic appliance in uterine displacements. 1876, Augusta Ga : Jas. L. Gow. 255 Broad street. in-8 de 20 pages, avec figures dans le texte.

Sbiley campbell (A.). — Pneumatic pressure and genu-pectoral posture in the reduction of uterine luxations. Augusta Georgia, 1877. New-

York, M. Wood et C°, 27, Great Jones Street. Grand in-8 de 14 pages, avec figures dans le texte.

Martins-Costa (A). Do phosphureto de zinco, sua acção physiologica e therapeutica. Rio-de-Janeiro, 1877, typ. Academ, 73, rua sete de Setembro. In-8 de 22 pages.

Nothnagel (H.) — Experimentelle Unterteschungen über die functionen des Gehirns. Berlin, 1877, Druck von G. Raimer. In-8 de 12 pages avec figures.

J.-M. Charcot, trad. del. Scambelluri (A.) et Giordano (S.). — Lezioni sulle malattie del sistema nervoso, fatte alla Salpêtrière raccolte e publicate da Bourneville. Prima versione italiana autorizzata, con addizioni del prof. Diotati-Borelli. Napoli, 1877. Edit. Guiseppe Marghieri et libreria nuova. Dispensa 1ª de 48 pages. Prix 1 franc.

Cajano Peyrani. — Stimolazione di taluni nervi in rapporto col curoe colla respirazione. Torino, 1877, typ. Vercellino et comp., in-8 de 15 pages.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur Charcot continue son cours clinique sur les *maladies des centres nerveux*, à la Salpètrière, tous les dimanches, à 9 h. 1/2.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecine* : Service de M. Mesnet. Visite à 9 heures. Consultation le mardi. Spéculum le vendredi. — Salle Saint-Hilaire (H.) : 3, tumeur cérébrale, 4, néphrite interstitielle, hémorrhagie cérébrale; 7 fièvre typhoïde; 13, alcoolisme aigu; 23, alcoolisme chronique; 35, rhumatisme articulaire aigu. — Salle Sainte-Cécile (F.) : 2, éclampsie puerpérale; 9, asystolie; 17, érysipèle gangréneux dans le cours d'une fièvre typhoïde; 21, pneumonie tuberculeuse.

Service de M. Constantin Paul. Visite à 9 h. Consultation le jeudi. Spéculum le mercredi. Leçons cliniques sur les maladies du cœur et de l'aorte, le mercredi à 9 h. 1/2. — Salle Sainte-Jeanne (F.) : 2, chancre induré de la lèvre; 5, rhumatisme articulaire aigu; 20, hydarthrose à répétition; 23, métrite chronique; 24, hématémèse supplémentaire. — Salle Saint-Eloi (H.) : 24, néphrite interstitielle; 26, insuffisance aortique; 34, lésion aortique et mitrale; 41, néphrite parenchymateuse; 42, adénie; 45, endocartite chronique; 46, phthisie laryngée.

Service de M. Dujardin-Beaumetz. — Visite à 9 h. Spéculum le mercredi. — Salle Saint-Lazare (H.) : 1, pleurésie aiguë; 2, rhumatisme articulaire aigu, terminé par des abcès sous-périostiques; 8, fièvre typhoïde; 9, ataxie locomotrice; 15, ulcère simple de l'estomac; 20, insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Marie (nourrices) : 1, ossification prématurée des os du crâne; 4, athrepsie. — Salle Sainte-Agathe (F.) : 5, rhumatisme articulaire aigu; 6, cancer de l'utérus et de la colonne vertébrale; 9, pelvipéritonite; 11, urémie à forme dyspnéique; 12, syphilis secondaire.

Chirurgie : Service de M. B. Anger. Visite à 9 h. Consultations, les lundi, mercredi et vendredi. — Salle Saint-Barnabé (H.) : 12, kyste suppuré de la gaîne des fléchisseurs du poignet; 17, hémiplégie droite et aphasie temporaire, à la suite d'une contusion de la région frontale gauche; 37, fracture compliquée de la jambe; 64, ostéosarcome de la fosse iliaque gauche. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 16, fracture du col chirurgical de l'humérus avec luxation; 14, laryngite nécrosique; 20, fracture compliquée de la jambe avec issue du fragment supérieur irréductible.

Service de M. Le Dentu. Visite à 9 heures. Consultations les mardi, jeudi et samedi. Opérations le jeudi. Maladies des oreilles et des yeux le vendredi. — Salle Saint-Cristophe (H.) : 2, fracture de la rotule; 3, fracture suscondylienne au niveau d'un foyer d'ostéite suppurée; 8, fracture compliquée de la jambe; 13, ostéite suppurée de l'os iliaque; 15, sarcome du testicule; 17, disjonction de la symphyse pubienne; 21, arthrite blennorrhagique; 25, balano-posthite chancreuse avec lymphangite du dos de la verge et abcès; 26, rétrécissement cicatriciel de l'œsophage; 35, lymphangite gangréneuse. — Salle Sainte-Marguerite (F.) : 2, fibrome utérin; 8, grenouillette sublinguale; 7, épithélium utérin; 12, fracture du col du fémur chez une femme de 83 ans.

Hôpital du Midi. — *Médecine* : Service de M. Simonet. — Salle I : 16, stomatite mercurielle; 21, orchite funiculite; 26, blennorrhagie, rhumatisme articulaire généralisé non blennorrhagique, conjonctivite double. — Salle II : 3, chancre syphilitique du fourreau; 18, blennorrhagie, cystite, rétention d'urine.

Service de M. Mauriac. — Salle VI : 14, blennorrhagie, rhumatisme articulaire généralisé blennorrhagique : 26, blennorrhagie, orchite gauche et ulcération d'origine tuberculeuse; 39, blennorrhagie, rhumatisme de la hanche et du poignet. — Salle VII : 8, paraphimosis étranglé, sphacèle : 14, chancre infectant ; 16, chancres mous, adénite suppurée. — Salle VIII : 8, blennorrhagie cystite du col; 14, 12, chancres infectants du fourreau; 11, chancres infectants, gangrène de la verge.

Chirurgie : Service de M. Horteloup. — Salle IX : 14, épididymite consécutive à une longue continence; 18, syphilide ulcéreuse de la face et du tronc; 21, cystite aiguë. — Salle X : 12, cystite blennorrhagique, prostatite, balanite. — Salle XI : 6, pneumonie droite d'origine cancéreuse; 13, phimosis cicatriciel; 15, 3, rétrécissements de l'urèthre, uréthrotomie interne; 19, infiltration d'urine, sphacèle, eschare sacrée. — Salle XII : 5, blennorrhagie, arthrite coxo-fémorale blennorrhagique; 9, cancroïde de la joue opérée; érysipèle de la face; 17, nécrose syphilitique des os du nez; 19, néphrite parenchymateuse chronique.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Martineau. Conférence clinique du samedi. — Salle Saint-Louis : 8, syphilis maligne; 18, métrite strumeuse; 23, blépharite syphilitique; 26, métrite eczémateuse; 14, glossite papillaire. — Conférence clinique du mercredi. — Salle Saint-Alexis : 19, psoriasis syphilitique, otite externe et glossite superficielle spécifiques; 27, 43, pelvipéritonite chronique; 4, pelvipéritonite suraiguë; 45, pelvipéritonite chronique, néphrite ancienne, syphilide papuleuse intense; 31, métrite aiguë; 46, chancre de la grande lèvre gauche, tendance au phagédénisme, syphilides papulo-hypertrophiques, syphilides pustulo-crustacées précoces. Etat général mauvais.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

5e ANNÉE. — N° 52. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 29 DÉCEMBRE 1877

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Cystite du col ; spasme ; contracture douloureuse de l'urèthre et du col vésical.

Leçon recueillie par Et. GOLAY, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je prendrai pour sujet de cette première conférence une affection assez commune des voies urinaires, le plus souvent sans gravité réelle, mais très-pénible pour le malade. Elle peut parfois cependant déterminer les accidents les plus sérieux et même la mort, et est, dans tous les cas, rebelle aux divers moyens de traitement. Les types de cette affection sont très-nombreux et l'on pourrait facilement en trouver un nombre suffisant de cas pour peupler une salle d'hôpital.

Le hasard a précisément réuni ces derniers temps, dans nos salles, quatre malades, qui, avec un cinquième sorti de l'hôpital dernièrement, vont nous permettre, non pas de constituer complètement l'histoire de cette affection, mais d'en prendre cependant une idée générale suffisante. Ces quatre malades sont couchés aux lits nos 15, 17, 33 et 38 de la salle Saint-Augustin ; le cinquième, celui qui nous a quittés récemment, occupait le lit n° 64.

Tous ces malades sont jeunes ; le n° 64 était le plus âgé ; il avait 46 ans ; les quatre autres ont 18, 28, 29 et 34 ans.

Chez quatre d'entre eux, une condition étiologique commune a présidé au développement de l'affection, car tous quatre avouent avoir eu une blennorrhagie qui a duré plusieurs mois. Chez les nos 15 et 33, les accidents ont apparu comme suite immédiate de la blennorrhagie ; chez le n° 38, ils ne se sont montrés que cinq ou six mois après ; chez le n° 64, il paraît même s'être écoulé deux ans entre l'affection vénérienne et le début des accidents dont nous voulons faire l'histoire aujourd'hui. Chez un seul de nos malades, chez le n° 17, l'écoulement blennorrhagique fait défaut, mais par contre, il avoue s'être livré à des excès de masturbation et de coït, causes d'irritation bien suffisantes pour expliquer l'explosion des accidents qui l'amènent à l'hôpital.

Ces accidents, Messieurs, quels sont-ils ? C'est d'abord l'écoulement par l'urèthre d'un liquide blanchâtre, jaunâtre, ou verdâtre, très-peu abondant, intermittent, ne se montrant même souvent que si l'on presse l'extrémité de la verge entre les doigts. Cette manœuvre ramène la goutte de muco-pus, vulgairement connue sous le nom de goutte militaire. Cet écoulement préoccupe les malades ; quelques-uns même, qui forment une catégorie à part dont je vous dirai quelques mots, sont portés à le considérer comme de nature spermatique et parlent constamment de spermatorrhée, d'autant plus que les efforts de la défécation peuvent provoquer l'issue d'une quantité plus considérable de cette matière muco-purulente; cet écoulement peut aussi augmenter sous l'influence d'un écart de régime ou d'excès de coït, mais ne reprend pas le caractère blennorrhagique.

Les malades accusent des douleurs à caractères particuliers, mais variables suivant les sujets. C'est pour beaucoup d'entre eux une sensation de douleur sourde, profonde, siégeant soit au périnée, soit au niveau de l'anus, c'est-à-dire au niveau du col vésical lui-même ; chez d'autres, la douleur se manifeste à l'extrémité de la verge. Chez le n° 17, c'est une pesanteur continue avec exacerbations dans le périnée et qui s'accompagne fréquemment de douleurs dans les reins. Chez nos autres malades, les phénomènes douloureux sont intermittents et se montrent surtout à l'occasion de la miction ou de l'éjaculation. Pour les uns, ils précèdent l'émission de l'urine, mais pour la plupart, c'est au moment même de l'excrétion urinaire qu'ils apparaissent. Enfin, chez le n° 38, la sensation douloureuse se prolonge même encore un quart d'heure après l'issue de l'urine. Ces douleurs sont très-variables comme intensité ; on peut observer tous les degrés, depuis une simple sensation de cuisson légère jusqu'à un sentiment de brûlure très-vive. C'est exceptionnellement que l'éjaculation et le coït sont douloureux.

Tous les malades signalent des troubles plus ou moins marqués du côté de l'excrétion de l'urine, mais il existe aussi à cet égard beaucoup de degrés. Plusieurs sont obligés d'uriner toutes les heures dans le jour, et, la plupart cinq ou six fois dans la nuit, ce qui est tout à fait anormal pour des hommes encore dans la force de l'âge. Ces besoins sont quelquefois même encore plus fréquents. C'est ainsi, qu'à son entrée, notre malade couché au n° 38, était obligé d'uriner presque tous les quarts d'heure. On peut même voir des cas où la miction est à tel point fréquente qu'on pourrait presque admettre qu'il y a incontinence, et que les malades sont obligés de porter un urinal. Ces besoins sont, en outre, extrêmement pressants ; le même malade, n° 38, nous disait, lors de son entrée, qu'il ne pouvait résister à ses envies d'uriner sans voir son urine s'écouler malgré lui. Il y a donc dans beaucoup de cas, ténesme vésical accompagné d'émissions très-souvent répétées de fort petites quantités d'urine.

Le mode d'excrétion urinaire présente aussi, Messieurs, quelques particularités intéressantes à noter. Parfois, le jet d'urine est lent à s'établir, et pour nous servir de l'expression du n° 38, il y a une sorte de point d'arrêt, d'obstacle que le malade pour uriner est obligé de vaincre à l'aide d'un effort assez considérable. Ce symptôme n'est cependant pas habituel; il manque chez nos autres malades. Telle est également la rétention d'urine qu'on peut voir survenir dans quelques circonstances sous l'influence d'un excès, d'un simple refroidissement ou sans cause appréciable. Ce même malade, n° 38, nous en a donné des exemples à plusieurs reprises. En revanche, Messieurs, tous les malades signalent que leur jet d'urine est diminué dans son volume, dans sa force de projection et dans sa forme, car il est généralement contourné en vrille.

Les urines rendues sont modifiées dans leurs caractères, soit physiques, soit chimiques ; souvent simplement troublées par un léger nuage de mucus, elles laissent quelquefois déposer au fond du vase une couche épaisse de muco-pus. C'est le cas de notre malade n° 38 et de notre ancien 64. Chez ce dernier, les urines étaient en outre fortement alcalines et sont restées telles tout le temps de son séjour à l'hôpital en dépit de nos efforts pour leur rendre leur acidité normale. Nous verrons que ce caractère a une certaine importance au point de vue du pronostic. Ajoutons, Messieurs, que quelques malades, rendent à la fin de la miction une certaine quantité de sang pur ou mélangé à l'urine. Tel est le cas de notre n° 38 et de notre ancien 64.

Chez la plupart des individus atteints de cette forme de cystite, la santé générale semble rester bonne. C'est le cas de nos malades nos 15, 33, 38. Chez d'autres, au contraire, elle s'altère assez rapidement. C'est ainsi que notre n° 17 depuis quelque temps paraît maigrir, s'affaiblir et devenir sujet à des accès de fièvre intermittents. C'était aussi le cas de notre ancien 64, qui, durant son long séjour dans nos salles, a présenté à plusieurs reprises des accidents inquiétants et a pu, par moments, nous faire craindre une issue fatale.

Un dernier phénomène, Messieurs, sur lequel je désire appeler votre attention, c'est la modification profonde que

parfois cette affection imprime à l'état moral des malades. Ceux-ci ont une tendance marquée à l'hypochondrie, et cet état s'observe si fréquemment qu'il donne presque un cachet spécial à cette maladie, quoiqu'il puisse se rencontrer également dans le cours d'autres affections des voies urinaires.

Messieurs, quelle est la nature de l'affection qui nous occupe? Lorsque la maladie suit immédiatement la blennorrhagie, on doit supposer, tout d'abord, qu'il s'agit d'une uréthrite qui a passé à l'état chronique et s'est confinée dans le fond du canal et la région du col vésical. Mais, quand il s'est écoulé un certain intervalle entre l'écoulement blennorrhagique et l'apparition des accidents, ceux-ci sont de nature à faire soupçonner l'existence d'un rétrécissement, car le malade en présente tous les symptômes rationnels. Quand il n'y a pas de blennorrhagie dans les antécédents du malade, il n'y a plus de raisons pour croire à une uréthrite ou un rétrécissement; les premières idées du chirurgien sont habituellement pour l'existence d'un simple catarrhe vésical ou d'un calcul.

Aussi est-il, dans ces cas, Messieurs, de première importance, avant de se prononcer, de faire une exploration complète et minutieuse du canal de l'urèthre, au moyen du cathétérisme. Pour cela, il est nécessaire de se servir des bougies exploratrices, dites à boule, désignées sous ce nom en raison du renflement olivaire qu'elles portent à leur extrémité vésicale. Ces bougies à boule peuvent être classées en série, d'après le volume de leur boule terminale. Supposons, messieurs, que nous ayons à explorer l'urèthre d'un des malades qui nous occupe, comment procéderons-nous? Au lieu de prendre une bougie conique ordinaire, qui pourrait traverser un rétrécissement peu serré sans le déceler, et donnerait, par conséquent, des renseignements insuffisants pour le diagnostic, nous prendrons une de ces bougies à boule nº 12 ou 13 (filière de Charrière). Nous l'introduirons très-lentement et avec beaucoup de douceur jusqu'à ce qu'elle rencontre un obstacle ou que le malade accuse de la douleur. A ce moment, en tendant la verge modérément, nous marquerons avec l'ongle le point de la bougie qui correspond au méat urinaire, et, retirant l'instrument, nous mesurerons la distance qui sépare ce point de l'extrémité de la boule exploratrice. Chez les malades porteurs de l'affection qui nous occupe, la bougie est arrêtée à environ 14 ou 15 centimètres. L'instrument explorateur étant réintroduit, se trouve arrêté au même niveau; mais, attendons quelques secondes, et poussons-le avec douceur; nous sentirons alors que l'obstacle cède et que la boule s'engage dans une portion de canal, où elle glisse moins facilement et où elle détermine de la douleur, jusqu'au moment où, arrivée dans la vessie, elle devient complètement libre, en même temps que la douleur cesse. Si, maintenant, nous retirons doucement l'instrument, nous constatons qu'il subit un premier arrêt, répondant, au moment où le talon de la boule butte contre le col vésical en déterminant de la douleur. On applique de nouveau l'ongle sur le point de la bougie qui correspond au méat urinaire, et, la retirant entièrement, on mesure la longueur totale de l'urèthre. Cette étendue est, en général, de 16 à 16 1/2 centimètres. Retranchant de cette longueur totale celle obtenue dans la première mensuration, on apprend que la portion de l'urèthre où la boule a déterminé de la douleur et a éprouvé un certain degré de coarctation, présente une étendue d'environ 2 1/2 à 3 centimètres et correspond, par conséquent, aux régions membraneuse et prostatique du canal.

Souvent, après avoir retiré la bougie exploratrice, on constate sur le talon de la boule une certaine quantité de muco-pus assez épais, provenant d'une sorte de ramonage du canal dans la partie où la boule était serrée.

Après cette exploration, il n'est plus permis de songer à un rétrécissement, car si vous tenez compte des mensurations précédentes, ce rétrécissement siégerait à 14, 14 1/2, 15 centimètres, c'est-à dire dans les portions membraneuses et même prostatiques de l'urèthre ; or, si les rétrécissements de la portion musculeuse de l'urèthre existent, il ne saurait en être de même pour la région prostatique. Du reste, la facilité avec laquelle une boule même assez volumineuse (nºs 13 ou 14), vainc l'obstacle et pénètre dans la vessie, démontre péremptoirement qu'il ne s'agit pas d'une coarctation de nature fibreuse.

Ce n'est pas non plus la prostate qui fait obstacle. En effet, s'il s'agissait d'une prostatite aigüe, cette affection ne se signalerait-elle pas, Messieurs, par une douleur vive, des troubles plus marqués de la miction, de la fièvre, etc., tous phénomènes d'acuité qui n'existent pas chez nos malades ? Il s'agit manifestement, chez eux, d'une affection chronique. Peut-il être question d'une hypertrophie de la prostate? Cette affection, il est vrai, a une marche chronique, par excellence ; mais, s'il s'agissait d'une hypertrophie d'un des lobes latéraux ou du lobe moyen de la glande, l'obstacle ne serait-il pas permanent, ne faudrait-il pas des instruments spéciaux, et des manœuvres spéciales pour pénétrer dans la vessie. Ce ne serait pas en poussant légèrement, que la bougie franchirait l'obstacle ? Du reste, vous le savez, l'hypertrophie prostatique n'est pas une affection de l'âge adulte, elle se montre presque exclusivement chez les personnes d'un âge relativement déjà avancé. En outre, le toucher rectal à lui seul, permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas de cette affection et encore moins d'une prostatite aiguë.

D'un autre côté, peut-on, Messieurs, songer à une affection purement vésicale ? non ; car si, chez ces malades, vous pratiquez le cathétérisme avec une sonde d'argent et si vous explorez la vessie, vous la trouverez normale ; vous ne trouverez rien dans ses parois, dans sa cavité; vous éliminerez donc l'idée d'un calcul, en même temps que l'aisance avec laquelle la sonde aura passé à travers l'urèthre, vous aura prouvé, une fois de plus, qu'il ne s'agit ni d'un rétrécissement, ni d'une affection prostatique.

Donc, Messieurs, le diagnostic auquel on est forcément conduit, est le suivant : Etat subinflammatoire des portions de l'urèthre qui confinent à la vessie, c'est-à-dire des portions membraneuse et prostatique de l'urèthre.

Cet état subinflammatoire, que l'on désigne souvent sous le nom de cystite chronique du col, est évident chez plusieurs de nos malades, et sa pathogénie s'explique très-bien chez ceux d'entre eux qui présentent dans leurs antécédents une uréthrite avérée,

Mais on négligerait un des éléments les plus importants de la maladie, si l'on bornait son attention à l'élément inflammatoire. Outre celui-ci, il existe un spasme, une contracture de cet appareil musculaire complexe qui entoure l'extrémité vésicale de l'urèthre, auquel on a donné le nom assez vague de sphincter vésical, et qui se confond certainement avec les fibres musculaires des portions prostatiques et membraneuses de l'urèthre. Ce spasme, cette contracture sont manifestement consécutifs à la phlegmasie de la muqueuse, et ce fait n'a rien de surprenant, car il se rencontre dans un grand nombre d'organes musculeux lorsque la muqueuse sus-jacente est irritée et enflammée. Ce phénomène appartient à l'ordre des spasmes et contractures réflexes. Ici, l'agent qui entretient l'irritation et provoque le spasme, c'est l'urine, dont le contact se renouvelle fréquemment.

La subordination de l'élément spasmodique à l'élément inflammatoire, est évidente chez la plupart de nos malades, mais dans d'autre cas, l'élément inflammatoire semble faire défaut et au contraire, cet élément spasmodique occuper la première place dans les symptômes de l'affection. C'est là le cas du nº 17 qui, comme nous l'avons déjà dit, paraît ne jamais avoir eu de blennorrhagie dans ses antécédents, et qui cependant certainement, ne cacherait pas cet accident de jeunesse puisqu'il avoue d'autre part s'être livré à des excès de masturbation et de coït.

Il est même toute une catégorie de cas dans lesquels l'élément inflammatoire manquant complètement, on ne peut, en outre, découvrir aucune cause locale d'irritation. Nous n'avons pas, en ce moment, dans nos salles de type parfait

ressortissant de cette catégorie. Il semble qu'il s'agisse alors d'une névrose primitive avec hyperesthésie et contracture de l'urèthre et du col vésical. Les sujets atteints sont névropathes au dernier point, analysent toutes leurs sensations, exagèrent leurs souffrances et présentent le cachet de l'hypochondrie. Nous verrons bientôt que, sous l'influence de cet état local, des lésions graves de l'appareil urinaire peuvent se développer.

Quel est l'avenir de ces malades ? Cette question, Messieurs, est généralement difficile à résoudre et le pronostic reste vague dans la plupart des cas. Nous pouvons cependant avancer que lorsque l'affection se montre comme suite immédiate de la blennorrhagie, le pronostic peut être considéré comme relativement bénin. Mais si la guérison survient, il faut savoir qu'elle ne se montrera qu'après un temps fort long et le plus souvent à la suite de plusieurs rechutes, alors même que les malades auront suivi exactement les lois d'une hygiène sévère et auront évité tout excès, ce qu'il est, du reste, bien difficile d'obtenir de la part de sujets jeunes. C'est le cas des n°s 15 et 33. Quoique chez eux, l'affection ne paraisse pas très-opiniâtre au traitement, pour aucun des deux, cependant, je ne voudrais promettre une guérison complète. L'un d'eux, le 33, va déjà très-bien, il pourrait sortir ; nous avons vu successivement les douleurs disparaître presque totalement et les besoins d'uriner devenir assez peu fréquents pour que ce malade ne soit plus obligé de se relever la nuit ; mais rien ne nous permet de dire que cette grande amélioration sera durable et que, d'ici à peu de temps, il ne sera pas repris des mêmes accidents.

Quant aux malades n°s 38 et 64, le pronostic est plus grave. Chez eux, les urines ont commencé à s'altérer et laissent déposer une assez forte quantité de muco-pus au fond des vases qui servent à les contenir. Le n° 64 est malheureusement sorti de nos salles ; le n° 38 se plaint de malaises, de maux de ventre, de douleurs dans les reins et est depuis quelque temps sujet à des accès fébriles irréguliers.

Ces phénomènes indiquent que la vessie, les uretères et les reins commencent à s'altérer. Il est un fait connu en pathologie que lorsque l'excrétion est entravée dans un organe glandulaire, toutes les parties en amont ont une tendance à s'altérer à leur tour, dans leur épithélium d'abord, et, plus tard, dans leur parenchyme. L'appareil urinaire échappe moins que tout autre à cette loi de pathologie générale, en raison de l'altération particulière de l'urine qui devient alcaline et par suite irritante. Aussi, chez les malades atteints de cystite du col avec spasme et contracture, chez ceux même qui, en dehors de toute inflammation, présentent les symptômes de la contracture idiopathique, voit-on survenir facilement de l'amaigrissement, de la perte des forces, des accès fébriles, tous phénomènes trahissant l'invasion d'une néphrite. Nous rappellerons l'atteinte profonde portée au moral des malades, qui finissent par tomber dans un état hypochondriaque de plus en plus prononcé, conduisant même quelques-uns d'entre eux au suicide.

Avant de terminer ce que j'avais à vous dire du pronostic, je veux vous signaler, Messieurs, et à titre accessoire que, dans le cours de cette affection les malades sont exposés à un accident peu connu, eu égard à son étiologie. Sous l'influence d'un effort, d'une fatigue exagérée, de l'exercice de l'équitation, ils peuvent être pris d'une forme d'orchite que Velpeau a décrite sous le nom d'orchite par effort. Selon moi, cette orchite par effort n'est, le plus souvent, que le résultat d'une cystite du col ignorée, et je vous en ai plusieurs fois donné la démonstration clinique.

Le traitement est très-difficile, et il faut vous attendre à éprouver des revers fréquents. Quelquefois même vous serez obligés de vous résoudre à des opérations graves pour guérir cette maladie.

Les *moyens médicaux* n'ont pas une grande action. Le bromure de potassium a pu rendre des services, dit-on, dans certaines formes névrosiques; mais, j'avoue, pour ma part, n'en avoir presque jamais retiré aucun avantage. Les préparations belladonées intus et extra sous forme de pommade ou de pilules de 0,01 centig. de poudre et d'extrait et à la dose de cinq ou six par jour, m'ont donné des résultats plus favorables. On a aussi préconisé les opiacés à l'intérieur et à l'extérieur; pour le n° 38, j'ai prescrit des injections sous-cutanées de morphine et je suis parvenu, grâce à elles, à diminuer le ténesme dont le malade souffrait. Les toniques sont utiles. Enfin, lorsque l'élément catarrhal prédomine, on peut avoir recours, avec avantage aux préparations balsamiques. Mais, c'est encore aux modificateurs extérieurs que j'accorde le plus de confiance ; et parmi ceux-ci, nul n'offre une efficacité comparable à celle de l'hydrothérapie qui parfois constitue le seul remède utile à l'exclusion de tout traitement local, surtout dans les formes où l'élément spasmodique prédomine. Inutile d'ajouter que les moyens hygiéniques, modération dans le coït, un régime régulier, etc. sont de la plus haute importance et que les distractions, les voyages peuvent aussi venir en aide dans le traitement d'une affection où le moral est si fréquemment atteint.

Les *moyens chirurgicaux* ont une action réelle, mais variable selon les cas. Les injections uréthrales, ordinaires, astringentes, caustiques, sont sans utilité et souvent d'un effet détestable.

Il n'en est pas de même de la cautérisation directe des portions membraneuse et prostatique de l'urèthre. On peut la pratiquer au moyen du porte-caustique de Lallemand, mais je ne vous conseille pas d'avoir recours à ce moyen.

Je lui préfère le procédé de M. Guyon qui consiste à porter directement une solution de nitrate d'argent sur le point malade à l'aide d'une bougie à boule percée d'un canal dans toute sa longueur. L'instrument étant introduit jusqu'au niveau des parties malades, on injecte deux à cinq gouttes de la solution caustique avec une seringue de Pravaz adaptée à son extrémité externe.

Un autre moyen consiste dans la dilatation du canal à l'aide de bougies en gomme. Ce procédé est très-aisé à pratiquer. On prend dès le début une grosse bougie conique (n°s 18, 19 ou 20 de la filière Charrière) qu'on introduit dans l'urèthre tous les jours ou tous les deux jours. On en augmente graduellement le volume et on les laisse en place à chaque séance, pendant environ une demi-heure. On peut arriver ainsi à une amélioration rapide. Ce procédé a réussi à amender rapidement les accidents chez notre malade n° 33. Si l'on a sous la main des sondes Beniqué, on pourra les employer; mais elles n'ont, à mon avis, aucune supériorité sur les bougies en gomme et présentent même l'inconvénient d'irriter davantage et d'exposer à blesser l'urèthre lorsqu'elles sont conduites par une main inexpérimentée.

Si ces moyens échouent, on peut avoir recours à la dilatation forcée. Elle a été appliquée par suite d'une assimilation entre la contracture de l'urèthre et celle du sphincter anal dans les cas de fissure à l'anus. La dilatation brusque de l'urèthre et du col s'obtient par la divulsion. Les résultats fournis par cette méthode de traitement dans les cas qui nous occupent, ne sont pas encore bien connus. Pour ma part, j'ai obtenu par son moyen une fois un succès relatif, mais dans un autre cas, où la contracture spasmodique jouait le rôle principal, je n'ai pas obtenu grand'chose, car l'affection a récidivé rapidement.

Enfin, pour parer aux accidents de la contracture, on a encore été conduit, Messieurs, à pratiquer la section du sphincter vésical, soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans.

L'uréthrotomie interne est dans ces cas, une mauvaise opération, car, ou bien la section ne porte que sur la muqueuse et est insuffisante, ou bien on incise trop profondément et l'on expose le malade à tous les dangers de l'infiltration d'urine.

La section de dehors en dedans est préférable. On pratique alors une véritable cystotomie et je donne la préférence au procédé de taille médiane. Mais cette opération étant grave par elle-même, on ne doit s'y résoudre que dans les cas où les jours du malade sont menacés. Je n'ai pas encore

eu l'occasion de recourir à ce moyen extrême, mais, il a réussi entre les mains de plusieurs chirurgiens, alors que tous les autres moyens avaient échoué et que la mort des malades paraissait imminente.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'amputation par la ligature (1) ;

Par le Dr **BITOT**, professeur d'anatomie à l'école de médecine de Bordeaux.

L'observation qui précède n'est qu'un exemple de semi-amputation par la ligature. Quel temps n'aurait-il pas fallu pour parachever la section des parties molles profondes et surtout celle du fémur? Evidemment cette façon d'agir ne peut être qu'un pis aller, rendu indispensable par des circonstances exceptionnelles, comme celle où je me suis trouvé. Cependant l'épreuve suprême du pouvoir constricteur a été faite à l'hôpital de Vicence, par un chirurgien distingué Grandesso-Silvestri, sur le bras d'un garçon de 22 ans. L'*Union médicale* (jeudi 13 août 1874) en a publié l'observation. Il a suffi de 40 jours pour faire tomber le membre.

Giovanni Tomellio, sellier, âgé de 22 ans fut admis à l'hôpital de Vicence, pour une carie des 6e, 7e, 8e et 9e côtes droites à leur plus grande convexité, avec carie du coude gauche et menace de carie à la main droite, toutes d'origine scrofuleuse. Fièvre avec sueur et diarrhée coliquative, que rien ne pouvait calmer, anorexie absolue avec douleurs atroces de l'articulation cariée, d'où insomnie et maigrenr extrême ; danger d'une mort prochaine.

L'amputation sanglante repoussée par le malade, fut jugée inapplicable par les consultants de l'hôpital. Mais, convaincu que l'absorption du pus de l'articulation cariée était la cause principale de tous les accidents, Grandesso-Silvestri proposa l'application de la suture élastique comme moyen de sectionner les parties molles sans répandre une goutte de sang, et de mettre fin ainsi aux douleurs articulaires et à la fièvre.

Après avoir administré 7 gr. 50 c. de chloral, le bras fut entouré à commencer immédiatement au-dessous de l'insertion deltoïdienne, où la circonférence s'élevait à 18 centimètres, avec un fil de gomme élastique de 2 millimètres de diamètre environ. Vingt circulaires furent successivement faites en tenant toujours le fil dans sa plus grande extension, et les deux extrémités furent liées avec un fil de soie, le malade plongé dans le sopor, ne manifesta aucune douleur, malgré l'énorme pression de 42 kilogrammes supportée par son bras.

Le pouls, à droite, qui donnait 130 pulsations, lors de l'opération, à 1 heure de l'après midi, n'en donnait plus que 112, à 5 heures, 100 à 7 heures et demie. Dès le lendemain, l'opéré était sans fièvre, sans sueurs ni diarrhée, et réclamait à manger. Quant au membre ligaturé, toutes les parties placées au-dessous de la ligature, étaient mortes immédiatement. La désarticulation de l'avant-bras fut remise au lendemain. L'humérus fut dénudé de la moitié des chairs le recouvrant encore. Sa circonférence était de 7 centimètres et demi.

Les fils constricteurs perdirent dès lors leur parallélisme en s'agglomérant l'un sur l'autre. La circonférence des parties étreintes diminue graduellement de 11 centimètres à 8 du 12 mai au 3 juin. Elle diminua encore en agissant sur l'humérus à partir de ce jour, au point d'être de 7 centimètres le 15 juin. Le 17, l'extrémité libre de l'humérus était mobile, et le lendemain elle tombait avec le fil élastique ; les pièces sont déposees au cabinet pathologique de l'hôpital.

Cette section graduelle eut lieu sans complication. Les chairs laissées sous la ligature, prirent un brun plombé sans se putréfier. Une légère hémorrhagie artérielle se manifesta les 11 et 12 mai, qui cessa le 13, par l'excision de ces chairs encore adhérentes à l'humérus, et l'application du perchlorure de fer sur celui-ci. Des douleurs imaginaires, rapportées au membre tombé, cessèrent avec la section des parties molles; puis d'autres douleurs s'en suivirent jusqu'à la chute de l'os, qui furent rapportées à la compression de la moëlle.

Pendant tout ce temps, l'opéré mangeait, digérait et dormait parfaitement. La nutrition était parfaite, aussi une épistaxis eut lieu du 3 au 5 juin, et la main droite devint œdémateuse et douloureuse, ce qui nécessita une médication antiphlogistique énergique.

A la chute de l'os, le moignon était cicatrisé postérieurement et ne laissait l'humérus découvert que de 2 centimètres. Un abcès sous-cutané se déclara dès le 19 juin, à la moitié antérieure du bras, qui donna un pus crémeux sans altérer en rien la plaie du moignon qui, quoique en bon état de granulation, n'était pas encore cicatrisé le 10 juillet, pas plus que celle des côtes cariées, ni celle de la main droite. — (*Gazz. med. Venete*, 25 juillet.)

M. P. G. fait suivre ces faits de quelques réflexions auxquelles je m'associe complétement. N'eût-il pas été préférable de recourir à la méthode d'Esmarck, qui en prévenant tout perte de sang, eût terminé en un instant cette ablation de l'os, qui a mis 40 jours à se faire, sans compter les dangers de la résorption des tissus mortifiés. Il n'est pas probable que l'auteur soit imité dans cette voie à moins d'indications formelles où ce procédé peut constituer une ressource chirurgicale précieuse. Ce n'est qu'à ce dernier titre, je ne saurais trop le faire remarquer que je publie l'observation qui m'appartient et si je l'ai fait suivre de celle de M. Grandesso-Silvestri, c'est uniquement pour mieux faire apprécier les défauts de la constriction comme moyen d'amputation.

La pathogénie trouve son intérêt dans le fait de M. L.... On peut en effet hardiment le mettre au nombre de ceux qui militent en faveur de l'influence causale du traumatisme dans les développements de certaines tumeurs malignes. La patte d'oie, siége de la première tumeur, a subi une contusion violente à diverses reprises et à des intervalles plus ou moins éloignés. D'autre part, la seconde tumeur ne s'est manifestée au moignon, qu'après une chute dans laquelle celui-ci avait porté, et l'emploi quand même d'un cuissard, cause de douleurs quotidiennes, compliquées parfois de phénomènes inflammatoires et d'abcès. Si, à ces circonstances, on ajoute l'excellent état de M. L... pendant 9 ans après la première opération, et depuis 8 ans après la seconde sans aucune marque de récidive encore aujourd'hui, on sera naturellement plus enclin à rapporter le mal au traumatisme qu'à la diathèse. On remarquera que le tissu morbide était sarcomateux, Larrey (*Union médicale*, 1852, p. 43); Walker (*Journal de Græffe*, p. 261); Senftleben, (art. 7. *Klin. Chirurgie*, t. 118); Birkett, (Catalogue du musée de *Guy's Hospital*, no 1052), relatent des faits semblables. E. Stich (*Berlin. Klin. Woch.*, 1873) en rapport trois cas survenus à la suite d'un traumatisme bien évident : 1o Sarcome de l'articulation atloïdo-occipitale gauche et des parties adjacentes chez un jeune homme de 20 ans qui avait fait une chute violente sur l'occiput ; 2 Sarcome de la base du crâne et de la cavité nasale chez un enfant de 12 ans, qui s'était fracturé la petite aile du sphénoïde. La tumeur suivit de près le traumatisme; 3o Une femme de 34 ans, qui avait reçu dans le bas-ventre un coup de corne de bœuf, y vit survenir une tumeur grosse comme une tête d'enfant. C'était un sarcome. La *clinique* de Verneuil contient une observation de ce genre.

C... 53 ans, porte au cou de nombreuses cicatrices d'abcès froids. Il y a 8 ans, chute assez violente, sur les bourses ; ecchymose, pendant quelque temps. Quelques mois après, se montre une petite tumeur qu'il pouvait pincer sous la peau. Entièrement distincte des testicules, elle arriva petit à petit à dépasser leur volume. Placée entre les testicules, sur le raphé médian, elle grossit encore et rapidement cette fois, deux mois avant son entrée à l'hôpital, sans cause bien connue.

La tumeur, du volume du poing d'un adulte, était nettement fluctuante; mais, en divers points, elle était dure et résistante. D'une part, l'origine traumatique de cette tumeur, son développement lent, l'absence d'engorgement ganglionnaire, avaient fait écarter toute hypothèse de néoplasme; d'autre part, la consistance demi-solide en certains points, fluctuante en d'autres, jointes à toutes les circonstances étiologiques précédentes, avaient fait pencher le diagnostic vers un kyste hématique des bourses, une hématocèle de la cloison ; une incision en révéla la vraie nature. C'était un kyste hématique, dont une partie de la paroi était sarcomateuse. Verneuil fit aussitôt l'ablation de la tumeur. Le malade sortit de l'hôpital, complètement guéri. (*Gazette méd.*, 15 août 1874.)

Conclusions. — Le fait que j'ai relaté, soumis à mon observation depuis 18 ans, mérite d'être signalé parmi ceux qui

(1) Voir le no 50.

tendent à démontrer : 1° l'influence sérieuse du traumatisme sur le développement des tumeurs sarcomateuses encéphaloïques chez certains individus ; 2° l'opportunité de l'ablation hâtive de ces tumeurs pour en prévenir, soit les conséquences mortelles (hémorrhagies, cachexie), soit l'amputation, si le membre est le siége du mal ; 3° l'utilité de la constriction permanente, si, par une bizarrerie déplorable, le malade s'obstine à repousser toute intervention d'instrument rapidement libérateur. Cette constriction conjurera efficacement les pertes de sang, barrera le passage aux matériaux septiques de l'ulcère, donnera au médecin le temps de relever le moral du malade, commencera et même complétera l'amputation ; 4° mais, le résultat de l'amputation sera toujours défectueux ; sans avoir la forme conique, le moignon en présentera tous les inconvénients par la position superficielle de l'extrémité de l'os. Par conséquent, la ligature, ressource précieuse dans quelques cas exceptionnels, ne constituera jamais qu'un pis-aller parmi les agents d'amputation.

PATHOLOGIE MENTALE

Du double caractère des phénomènes psychiques (1) ;

Par **DELASIAUVE.**

Les observations qui précèdent, laissent entrevoir, à la lueur de la distinction établie au début, quelle différence les sépare des cas de folie partielle,dont nous avons énoncé quelques-uns. Pour la faire saillir davantage, prenons-en d'autres au hasard. M. Brierre de Boismont cite un colonel, qui, croyant ses mains entachées de vert-de-gris, les lavait dix fois par jour, même dans les repas. Cela durait depuis 26 ans, sans préjudicier aux devoirs militaires ou civiques.

A Bicêtre, nous avons reçu un vieux lieutenant en retraite, G.... Son histoire est dramatique. Il passait ses soirées au café, lisant les journaux et prenant sa demi-tasse. Il rentrait sur les onze heures. Surviennent des hallucinations, des conceptions fausses. On le suit, on l'injurie, on le menace, surtout au retour. Ce supplice le fatigue ; croyant y échapper, il se retire du café à dix heures : il jouit, en effet, d'un repos momentané. Mais les persécuteurs retrouvent sa piste. Après un double essai, non moins inutile, à 9 heures et à 8 heures, il se prive de sa distraction habituelle. Le tourment, d'ailleurs, dont il fait remonter la date à douze ans, s'exerce au dehors comme à son domicile. Nous ne connûmes pas d'abord tous les détails de sa séquestration. Presque immédiatement, comme il arrive à ces malades, s'ils pensent être en sûreté, l'agitation de G... se calme, à notre grande surprise,vu l'ancienneté des symptômes. Au bout d'une quinzaine, revenu dans son parfait bon sens, il insiste si bien pour sa mise en liberté que nous signons sa sortie.

Un mois s'écoule. A notre cabinet se présente un vieillard vénérable, qui, d'un air timoré, nous demande si, parmi nos malades, nous n'avions pas un nommé G.... « Il y était, lui répondîmes-nous, il n'y est plus, et ce n'est pas sans scrupule qu'en le renvoyant nous l'avons vu partir, car le matin même nous avons appris qu'il avait entendu des voix. » « Ah ! s'écrie le visiteur, c'est bien lui que j'ai aperçu. » Il nous raconte alors comment, un soir, rue Taranne, G...., tirant un pistolet de sa poche, le saisit au cou et lui déclare que c'est son dernier jour. Il le prenait pour son ancien colonel Raby, qui, avec son exécrable femme, était l'âme de la conjuration contre son repos.

Qu'était-ce pauvre vieillard ? Tout simplement M. D...., un membre distingué de l'Institut des beaux-arts. Il se débat, allègue la méprise, décline son nom, son titre. En vain. Il allait être victime, quand un à-propos le sauve : « Allons chez le commissaire. » G.... accepte. On pressent l'issue. Après explication, le commissaire, sous prétexte de déposition, entraîne G.... à la Préfecture.

Relativement à M. D...., je le rassure et l'invite à prévenir la Préfecture, qui, faisant surveiller G..., l'arrêtera à la moindre incartade. Ce ne fut pas long. Il nous revint et demeura cette fois, sans intermission, en proie à ses tristes préoccupations. L'exécrable Mme Raby parlait à ses complices, leur distribuait de l'argent. Moi-même, entré dans le complot, j'avais reçu 20.000 fr. pour le retenir captif. Il fut plus tard transféré dans un établissement de province.

La dame d'un serrurier du faubourg Saint-Denis avait fait de longs séjours dans des maisons spéciales. Son mari, depuis plusieurs mois, l'avait reprise sans être guérie. Tourmentée au milieu de ses occupations paisibles, elle s'avise d'écrire au maire pour réclamer sa protection. Celui-ci, sur le rappport d'un employé, conseille un placement nouveau. On m'invite à l'examiner. Je me présente comme médecin de l'administration, envoyé pour faire droit à ses plaintes. Sa physionomie est défiante et anxieuse. Il est difficile de placer quelques remarques entre son flux de paroles. Des malveillants l'épient sans cesse. Ni elle ni son mari, le jour comme la nuit, ne peuvent prononcer un mot, accomplir un acte, sans les avoir pour témoins indiscrets. Elle entend leurs propos. On lui fait du mal ainsi qu'à leur petite fille. Si elle sort, on lui fait des mines ; elle a renoncé à aller à la messe. Elle pose à peine au marché. Sa sœur serait complice de ses persécuteurs. Est-ce juste ? Cependant la paix du foyer lui est due. Elle est honnête et n'a jamais offensé personne.

Sauf ces tribulations, elle cause raisonnablement, remplit ses devoirs de maîtresse de maison, participe à la tenue des comptes et préside même à l'instruction de son enfant. Elle convient avec moi que cet agacement perpétuel a exagéré son irritabilité. Je lui promets qu'on se mettra à la recherche de ses ennemis, qui malheureusement,sont inconnus. Qu'elle ait confiance en moi et que surtout elle cesse de s'adresser aux autorités, qui, en pareille circonstance, ne sont que trop disposées à suspecter l'intégrité mentale.

Jamais, dans ses récriminations, elle n'avait montré de tendances agressives. C'était un pli pris et une garantie. L'administration s'en tint à mes observations à cet égard. Dans le cours de plusieurs années, j'eus de fréquentes occasions de voir la malade, qui sut se contenir. Au demeurant, l'état resta le même. Mes craintes furent qu'elle ne déteignît sur sa fille. J'ignore si elle existe toujours.

A Bicêtre, faisant l'intérim de mon collègue Félix Voisin, je rencontrai dans son service un artiste érotomane. S'étant imaginé qu'une jeune demoiselle s'était éprise de lui, bientôt il ne rêva plus qu'à elle. Pour la voir, il était éternellement aux aguets, n'épargnant aucune démarche et saisissant toutes les occasions de s'introduire chez elle, même de déclarer sa flamme. Les rebuts ne l'intimidaient pas. Il trouvait toujours des motifs de justifier ses obsessions. C'était pour cacher son jeu qu'elle lui renvoyait ses lettres et le faisait mettre à la porte. Son unique bonheur était de vivre dans la contemplation de son idole et dans l'espérance de la posséder. Sa séquestration fut la conséquence d'une scène scandaleuse.

Sous la Restauration, on prit plusieurs fois de pareilles mesures vis-à-vis d'un sieur D..., qui avait la manie de se croire l'amant favorisé de dames de haut parage. Elle débuta sous le Directoire, continua sous l'Empire et lui survécut. En dernier lieu, la duchesse d'Angoulême fut son objectif. Ne pouvant pénétrer dans ses appartements, il glissait furtivement dans ses voitures des épîtres amoureuses. Jouissant, d'ailleurs, du discernement, tantôt il se défendait de ses actes comme d'inconvenances dont il était incapable, d'autrefois il insistait sur les preuves de ses prétendues relations avec la princesse.

Dans l'ordre de faits que nous venons de parcourir, le trait différentiel est flagrant. La faculté du raisonnement subsiste, même au profit de la croyance maladive. Ce qu'on découvre dans l'ordre précédent, c'est l'impuissance ou l'incertitude logique. En les comparant l'un à l'autre, on voit aussi ressortir cette valeur inverse des symptômes, objet de notre communication. Ici, en raison du voile plus ou moins épais, étendu sur l'intelligence, une obtusion permanente. Fortuitement écloses, mal liées, disparates, les scènes délirantes ne sont que des incidences. Les impressions qu'elles causent, les actes auxquels elles conduisent, participent à leur automatisme. Supposez leur absence, l'embarras intellectuel persiste. Que celui-ci se dissipe, elles disparaissent en même temps ou ne laissent que de vagues réminiscences. Dans les formes opposées, les sensations fausses, les conceptions chimériques, les sentiments pervertis constituent au contraire la base du délire. Ils sont toute la maladie ; ils se traduisent dans le langage et la conduite, se créant par leur rayonnement une sphère d'activité spéciale, en dehors de laquelle l'exercice mental peut s'effectuer d'une manière correcte.

Sous le coup de dénonciations anonymes réitérées, un éminent professeur finit par se persuader qu'un complot est organisé contre sa personne. Inquiet, troublé, perdant le

(1) Comm. à la Soc. des médecins des bureaux de bienfaisance; voir le n° 51.

sommeil, il se plaint, s'irrite et suspecte ses meilleurs amis. A la longue, lassé, il se résigne, emportant dans la tombe des préoccupations que, 15 ans, durant, il souffre qu'on controverse. Jamais son talent n'avait faibli. Tel fut le cas d'un médecin distingué qui, en butte soi-disant à l'hostilité de certains confrères, exprimait sur leur compte les jugements les plus amers. De vaines apparences devenaient à ses yeux des preuves irréfutables. Ceux qu'il inculpait, l'apprenant, haussaient les épaules et le traitaient de fou. Le lui redire portait son indignation au comble. Ce supplice n'avait point varié depuis dix ans; les convenances l'ont toujours empêché de rompre la glace. Nul, parmi le public étranger à son entourage, ne se doutait de son état. Il parlait, écrivait, pratiquait comme un maître en possession de lui-même.

Pendant trois ans, j'ai correspondu avec une vieille demoiselle de 67 ans occupant un poste assez élevé dans une petite ville de province. Un jour, elle se figure que son directeur de conscience, quoique âgé à peine de 46 ans, jette sur elle des regards malséants. L'idée s'enracine. Elle cesse de se confesser, même d'aller à l'église. Puis, réfléchissant, elle pense successivement qu'il est fâché, qu'il médite sa vengeance, que l'âme d'un odieux complot, il lui suscite partout des ennemis. Des religieuses qu'elle fréquentait et qu'elle fuit, ont été les premières séduites. Les gens du monde l'ont été après. Elle ne saurait sortir sans lire l'aversion sur les visages et l'ironie dans les paroles. Maux de tête, secousses dans les membres, suffocations, etc., sont dus à des agents occultes. On l'électrise, on la magnétise, on lui envoie des odeurs repoussantes. Ses lettres, d'un style élégant, sont très-curieuses. Certains insensés éprouvent des phénomènes analogues aux siens. Ne serait-elle pas sous l'influence d'aberrations mentales ? Compulsant nos auteurs, elle lit avec soin une foule d'observations, les compare, mais malheureusement toujours aboutit à cette conclusion que son cas n'est point celui des autres malades. Pourtant on pénètre sa pensée, on traverse ses desseins. Cela ne lui semble pas nettement expliqué par l'électricité ou le magnétisme. Dans une dernière épitre enthousiaste, véritable triomphe ! le secret est dévoilé, le doute dissipé. Deux articles de journaux qu'on lui a communiqués vantent les merveilles du spiritisme. Une amie, à qui elle en parle lui assure que l'abbé connaissait à fond cette science. Ma démonstration n'a pas dû lui plaire, car notre correspondance a cessé de ce moment.

Sans contredit, on rencontre des cas où le diagnostic peut ne pas être aussi explicite. Mais c'est à l'aide d'un criterium qu'on parvient à le fixer. Quelle opinion prendre, par exemple, de certains aliénés dont l'immobilité concentrée, le mutisme obstiné, l'invincible refus de nourriture, etc., semblent d'autant plus accuser l'ascendant sur la volonté d'une puissance intérieure que, parfois, des préoccupations se trahissent dans des moments de détente.

A Bicêtre, un de ces taciturnes refusait invinciblement, depuis trois jours, d'accepter aucun aliment. Un matin, après l'avoir exhorté en vain, nous le soumîmes à la douche. Une première application le fit frissonner. Il ne se rendit pas néanmoins. Mais à peine eût-il senti les jets de la seconde qu'il s'écria : « Je ne mérite pas la bonne nourriture qu'on m'offre. » Il déclare, en effet, être un grand criminel, l'auteur de douze meurtres et, par suite d'un commerce honteux avec son frère, avoir sept enfants dans le ventre. De plus, une anguille était enroulée dans sa tête entre le crâne et le cerveau. Ceci dit, il rentre dans son accablement, on dut recourir à la sonde.

Au début de ma pratique hospitalière, en présence de pareilles résistances, étonné, je m'épuisai assez longtemps, vainement, à en pénétrer le mystère. Quoi ! cet homme subirait le joug de ses idées chimériques et n'obtempérerait ni à l'argumentation ni à l'objurgation les plus réelles. Une simple remarque me mit sur la voie d'une explication qui continue à me paraître plausible. L'idée me vient d'une crampe au doigt; et je m'avoue qu'un athlète n'en triompherait pas par l'unique effort de sa volonté. Or, dans certaines lypémanies prétendues, n'y aurait-il pas quelque chose d'analogue, un éréthisme cérébral, plus ou moins énergique ou permanent, faisant échec à l'action normale des facultés?

L'extase et la catalepsie, que volontiers l'on compare, ne sont peut-être que les degrés extrêmes d'un même état spasmodique, avec des nuances intermédiaires nombreuses, dont nous nous sommes autorisé pour décrire une *extase cataleptique*. A mesure que la tension nerveuse augmente, le ravissement féerique, si bien peint par sainte Thérèse, perdant de sa douceur mystique et de sa clarté, se transforme en cauchemars, en rêves pénibles. L'esprit assiste à des scènes mal liées, tristes ou violentes, dont il subit l'impression et contre lesquelles il ne saurait réagir.

Un monomane de Bicêtre, dont nous avons tracé l'observation intéressante, présentait une disposition ostensiblement semblable. Rigide dans son lit, on jugeait aux changements de sa physionomie des sensations dont il était assailli. En lui lançant à coups répétés de fort jets d'eau froide à la figure, on lui arrachait quelques paroles confuses, reflétant des hallucinations. Sitôt qu'on l'abandonnait, il retombait dans son immobilité. Ces crises périodiques duraient trois à quatre jours.

Rapproché de cet exemple, celui du criminel imaginaire, cité plus haut, est frappant d'analogie. Produit d'une force aveugle, empreint d'automatisme, le délire est général, non partiel. Ainsi encore nous nous expliquerions l'état d'une aliénée que nous vîmes, il y a huit jours à peine, dans la section de M. Moreau, de Tours, notre collègue. Debout, à l'angle d'une porte, le teint pâle et sombre, l'œil fixe en bas, elle marmotte lentement des mots inintelligibles. Nous l'interpellons énergiquement. « Elle ne parlera pas, dit une employée présente. » Néanmoins, après diverses tentatives inutiles, comme nous allions nous éloigner, sa langue se délie. Ses premières paroles furent un compliment à notre adresse: elle nous estime un brave homme. Puis, tout à coup, et en termes violents, elle récrimine contre les misérables « qui, elle et sa fille, toutes deux dignes et honnêtes, les persécutent depuis dix ans. » Sa bordée lâchée, elle retombe dans sa sombre et invincible concentration. Le charme avait été rompu pour un moment indivisible. Mais au lieu de voir, dans deux ou trois phrases décousues et lancées au hasard, la preuve d'une idée fixe, n'est-il pas plus logique de considérer l'influence d'une tension nerveuse susceptible de céder transitoirement à une action révulsive?

Ce que j'ai nommé *pseudo-monomanie* ou *délire partiel diffus* concourt, de son côté, à la démonstration de la dualité phénoménale. On a vu que cette variété psychique formait une sorte de trait d'union entre les folies générales et partielles. Elle n'appartient point à la première catégorie, puisque la faculté syllogistique n'est pas atteinte, et que très-souvent même le malade a conscience de son trouble. Mais, si, comme dans la monomanie, les aberrations mentales ont leurs racines dans l'ordre sentimental ou affectif, la manière fortuite et diffuse dont elles se produisent leur donne un autre caractère et leur assigne un rang spécial. Loin de constituer le fonds morbide, elles présupposent des conditions pathologiques assimilables à celles des délires généraux.

Un pseudomonomane possède sa raison, remplit ses obligations sociales; à son insu survient une modification nerveuse qui lui enlève la direction de sa pensée. Rêvant éveillé, il assiste, à demi passif, aux sensations que le hasard amène, aux conceptions qu'elles font éclore, au courant incertain des raisonnements qui se succèdent, aux divers entraînements possibles. Une distraction le rend à lui-même; il s'étonne, il s'alarme des conséquences auxquelles l'expose une fascination, parfois dangereuse, et à laquelle il ne saurait opposer toujours une résistance efficace. Ces crises, plus ou moins durables, à délai plus ou moins bref, sont rarement uniformes. Tour à tour dominent les scrupules, la perspective de catastrophes, les idées du suicide, du meurtre, de l'incendie, etc., toutes circonstances qui ne justifient que trop les craintes exprimées par beaucoup de malades de tomber dans le crime ou la folie. Donc ici, de même que dans les stupidités légères, les anomalies psychiques, sous forme de courts accès, dépendent d'un certain éréthisme nerveux impliquant, avec l'automatisme cérébral, l'inertie relative du double pouvoir intellectuel et volontaire.

Toutes ces distinctions ont leur importance. Fixer un

idéal pathogénique n'est pas seulement aider au perfectionnement de la nomenclature, cela permet aussi, dans les cas particuliers, de pressentir la marche de l'affection, son pronostic et son traitement. Le délire réputé monomaniaque, s'il a des hauts et des bas, croît plutôt qu'il ne se dissipe; il s'alimente par lui-même. Au bout de dix, quinze ou vingt ans, on retrouve souvent son malade à peu près ce qu'il était dans le principe. Telles stupidités, moyennes ou légères, présentent des rémissions fréquentes et guérissent, même après plusieurs années. De même, les obtusions extato-cataleptiques et, *a fortiori*, les pseudo-monomanies. Un médecin distingué, mort d'accident, était guéri depuis quatre ans d'un délire partiel diffus, dont il avait souffert gravement pendant huit mois. Dans une ville de province, j'ai soigné simultanément un monsieur et une dame, il y a près de dix ans. La cure, chez l'un, dura environ deux mois; elle ne s'opéra, chez l'autre, après de nombreuses alternatives, que dans la seconde année. Sept ans s'étaient écoulés quand, coïncidence étrange, tous deux eurent une récidive. Le monsieur en fut bientôt délivré. N'ayant consulté la dame qu'une fois, j'ignore ce qu'elle est devenue.

On conçoit ce résultat, si l'on songe que, pour l'obtenir, il suffit d'un allégement dans l'oppression ou le spasme cérébral. Et qui ne sent que, si les agents moraux doivent concourir au traitement, la prééminence appartient aux agents physiques? Ventouses scarifiées à la nuque, dérivatifs intestinaux, frictions générales, irrigations froides, exutoires au bras, valériane, esprit de Mindererus, sulfate de quinine, arsenifères, etc., tels sont les moyens dont nous avons le plus à nous louer.

Sommes-nous dans le vrai? Si oui, vous comprenez, messieurs, à quoi tient que la confusion continue à régner dans les nomenclatures. La clinique que l'on invoque ne saurait se passer des lumières de la psychologie. On nous objecte que, perdus dans l'abstraction, nous n'avons produit qu'une théorie systématiquement spéculative. L'investigation analytique à laquelle nous nous sommes livré nous a conduit, au contraire, à mettre en harmonie les variétés psychiques avec leurs véritables conditions cérébrales. Qu'est la manie? une excitation nerveuse, avec ou sans une irritation congestive; la démence? une dégradation quelconque de l'encéphale: atrophie, ramollissement, tumeur, épanchement, etc; la paralysie générale? une désagrégation lente des couches périphériques. Et l'immense diversité des stupidités? les signes d'autant d'états matériels distincts: délires alcoolique, épileptique, lypémaniaque, etc., etc. La pseudo-monomanie elle-même résulte, pour nous, soit d'une activité nerveuse *sui generis*, soit d'une hyperémie active ou passive. Quant aux folies monomaniaques, si la lésion ne saillit pas, est-ce une preuve absolue de sa non-existence? Nous ne l'avons jamais prétendu. Mais, généralement isolée, peu susceptible d'une extension considérable, elle n'a pour représentation à nos yeux que l'idée fixe ou le sentiment dénaturé, générateurs primordiaux de la systématisation délirante.

Comme tout problème transcendant, celui des fonctions mentales et de leurs déviations recèle des inconnues qui déjouent notre sagacité. Motif de plus de ne négliger aucun des éléments accessibles. On s'est fourvoyé dans une impasse. Pour en sortir et arriver à une entente si désirable, il faut, ou nous nous abusons, s'engager dans la voie que nous avons parcourue.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 décembre étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement expire à cette date de ne point attendre la fin du mois pour nous adresser leur renouvellement.*

— *Nous leur rappellerons que le meilleur mode de paiement consiste en l'envoi d'un mandat-poste ou d'un chèque sur Paris.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du danger des médicaments actifs dans les cas de lésions rénales, à propos de la thèse de M. Chauvet.

M. Charcot paraît être le premier qui, en France, ait appelé l'attention des médecins sur ce fait important que certains médicaments peuvent produire inopinément des accidents plus ou moins graves même lorsqu'ils sont administrés à petites doses dans divers cas d'imperméabilité rénale. Dès 1864, dans un travail publié par M. Cornil, alors interne à la Salpêtrière, (*Gazette médicale*, nos 36, 38, 39, 1864), on lit ce qui suit : « M. Charcot nous a souvent fait remarquer l'inoportunité de l'administration des préparations opiacées dans les cas de néphrite albumineuse aiguë ou chronique. L'opium, dans ces cas là, même à faible dose, occasionne très-fréquemment des phénomènes cérébraux inquiétants et il paraît même avoir plusieurs fois provoqué l'apparition des symptômes d'urémie comateuse. » Ce fait, d'ailleurs, ajoutait M. Charcot, a été remarqué, depuis longtemps, par plusieurs médecins anglais et en particulier par M. Todd (*Clinical Lect. urinary Diseases*, p. 341, 342).

Dans une analyse publié dans la *Revue de Hayem* (15 octobre 1877, n° 20, p. 505), le critique attribue à M. Lancereaux (*Dict. Encyclop.*, article *Rein*), l'opinion que, chez les sujets atteints de maladie de Bright, l'opium n'est pas nuisible seulement en produisant des phénomènes de narcotisme thébaïque, mais plutôt en déterminant des phénomènes urémiques. On voit par la citation qui précède que cette opinion avait été émise déjà, douze ans auparavant par M. Charcot, et antérieurement par M. Todd.

C'est un sujet sur lequel M. Charcot est revenu depuis lors à plusieurs reprises, ainsi dans une note annexée à la traduction de Garrod (1867, p. 411) :

« Chez les sujets, dit-il, atteints d'une affection quelconque du parenchyme rénal, mais en particulier dans la maladie de Bright, l'opium détermine souvent des efforts hors de proportion avec les doses employées : plusieurs fois j'ai vu ce médicament occasionner, en pareil cas, des phénomènes cérébraux inquiétants et provoquer même l'apparition des symptômes urémiques. On devra craindre, dans la goutte, de voir les préparations opiacées produire des accidents de ce genre, lorsque la maladie est déjà de date ancienne et que les lésions du rein goutteux se sont déjà prononcées. »

L'opium, d'ailleurs, ainsi que le fait remarquer M. Charcot, n'est pas le seul agent dont l'administration réclame de grandes précautions chez les individus affectés d'imperméabileté rénale : « Ainsi, chez un goutteux, le *plomb* administré à dose médicamenteuse pour arrêter une hémorrhagie, a produit une imprégnation métallique rapide avec le liséré gingival et les coliques saturnines (Scudamore). Le *mercure*, d'après Garrod et Price Jones amène plus promptement la salivation chez les goutteux que chez les autres sujets... Un fait intéressant à signaler, et qui rentre dans le même ordre d'idées, est le défaut de l'élimination de la térébenthine par les voies urinaires. Hahn, cité par Guilbert (*Traité de la goutte*, Paris, 1820, p. 100), avait administré ce médicament pendant dix-

» sept mois à un goutteux, sans produire cette odeur » caractéristique des urines qui se manifeste habituelle- » ment en pareil cas. Ce malade était-il albuminurique? » (Charcot. *Leçons sur les maladies des vieillards, etc.*, » 1re édition, p. 97, 1868). » On trouve encore du même auteur quelques remarques sur le même sujet dans les leçons sur les maladies des reins faites à la Faculté en 1873 (*Progrès médical*, 1874, et *Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins*, Paris 1877, p. 320), — Dans ces dernières années, M. Bouchard a repris la question et l'a développée par d'intéressantes études. Voici, maintenant, la partie principale de l'analyse publiée par la *Revue* et qui est visée plus haut, elle est signée de notre ami M. Huchard.

L'auteur de cette thèse (M. Chauvet) étudie de nouveau l'élimination de certaines substances par le rein. D'après ses expériences qui confirment en partie les conclusions de Gubler, Guyochin, Rabuteau, le sulfate de quinine apparaît dans les urines à l'*état normal* 25 minutes après l'ingestion, la durée totale de l'élimination est de 3 à 4 jours, le moment où cette dernière atteint son maximum est de 6 à 7 heures après l'apparition, et l'on ne retrouve dans les urines que le quart du sulfate ingéré (1/3 ou 3/4 pour Gubler et Guyochin). — Quand le rein est altéré, la durée de l'élimitation est plus variable, et la quantité de substance éliminée est bien moins qu'à l'état normal, puisqu'elle représente 1/10 ou 1/50 de la substance ingérée.

Pour le bromure de potassium, deux observations concluantes établissent la présence du brôme dans les urines 30 ou 35 jours après la suspension du médicament, tandis que chez un sujet sain, cette élimination est terminée le 20e jour. Même résultat pour l'iodure de potassium, qui s'élimine plus rapidement que le bromure. Dans les cas de lésions rénales, cette élimination dure de 4 à 12 jours.

Au sujet du mercure, les auteurs anglais, et Todd en particulier, avaient noté que les accidents d'intoxication mercurielle et surtout de salivation, survenaient rapidement chez les albuminuriques après l'emploi du mercure. Dans une observation de M. Bouchard, on trouve à l'autopsie d'un brightique et saturnin, mort d'urémie à la suite de l'administration de mercure, des quantités très appréciables de mercure et de plomb dans les reins ; dans ce cas, il y a eu rétention de mercure qui a amené une intoxication mercurielle et une poussée aiguë du côté du rein, et consécutivement la rétention de l'urée et des matières excrémentitielles, qui a pour résultat l'urémie.

Mêmes résultats encore pour l'acide salicylique dont l'élimination, à l'état normal, a une durée de 45 heures, pour une quantité de 2 grammes, et de 65 grammes pour celle de 8 grammes de salicylate de soude. Or, dans le cas de lésion rénale, la durée de l'éliminatiou est prolongée, et il peut survenir plus rapidement des phénomènes toxiques. Cette question est encore importante au point de vue médico-légal, puisque des homicides par imprudence peuvent être produits chez des brightiques à la suite de l'administration de l'opium. Dernièrement, Golay et Garcin, ont noté des phénomènes d'intoxication atropique chez un individu atteint de tuberculose des organes génito-urinaires, chez lequel on avait fait de faibles instillations d'atropine pour une iritis.

Quant à l'élimination des substances odorantes par les urines, elle ne peut pas, par sa présence, ou son absence comme l'avait établi de Beauvais, servir de moyen de diagnostic. Car, on a noté assez souvent des cas, où des individus atteints de néphrite interstitielle, même avancée, présentaient l'odeur caractéristique de la térébenthine ou des asperges, même après l'ingestion de ces substances.

Nous terminerons en ajoutant, avec M. Huchard, qu'il résulte de ce travail important : que les maladies des reins rendent toxiques les médicaments actifs, administrés même à petites doses ; qu'avant d'administrer un médicament actif, il sera prudent d'examiner avec soin, comment se fait la secrétion urinaire ; que l'état des reins doit être à l'avenir soigneusement noté dans toutes les expertises médico-légales relatives aux empoisonnements.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de l'envoi de cinquante centimes pour frais de réimpression de bande.*

AVIS AUX ÉTUDIANTS.— *Pour MM. les Étudiants, l'abonnement au* **Progrès médical** *est de* **DOUZE FRANCS** *par an.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 décembre 1877. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. PIDOUX lit son rapport sur le concours Gerdy. Les conclusions de ce rapport établissent que les épreuves subies par M. Mounard, interne des hôpitaux de Lyon, ont été tellement brillantes qu'il y a lieu de le nommer élève stagiaire aux eaux minérales et de lui adresser des félicitations. Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

L'Académie procède au renouvellement, par la voie du scrutin, de ses commissions. Les résultats suivants sont proclamés dans les diverses commissions :

Epidémies: MM. Guéneau de Mussy et Jaccoud; *Vaccine* : MM. Oulmont et Devilliers; *Remèdes secrets* : MM. Planchon et Jolly; *Eaux minérales*: MM. Chevallier et Poggiale; *Comité de publication*: MM. Dechambre, Bichet, Verneuil, Magne et Latour. M. — BRIQUET fait la lecture de son rapport officiel sur les épidémies durant l'année 1876. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances d'octobre 1877.— PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

6. Pérityphlite simulant un étranglement herniaire ; par M. H. LEGENDRE, interne des hôpitaux.

P...., Marie, 80 ans, blanchisseuse, est entrée le 20 octobre 1877, à la salle Saint-Michel, n° 6, de l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. PÉRIER).

Cette femme, d'une bonne santé habituelle, forte, donne les renseignements suivants : Elle porte une grosse hernie ombilicale depuis son dernier accouchement (il y a 37 ans), occasionnant peu de gêne, peu de douleurs, mais ne rentrant point à l'état normal. Elle est venue deux fois cette année à l'infirmerie pour des phénomènes d'étranglement, mais les accidents furent de peu de durée et combattus efficacement par les purgatifs. — Aujourd'hui, elle accuse une constipation opiniâtre depuis quatre jours (16 octobre). Les lavements furent rendus en nature, les purgatifs vomis presque aussitôt, elle ne se plaignait que d'une violente *douleur de côté* (dans le flanc droit), pour laquelle on lui mit un sinapisme.

20 *octobre*. Nouveau purgatif, même résultat, trois vomissements dans la journée. Le soir, douleurs très-vives au niveau du collet de la hernie. Coliques. Augmentation de la tumeur. — Vomissements plus fréquents. C'est alors qu'elle passe à l'infirmerie.

Examen physique. Hernie volumineuse, comme une tête de fœtus, située au-dessus de l'anneau ombilical et faisant saillie dans le flanc droit où elle vient en quelque sorte dominer la fosse iliaque. Ventre souple, sonore, au pourtour de la hernie. Sonorité incomplète au niveau de la tumeur, matité très-limitée à droite. A la pression, résistante élastique, et gargouillement très accusé dans la tumeur.

Etat général bon, pas de fièvre, facies calme, mais toujours vomissements séreux, spontanés et constipation opiniâtre. Elle prétend avoir rendu quelques gaz par l'anus ?

Taxis simple, sans chloroforme, pratiqué à minuit, durant dix minutes; la douleur disparaît incomplètement, mais les gaz refluent dans l'abdomen avec un bruit de roulement caractéristique. Douleurs vives pendant cette manœuvre, mais la malade reconnait que la tumeur est revenue à son volume ancien. — Contriction avec l'ouate et le bandage de corps. — Persistance des vomissements, fuite de gaz par l'anus. (Calomel, 0,60 c., en 3 doses).

21 *octobre*. Un seul vomissement, bien après le purgatif. — Pas de selles. — Ventre dans le même état. — Pas de ballonnement. — Pouls régulier. P. 100; T. 35°,4.

A 9 *heures*, après bien des efforts, émission de gaz et d'une selle contenant un liquide jaunâtre et quelques rares grumeaux de matières fécales. Nouveau purgatif : julep; scammonée.

Midi. Pas de garde-robes. — Nouveaux vomissements. — Le facies est altéré, les pommettes rouges; pouls toujours

régulier. — Ventre douloureux à la pression surtout à droite, un peu ballonné.

4 heures. M. Berger que l'on a été chercher (dans l'idée d'une intervention chirurgicale possible) trouve la malade très-abattue : vomissements constants, pas de hoquet. — Ventre météorisé. — Sonorité partout, excepté dans les flancs où il y a de la matité, tumeur élastique, remplie de gaz, on la réduit facilement en partie. — Palpation du reste assez douloureuse. — Quelques taches ecchymotiques sur la hernie, produites par le taxis. Langue rouge, sèche, soif vive. — Miction facile.

M. Berger croit à une épiplocèle enflammée, pouvant s'étendre et déterminer une péritonite généralisée. *Glace.* — *Onguent napolitain.* — *Extrait thébaïque.*

22 octobre. Calme produit par l'opium. — Peu de vomissements, mais pas de selles. — Ventre ballonné, et douloureux dans toutes ses parties. — La tumeur herniaire est élastique et diminue un peu à la pression. — Gargouillement gazeux produit par cette manœuvre.

Etat général sérieux : facies coloré, non grippé. — Langue humide, rouge, soif vive. — Subdelirium. — Constipation rebelle. — Vomissements constants, mais *sans odeur*.

M. Périer pense à une péritonite, et émet l'idée d'une perforation à craindre. P. 96. T. 36°,8. Injection de 1 centigramme de morphine.

Soir. — Affaiblissement accentué. Oppression notable. Vomissements fréquents, séreux, restant sans caractères. Pas de selles. P. 116; T. 36°,8.

23 octobre. Est tombée rapidement dans le coma hier soir à neuf heures, sans accuser de douleurs plus vives. Depuis, reste sans connaissance. Continuation des vomissements et de la constipation.

A la *visite*: agonie, ventre dans le même état. Le membre inférieur droit est déjà froid, cyanosé. Elle meure à trois heures de la journée. A 10 heures : P. 120. T. 39°.

Autopsie. — Incision en croix sur la tumeur, puis dissection par plans jusqu'au sac herniaire. La tumeur apparaît au-dessous du fascia superficialis, bosselée, lisse, il n'y a pas traces d'inflammation, ni de rupture ; elle est constituée par deux lobes dont l'un, celui de droite, est gros comme le poing, celui de gauche d'un volume double. Ces deux lobes sont séparés par un sillon vertical, surmonté d'une hernie graisseuse sorte d'appendice épiploïque; il en existe un autre, plus petit, au point où se termine le sillon. Toute cette masse paraît avoir un pédicule commun, enroulé sur lui-même, et qui présente un centimètre environ de diamètre transversal pour un diamètre moitié plus petit.

L'incision de la paroi abdominale est continuée au-dessous du collet de la hernie, pour ménager celle-ci: les gaz s'échappent avec bruit ; une fois le péritoine ouvert, les anses intestinales restent flasques, affaissées, ce qui fait soupçonner une perforation intestinale, mais point de liquide, pas de matières stercorales épanchées dans la cavité péritonéale. Traces de péritonite ancienne sur les anses intestinales reliées entre elles, ou au foie par des brides de fausses membranes. Mais la séreuse est enflammée dans la fosse iliaque droite, au pourtour du cæcum énormément distendu et dans le petit bassin. Le grand épiploon, tiraillé, tordu sur lui-même est entraîné vers l'aine gauche où il est reçu dans un sac herniaire crural, très-bien constitué; des adhérences assez solides relient l'épiplocèle au sac ainsi formé ; cette corde épiploïque passe dans son trajet au-devant du côlon transverse qu'elle comprime fortement, aussi les gaz sont-ils accumulés entre celui-ci et le côlon ascendant.

Le *cæcum*, très-volumineux, contient des matières liquides en grande quantité ainsi que des gaz, la pression met en évidence une petite perforation dont il est le siége. C'est un pertuis circulaire situé sur sa face antérieure, de la largeur de deux têtes d'épingle ; au pourtour le péritoine est vivement injecté, mais le tissu cellulaire sous-péritonéal ainsi que celui de la fosse iliaque sont sains. La surface interne du viscère présente les traces d'une vive inflammation, les parois amincies sont réduites à l'épaisseur d'une feuille de papier et, au niveau de la perforation, les deux tuniques internes sont ulcérées de façon à présenter une perte de substance au moins triple de celle que présente la séreuse.

Quant à la hernie, elle est constituée par le gros intestin seul, par le côlon ascendant. Le côlon pénètre dans la tumeur de droite, puis dans la tumeur de gauche et rentre dans la cavité abdominale avant le coude formé avec le côlon transverse ; adhérences du viscère et du mésocôlon au pourtour de l'orifice herniaire à l'entrée et à la sortie de la tumeur. On y trouve deux sacs, un plus petit qui communique avec la cavité péritonéale, un autre plus grand, enkysté, enveloppant l'intestin dans la presque totalité de la tumeur, et contenant quelques adhérences membraneuses. Il n'y a pas d'étranglement, l'intestin est rouge, enflammé, mais un filet d'eau traverse sans difficulté la tumeur herniaire d'une extrémité à l'autre du côlon. — Le rectum est aplati, réduit à un calibre minime, il contient des matières dures, cylindriques. — Rien à noter dans les autres viscères.

Remarques. — De ce fait, on peut relever deux points :

1° Les symptômes de la typhlite peuvent en imposer pour ceux d'un étranglement herniaire dans le cas de hernie volumineuse enflammée, voisine de la fosse iliaque droite. Les accidents consécutifs à l'obstruction intestinale : douleurs, météorisme, vomissements rebelles, constipation opiniâtre, étaient ici réunis, mais on put constater des symptômes négatifs. excluant l'idée d'étranglement herniaire ; l'irréductibilité habituelle de la tumeur, l'émission de quelques gaz par l'anus, et l'absence de vomissements fécaloïdes au sixième jour.

2° Pour le mécanisme, il est probable que la hernie par son volume et par l'épaississement de la tunique interne constatée en trois endroits fut cause du ralentissement du cours des matières dans le gros intestin, peut-être peut-on y ajouter comme auxiliaire la compression exercée sur le côlon par la corde épiploïque qui bride obliquement le côlon transverse. Sous cette influence, le cæcum devenant le réservoir de ces matières, se distendit et s'enflamma par le contact prolongé de cet agent irritant, d'où la perforation constatée à l'autopsie.

7. Rétrécissement par hypertrophie des tuniques cellulaires et musculaires du rectum et du côlon transverse. — Examen microscopique; par G. de Marignac, interne des hôpitaux.

Amélie P..., 29 ans, journalière, entre le 15 mai 1877 à l'hôpital Necker (service de M. Guyon).

Antécédents. Le père est mort d'une fièvre typhoïde ; la mère à l'âge de 50 ans après une année de maladie. La malade a été réglée à 15 ans, elle n'a jamais eu de pertes, mais à plusieurs reprises elle a eu des retards assez prolongés. Elle n'a jamais eu d'enfants. Depuis 3 ou 4 ans, elle a beaucoup souffert de constipations qui ont toujours persisté malgré les divers régimes qu'elle a suivis. A plusieurs reprises, elle a eu de la diarrhée succédant à des constipations plus longues que d'habitude. Au commencement de 1877, elle a été prise de troubles de la digestion, de vomissements glaireux, renfermant quelquefois un peu de sang et qui survenaient surtout au moment des repas. Depuis à peu près la même époque les phénomènes de constipation ont beaucoup augmenté, surtout depuis le mois d'avril, à dater de ce moment là, elle n'a plus eu aucune selle naturelle, il lui a fallu se donner constamment des lavements. C'est aussi depuis cette époque, qu'elle remarqué que ses matières fécales étaient aplaties, comme passées à la filière.

Son état s'aggravant, et voyant disparaître ses forces, la malade se décida à entrer à l'hôpital. Aucun antécédent de syphilis ; ni fièvre typhoïde, ni dysenterie.

Etat actuel. La malade est maigre, le teint un peu terreux, les yeux sont enfoncés dans les cavités orbitaires ; elle se plaint d'une constipation opiniâtre, de vomissements glaireux et d'une perte d'appétit complète. La respiration est un peu gênée. En découvrant la malade, on voit l'abdomen très-distendu, les anses intestinales se dessinent à travers les parois; lorsqu'on percute le ventre, on trouve dans toute son étendue une sonorité très-marquée. En quelques points, au niveau de l'S iliaque et le long du côlon transverse, la palpation dénote l'existence de matières dures et bosselées ; le ventre est peu douloureux à la pression.

Toucher rectal. — On introduit l'index sans peine jusqu'à 5 ou 6 cent. de l'anus, mais en ce point l'on se trouve arrêté par un rétrécissement qui donne au doigt la sensation de parois

régulières et résistantes. Il ne s'écoule par l'anus ni sang, ni matières purulentes. Pas d'hémorrhoïdes.— *Toucher vaginal :* On sent à travers la paroi postérieure du vagin un cordon dur, non douloureux qui représente le rectum. En le suivant on le sent se prolonger au-dessus du cul-de-sac postérieure, et par conséquent on ne peut pas atteindre la limite supérieure du rétrécissement. L'utérus est immobile, le corps est en rétroflexion et le col regarde tout à fait à gauche; les culs-de-sacs donnent au doigt une sensation de parchemin, ils ont perdu leur souplesse.

En auscultant les poumons, on trouve aux deux sommets la respiration un peu prolongée; mais il n'y a pas de matité. Les autres organes tels que le cœur, le foie et la rate ne présentent rien à noter.

18 *mai*. Depuis son entrée, la malade n'est pas allée à la selle. Huile de ricin 60 grammes.

19 *mai*. Pas encore de selles. On introduit par l'anus une bougie uréthrale nº 20 de Charrière, il se dégage immédiatement beaucoup de gaz. Lavement au moyen de la bougie.

20 *mai*. En introduisant une sonde munie d'une chemise en baudruche dans laquelle on peut injecter de l'eau, il semble que le rétrécissement mesure de 6 à 8 cent. de long.

27 *mai*. On commence à faire une dilatation graduelle, en introduisant tous les jours, matin et soir pendant 5 minutes, une bougie dans le rectum. Il y a toujours un tympanisme très-prononcé.

8 *juin*. L'état est toujours sensiblement le même; le doigt ne peut ni franchir, ni s'engager dans le rétrécissement.

25 *juin*. On peut introduire une sonde un peu plus forte; la malade va d'elle-même à la selle quoique très-difficilement. Le ventre, qui est toujours très-distendu, est douloureux. Par la palpation, on trouve au niveau de l'épigastre deux ou trois masses dures, résistantes, mais mobiles; au-dessus et à gauche de l'ombilic, une petite tumeur dure, roulant un peu sous le doigt et de la grosseur d'un noyau de cerise.

15 *juillet*. Le ventre est bien moins tendu qu'il y a un mois; on ne retrouve pas d'une manière constante les plaques dures que l'on sentait dans l'abdomen. A certains moments, il y a un véritable spasme du sphincter anal qui gêne l'introduction de la bougie. — Injections sous-cutanées de morphine.

12 *août*. La malade s'est amaigrie, le ventre est de nouveau aussi distendu qu'au moment de l'entrée de la malade; sonorité exagérée; à la palpation, pas de sensation de nodosités. Les lavements que la malade a pris d'une manière constante ne ramènent que très-peu de matières, le rétrécissement est devenu plus étroit, il faut se servir de sondes moins fortes qu'il y a quelques jours. La malade se plaint de nausées continuelles; glace à l'intérieur et sur l'abdomen.

15 *août*. L'état de la malade n'a fait que s'aggraver; depuis la veille, il y a de l'œdème des deux membres inférieurs. La malade a des vomissements verdâtres, la paroi abdominale est très-distendue par des gaz et la respiration s'en trouve très-gênée. La malade meurt dans le coma, le 15, à 10 heures du soir.

Autopsie *faite le 17 août*. — Le ventre est autant ballonné qu'au moment de la mort; dès la première incision faite sur l'abdomen les anses de l'intestin grêle font hernie hors de la cavité abdominale; elles sont très-distendues et présentent une coloration rougeâtre avec une légère arborisation; elles sont distendues par des gaz; ces anses avaient passé entre la paroi abdominale et la face antérieure de l'estomac, de telle manière qu'on ne pouvait pas explorer le côlon transverse à travers les parois. Le côlon transverse est du reste fixé lui-même par des adhérences au bord inférieur de l'estomac. Pas de fausses membranes entre les anses de l'intestin grêle. Il y avait dans cavité abdominale deux ou trois litres de liquide citrin parfaitement clair.

On voit sur le mésentère de nombreuses petites taches blanches, aplaties, variant depuis le diamètre d'une lentille à celui d'un noyau de cerise, elles font un léger relief sur la surface péritonéale, elles sont excessivement nombreuses et sont disséminées sur toute l'étendue du mésentère.

Une fois l'intestin grêle enlevé, le gros intestin se présente distendu dans toute sa longueur. Mais, dès la première inspection, on voit que le côlon transverse est plus ou moins adhérent à la grande courbure et un peu à la face postérieure de l'estomac; la palpation dénote sur son trajet l'existence de deux points rétrécis; elle fait également reconnaître l'existence du rétrécissement du rectum. Le cœcum et le côlon ascendant sont distendus par des gaz, tandis que tout le reste du gros intestin est plein de matières fécales qui ont l'aspect et la consistance d'un mastic ocreux.

Estomac et duodénum. L'estomac est petit, ses parois sont très-épaisses; le duodénum ne présente rien de particulier.— *Utérus*, Rien à noter. — *Foie.* Très-petit, la surface est un peu ridée; sa substance, de couleur très-foncée, est molle et presque un peu diffluente. — *Rate.* Très-petite, traces de périsplénite. — Les *reins* sont très-petits. — *Cavité thoracique.* Les *poumons* sont congestionnés; pas de tubercules aux sommets. — Rien dans la *plèvre.* — Le *cœur* est petit, n'a pas de lésion valvulaire.

Péritoine. Au niveau des anses de l'intestin grêle, il présente des traces d'inflammation récente; dans le mésentère et à quelques autres endroits, il offre de nombreuses taches blanchâtres; dans le cul-de-sac recto-utérin, des adhérences et des fausses-membranes relient l'utérus et le rectum.

Le grand épiploon est épaissi, parsemé de petites masses dures, grisâtres, variant de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un raisin. — *L'examen microscopique* des taches blanchâtres du péritoine et des masses dures de l'épiploon a montré que l'on avait à faire à de la *péritonite chronique non tuberculeuse.*

Rectum. Le rectum est ouvert par une incision longitudinale faite sur sa face postérieure : il est le siége d'un rétrécissement serré, ne laissant pas pénétrer le petit doigt, il est d'une longueur de 5 à 6 cent.; il commence à 7 ou 8 cent. au-dessus de l'anus; au-dessus du point rétréci, le rectum est très-dilaté et forme une vaste poche remplie de matières fécales. La muqueuse rectale présente une couleur d'un gris vert; on ne trouve à sa surface aucune ulcération ni au-dessus, ni au-dessous, ni dans la longueur du rétrécissement; elle est plissée, mamelonnée, surtout au-dessus et au-dessous du rétrécissement, comme si le tissu sous-muqueux s'étant rétréci, la muqueuse se trouvait trop longue pour tapisser exactement sa surface. Les parois du rétrécissement présentent une épaisseur variant suivant les points de 1 à 2 cent., leur aspect est grisâtre; on voit parfaitement sur une coupe longitudinale 3 ou 4 couches superposées et, à l'œil nu, on peut distinguer facilement les deux couches musculaires qui forment des faisceaux très-nets. Les parois ont une consistance lardacée. Tout le tissu cellulaire situé entre le cul-de-sac postérieur du vagin et le rectum, a subi une transformation fibreuse.

Côlon transverse. Il est le siége de deux rétrécissements. On l'ouvre par une incision longitudinale faite le long de sa face antérieure. Le *premier rétrécissement* est situé au-dessous du duodénum, il commence immédiatement à l'angle formé par la rencontre du côlon ascendant avec le côlon transverse; il a environ 10 cent. de longueur, mais il est un peu moins étroit que celui du rectum. La muqueuse, plissée transversalement, présente tout à fait l'aspect de la muqueuse de l'intestin grêle, dans les points où les valvules conniventes sont les plus rapprochées. Aucune ulcération de la muqueuse. Les parois sont dures, lardacées, d'une épaisseur de variant de 1 à 1/2 cent., de telle manière que ce rétrécissement donnait à la main la sensation d'un cylindre allongé, dur et résistant. La surface péritonéale est grenue, mamelonnée, de couleur gris-bleu, et couverte de végétations qui forment en certains points de véritables franges. Par sa partie supérieure, ce rétrécissement est relié au pylore par des fausses membranes très-épaisses.

Le *second rétrécissement* est situé à l'angle formé par le côlon transverse et le côlon descendant, à peu près au niveau du grand cul-de-sac de l'estomac, auquel il adhère par de fausses membranes. Le rétrécissement n'a qu'une longueur de un centimètre et il paraît formé surtout par une saillie de la paroi interne de l'angle rentrant formé par le côlon transverse et le descendant; les parois présentent le même aspect que le rétrécissement précédent, mais c'est surtout l'inférieur qui est épaissie, le supérieur ne dépasse pas beaucoup l'état normal.

Examen microscopique (fait dans le laboratoire de M. Vulpian). — Le râclage à l'état frais ne donne aucun renseignement sur la nature de ces rétrécissements.

Les *coupes* du tissu du rétrécissement du rectum, durcies dans l'alcool et colorées par le picro-carmin, faites perpendiculairement au grand axe de l'intestin, montrent une hypertrophie manifeste de toutes les couches constituant les parois du rectum. La *muqueuse* paraît saine, elle a perdu son épithélium, mais elle ne présente en aucun point d'ulcération ; les glandes en tube sont plus longues que d'habitude. Au-dessous, la couche musculaire sous-muqueuse est un peu épaissie. La *tunique cellulaire,* qui relie la muqueuse aux couches musculaires, est quatre ou cinq fois plus épaisse que celle d'un rectum sain, elle est formée par des faisceaux de tissu conjonctif, serrés les uns contre les autres et parsemés de noyaux fortement colorés par le carmin et qui en quelques endroits sont réunis en petits amas. Les vaisseaux de cette couche sont augmentés de volume et de nombre. La *tunique musculaire*, formée par la couche de fibres circulaires et celles des fibres longitudinales, est augmentée aussi dans les mêmes proportions que la tunique cellulaire. Les deux couches sont séparées l'une de l'autre par du tissu conjonctif abordant, riche en noyaux et qui envoie des prolongements qui forment des mailles très-nettes à travers la couche musculaire longitudinale. La couche circulaire est celle qui paraît le plus hypertrophiée et qui renferme le moins de faisceaux conjonctifs. — La *tunique cellulaire* sous-péritonéale, également augmentée d'épaisseur dans les mêmes proportions que les autres, offre le même aspect que la tunique cellulaire sous muqueuse, mais elle est bien moins riche en noyaux, le tissu conjonctif y est disposé d'une manière très-nette en faisceaux concentriques.

Les coupes, faites parallèlement à l'axe de l'intestin et aux deux extrémités du rétrécissement montrent une augmentation graduelle et régulière des diverses tuniques ; à une petite distance du rétrécissement, elles sont parfaitement normales; celle qui se modifie la première, c'est la couche cellulaire sous-péritonéale, qui s'épaissit de plus en plus en même temps que les faisceaux de tissu conjonctif deviennent plus compacts. Des deux couches musculaires, c'est la circulaire qui s'hypertrophie d'abord.

Les coupes faites sur le rétrécissement du colon, présentaient le même aspect; comparativement les tuniques musculaires étaient moins hypertrophiées qu'au rectum. Les préparations microscopiques, vues soit à un faible soit à un fort grossissement, n'ont jamais présenté d'éléments étrangers.

Remarques. — L'examen microscopique nous permet d'éliminer l'hypothèse de rétrécissement cancéreux ou épithéliomateux. Ce n'est pas non plus un rétrécissement fibreux pur, car les tuniques musculaires sont excessivement développées, nous le classerons donc dans une variété que l'on a déjà quelquefois signalée, celle des rétrécissements par hypertrophie de toutes les tuniques. Mais, quelle est la cause de ces rétrécissements multiples? Cette malade présentait à l'autopsie des traces de péritonite chronique non tuberculeuse, l'on pourrait peut être supposer qu'il y avait des adhérences qui bridaient l'intestin dans le cul-de-sac recto utérin et au niveau du côlon et que la tunique musculaire s'est hypertrophiée au-dessus pour vaincre l'obstacle que ces brides apportaient au cours des matières intestinales. L'on pourrait ainsi rapprocher cette hypertrophie de celle que l'on observe dans la vessie et dans le cœur, dans les cas d'obstacles au cours de l'urine ou du sang.

8. Cancer de l'œsophage ; tuberculose pulmonaire ; par M. Maurice Letulle, interne des hôpitaux.

B..., Jean, 52 ans, entre à la Pitié, dans le service du docteur Gombault, le 12 septembre. Il raconte qu'il est malade depuis 18 mois environ. Il fut pris subitement, un soir en dînant, de dysphagie. Il entra aussitôt à la Charité, et fut soumis pendant huit jours au cathétérisme de l'œsophage. Il en sortit guéri. Mais, au bout de quelques semaines, les accidents reparurent moins marqués, mais progressifs. Depuis quelques mois, les régurgitations se sont établies, fréquentes et faciles. Amaigrissement.

Depuis cinq jours, la dysphagie est absolue. Le malade ne peut rien avaler; il rejette par régurgitation tous les aliments, liquides et solides. Aussi, se présente-t-il dans un état d'émaciation effrayante. Les côtes sont saillantes sous la peau, et toutes les saillies du squelette se dessinent très-nettement.

Le cathéter rencontre, à la partie la plus inférieure de l'œsophage, une résistance invincible que la plus petite olive ne peut franchir. Les mucosités qui recouvrent l'olive sont striées de sang. La sonde œsophagienne est introduite, aucune goutte de liquide ne passe. On remarque qu'à certains moments, en dehors des mouvements respiratoires, le liquide contenu dans l'entonnoir de la sonde disparaît complètement, puis remonte bientôt en abondance.

Le malade est pris par instants de quintes de toux pénibles. Il rend alors une certaine quantité de crachats jaunâtres, opaques, réellement nummulaires pour quelques-uns d'entre eux. Il tousse depuis longues années, n'a jamais eu d'hémoptysie. Nombreux excès alcooliques. Pas de syphilis. — Douleur très-vive à la pression au niveau du creux épigastrique, où on ne constate aucune tumeur. Foie normal; ventre plat, à peine sonore; diarrhée habituelle; souffle amphorique ; gargouillement et matité sous la clavicule droite.

Deux jours après son entrée, les aliments liquides peuvent passer, avec certaine difficulté. Cet état persiste jusqu'au 8 octobre. Le malade s'affaiblit progressivement, et la toux devient de plus en plus pénible, les crachats purulents augmentent. Et, bien que dans les derniers temps, les jaunes d'œuf soient absorbés, l'état de faiblesse devient si grand que le moindre mouvememt ne se fait plus qu'avec peine. Le malade s'éteint le 13 octobre.

Autopsie. — Le tiers inférieur de l'*œsophage* est envahi par une dégénérescence néoplasique cancéreuse. Depuis la bifurcation des bronches jusqu'au cardia, le canal œsophagien est transformé en une masse dure, cylindrique, renflée à ses deux extrémités. Sur la coupe, l'organe est considérablement rétréci, surtout au niveau du cardia.

On trouve, à 10 centimètres du cardia, sur la face antérieure de la muqueuse œsophagienne, une ulcération arrondie, gris-jaunâtre, large de 2 centimètres environ, et pénétrant profondément dans une masse cancéreuse sous-jacente à l'œsophage. Cette masse néoplasique jaune-pâle, est constituée probablement par un énorme ganglion dégénéré inférieur à la bronche gauche. Cette masse adhère intimement à la face inférieure de la bronche et au péricarde pariétal. Elle répond en avant aux veines pulmonaires. Cette tumeur est grosse comme une noix, et présente sur la coupe quelques points noirâtres (anthracose ganglionnaire). Les veines, la bronche et le péricarde sont indemnes. Le nerf pneumogastrique gauche passe immédiatement en dehors du ganglion. Il lui adhère dans une étendue de 2 centimètres environ.

Au-dessous de cette masse, la muqueuse œsophagienne est épaissie, villeuse, irrégulière ; elle se eonfond avec le reste de la paroi œsophagienne transformée par le cancer. La muqueuse est notablement ramollie, bien que les tissus dans leur ensemble offrent une dureté remarquable.

Immédiatement au niveau du cardia commence une nouvelle tuméfaction du néoplasme qui forme là une tumeur sous-jacente à la muqueuse ulcérée. Son diamètre vertical mesure 0 m. 04 cent., le transversal 0 m. 02 cent. Son volume égale celui d'un œuf de poule. Elle empiète sur la face postérieure de l'estomac. Cette masse crie sous le scalpel, elle se perd dans le tissu cellulaire de la partie inférieure du médiastin. Elle paraît peu vasculaire, et est sillonnée de tractus fibreux jeunes. La muqueuse de l'estomac est épaissie, vascularisée. On aperçoit de grosses veines sous-muqueuses, noirâtres, surtout au niveau de la grande courbure.

Poumons. Le poumon gauche, au sommet, est dur, farci de tubercules entourés de tractus fibreux. Aucun n'a subi la transformation caséeuse. Le lobe inférieur présente un nombre peu considérable de granulations au milieu d'un tissu rouge crépitant. Les bronches sont remplies de mucosités purulentes, et paraissent dilatées sur nombre de points.

A droite, le poumon est dur dans toute son étendue à la coupe; on trouve au centre du lobe supérieur une caverne de

la grosseur d'une petite noix, perdue au milieu d'un parenchyme grisâtre et très-induré, infiltré par îlots de tubercules probablement anciens, gris et très-durs. — Pneumonie hypostatique à la partie déchirée du lobe inférieur. Quelques cavernules rapprochées du hile (dilatations bronchiques ?) Les *ganglions* du médiastin sont intacts, noirâtres, mais peu volumineux.

Cœur. 280 grammes, petit, orifices sains. Plaques laiteuses à la base de l'auricule droite.

Reins. 255 grammes. Petits, très-durs, capsule très-adhérente. Couche corticale peu épaisse, d'un rouge orangé, manifestement atrophiée. — *Foie*. 1,130 grammes, petit, un peu dur. La vésicule est pleine de bile verte.

Intestin grêle. On trouve une douzaine d'ulcérations tuberculeuses, au niveau des plaques de Peyer. Toutes sont doublées, au niveau de la séreuse, par une éruption tuberculeuse péritonéale. A 2 cent. de la valvule iléo-cœcale, une large ulcération superficielle, gris noirâtre, paraissant en voie de cicatrisation.

Réflexions. Cette observation nous montre l'histoire d'*un tuberculeux devenant cancéreux*. La tuberculose ne parait pas avoir été ici, comme dans un cas que nous avons présenté naguère à la Société Anatomique, l'expression dernière d'un état cachectique arrivé à sa période ultime.

Les lésions avancées du poumon, constatées du vivant du malade, pouvaient embarrasser le diagnostic. On a discuté pendant quelque temps l'hypothèse d'une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. Mais, dès le premier jour, le carcinome de l'œsophage s'imposait à l'esprit par la marche des accidents, la dysphagie complète. L'existence d'une ulcération de la muqueuse œsophagienne et la douleur vive au creux épigastrique contribuaient à affirmer le diagnostic.

Signalons encore: 1° l'étendue considérable du rétrécissement qui mesurait 12 centimètres de hauteur ; 2° Les accidents spasmodiques qui exagérèrent à trois reprises la dysphagie.

9. Hémiplégie droite.—Contracture tardive et atrophie musculaire des membres droits. — Epaississement des téguments des membres atrophiés. — Mort. — Autopsie: foyer cicatrisé hémorrhagique du centre ovale gauche: sclérose médullaire descendante. — Adipose du tissu conjonctif sous-cutané des membres affectés d'atrophie musculaire simple; par le Dr Landouzy (1).

S... Victor, 65 ans, compositeur, n'ayant pas d'autres antécédents pathologiques qu'une atteinte légère de coliques saturnines, est amené à la Charité (service de M. Hardy), le 9 mai 1877 pour une hémiplégie droite.

Intelligence et mémoire intactes. S... vieillard petit, nerveux, sec, ne paraissant pas plus que son âge, (ni vaisseaux athéromateux, ni arc sénile) raconte très-nettement les conditions dans lesquelles est survenu son accident.

Il y a trois jours, sans changement appréciable dans sa santé, sans le moindre malaise ni écart de régime, en se mettant à table avec sa femme (les renseignements de celle-ci concordent de tous points avec ceux du malade), S... vit des nuages lui passer devant les yeux, puis se sentit glisser de sa chaise et tomber à terre. Il n'y eut qu'une demi-perte de connaissance, car S... vit parfaitement qu'il tombait, vit que sa femme le relevait, à telle enseigne qu'il « l'aidait le mieux qu'il pouvait. » Aussitôt relevé, S... fut couché par sa femme: il parlait lentement, difficilement, sentait la tête lourde: pas d'aphasie. Dans le lit, S... s'aperçoit que tout le côté droit est paralysé « comme mort » sent qu'il a la bouche de travers: sa femme constate que la bouche est toujours tirée à gauche. Pas d'autres phénomènes appréciables pour le malade qui vient à la Charité pour qu'on le guérisse de sa paralysie.

Etat actuel. — Apyrexie complète: état général bon. Hémiplégie flasque: facial inférieur et membres droits ; la paralysie est totale et complète. Pas de déviation de la langue ni du voile du palais. Egalité des pupilles. Pouls radial droit plus large, à tension plus faible que le gauche. Pas de troubles de la sensibilité. Un peu de céphalalgie gauche. Petit à petit, vers la fin de *Mai*, de faibles mouvements s'exécutent dans les membres, un peu mieux dans le membre supérieur que dans l'inférieur. L'hémiplégie faciale inférieure est toujours aussi marquée.

A la fin de *Juin*, S..., dont l'état général est bon, dont les digestions sont faciles, accuse dans l'épaule et le long de la face interne du bras, à droite, des douleurs continues, douleurs exagérées par la pression du plexus brachial dans le creux axillaire.

Juillet. — Les faibles mouvements qu'exécutait le malade deviennent plus difficiles, « il y a autant de raideur que de paralysie », dit S..., qui se plaint surtout de tiraillements dans le bras et dans la jambe : il se fait un peu de contracture.

Août. — La contracture s'accentue : elle prédomine sur le membre inférieur, le malade se plaint moins du bras que du membre inférieur toujours maintenu raide, la jambe en demi-flexion sur la cuisse, en demi-abduction avec extension presque complète du pied. Les membres droits diminuent de volume : les plis faits aux téguments sur les régions amaigries sont plus épais que sur les régions correspondantes des membres gauches. Les poils et les ongles sont plus longs sur les membres droits que sur les membres gauches.

Octobre. — Même sensation de raideur dans les membres : les douleurs spontanées sont moindres, la compression exercée sur les nerfs du bras et du membre inférieur est toujours douloureuse. La contracture augmente, le bras, sans être collé au corps, est en demi-abduction, l'avant-bras est dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination : les doigts sont maintenus demi-fléchis dans la main. Le membre inférieur est en abduction, la jambe un peu fléchie, le pied forme un équin presque complet. L'amaigrissement des membres droits est notable. La mensuration circonférentielle, faite dans des points exactement symétriques, donne :

Bras droit, partie moyenne, $0^{m}19$; bras gauche, partie moyenne, $0^{m}205$. — Avant-bras droit, partie moyenne; $0^{m}18$; avant-bras gauche, partie moyenne, $0^{m}20$. — Cuisse droite, partie moyenne, $0^{m}31$; cuisse gauche, partie moyenne, $0^{m}325$. — Mollet droit, partie moyenne, $0^{m}20$; mollet gauche partie moyenne, $0^{m}22$.

Les plis faits aux téguments, en les saisissant entre le pouce et l'index et en les soulevant comme on le ferait pour placer un séton, sont d'épaisseur très-inégale suivant qu'on les fait à droite ou à gauche : toujours les plis faits sur les membres droits sont plus épais, et pourtant la peau présente un aspect absolument normal.

Les plis, mesurés au compas d'épaisseur, donnent à leur base : Bras droit, partie moyenne, face antérieure, $0^{m}012$; bras gauche, partie moyenne, face antérieure, $0^{m}006$,

Cuisse droite, partie moyenne, face antérieure, $0^{m}014$; cuisse gauche, partie moyenne, face antérieure, $0^{m}007$.

Jambe droite, face postérieure, $0^{m}009$; jambe gauche, face postérieure, $0^{m}004$.

Même après une pression forte et prolongée, l'empreinte digitale ne reste pas sur la peau, il n'y a pas d'œdème. La sensation, éprouvée, en pinçant les plis tégumentaires entre les doigts, n'est pas exactement la même à gauche et à droite ; les plis de gauche semblent secs et lisses, les plis de droite, au contraire, mous, pâteux et un peu grenus. Les poils du membre inférieur sont un peu plus longs à droite qu'à gauche. Température, à la main, égale sur les quatre membres.

L'état général faiblit, le facies s'amaigrit, l'appétit diminue : le moral baisse un peu, le malade larmoie facilement, sans motifs apparents. Eschare sacrée, résultant du décubitus horizontal devenu continu.

10 *octobre*. L'eschare s'agrandit et se creuse, surtout vers la droite ; la peau qui entoure l'eschare est infiltrée, rouge, violacée : l'état général décline visiblement.

16 *octobre, soir*. Grand frisson, claquements de dents, vomissements alimentaires suivis de sueurs profuses : fièvre intense, T. R. 40°. En l'absence de toute complication thoracique,

(1) Voir dans l'Album, page 49, deux planches contenant six dessins montrant: 1° l'étendue et le siége du foyer hémorrhagique ; 2° l'état de la peau et du tissu conjonctif sous-cutané des membres sains et des membres atrophiés.

M. Duguet (suppléant M. Hardy), considère cette fièvre comme symptomatique d'infection putride occasionnée par l'eschare sacrée.

17 *octobre*. En dépit du quinquina, d'une potion de Todd, et des moyens employés pour déterger l'eschare, nouveaux frissons.

18 *octobre*. L'infiltration qui entoure l'eschare s'étend notablement vers la région fessière droite qui devient phlegmoneuse. Mort le 20 octobre.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — Pas de rigidité cadavérique dans les membres droits. Sur la face antérieure de la région moyenne des cuisses, on fait, parallèlement à la direction du membre, un pli à la peau : à la base des plis, on fait un point de suture pour pouvoir les enlever en leur conservant leur volume. Les plis fixés dans leur forme par le fil, on les enlève par une double section faite perpendiculairement à leur axe ; le pli droit a juste une épaisseur double de celui de la cuisse gauche, il en est de même pour les plis du bras. L'inégalité des téguments apparaît flagrante aussi bien sur les mollets que sur les cuisses. (Voir le schéma.)

Des lambeaux tégumentaires, comprenant complètement la peau et tout le tissu sous-dermique jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe, sont enlevés sur des points exactement symétriques : la tranche de ces lambeaux est épaisse ou mince, suivant qu'elle appartient aux membres droits ou gauches, elle mesure :

Bras droit, $0^{m}006$; bras gauche, $0^{m}003$.
Cuisse droite, $0^{m}007$; cuisse gauche, $0^{m}003$.
Jambe droite, $0^{m}0045$; jambe gauche, $0^{m}002$.

Ces lambeaux sont présentés à la Société de Biologie dans la séance du 27 octobre (voir le schéma). Les *muscles* sousjacents et leur aponévrose d'enveloppe ont le même aspect macroscopique.

L'examen et la dissection des lambeaux tégumentaires montrent que la différence d'épaisseur *est tout entière due au tissu cellulaire sous-cutané chargé de graisse* ; l'aspect et l'épaisseur du derme semblent exactement les mêmes à droite et à gauche ; non-seulement la couche sous-cutanée est plus épaisse sur la tranche des lambeaux pris à droite, mais elle est d'un jaune plus franc, plus intense. Toute la région fessière droite est infiltrée de pus : phlegmon consécutif à l'eschare.

Crâne. — Pie-mère fortement distendue par de l'œdème qui, en plusieurs endroits, est collecté en véritables phlyctènes. Décortication des hémisphères facile, n'entraînant aucun lambeau de substance corticale. Circonvolutions et scissures d'aspect normal. Vaisseaux de la base non athéromateux.

Le pédoncule cérébral gauche apparaît un peu moins volumineux que le droit, la protubérance paraît symétrique; peut-être y a-t-il une légère asymétrie bulbaire. Le fait est d'autant plus douteux que le bulbe a été un peu entamé dans l'extraction de l'encéphale.

Rien à la coupe de l'isthme de l'encéphale, des pédoncules ni du cervelet. La partie droite de la moelle paraît un peu moins pleine que la partie gauche; l'examen histologique sera fait après durcissement.

Cerveau. — Même volume des hémisphères. Hémisphère droit absolument sain. Hémisphère gauche : des coupes faites perpendiculairement à son grand axe, depuis la base de la première circonvolution frontale, de deux centimètres en deux centimètres, jusqu'à deux travers de doigt de la scissure pariéto-occipitale, font voir, dans la substance blanche, une fente ocreuse (foyer cicatriciel lacunaire hémorrhagique) qui se poursuit, parallèlement au grand axe du cerveau, depuis le pied de la première circonvolution frontale jusqu'à la terminaison du lobule pariétal supérieur. Cette lacune, de forme irrégulièrement triangulaire, semble plus grande et plus large vers la partie postérieure ; elle paraît située à un centimètre en dedans de la circonvolution du corps calleux, à laquelle elle reste assez exactement parallèle; nulle part elle ne touche à la substance grise quoiqu'elle se rapproche de la substance corticale vers sa partie antérieure ; en somme, la position de cette lacune hémorrhagique creusée dans le centre ovale, serait assez exactement représentée par la direction d'une flèche qui traverserait, de part en part, la masse des faisceaux blancs fronto-pariétaux supérieurs, des faisceaux blancs irradiés de la région corticale fronto-pariétale (voir le schéma).

Nulle part ailleurs on ne trouve de lésions récentes ou anciennes; on ne recherche pas d'anévrysmes miliaires, la pièce devant être conservée et présentée. — Rien à noter dans les cavités thoracique et abdominale ; ni abcès métastatiques, ni infarctus.

Examen histologique par MOINDROT, aide de clinique. — Des couches cutanées, sous-cutanées et musculaires prises sur des points symétriques de la région antérieure des cuisses ; *peau*, saine, égale d'aspect et d'épaisseur sur les échantillons de droite et de gauche.

Tissu cellulo-adipeux, offrant sur l'échantillon de droite une épaisseur plus que double de celle de l'échantillon gauche ; cette augmentation de volume est produite par des cellules adipeuses réunies sous forme de grands îlots cloisonnés par des vaisseaux remplis de sang et séparés par des tractus de tissu conjonctif.

Muscles, même aspect macroscopique; la dissociation montre une multiplication des noyaux du sarcolemme existant également sur les deux échantillons. Par l'examen des coupes longitudinales et transversales, on constate, dans l'échantillon droit, une atrophie d'un certain nombre de faisceaux musculaires dont la striation est nettement conservée.

Augmentation légère du tissu conjonctif interstitiel avec surchage adipeuse de ce tissu. Rien de ces modifications sur l'échantillon gauche. — En *résumé* : adipose sous-cutanée ; atrophie musculaire simple.

REMARQUES. Deux faits saillants sont à relever dans cette observation :

A) Le siège de l'hémorrhagie cérébrale ;

B) L'épaississement des téguments des membres atteints d'amyotrophie secondaire, constaté pendant la vie, puis étudié macroscopiquement et histologiquement.

A. Par la lésion cérébrale occupant exclusivement le centre ovale, notre observation rentre dans la catégorie des faits récemment étudiés par M. Pitres (1) : comme dans plusieurs des cas rassemblés par notre collègue, la lésion a été suivie d'hémiplégie complète puis de contracture secondaire. Cette conséquence tardive n'a pas lieu de surprendre si l'on songe à l'étendue dans laquelle l'hémorrhagie a lésé les faisceaux moteurs du centre ovale.

B. L'épaississement tégumentaire (que nous avons vu être exclusivement sous-dermique, puisqu'il s'agit d'une adipose du tissu conjonctif sous-cutané) nous paraît avoir une grande importance en physiologie pathologique, parce que nous l'avons noté dans maint cas d'amyotrophie ; depuis le jour où notre maître, M. Fernet, nous ayant montré l'épaississement des plis cutanés dans l'atrophie musculaire consécutive à certaines sciatiques, nous avons relevé cette hypertrophie tégumentaire dans nombre de cas de macilence musculaire symptomatique, dans un grand nombre d'amyotrophies ne ressortissant pas au type Aran-Duchenne.

Il nous a paru d'autant plus intéressant d'étudier anatomiquement cette hypertrophie sous-dermique, que, à notre connaissance, un seul auteur, le professeur Gubler, a signalé l'adipose sous-cutanée dans une thèse, où un de ses élèves, le docteur Collette, s'est proposé d'étudier certaines phlegmasies mono-articulaires, « dans le cours desquelles, sous des » influences morbides encore mal déterminées, les différents » groupes musculaires disposés autour de la jointure malade, » s'atrophient en même temps que la couche de tissu adipeux » qui double la peau, devient plus épaisse. »

En dehors de ce travail, on ne trouve presque rien sur le développement normal du pannicule adipeux sous-dermique, ni sur les déviations qu'il peut subir, et pourtant, cette adipose est importante, *en clinique*, puisqu'elle atténue et parfois même masque l'atrophie musculaire sous jacente ; *en physiologie pathologique*, puisque les co :ditions dans lesquelles elle se produit (lésions des nerfs ou de la moelle) montrent qu'il s'agit d'un trouble trophique, *d'une déviation dans la nutrition du tissu conjonctif sous-cutané.*

(1) Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales. Th. doct. Paris, 1877.

L'étude de ce petit fait n'indique-t-elle pas que les actions trophiques du tissu conjonctif sous-cutané d'un membre n'ont ni mêmes centres, ni mêmes conducteurs que les muscles et la peau de ce membre. En effet, alors que l'action trophique musculaire cesse (amyotrophie) le trophisme cutané continue (intégrité de la peau) et l'action trophique du tissu hypodermique est déviée.

La preuve de cette dissociation trophique, nous la trouvons dans l'atrophie musculaire idiopathique dans laquelle le muscle *seul dépérit*; dans les atrophies musculaires deutéropathiques dans lesquelles l'adipose sous-cutanée, tantôt apparaît seule avec l'amyotrophie, tantôt se montre avec cette amyotrophie et des lésions cutanées (érythème, pemphigus, zona). Ce qui revient à dire que l'adipose n'est pas sous la dépendance de la macilence musculaire, mais sous la dépendance d'une lésion des nerfs destinés au tissu conjonctif sous-cutané. Cette dissociation pathologique paraît devoir conduire aux dissociations anatomiques; peut-être mènera-t-elle, par la réunion d'observations cliniques attentives et de nécropsies minutieuses, à découvrir les centres et les conducteurs de l'action exercée par la moelle sur le tissu conjonctif,

---

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 28 *novembre* 1877. — PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

M. A. FOURNIER communique deux observations de *chancres mammaires* (les moulages ont été faits par M. Baretta.)

Le premier cas est un exemple de *chancre phagédénique térébrant*, forme très-rare et véritablement exceptionnelle dans cette région. La malade avait gagné la syphilis d'un nourrisson, et l'infection primitive s'était traduite sur elle par deux chancres, un sur chaque sein, accompagnés tous deux de l'adénopathie axillaire. Ces chancres ont eu une évolution très-rapide, et se sont creusés en quinze jours d'une façon menaçante ; le plus petit aurait logé une fève ; ils présentaient des bords entaillés, relevés circulairement en forme de crête, un fond irrégulier blafard, couvert d'enduits pultacés, une aréole pseudo-érysipélateuse très-étendue ; mais, néanmoins, et malgré leur gravité, ils ont guéri très-rapidement et en moins d'un mois étaient absolument cicatrisés.

Le traitement mis en usage a été le suivant : 1° Pendant les huit premiers jours, *antiphlogistiques* (bains, cataplasmes de fécule, repos au lit) ; — 2° au-delà de la première semaine, pansement avec de la poudre d'*iodoforme*, et comme traitement interne, ferrugineux et quinquina ; — 3° vers le quinzième jour seulement, fut commencé le traitement mercuriel. Tout l'honneur de la guérison, dans ce cas, revient aux antiphlogistiques et à l'iodoforme, non pas à l'un de ces moyens, mais à l'association ou plutôt à la succession des deux. Il faut bien savoir, en effet, que l'iodoforme, dont les effets sont parfois merveilleux, ne produit un effet heureux qu'*au-delà de la période inflammatoire*. Le phagédénisme a une période aiguë, qui doit être respectée et tout traitement actif pendant cette période aiguë ne produit rien de bon.

La seconde observation est un exemple de *chancres mammaires extraordinairement multiples*.

Les chancres syphilitiques sont ordinairement uniques ou du moins peu nombreux. Néanmoins, on connaît des cas de chancres multiples (19 dans un cas de Fournier ; et thèse de Dubuc). — Dans l'observation présentée actuellement par M. Fournier, la malade, infectée aussi par un nourrisson syphilitique, présentait 23 chancres répartis sur l'aréole du mamelon (7 à gauche et 16 à droite).

Mais il est permis de se demander si ces vingt-trois lésions étaient bien des chancres? — On ne peut en douter, répond M. Fournier, si l'on tient compte des caractères suivants: 1° Elles étaient nées au contact d'un enfant syphilitique, affecté de papules labiales ; — 2° elles présentaient l'aspect typique du chancre syphilitique ; elles étaient, en effet, nettement circonscrites, arrondies ou ovalaires, superficielles ou tout au plus exubérantes, affleurant plutôt qu'entamant le derme, lisses et unies, vernissées, parcheminées à leur base, avec la coloration de chair musculaire, etc.; — 3° elles s'accompagnaient d'adénopathies axillaires multiples, dures, indolentes; — 4° enfin, le diagnostic a été confirmé par l'évolution ultérieure de la maladie et l'apparition dans le délai classique de manifestations telles que les plaques muqueuses, la céphalée, etc.

Les faits de ce genre ne doivent pas être perdus de vue, car la multiplicité des chancres peut être une cause de méprise, et, dans ce cas particulier, le premier médecin appelé à donner des soins à la malade avait complètement méconnu la nature des accidents, en se fondant justement sur l'existence de lésions multiples.

M. FÉRÉOL demande si, dans les deux cas rapportés par M. Fournier, les accidents consécutifs ont présenté de la gravité, et ce que sont devenus les enfants.

M. FOURNIER. Les accidents consécutifs ont été bénins, au moins jusqu'ici, chez la première malade. Quant à la seconde, elle a présenté une syphilis des plus graves. Sortie de l'hôpital après l'apparition de la roséole, elle rentra dans le service au bout de six semaines, dans un état déplorable, ayant la face et le crâne complètement couverts de lésions profondes. (*Rupia prœminens*).

Ce fait semble confirmer l'opinion d'après laquelle la gravité des accidents consécutifs est en rapport avec la gravité des accidents primitifs; mais cette opinion, vraie dans un certain nombre de cas, ne doit pas être érigée en loi. En effet, une syphilis bénigne non traitée peut, après 10, 15, 20 ans, exposer à des accidents très-redoutables. M. Broadbent a établi que les individus qui sont le plus exposés aux accidents du système nerveux sont ceux chez qui les symptômes secondaires ont été transitoires ou légers, et M. Fournier a remarqué aussi que les cas de syphilis cérébrale les plus graves, les cas rapidement mortels avaient le plus souvent succédé à des syphilis primitivement bénignes, et non traitées en raison même de leur apparente bénignité. Tout au plus pourrait-on, sous le rapport de la bénignité ou de la gravité, établir une relation entre les accidents initiaux et ceux qui leur succèdent *immédiatement*. Pour ce qui concerne les enfants qui avaient donné la syphilis à leurs nourrices, le premier est mort de syncope ; le second a eu des syphilides cutanées, puis a été perdu de vue.

M. FÉRÉOL a observé un fait analogue à la seconde observation de M. Fournier. Une jeune femme, mariée depuis quelques jours, vint le consulter pour des érosions herpétiformes de la vulve ; le mari présentait sur le gland une plaque muqueuse récidivée. M. Féréol put suivre chez la femme la transformation des érosions herpétiformes en chancres syphilitiques bien caractérisés. Il y en avait au moins une douzaine. La syphilis suivit son évolution normale et guérit du reste parfaitement.

M. BUCQUOY demande à M. Fournier de préciser ce qu'il faut entendre par *syphilis maligne*. M. Fournier a parlé de syphilis qui, après de longues années, donnaient lieu à des accidents très-sérieux : ce sont des exemples de syphilis grave, mais non de syphilis maligne. Ce dernier mot devrait être réservé aux cas dans lesquels la maladie primitivement grave, entraîne à courte échéance des accidents graves.

M. FOURNIER partage l'avis de M. Bucquoy et admet qu'en effet le terme de malignité manque de précision et est souvent appliqué mal à propos. Revenant sur une question déjà posée, M. Fournier accorde qu'il y a, assurément, un rapport entre la gravité des accidents initiaux et la gravité des accidents qui leur succèdent immédiatement, et que, par exemple, un chancre phagédénique donne ordinairement des accidents graves d'emblée ; mais ce rapport, pour être fréquent, n'est certes pas constant, et souvent il est beaucoup plus vrai de dire que la gravité de la syphilis dépend du terrain. Le chancre phagédénique ne résulte pas toujours de la contagion d'une syphilis grave ; il peut dériver aussi bien de la contagion d'une syphilis moyenne, ou même bénigne.

C'est ainsi que, dans trois cas, M. Fournier a pu remonter par la confrontation des malades à l'origine de chancres phagédéniques, et justement dans ces trois cas les syphilis d'où dérivaient ces chancres étaient des syphilis ordinaires, n'offrant aucun accident phagédénique. Un maçon, ayant une femme enceinte, prend un petit chancre absolument bénin, et il ne

présente d'autres accidents qu'une roséole légère et quelques plaques muqueuses. La femme est contaminée et chez elle se développent les accidents les plus graves : c'est d'abord un chancre phagédénique horrible; puis, deux mois après se produisent sur différents points du corps des ulcérations affreuses, envahissant tous les tissus jusqu'aux muscles et aux os, et à la suite desquelles cette malheureuse perd le nez, une partie du maxillaire supérieur, etc. M. Fournier a vu deux autres cas du même genre.

M. E. Besnier demande à M. Fournier son avis sur ce point : lorsqu'un malade présente un chancre petit, bien limité, superficiel, en un mot un chancre bénin, peut-on affirmer que la syphilis sera sûrement bénigne ?

M. Fournier répète qu'il n'y a pas de rapport constant à établir entre la qualité du chancre et la qualité des accidents ultérieurs. Tout ce qu'on peut dire est ceci : les *premiers* accidents qui suivent un chancre bénin sont très-habituellement des accidents de forme bénigne, et, au contraire, les *premiers* accidents qui suivent un chancre de forme ulcéreuse ou phagédénique sont très-habituellement des accidents plus ou moins graves. Mais il est impossible d'aller plus loin, et de rien préjuger pour un *avenir plus ou moins éloigné*. La preuve en est fréquemment fournie à l'hôpital Saint-Louis, où l'on voit journellement arriver des malades avec les accidents tertiaires les plus graves, et chez lesquelles le chancre a très-souvent passé inaperçu.

M. E. Besnier partage absolument la manière de voir de M. Fournier ; mais il est un autre point sur lequel il voudrait voir la discussion s'engager dans l'une des prochaines séances : ce point est relatif à l'influence du traitement sur la production des accidents secondaires et sur l'évolution ultérieure de la maladie. Il semble, en effet, que les malades qui présentent ultérieurement les accidents les plus graves sont précisément ceux chez lesquels la porte d'entrée était restée inconnue, et qui, par conséquent, n'avaient point été traités. Par contre, il est très-rare de voir revenir avec des accidents sérieux les malades qui avaient au début fait un traitement suivi.

A. Sevestre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 26 décembre 1877. — Présidence de M. Bouchardat.

M. Dounon, médecin de la marine, de passage à Paris, donne lecture d'un travail sur la diarrhée de Cochinchine. Il voit, dans des parasites qui se fixeraient sur les parois intestinales, la cause unique de cette maladie. Les aliments, les fruits, mais surtout l'eau seraient les véhicules qui introduiraient les entozoaires dans l'économie. En Cochinchine, les principaux fleuves (Mé-Kong, Donnaï, Vaïco) franchissent leurs bords dans la saison humide, inondent les rizières et transforment le pays en une sorte de mer. En se retirant, les eaux entraînent avec elles des œufs de vers, des anguillules, qui, absorbés avec cette eau, produiront la diarrhée. A l'appui de sa thèse, l'auteur ajoute que si les Chinois et les Annamites paraissent préservés de cette maladie, il faut en voir la raison dans ce fait qu'ils n'absorbent l'eau qu'après l'avoir portée à l'ébullition pour faire leur infusion de thé. Les Européens, au contraire, consomment l'eau naturelle ou incomplètement filtrée. La période d'indemnité pour les gens vigoureux est de dix-huit mois à deux ans, mais elle est de beaucoup réduite pour les sujets affaiblis ou anémiés. M. Dounon demande donc que le service des soldats, fixé à deux ans, soit réduit dans sa durée, que l'eau employée comme boisson ou pour la cuisine soit préalablement portée à l'ébullition, enfin qu'une surveillance rigoureuse soit établie pour empêcher l'introduction dans les casernes de fruits gâtés pouvant contenir des larves de lépidoptères. L'auteur ajoute qu'il a obtenu d'excellents résultats de l'emploi de la chlorodyne dans le traitement de la diarrhée chronique.

M. Leroy de Méricourt dit que le ministère de le marine avait eu l'intention de faire du thé la boisson habituelle des marins dans cette colonie, et qu'on a dû reculer devant la dépense.

M. Napias apporte un fait qui semblerait confirmer la thèse de M. Dounon. En 1866, à la Guadeloupe, un tremblement de terre détruisit plusieurs routes. Cent hommes des compagnies de discipline furent employés à les réparer. Cinquante qui travaillaient au bord d'un torrent d'eau vive (le Galion), et consommaient cette eau, conservèrent une bonne santé ; les autres qui se trouvaient près de la Rivière-aux-herbes, dont l'eau est bourbeuse, virent 18 d'entre eux atteints de dyssenterie.

M. Bertillon. La méthode statistique appliquée à la médecine a donné d'excellents résultats. Cet instrument nouvellement interrogé a révélé des faits qui avaient échappé à la pathologie, et dont l'importance ne peut être contestée. C'est ainsi qu'on a pu constater que dans des départements, comme la Haute-Vienne et la Corrèze, la mortalité de 20 à 30 ans était double de celle des départements circonvoisins. Cependant, il y aurait d'importantes modifications à apporter dans l'enregistrement des trois grands actes de la vie. Les conclusions du travail de M. Bertillon peuvent ainsi se résumer. Naissance : Etablir plus régulièrement le nombre des morts-nés. Ce nombre se trouve exagéré, car la déclaration se faisant dans les 3 jours, plusieurs enfants ayant vécu quelques heures se trouvent classés dans cette catégorie. Tout enfant ayant poussé un vagissement ne peut être considéré comme mort-né. Mentionner les grossesses doubles, et la sexualité dans ces grossesses. Noter exactement la profession des parents pour étudier son influence sur la fécondité. — Mariage : Bien préciser l'âge, la profession ; s'il y a eu un premier mariage, sa durée, le nombre d'enfants. De 15 à 25 ans, établir les moyennes non plus sur une période de 5 ans mais de 2 ans.—Mort : Enregistrer la profession, sa durée. Savoir si le mariage a été stérile, ce qu'il a duré. La position d'aisance si cela est possible. Les tables de mortalité pour les enfants devraient être dressées par jour pour le 1er mois, puis par semaine, par mois, et à partir de la première année par an. Ces vœux seraient faciles à réaliser et la dépense serait minime. D'ailleurs, quand on constate en France annuellement 500.000 décès avant la 48e année, et 200.000 morts prématurées dans les départements mal favorisés, ce qui représente une perte annuelle de plus d'un demi-milliard, la dépense ne doit pas entrer en ligne de compte. Il faut ne rien épargner pour avoir parfaite ce qu'on pourrait appeler la tenue de livre de l'humanité.

M. Leroy de Méricourt lit une note du docteur Treille, relative à l'athérome artériel dans l'Inde. Il croit, comme M. Lacassagne, que le travail exagéré du système musculaire est la cause principale de l'athérome. Il a constaté que les habitants des campagnes, qui usent d'une nourriture exclusivement végétale, ne sont point atteints de dégénérescence athéromateuse ; on la trouve seulement chez les coolies, les ouvriers des ports, des villes, et cela à un âge relativement peu avancé.

M. Gubler répond que cette note n'infirme en rien sa théorie. On sait à quel point le *far-niente* est en honneur chez les Indous. Dans les campagnes, on travaille le moins possible, et la sobriété est exemplaire. Dans les villes, au contraire, les coolies et ceux qui fournissent un travail fatigant, sont obligés pour réparer leurs forces d'absorber une grande quantité de cette nourriture végétale : ils boivent aussi beaucoup d'eau. C'est là ce qui fait qu'on trouve l'athérome chez eux. Dans son service, à Beaujon, il avait cru dernièrement trouver un cas en contradiction avec sa doctrine. Un homme appartenant par ses manières à la classe aisée, âgé de 40 ans, était athéromateux à un haut degré. Renseignements pris, il se trouva que, ruiné dès sa jeunesse, cet homme avait vécu en Egypte, en Espagne, de la vie des ouvriers et, dans ce dernier pays, avait bu pendant quelques années et en grande quantité d'une eau très-chargée de sels calcaires. La syphilis avait pu s'ajouter comme cause occasionnelle. Il maintient ses conclusions dans leur entier.

M. Liouville donne des nouvelles du Congrès, que la Société doit tenir en 1878. Tout est en bonne voie. Le congrès

sera international et coïncidra avec la réunion des autres sociétés médicales.

Sur les propositions de MM. Gubler, Laborde, Lunier, Duménil, les membres de la Société sont appelés à faire parvenir au bureau les questions qu'ils croiraient devoir être traitées au congrès.

La Société procède à l'élection de son bureau pour 1878. Sont élus : *Président honoraire*, M. Bouchardat;— *Président*, M. Gubler ; *Vice-présidents*, MM. Laussedat, Emile Trélat, Colin, Leroy de Méricourt ; — *Membres du Conseil d'Administration*, M. Tarnier ; — *Secrétaire général*, M. Lacassagne ; — *Secrétaire général-adjoint*, M. Henri Napias ; — *Secrétaires des séances*, MM. Nocard, Burcker, Dubuisson, Martin. A. Blondeau.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. **Etude sur le baume Gurjun;** par le dr Luc Deval. In-8, 1877. O. Doin, éditeur.

II. **Etude du gelsemium sempervirens et de son action dans le traitement des névralgies;** par le dr Eymery-Heroguelle, avec figures. O. Doin, éditeur.

III. **De l'acide salicylique;** par le Dr Walter Douglas Hogg. Un vol. 103 p. Chez A. Delahaye. Paris, 1877.

I. Le baume Gurjun, également appelé Wood-oil, plante de la famille des diptérocarpées, originaire de l'Inde, est étudié dans la thèse inaugurale de M. Luc Deval. C'est à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Vidal, le premier médecin qui l'ait employé en France, que M. Deval a eu l'occasion d'étudier ce médicament nouveau, mettant ainsi à profit l'expérience de son maître et les documents que M. Vidal lui a communiqués. Nous ne passerons pas en revue l'histoire naturelle de la plante, les propriétés physiques et chimiques du baume qu'elle fournit, nous ne ferons également qu'indiquer les services qu'a pu rendre le baume Gurjun dans le traitement de la lèpre et de quelques maladies de peau.

Les résultats qu'a donnés l'emploi de ce nouveau médicament, dans le traitement de la blennorrhagie et de la vaginite, nous paraissent, en présence des observations de M. Vidal, plus dignes de fixer l'attention des praticiens. Le médecin de l'hôpital Saint-Louis a adopté la formule suivante :

Wood-oil.............	ãã 4	grammes.
Gomme.............		
Infusion de badiane.....	40	—

Prendre cette potion en deux fois au commencement des repas.

En donnant un quart de verre de vin, le médicament est bien toléré. Le régime alimentaire des malades n'a d'ailleurs pas besoin d'être changé. — Chez les femmes atteintes de vaginite, on emploie, en outre, un liniment composé de parties égales de Gurjun et d'eau de chaux.

Aux praticiens de prononcer en dernier ressort sur l'efficacité du wood-oil dans les maladies contagieuses. Ce médicament, outre qu'il paraît facilement supporté, devra être d'un prix de revient bien inférieur à celui du copahu.

II. Rangé par de Candolle dans la famille des loganiacées, le *gelsemium sempervirens* se trouve dans quelques Etats de l'Amérique du Nord et dans le Mexique. C'est, d'ailleurs, dans ces pays que les médecins l'ont employé pour la première fois contre les fièvres et les névralgies.

Le docteur Eymery passe en revue, dans sa thèse, l'histoire naturelle et la physiologie de cette plante dont il reproduit, par le dessin, la racine. La principale forme sous laquelle on administre le gelsemium est la teinture dont on peut donner, chaque jour, jusqu'à 80 gouttes environ dans de l'eau sucrée, en commençant par quelques gouttes. On pourra aussi faire un sirop de gelsemium :

Teinture de gelsemium....	50	grammes.
Sirop simple..........	1000	—

Et en donner trois à quatre cuillerées à bouche matin, midi et soir.

Ce nouveau médicament agit surtout contre les névralgies dentaires et les névralgies de la cinquième paire. Quelques observations tendent à prouver son utilité dans le traitement des autres névralgies, dans l'hémicrânie et dans la chorée, mais nous avons appris à nous méfier de l'engouement que fait généralement naître l'apparition d'une nouveauté thérapeutique. Nous pensons qu'il y a lieu d'en appeler à l'observation du corps médical pour qu'on puisse être fixé sur la valeur du gelsemium qui n'a guère été jusqu'alors employé en France que par MM. Dujardin-Beaumetz et Ortille.

III. La thèse de M. Douglas Hogg est une étude consciencieuse. Résumant avec soin les publications antérieures sur l'acide salicylique et ses composés, il expose leurs propriétés chimiques et physiologiques, leurs applications thérapeutiques (sauf dans la goutte) ; puis il indique les préparations les plus employées. Enfin, il rapporte un certain nombre d'observations desquelles il croit pouvoir conclure que l'acide salicylique « n'a aucune influence sur la marche du rhumatisme articulaire, ni sur les complications cardiaques qui surviennent dans le cours de cette affection. »

Dr G. Bouteillier.

REVUE D'ÉLECTROTHÉRAPIE

Guide pratique d'électrothérapie; par le docteur Onimus, redigé d'après ses leçons et ses travaux, par le docteur Bonnefoy. Paris, G. Masson, éditeur.

Applications pratiques de l'électricité au diagnostic et à la thérapeutique; par le docteur Julius Althaus (Londres), traduit par le docteur Darin. Paris, V. Delahaye, éditeur.

M. le docteur Bonnefoy a condensé dans un petit volume les données pratiques actuellement acquises et relatives à l'électrothérapie, d'après les leçons faites par le docteur Onimus. Comme l'annonce M. Onimus dans sa préface, il a laissé de côté tout ce qui est théorie, et tout ce qui est critique pour procéder par indications sommaires et par affirmations, ce qui est, dit-il, contraire à son goût. Nous sommes heureux de recueillir cet aveu de la bouche de l'auteur ; en devançant notre appréciation, il rend inutiles les observations que nous aurions dû lui présenter sur le plan trop concis de son petit manuel d'électrothérapie. C'est qu'en effet, on ne peut pas plus pour l'électricité que pour les autres agents thérapeutiques poser de règles absolues. Que penserait-on d'un manuel de thérapeutique qui, procédant par affirmations concises dirait, par exemple : dans la pneumonie aiguë, on fera le premier jour une saignée de cinq cents grammes. Il est possible qu'un tel traitement soit utile à un malade donné, mais chez beaucoup d'autres une saignée aussi copieuse pourrait avoir et aurait certainement les conséquences les plus funestes. Il en est de même de l'électricité et l'auteur lui-même a pris soin de nous en prévenir : « Le traitement doit être modifié selon les symptômes, selon que l'affection est récente ou ancienne, selon qu'il y a ou qu'il n'y a pas altération consécutive des muscles, selon le siége des douleurs, etc. Et malheureusement, pour toutes ces circonstances, il est impossible de poser *à priori* des règles fixes ; on ne peut que tracer des indications générales. » Et plus loin, utilisant un mot de création récente, il ajoute : « En thérapeutique, comme ailleurs, l'opportunisme joue un grand rôle, et surtout dans l'emploi des courants électriques. » Mais malgré toutes nos critiques (s'adressant plus au manuel en général qu'à celui-ci en particulier), le *Guide pratique d'électrothérapie* est appelé à rendre les plus grands services. Si les renseignements qu'il donne ne peuvent remplacer une longue expérience, elles empêcheront du moins des médecins peu versés dans l'électrothérapie, de commettre ces fautes incroyables qui révèlent la plus grande ignorance et exposent même les malades à des dangers sérieux.

Dernièrement, un enfant atteint de paralysie faciale, fut amené de la province à Paris pour prendre conseil d'un médecin distingué qui ordonna l'emploi de l'électricité. Voici comment le traitement fut appliqué par un pharmacien de la ville où habitait l'enfant. Il lui mettait dans chaque main les deux électrodes d'une machine d'induction, puis faisait passer un courant très-intense avec les interruptions les plus rapides. Indépendamment de la douleur excessive déterminée par ces

applications, un autre résultat se produisit ; ce ne fut pas la guérison de la paralysie faciale, mais bien une attaque violente de convulsions généralisées. Si le pharmacien dont nous venons de parler avait consulté le manuel dont nous rendons compte il aurait pû malgré le laconisme de l'article *paralysie du nerf facial*, faire suivre à l'enfant un traitement utile, au lieu d'un traitement préjudiciable. Voici, en effet, ce que nous trouvons à ce sujet : « On emploie un courant de 15 à 20 éléments, en appliquant le pôle positif au point de sortie du nerf facial, en avant de l'oreille, le pôle négatif sur les divers muscles de la face, représentés sur la figure ci-contre par les lettres *a*, *b*, *c*, *d*. On devra interrompre par moments le courant sur chacun de ces muscles, afin d'en exciter plus énergiquement la contraction. Les séances dureront 5 à 8 minutes, et pourront être renouvelées tous les jours ou tous les deux jours..... Dans la première période, il est nuisible d'employer des courants induits. »

Par cette citation on peut se rendre compte de l'esprit du livre. Les premiers chapitres sont consacrés aux différentes piles, aux appareils à courants continus et à leur emploi, etc. Après cette première partie technique, vient la partie thérapeutique dans laquelle l'auteur envisage successivement et très brièvement toutes les maladies dans lesquelles l'emploi de l'électricité peut être utile. Enfin, un dernier et très-intéressant chapitre est consacré aux applications chirurgicales de l'électricité.

— Pour terminer cet article, nous signalerons la traduction que M. Gustave Darin nous donne d'un fascicule intitulé : *Applications pratiques de l'électricité au diagnostic et à la thérapeutique, par le docteur Julius Althaus, médecin à l'hôpital spécial pour les maladies du système nerveux* (Londres). On y trouve des descriptions et des figures se rapportant à la plupart des appareils employés dans les deux mondes pour l'application de l'électricité au diagnostic et à la thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE.

Etude sur le traitement des affections calculeuses chez l'homme par la lithotritie ; par le docteur Léon Henriet.

M. le docteur L. Henriet vient de publier sous ce titre un travail très intéressant et très-consciencieux, qui tiendra honorablement sa place dans la série des mémoires que les internes de M. le professeur Guyon à l'hôpital Necker ont produits, dans ces dernières années, sur les maladies des voies urinaires. L'auteur s'est proposé, non point de faire une étude didactique de la lithotritie, mais seulement de présenter le résumé d'observations recueillies à l'hôpital Necker pendant une période déterminée, avec les commentaires et les déductions auxquels ces observations pouvaient donner lieu.

La thèse de M. Henriet est divisée en trois parties. La première, purement technique, comprend l'exposé des soins préliminaires qui doivent précéder la lithotritie, du manuel opératoire, des complications et des accidents. La seconde a pour objet l'examen statistique de la lithotritie à l'hôpital Necker. Dans la troisième partie, l'auteur a cherché à déduire des faits « la valeur absolue et relative de la méthode, avec ses indications et ses dangers, ses avantages et ses imperfections. » Enfin, à titre de pièces justificatives, il a résumé à la fin de son travail les 73 cas de lithotritie sur lesquels il repose, et qui ont tous été recueillis dans le service de M. Guyon, de 1869 à 1876.

Après avoir sommairement rappelé dans ses deux premiers chapitres la définition de la lithotritie, l'instrumentation nécessaire et le traitement préliminaire, M. Henriet aborde la description d'une séance de broiement. Il rappelle d'abord les soins préparatoires, le choix du lit, la position du patient, et discute soigneusement la question controversée des injections préalables dans la vessie. L'étude du manuel opératoire vient ensuite. Chacun des temps de l'opération est minutieusement décrit, avec les difficultés qu'il comporte et les petits artifices grâce auxquels on arrive à triompher de ces difficultés.

Dans le chapitre suivant, nous trouvons un résumé des soins à donner à l'opéré, et un coup d'œil sur l'ensemble de l'opération. Plusieurs questions intéressantes y sont examinées : l'auteur met en relief l'importance de la première séance, qui est tout à la fois une exploration définitive et un commencement de traitement ; il montre en quoi les séances ultérieures en diffèrent, au fur et à mesure que le broiement du calcul avance ; enfin, il s'arrête assez longuement sur les particularités qui permettent au chirurgien de reconnaître qu'il est arrivé au terme de son travail, et qu'il ne reste plus trace de pierre dans la vessie. Le chapitre se termine par des considérations sur le nombre des séances, sur l'intervalle à mettre entre elles, et sur la durée moyenne du traitement.

Le 5e chapitre est consacré aux accidents et complications. Ceux-ci ne sont pas étudiés d'une manière complète, mais seulement rappelés avec plus ou moins de détails suivant leur importance, et suivant aussi qu'ils se sont présentés plus ou moins souvent dans les observations réunies par l'auteur. Examinant l'influence que l'âge exerce sur la fréquence de l'engagement des calculs, M. Henriet confirme par des chiffres la remarque faite par Civiale et par M. Guyon, que cet accident, qui n'est pas rare chez les jeunes calculeux porteurs de pierres peu volumineuses, est au contraire très-rare chez les vieillards, et il complète l'explication que Civiale avait donnée de ce fait. Il s'arrête ensuite sur les difficultés de l'introduction du lithotriteur, sur la nécessité qui s'impose souvent au chirurgien de débrider le méat, soit pour rendre possible l'entrée de l'instrument, soit pour faciliter sa sortie, sur la cystite provoquée ou réveillée par les manœuvres intra-vésicales... Il examine enfin les complications générales consécutives à l'opération.

Dans le chapitre VI, intitulé : « Etude raisonnée de l'influence de la méthode sur les complications locales et générales », l'auteur montre les conditions multiples dont il faut tenir compte pour expliquer les accidents qui peuvent survenir, en dehors de ceux qui sont dus aux manœuvres elles-mêmes : difficultés prostatiques ou uréthrales, âge et constitution des malades, volume, consistance et position de la pierre. L'âge et la valeur constitutionnelle du calculeux doivent surtout préoccuper le chirurgien.

La deuxième partie de la thèse est, comme nous l'avons dit plus haut, l'exposé des résultats de la lithotritie à Necker de 1869 à 1876. En analysant soigneusement, avant de les grouper, les cas dans lesquels cette opération a été pratiquée, M. Henriet s'est efforcé de soustraire sa statistique au reproche dont sont passibles beaucoup de relevés de ce genre, savoir, de ne considérer les faits qu'au point de vue de leur nombre et du résultat final, sans avoir égard aux circonstances particulières qui ont pu influencer défavorablement ce résultat. Il arrive ainsi aux résultats suivants :

Sur 73 opérations de lithotritie,

61 succès ou guérisons ;

4 cas douteux, où les malades quittèrent l'hôpital incomplètement opérés et dans un état relativement sérieux ;

1 cas où le calculeux, en excellente voie de guérison, fut emporté par une affection intercurrente ;

3 cas où la taille dut être pratiquée, la lithotritie ayant été reconnue dangereuse ou insuffisante ; sur ces 3 tailles, 2 morts que l'auteur classe au passif de la lithotritie ;

Enfin, 4 morts dans le courant du traitement ; soit, en résumé, 8 0/0 de mortalité et 84 0/0 de succès. L'auteur se livre ensuite à un intéressant rapprochement entre cette statistique et celle de Thompson.

Puis, il aborde la comparaison de la lithotritie et de la taille au point de vue statistique, et il en tire des conclusions très-favorables à la première de ces opérations. Il combat le reproche que l'on a fait à la lithotritie de rester quelquefois insuffisante et d'exposer aux récidives, en laissant échapper quelque fragment de calcul qui devient le noyau d'une nouvelle pierre ; il considère comme possible, dans la majorité des cas, de reconnaître que la vessie est bien complètement débarrassée. Enfin, il met en relief l'influence des dates sur la statistique d'un même chirurgien. Si instruit et si habile que l'on puisse être, on n'apprend qu'à la longue à apprécier sûrement les indications et contre-indications d'une opération ; il y

donc intérêt à comparer les faits recueillis au début de la pratique avec ceux qui l'ont été plus tard, une fois l'expérience acquise. Appliquant ce mode d'examen à la statistique de l'hôpital Necker, M. Henriet relève, dans une première période allant de 1868 à 1872, 5 cas de mort et 2 cas d'essais infructueux ou de guérison mal assurée, tandis qu'au contraire, de 1872 à 1876, bien que le nombre des malades et celui des opérations soient plus considérables, il n'y a plus à relever qu'un seul cas de mort. « Chose remarquable encore, le nombre des tailles est presque le même ; il y a eu 7 tailles de 1868 à 1872, il y en a eu 8 de 1872 à 1876 ; de sorte que c'est surtout sur le chiffre des lithotrities qu'a porté l'augmentation du nombre des opérations. »

Dans la troisième partie, sous le titre général « Interprétation des résultats et conclusions, » l'auteur examine successivement les indications et contre-indications de la lithotritie fournies tant par l'état local que par l'état général des malades. Après un parallèle des avantages et des dangers de chacune des deux méthodes, taille et lithotritie, il passe en revue les diverses conditions dont il faut tenir compte pour faire un choix entre elles : forme, dimensions, position et nature de la pierre, obstacles uréthraux, prostatiques ou vésicaux, calculs ayant pour noyau un corps étranger. Relativement à l'état général des calculeux, dans lequel est compris l'état des reins, M. Henriet ne pense pas qu'il puisse fournir à lui seul une contre-indication ; il estime, au contraire, que l'intervention peut arrêter presque toujours, ou du moins modérer les accidents généraux liés aux lésions rénales consécutives à la présence d'un calcul dans la vessie, avec cette réserve toutefois, que la marche de ces accidents soit assez lente pour laisser à la lithotritie, qui est en réalité un procédé de lenteur, le temps de produire ses effets. Il discute ensuite les cas complexes, dans lesquels le choix de la méthode opératoire est plus embarrassant. Enfin, le travail de M. Henriet se termine par deux courts chapitres relatifs, l'un aux indications de la lithotritie chez les enfants, l'autre à l'avenir de la lithotritie.

D[r] Ch. H. Petit.

VARIA

Distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris et proclamation des élèves nommés internes et externes par suite des concours ouverts en 1877, pour entrer en fonctions le 1[er] janvier 1878.

La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1877, a lieu, aujourd'hui, 28 décembre 1877, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3. Dans cette même séance a lieu la proclamation des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1877.

Avis essentiel. — MM. les élèves actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'administration, pour l'année 1878. En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au secrétariat général de l'administration, avenue Victoria, n° 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes seront délivrées :

A MM. les élèves internes de 2[e], 3[e] et 4[e] année, le lundi 24 décembre, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3; de 1[re] année et à MM. les internes provisoires, le 26 décembre, à une heure.

A MM. les élèves externes de 2[e] et de 3[e] année, le même jour, à trois heures; de 1[re] année, le jeudi 27 décembre, à trois heures précises, dans le même amphithéâtre, pour la première moitié de la liste, et le vendredi 28, à trois heures pour le deuxième moitié de cette même liste.— Nous avons publié dans les numéros précédents les noms des lauréats du concours des prix de l'internat et les noms des nouveaux externes ; nous donnons ci-après les noms des *internes titulaires* et des *internes provisoires*.

Concours de l'Internat.

Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes : *Internes titulaires* : 1. Faisans, Gaucher, Chatelin, Laurent (Auguste), Guelliot, Chauffard, Cerné, Comby, Gautier. — 10. Ledoux, Gauchas, Juhel-Rénoy, Netter, Béclère, Galliard, Aigre, Leloir, Bertheux, Rouxeau. — 20. Féré, Ovion, Boulay (Elie), Raymondaud ; Robert (Paul), Hannequin, Bastard, Variot, Duplaix, Gastaud. — 30. Blin, Herbelin, Desnos, Laurand, Poirier, Valude, Carafi, Bénard, Garcia-Lavin.

Internes provisoires : 1. Latil, Ménard, Olivier, Karth, Butruille, Doublet Haranger, Bruneau, Lue.— 10. Reignier, Ferrand, Pioger, De Lapersonne, Barette, Derignac, Petit, Germont, Coudray, Bouley (Edmond). — 20 Bouchard, Ozenne, Liandier, Mercier, Machado, Canette, Suchard, De Langenhangen, Sainton, Boiteux. — 30. Michaux, Luizy, Brazier, Labbé, Malgouverné, Mathieu, Audoin, T. de Larabie, Piogey, Thomas. — 40. Jousset, Girou, Méricamp ; Le Clerc, Vinache, Rowlat, Bimsentein, Poupinot.

Population de l'Inde anglaise

Un document statistique relatif à l'Inde anglaise, présenté au Parlement, vient d'être publié. Le territoire soumis à l'administration britannique comprend 909,834 milles et une population de 191,065,445 habitants. Les Etats indigènes comprennent 573.052 milles et une population de 48,233,978 habitants. En y comprenant les possessions françaises et portugaises, la superficie totale de l'Inde est de 1,484,150 milles carrés avec une population de 239,978,595 habitants. Des 191 millions d'habitants de l'Inde anglaise, voici quelle est la répartition relativement aux croyances religieuses : Indous, 139,343,820 ; Sikhs, 1,174,436 ; Mahométans, 40,867,125 ; boudhistes, 2,832,851 ; chrétiens, 897,682 ; autres, 5,417,304, et 552,227 dont la religion n'est pas connue. (*Journal officiel*).

Thèses de doctorat soutenues à la Faculté de médecine.

Du 24 au 29 décembre. — 65. M. Bardet : Etude physiologique et clinique sur la valeur thérapeutique de trois alcaloïdes de l'opium. — 66. M. Patenostre : Etude sur les altérations de la peau chez les vieillards. — 67. M. Boiceseau : Contribution à l'étude du tabes dorsal ataxique. — 68. M. Pascal : Influence de la diathèse rhumatismale sur la localisation des abcès métastatiques. — 69. M. Rejou : De l'hydarthrose intermittente. — 70. M. Monin : Essai clinique sur la pathogénie et l'étiologie des oreillons. — 71. M. Pitoy : Contribution à l'étude de la pathogénie du mal perforant du pied. — 72. M. Franco : Etude séméiologique sur deux cas de fracture des os maxillaires supérieurs. — 73. M. Lemaire : Etude sur les calculs enkystés de la vessie. — 74. M. Robert : Des fistules dans les rétrécissements du rectum. — 75. M. Dupeyron : Des thromboses veineuses dans la fièvre typhoïde. — 76. M. Maricourt : Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme. — 77. M. Gerbier : Essai sur le diagnostic différentiel de l'aliénation mentale et de la fièvre typhoïde. — 78. M. Cortyl : Etude sur la folie puerpuérale. — 79. M. Garnier : Idées de grandeur dans le délire des persécutions. — 80. M. Ferry : Essai sur l'organisation des convois sanitaires en campagne. — 81. M. Yvon (Gustave) : De l'aphasie (Interprétation des phénomènes). — 82. M. Chayron : Sur un cas de kyste sero-hématique intra-péritonéale.— 83 : M. Moty : Des anévrysmes de l'aorte thoracique. — 84. M. Grand : Considérations physiologiques et cliniques sur l'air condensé à la pression thérapeutique. — 85. M. Ménard : Essai sur l'indifférence en matière de thérapeutique. — 86. M. Laverde : Du bromhydiate de quinine et de son emploi dans la fièvre intermittente, rhumatisme, névralgies et autres affections.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Pinard ont commencé le 15 décembre à 4 h. 1/2, la seconde partie de leur cours : Opérations, dystocie, exercices pratiques. — S'adresser 29, rue Monsieur-le-Prince.

Inflammation chronique du testicule (*Gama*).

Extrait de ciguë..........	10 gr.
Protochlorure de mercure....	7 — 50.

Pour cent pilules. Employées avantageusement contre l'orchite chronique. (*Dictionn. de Thérapeutique*. etc.)

Solution arsénicale.

Acide arsénieux..........	0,1 décigr.
Eau distillée.............	1 litre.

20 gr. de cette solution, beaucoup plus facile à doser que les gouttes de Fowler, représentent 2 milligr. d'arsenic (ou un vingt-cinquième de grain) 5 gr. représentent un centième de grain. (Boudin.)

Potion de quinine arsénicale.

Sulfate de quinine........	6 décigr.
Eau distillée,...........	30 —
Acide sulfurique........	2 gouttes

ajoutez :

Solution arsenicale ci-dessus indiquée.	60 gr.

Représentant 16 milligrammes ou un huitième de grain d'acide arsénieux (Boudin). A prendre en une seule fois, 1 à 5 heures avant l'accès.

On a recourt à cette préparation dans les cas exceptionnels dans lesquels une fièvre intermittente se montre réfractaire au sulfate de quinine, ainsi qu'à l'acide arsénieux administrés isolément. (*Ibid.*).

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 27 décembre 1877 on a déclaré 1,022 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 11 ; rougeole, 30 ; scarlatine, 2 ; variole, » ; croup, 23 ; angine couenneuse, 35 ; bronchite, 47 ; pneumonie, 74 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5 ; choléra nostras » ; dysentérie, » ; affections puerpuérales, 3 ; érysipèle, 4 ; autres affections aiguës, 275 ; affections chroniques, 446 dont 151 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 49 ; causes accidentelles, 18. — Les 1,022 décès ci-dessus donnent une proportion de 26,7 par 1,000 habitants et pour l'année.

Notre collaborateur, et ami, M. le Dr Gombault, est nommé sous-directeur du laboratoire d'anatomie pathologique à la faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Hayem, démissionnaire.

Ecole supérieure de pharmacie. — Prix. — Plusieurs prix fondés à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris doivent être mis au concours, pour la première fois, dans l'année scolaire 1877-1878, savoir : *Prix Henri Buignet*, annuels : 1er prix, 600 fr. ; 2e prix, 400 fr. — *Prix Laroze*, annuel : 500 fr. — Le *prix Gobley*, biennal de 2,000 fr. sera délivré en 1878-1879.

Conditions des concours. — *Prix Henri Buignet* : les 2 prix sont fondés en faveur des élèves ayant suivi les travaux de physique : épreuve complémentaire, composition écrite de physique. — *Prix Laroze* : sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur l'analyse qualitative et quantitative. — *Prix Gobley* : fondé en faveur du meilleur travail, soit sur un sujet proposé par l'Ecole, soit sur un sujet quelconque, se rattachant aux sciences pharmaceutiques. Le sujet du *prix Ménier* pour l'année présente est le suivant : Les insectes qui produisent la cire.

Fièvre typhoide. — Plusieurs cas de fièvre typhoïde s'étant manifestés à l'Ecole normale de Montauban, les autorités locales ont fait évacuer cet établissement. — (*La République française*).

Assistance publique : Legs. — La chambre des commissaires-priseurs a fait remettre à M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris, la somme de 1,000 fr. pour les pauvres des vingt arrondissements de Paris.

— Le conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique, sur la proposition de M. le dr Alph. Guérin, l'un de ses membres, a décidé que lorsqu'un médecin des bureaux de bienfaisance tomberait dans l'infortune ou dans un état d'infirmité qui l'empêcherait de continuer son service, un secours annuel de 1,200 fr. renouvelable pourrait leur être accordé.

La Société médicale des bureaux de bienfaisance a composé son bureau de la façon suivante pour l'année 1878. Président : M. *Baudouin* ; vice-présidents : MM. *Fontès* et *Commenge* ; secrétaire général : M. *Passant* ; secrétaires annuels : MM. *Labarraque* fils et *Paul Richard* ; archiviste : M. *Machelard* ; trésorier : M. *Le Coin*. Membres du conseil de famille : MM. *Lanquetin*, *Labarraque* père et *Domerc*. Membres du comité de publication : Pour la médecine : MM. *Courtaux* et *Gibert* ; pour la chirurgie : MM. *Bonnefoy* et *Morel d'Arleux* ; Pour les accouchements : MM. *Hamon* et *Verrier*.

Société d'hydrologie médicale de Paris (3, rue de l'Abbaye). — Le bureau est ainsi constitué pour l'année 1878 : M. Bourdon, président ; MM. Billout et Terjon, vice-présidents ; M. Leudet, secrétaire-général ; MM. Boucomont et Philbert, secrétaires.

Une nomination intelligente. — M. le dr Brochard raconte, dans la *Jeune mère*, le fait suivant, en le faisant suivre de réflexions à la fois peu gaies et judicieuses que nous mettons sous les yeux du lecteur : On vient de nommer sous-inspecteur des enfants trouvés dans l'arrondissement de C...., non un médecin, mais le conservateur d'un des plus grands cimetières de Paris. Quelle pensée consolante pour les amis de l'enfance ! Ces pauvres petits êtres qui sont si mal soignés pendant leur vie, vont avoir après leur mort, tout le bien-être possible. *Ils seront admirablement enterrés.* Toute la France, je l'espère, s'associera aux félicitations que j'adresse à Sainte Bureaucratie, pour cette nomination intelligente. Espérons que Sainte-Bureaucratie n'en restera pas là, et qu'elle nommera bientôt le fossoyeur du même cimetière... inspecteur général des enfants trouvés. Jamais inspecteur général n'aura vu ces enfants d'aussi près. Mais alors, je demande formellement que l'on donne un blason quelconque à ce nouveau fonctionnaire, afin que son titre de fossoyeur ne fasse pas une disparate trop grande avec les couronnes de baron de ses futurs collègues. Quand donc cette grosse cloche qui s'appelle l'opinion publique se fera-t-elle entendre et quand donc sonnera-t-elle le glas de tous ces scandales qui font vivre tant d'inspecteurs... et qui font mourir tant de nourrissons. — (*Gazette obstétricale*).

— Nous nous associons entièrement à ces réflexions et nous sommes convaincus que l'organisation actuelle de l'inspectorat rend plus de services aux membres qui le composent qu'aux malheureux enfants qu'il s'agit de surveiller.

Nécrologie. — M. le docteur Gillet est décédé à Marseille, au milieu des regrets universels. (*Sud médical*). — Nous apprenons la mort de M. le dr Zeller, aliéniste, directeur de l'établissement de Weimenden (Wurtemberg). C'était, de plus, un poète estimé.

LIOUVILLE (H.). Nouveaux exemples de lésions tuberculeuses dans la moelle épinière. In-8, 50 cent. Pour nos abonnés. 35 cent.

LONGUET (F.-E.-M.). De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes. In-8 de 124 pages, 4 fr. Prix pour nos abonnés : 2 fr. 70.

MARCANO (G.) Des ulcères des jambes entretenus par une affection du cœur. In-8. 80 cent.

MARSAT (A.). Des usages thérapeutiques du *nitrite d'amyle*. In-8 de 48 pages. 1 fr. 25. Pour nos abonnés, 85 cent., franco.

ONIMUS. Des applications chirurgicales de l'électricité. Leçons recueillies par Bonnefoy. In-8° de 16 pages, avec 4 figures, 60 c. Pour nos abonnés. 40 cent.

PASTURAUD (D.). Étude sur les cals douloureux. In-8 de 64 pages. 2 fr. Pour nos abonnés. 1 fr. 35

PATHAULT (L.) Des propriétés physiologiques du Bromure de Camphre et de ses *usages thérapeutiques*. In-8 de 48 pages, 1 fr. 50. Pour nos abonnés. 1 fr.

PELTIER (G.). De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. In-8° compacte de 34 pages, 60 cent. Pour nos abonnés. 40 cent.

PITRES (A.). Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales. Paris, 1877. In-8 de 148 pages, avec deux planches chromo-lithographiques. Prix : 4 fr. Pour les abonnés du *Progrès Médical*, 2 fr. 70.

RAYMOND. Étude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques. In-8° de 140 pages avec figure dans le texte et 3 planches. 3 fr. 50. Pour les abonnés, 2 fr. 50

RECLUS (P.). Du tubercule, du testicule et de l'orchite tuberculeuse. In-8 de 212 pages avec 5 planches en chromo-lithographie, 5 fr. Pour nos abonnés, 4 fr. franco.

THAON (L.). Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la tuberculose. Grand in-8° de 112 pages, avec 2 planches en chromo-lithographie, 3 fr. 50. Pour nos abonnés. 2 fr. 50.

TERRILLON. Des troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales. ou traumatiques. In-8 de 22 pages, 60 cent. Pour les abonnés du *Progrès* : 40 c.

TRÉLAT (U.). Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital de la Charité, recueillies et rédigées par le Dr A. Cartaz. In-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 2 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur CHARCOT continue son cours clinique sur les *maladies des centres nerveux*, à la Salpêtrière, tous les dimanches, à 9 h. 1/2.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. PANAS. Salle Saint-Ferdinand (H.) : 2, fracture compliquée de cuisse ; 3, fracture compliquée de jambe ; 4, fracture du maxillaire inférieur ; 5, orchite tuberculeuse ; 7, abcès ossifluent de la colonne dorso-lombaire, ouverture, pansement de Lister ; 8, fracture de cuisse ; 9, contusion de l'abdomen, estomac et rein gauche, accidents d'ulcère simple consécutif ; 10, fracture de la rotule ; 11, fracture de l'humérus ; 12, fracture de côtes, pneumothorax ; 13, hydarthrose ; 19, fracture compliquée de jambe ; 21, ostéo-périostite du maxillaire supérieur ; 22, adénite crurale profonde ; 23, hydarthrose suppurée du coude ; 25, fracture du condyle externe du fémur ; 28, fracture intra-coracoïdienne, paralysie du cubital consécutive. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 8, contusion de l'abdomen, péritonite consécutive ; 10, tumeur blanche du genou ; 10, 14, abcès du sein ; 12, cancer de l'utérus ; 15, coxalgie ; 17, anévrysme du tronc brachio-céphalique ; 19, nécrose du fémur ; 23, tumeur blanche du genou gauche ; 24, abcès froid de la fosse iliaque ; 27, cancer du rectum ; 31, abcès du sein ; 34, fracture compliquée des deux os de l'avant-bras.

Service de M. TILLAUX. Salle Saint-Louis (H.) : 1 *bis*, kyste riziforme suppuré de la gaîne du cubital ; 2, écrasement du gros orteil ; 4, abcès froid de la région thoracique ; 8, amputation de bras, traumatisme ; 23, fracture compliquée de jambe ; 28, écrasement de la tête de l'humérus chez un alcoolique ; 16, 26, paralysie de la vessie.

Service de M. FÉRÉOL. — Salle Sainte-Joséphine (F.) : 6, tumeurs de l'utérus ; 8, arthritisme ; 13, 30, 31, fièvres typhoïdes ; 16, tumeur cérébrale syphilitique ; 19 *bis*, ataxie, hystérie ; 22, pelvi-péritonite ; 23, rhumatisme chronique ; 26, érisypèle de la face, albuminurie ; 33, insuffisance mitrale, tuberculose pulmonaire. — Salle Saint-Vincent-de-Paul (H.) : 1, mal de Pott ; 3, tumeur cérébrale ? 10, dyssenterie chronique ; 11, pleurésie purulente ; [illegible], fièvre typhoïde chez un tuberculeux ; 21, pleurésie droite ; 27, pleurésie gauche, thoracentèse ; 31, hémoptysies répétées chez un tuberculeux ; 33, abcès périnéphrétique ; 34, paralysie saturnine.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. MARTINEAU. Conférence clinique du samedi. — Salle Saint-Louis ; 10, chancre induré, phagédénisme, évolution rapide des accidents syphilitiques ; 27, hypertrophie considérable et œdème chronique des grandes lèvres. — Salle Saint-Alexis : Conférence clinique du mercredi. 8, rétroflexion réductible, métrite ancienne, troubles intellectuels, réflexes ; 19, blépharite syphilitique de de Graëffe, psoriasis syphilitique très-intense ; 26, absence d'organes génitaux internes ; 21, métrite chlorotique ancienne, hypochondrie prononcée ; 35, onyxis syphilitique ; 43, pelvipéritonite chronique, traitement par les pointes de feu sur la paroi abdominale.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

Iconographie Photographique de la Salpêtrière, par BOURNEVILLE et REGNARD. Mode de publication : Chaque livraison comprendra 8 à 16 pages de texte et 4 photographies. — Prix : 3 fr. — Pour *les abonnés du Progrès médical*, 2 fr. 50. Douze livraisons sont en vente.

Recherches anatomiques sur les aponévroses abdominales, par le Dr F. Poncet. Paris, 1877. In-8 de 16 pages, avec figures. — Aux bureaux du *Progrès Médical*.

Poste médical à prendre de suite. — La commune de Fougerolles (Haute-Saône), 6,000 habitants, demande un docteur qui sera seul. La commune accorde une subvention. Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. le maire de Fougerolles.

Dystocie spéciale dans les accouchements multiples, par le Dr I. Besson, vol. in-8 de 92 p. — Prix 2 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, net 1 fr. 25.

TABLE DES MATIÈRES

1877

N. B. — *Rechercher par ordre alphabétique, non-seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :* **Académie de Médecine** ; — **Association française** ; — **Congrès** ; — **Chirurgie** ; — **Société anatomique** ; — **Société de Biologie** ; — **Société de Chirurgie.**

TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

Y

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS.